

Distr.  
LIMITED

E/ESCWA/SD/1993/3  
16 August 1994  
ARABIC  
ORIGINAL: ENGLISH

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا  
(الإسكوا)

أثر إساءة إستعمال المخدرات على الشباب في منطقة الإسكوا  
نهج إعادة الإندماج الإجتماعي

THE ECONOMIC AND SOCIAL COMMISSION  
FOR WESTERN ASIA  
NOV 1995  
LIBRARY + DOCUMENT SECTION



الأمم المتحدة  
نيويورك، تشرين الأول/أكتوبر ١٩٩٥

95-0493



## المحتويات

### الصفحة

الجزء الأول-	حجم مشكلة المخدرات في منطقة الإسكوا	١
ألف-	الحشيش	١
باء-	الأفيون	١
جيم-	الكوكايين	٤
دال-	القات	٥
هاء-	المؤثرات العقلية	٥
الجزء الثاني-	دراسة ميدانية عن إساءة استعمال المخدرات بين الشباب في منطقة الإسكوا	٧
ألف-	المنهجية	٧
باء-	النتائج والمناقشات	٩
جيم-	التوصيات	٢٠

### المرفقات

المرفق الأول-	جداول موجزة	٢٦
المرفق الثاني-	إساءة استعمال المخدرات بين الشباب في الامارات العربية المتحدة	٦١
المرفق الثالث-	إساءة استعمال المخدرات بين الشباب في الضفة الغربية وقطاع غزة	٧٦
المرفق الرابع-	إساءة استعمال المخدرات بين الشباب في لبنان	٨٢
المرفق الخامس-	إساءة استعمال المخدرات بين الشباب في مصر	٨٧

### قائمة الجداول

### الجدول

١-	كميات القنب التي أُبلغ عن ضبطها حسب البلد، ١٩٨٨-١٩٩٠	٢
٢-	كميات الأفيون التي أُبلغ عن ضبطها حسب البلد، ١٩٨٨-١٩٩٠ الأفيون الخام والمحضّر	٣
٣-	كميات الهيروين التي أُبلغ عن ضبطها حسب البلد، ١٩٨٨-١٩٩٠	٤
٤-	الأرقام المقدمة من البلدان عن مدى انتشار الهيروين سنوياً، وإساءة إستعماله يومياً، وعدد المدمنين المسجلين	٥

الصفحة	الجدول
٦	٥- كميات الكوكايين التي أُبلغ عن ضبطها حسب البلد، ١٩٨٨-١٩٩٠، المادة الخام وأملاح الكوكايين
٩	٦- العدد الإجمالي للحالات التي أُبلغت عنها البلدان المجيبة خلال ١٩٨٧-١٩٩١
١٠	٧- حالات ونسب إساءة استعمال المخدرات (لكل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان) خلال الأعوام ١٩٨٩-١٩٩١
١١	٨- مرافق العلاج من المخدرات في البلدان المجيبة
١٢	٩- عدد الأسرة المخصصة للعناية بمتعاطي المخدرات في البلدان المجيبة
١٥	١٠- عدد ونسبة حالات إساءة استعمال المخدرات المُبلَّغ عنها خلال الفترة ١٩٨٧-١٩٩١ حسب فئات العمر
١٥	١١- متعاطو المخدرات حسب فئات العمر في مصر
١٧	١٢- إساءة استعمال المخدرات حسب البلد وبيانات عام ١٩٩١
١٩	١٣- الآثار الاجتماعية لإساءة استعمال المخدرات في بلدان مختارة في الإسكوا، ١٩٩١

### الشكل

١٠	نسبة إساءة استعمال المخدرات لكل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان في بعض بلدان الإسكوا
٢٤	ببليوغرافيا مختارة

## الجزء الأول

### حجم مشكلة المخدرات في منطقة الإسكوا(\*)

أصبح انتشار المخدرات على نحو متزايد من حيث إنتاجها والاتجار بها وإدخالها محط اهتمام المجتمع الدولي. كما أصبح محل اهتمام رئيسي في البلدان العربية. وقام مجلس وزراء الداخلية العرب في عام ١٩٨٦ باعتماد استراتيجية عربية لمكافحة إساءة استعمال المخدرات والمؤثرات العقلية.

ومن بين المخدرات التي يُساء استعمالها في منطقة الإسكوا الحشيش والأفيون والهيروين والكوكايين والقات ومختلف أشكال المؤثرات العقلية. ومن الصعب تقييم مدى إساءة استخدام مثل هذه المخدرات بصورة دقيقة؛ فالبيانات الإحصائية والدراسات المتعلقة بإنتاج المخدرات وإدخالها والاتجار بها ليست شاملة ولا كافية. وبالإضافة إلى ذلك فإن بعض الحكومات ليست على استعداد لنشر المعلومات التي ضُبطت أو الاعتراف بوجود مشكلة لديها. بل أن بعض البلدان يُستخدم كمعبر للاتجار بالمخدرات؛ وتقدر المنظمة الدولية للشرطة الجنائية (انتربول) أن الكميات التي ضُبطت لا تمثل سوى ٨ إلى ١٠ في المائة من إجمالي المخدرات المهربة.

وفي ضوء الاعتبارات المذكورة أعلاه تستعرض هذه الدراسة مشاكل إساءة استعمال المخدرات في المنطقة.

### ألف- الحشيش

أصبحت إساءة استعمال الحشيش مشكلة كبيرة في المنطقة. وعلى الرغم من أن كمية معينة من الحشيش تأتي إلى المنطقة من أفغانستان وباكستان وجمهورية إيران الإسلامية والهند، فإن لبنان يُعتبر المصدر الرئيسي للحشيش في المنطقة. ويعكس الجدول ١ حجم الاتجار بالقنب وبيئته حدوث زيادة في كميات القنب التي ضُبطت في العديد من بلدان منطقة الإسكوا خلال الفترة ١٩٨٨-١٩٩٠.

وفي عام ١٩٩١ بلغ معدل زيادة كميات القنب التي ضُبطت ٢٠ في المائة. وتعرضت مؤخرًا بلدان الخليج، لاسيما المملكة العربية السعودية والامارات العربية المتحدة، في الفترة الأخيرة لخطر الاتجار غير المشروع بالمخدرات الواردة من أفغانستان وباكستان. وكانت مصر والأردن والجمهورية العربية السورية دائمًا عرضة للاتجار غير المشروع بالمخدرات الواردة من لبنان. وكانت الحرب الأهلية اللبنانية التي بدأت في عام ١٩٧٥ عقبة رئيسية أمام جهود الحكومة لمكافحة إساءة استعمال المخدرات. واتسع نطاق زراعة القنب وظهرت زراعة الأفيون.

### باء- الأفيون

لم يكن الأفيون يُزرع في البلدان العربية. إلا أن هناك علامات تدل على أنه تم زراعته في الفترة الأخيرة في لبنان ومصر. وتقدر المساحة المكرسة لزراعة خشخاش الأفيون بصورة غير مشروعة في مصر بنحو ١٠٠ هكتار. وكان لارتفاع سعر الأفيون اللبناني في بلدان المقصد بالمقارنة

(\*) يستند هذا الجزء إلى دراسة قامت بها الإسكوا بعنوان "استعراض وتقييم السياسات والبرامج الوطنية لمكافحة إساءة استعمال المخدرات في بلدان منطقة الإسكوا" (E/ESCWA/SD/1992/10) (بالعربية). صفحات ١١-٣٣.

مع انخفاض سعره في بلد المنشأ أثر في تشجيع الاتجار غير المشروع بالأفيون اللبناني في مصر وأوروبا والولايات المتحدة الأمريكية. أما التقارير السنوية للجنة المخدرات وسرعة وتيرة إنتاج المخدرات وإدmanها والاتجار بها في العالم بأسره فإنها تشير الى وجود زيادة خطيرة في معدل إنتاج المخدرات والإدman عليها والاتجار بها في البلدان العربية التي يقع أغلبها على الطرق المستعملة للاتجار بالمخدرات. وبالإضافة الى ذلك، عززت شبكة الاتصالات المتطورة على الصعيد العالمي، بيسر انتشار إساءة استعمال المخدرات في بلدان عربية مختلفة.

الجدول ١- كميات القنب التي أُبلغ عن ضبطها حسب البلد، ١٩٨٨-١٩٩٠  
(راتنج القنب بالكيلوغرام)

البلد	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠
الأردن	١ ١٥١,٩٢٩	٥ ٣٣٨,٠٠٠	٥ ٥٧١,٦٨٠
الإمارات العربية المتحدة	٦٥٠,٥٠٧ <sup>(د)</sup>	٩١١,٠٠٠	٣٢١,٣٤٩
البحرين	١,٠٠٠	٤٦٦,٢٠	٠,٩٥٤
المملكة العربية السعودية	٢ ٦٥٦,٠٧٧	٣ ١٣١,٧٨٧ <sup>(د)</sup>	١ ٣٦٤,٤٠٣
الجمهورية العربية السورية	١ ١١٣,٢٢٩ <sup>(د)</sup>	١ ٦٤٨,٢٠٩	١ ٢٩٥,٠٠٠
العراق	٠,٥٤	٢٢,٧١٠	١٨,٠٠٠
عمان	٤٦١,٧	٠,٣١٢	٥٩٦,٠٠
قطر	لا يوجد تقرير	٦٦,٠٠	٨٨٠,٨
الكويت <sup>(ب)</sup>	٠,١٠٠	٩٤,٠٠	لا يوجد تقرير
لبنان <sup>(ج)</sup>	١٩٥,٣١٠	٤٢٣,٤٦٨	٥٨٧,٧٩٦
مصر <sup>(ا)</sup>	١٤ ٥٠٧,٤٦٠	٣٧ ٧٦٧,٢٧١	٩ ٧٠٣,٠١٤
اليمن <sup>(هـ)</sup>	لا يوجد تقرير	٠,٢٠٨	لا يوجد تقرير

المصدر: لجنة المخدرات، بيانات عن الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية للفترة ١٩٨٨-١٩٩٠: مذكرة من الأمين العام، الدورة الخامسة والثلاثون، فيينا، (E/CN.7/1992/CRP.9)، ١٩٩٢، ص. ٢١.

- (أ) بلغت كمية القنب التي ضبطت في عام ١٩٨٩، ٢٢٦ كلغ، وضبطت كمية بلغت ٢٤٢,٨٣٥ وحدة في عام ١٩٩٠.
- (ب) في عام ١٩٨٨ بلغت كمية القنب التي ضبطت ٩٢ كلغ.
- (ج) بلغت كميات سائل القنب التي صودرت ٨ كلغ في عام ١٩٩٠.
- (د) بما في ذلك نبات القنب.
- (هـ) بلغت كمية القنب التي ضبطت ١٨ كلغ في عام ١٩٨٦.

وفي مصر استمرت زراعة المواد الأفيونية والقنب على الرغم من جهود الحكومة في مكافحتها. وزاد الطلب على المخدرات بسبب الموقع الجغرافي لمصر كممر للاتجار غير المشروع بالمخدرات بين الشرق الأقصى والشرق الأوسط. ويقع الأردن جغرافياً على الطريق الرئيسي لتجارة الأفيون القادمة من تركيا والجمهورية العربية السورية إلى بلدان أخرى عربية وأوروبية وبلدان أمريكا الشمالية.

ويبين الجدول ٢ أدناه كميات الأفيون التي ضُبطت في بلدان منطقة الإسكوا خلال الفترة ١٩٨٨-١٩٩٠.

الجدول ٢- كميات الأفيون التي أُبلغ عن ضبطها حسب البلد، ١٩٨٨-١٩٩٠  
الأفيون الخام والمحضّر (بالكيلوغرام)

البلد	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠
الأردن	لا يوجد تقرير	٠ر١٩٠	٠ر٣٠٩
الإمارات العربية المتحدة	٤ر٣٩٢	١٩ر٠٠	١١ر٣٣٨
المملكة العربية السعودية	٤ر٩٨٦	٢ر٤٩٧	١ر١٦٠
الجمهورية العربية السورية	٠ر١٣٢	٠ر٠٠٦	١ر١٦١
العراق	-	٠ر١٠٠	٣ر٠٠٠
قطر	لا يوجد تقرير	٠ر٠٠٦	٠ر١١٥
الكويت	٩ر٤٢٧	٠ر٥٣٦	لا يوجد تقرير
لبنان	٢ر٢٦٠	٠ر١٠٧	لا يوجد تقرير
مصر <sup>(١)</sup>	٣ ٨٦٢ ٣٣٧	٨٩٧٠٩	٥٦ر٠٤٦
اليمن	لا يوجد تقرير	٠ر٠١٩	لا يوجد تقرير

المصدر: لجنة المخدرات، بيانات عن الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية للفترة ١٩٨٨-١٩٩٠: مذكرة من الأمين العام. الدورة الخامسة والثلاثون، فيينا، (E/CN.7/1992/CRP.9)، ١٩٩٢، ص ٤٠-٤١.

(١) تم الإبلاغ عن الكميات التالية من كبسولات الأفيون: ٤٠٠ ٤٩٤ ٢ وحدة (١٩٨٨)؛ ٦٢٢ ٩٧٠ وحدة (١٩٨٩)؛ ٤ ٧٥٤ ٠٣٩ وحدة (١٩٩٠).

والمعلومات المتاحة غير كافية لبيان الأحجام الفعلية للاتجار بالأفيون وإساءة استعماله حيث يتم تحويله بصورة متزايدة إلى مورفين أو هيروين. وأدى إنشاء مختبرات سرية لإنتاج الهيروين في تشجيع الاتجار داخل المنطقة وكذلك في أوروبا وأمريكا الشمالية. وحسبما ورد في الجدولان ٢ و ٣ فإن كميات الهيروين التي ضُبطت آخذة في الازدياد في العديد من بلدان المنطقة، وهي أكبر بكثير من

كميات الأفيون التي تم ضبطها خلال الفترة نفسها. ويبين الجدول ٤ مدى إدمان الهيروين في بعض بلدان المنطقة. وهذه التقديرات التي أُبلغت بها لجنة المخدرات والتي تغطي المعدل السنوي واليومي لمدمني المخدرات، ونسبة مدمني المخدرات المسجلين، لا تعكس الوضع الفعلي نظرا الى نقص اجراءات التسجيل وجمع البيانات الاحصائية المتصلة بالمدمنين على المخدرات وتجهيزها.

### جيم- الكوكايين

للوكايين تأثيرات جانبية نفسية وبدنية: فقد يصبح مستعمل الكوكايين عدائيا وخطرا على المجتمع. ويأتي الكوكايين بلدان الإسكوا أساسا من البلدان الصناعية (أكبر المستهلكين) عبر تركيا، من بلدان البلقان، أو عبر لبنان من مختلف موانئ البحر الأبيض المتوسط أو بطريق الجو من خلال المطارات. غير أن إساءة استعمال الكوكايين ليس منتشرا انتشارا كبيرا في بلدان منطقة الإسكوا باستثناء لبنان، حيث تشير تقارير الانتربول الى زيادة معدلات إساءة استعماله والاتجار غير المشروع به. وفي عام ١٩٩١، تم الإبلاغ عن وجود مصانع سرية لإنتاج الكوكايين في لبنان. ويبيّن الجدول ٥ كميات الكوكايين التي أُعلن عن ضبطها في بلدان المنطقة خلال الفترة ١٩٨٨-١٩٩٠. غير أن هذه الكميات لاتزال صغيرة نسبيا بالمقارنة مع كميات الهيروين التي تم ضبطها.

الجدول ٣- كميات الهيروين التي أُبلغ عن ضبطها حسب البلد، ١٩٨٨-١٩٩٠  
(بالكيلوغرام)

البلد	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠
الأردن	٧٤٧٦ر	٧٠٢٦ر	٢٢٦٦٩ر
الإمارات العربية المتحدة	١٦١٧٠ر	٤١٠٠٠ر	٣٧١٧٦ر
البحرين	٢٨٦٧ر	٣٤٣٤ر	٢١٥٣ر
المملكة العربية السعودية	٦٣٢١٧ر	١٩٤١٧٤ر	٥٢٩٣٨ر
الجمهورية العربية السورية	١٠٧١٢ر	٤٨١٠٨ر	٢١١٠٣ر
العراق	٥٩٦ر	٣٥١ر	٠٦٩ر
عمان	٠٩٢ر	١٢٢٣ر	٠٥٤٩ر
قطر	لا يوجد تقرير	٤١٩٠ر	٨٨٢٤ر
الكويت	٥٢٣١ر	١٨٠٠٠ر	لا يوجد تقرير
لبنان	١٩٨٨٥ر	١٤٦٤٦ر	٣٢٠٢٣ر
مصر	٣٣٥٤٣١ر	٥٧٨٨٣ر	٦٧٦٢١ر
اليمن	لا يوجد تقرير	١٧٣٨ر	لا يوجد تقرير

المصدر: لجنة المخدرات، بيانات عن الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية للفترة ١٩٨٨-١٩٩٠: مذكرة من الأمين العام. الدورة الخامسة والثلاثون، فيينا، (E/CN.7/1992/CRP.9)، ١٩٩٢، ص. ٣١٠.



الجدول ٤- الأرقام المقدمة من البلدان عن مدى انتشار الهيروين سنويا، وإساءة إستعماله يوميا، وعدد المدمنين المسجلين

البلد	السنة	مدى الانتشار سنويا	إساءة الإستعمال يوميا	المدمنون المسجلون
الأردن	١٩٨٩	١٠٠	-	٣٠
البحرين	١٩٨٦-١٩٩٠	٢ ٩٧٨ (١٩٨٦)	-	٨٥ (١٩٩٠)
الجمهورية العربية السورية	١٩٨٩	٢٠٤	-	-
عمان	١٩٨٨	٨	-	٣١
قطر	١٩٩٠	٦٤	٤٠	٦٤
الكويت	١٩٨٦	٥٠	٤	٤٩
مصر	١٩٨٩	١٣٠	١٣٠	١٣٠

المصدر: المجلس الاقتصادي والاجتماعي، لجنة المخدرات، إساءة إستعمال المخدرات وأنماطها واتجاهاتها. تقرير الأمانة العامة (E/CN.7/1992/8)، ١٩٩٢، ص. ١٥.

#### دال- القات

تُمارَس في اليمن زراعة القات واستهلاكه على السواء. فاستخدامه يكتسي صبغة ثقافية ويشكّل جزءاً لا يتجزأ من عملية المشاركة الاجتماعية. وللقات تأثيرات صحية واقتصادية سلبية. وفي عام ١٩٦٤ أوصت لجنة المخدرات بضرورة التصدي للقضايا المتصلة بالقات بنفس الطريقة التي تُعالج بها المسائل المتصلة بالأمفيتامينات. وأدرجت معظم البلدان العربية القات في سجلاتها الوطنية عن المخدرات.

#### هاء- المؤثرات العقلية

تُباع المؤثرات العقلية بصورة مشروعة في بلدان الإسكوا لأغراض طبية. وبالتالي، فإنه نظراً الى توفر المؤثرات العقلية وما لها من خصائص طبية، تم توجيه انتباه المجتمع العالمي الى هذه المسألة لاسيما وأنه من العسير رصد هذه المواد وأنه يمكن إساءة استعمالها بسهولة بنفس الطريقة التي تُستعمل بها المخدرات غير المشروعة مما يسبب آثاراً جانبية سلبية خطيرة جسدياً وذهنياً ونفسياً ويؤدي الى الشعور بالإكتئاب والى السلوك الإجرامي بل وحتى الانتحار.

الجدول ٥- كميات الكوكايين التي أُبلغ عن ضبطها حسب البلد، ١٩٨٨-١٩٩٠،  
المادة الخام وأملاح الكوكايين (بالكيلوغرام)

البلد	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠
الأردن	٢٠٣٣	٠٠٢٠	٠٠٩٢٠
الإمارات العربية المتحدة	-	لا يوجد تقرير	٠٠٥١٤
البحرين	لا يوجد تقرير	-	-
المملكة العربية السعودية	-	٠٠٣٦٢	١٦٠٧٧٢
الجمهورية العربية السورية	١٠٥٥	٠٠٤٦٣	١٠١٥٦
الكويت	٠٠٦٦	٠٠٠٠٤	٠٠٠٣٥
لبنان	١٠٠٦	٤٠٤١٤	لا يوجد تقرير
مصر	٠٠٥١٦	-	٠٠٠٧٩

المصدر: لجنة المخدرات، بيانات عن الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية للفترة ١٩٨٨-١٩٩٠: مذكرة من الأمين العام، الدورة الخامسة والثلاثون، فيينا، (E/CN.7/1992/CRP.9)، ١٩٩٢، ص. ٢٨-٢٩.

وفي الختام، أصبحت منطقة الإسكوا بصورة متزايدة منطقة مستهدفة تُصدَّر إليها المخدرات الطبيعية والمصنَّعة بصورة غير مشروعة، لا سيما من باكستان وأفغانستان وجمهورية إيران الإسلامية والهند، عن طريق القنوات الجغرافية التي تربط المنطقة ببلدان الشرق الأقصى من جهة، والبلدان الأوروبية من جهة أخرى. وتستخدم بعض بلدان المنطقة كذلك كمعبر للاتجار بالمخدرات، في حين تنتج بلدان أخرى المواد الأفيونية والحشيش (لبنان ومصر). وبالرغم من عدم توفر بيانات كافية، فإنه من المعتقد أن الشباب هم الأكثر تعرضاً لإساءة استعمال المخدرات.

## الجزء الثاني

### دراسة ميدانية عن إساءة استعمال المخدرات بين الشباب في منطقة الإسكوا

قامت الإسكوا بإجراء هذه الدراسة الميدانية والتي مولها صندوق الأمم المتحدة للشباب وصندوق الأمم المتحدة لمكافحة إساءة استعمال المخدرات. وساهم مشاركون من البلدان بجمع البيانات القطرية واضطلع مستشار بإعداد التقرير الإقليمي<sup>(١)</sup>.

وتتمثل الأهداف الأساسية للدراسة فيما يلي: تقييم طبيعة ومدى إساءة استعمال المخدرات بين الشباب في بلدان منطقة الإسكوا، وذلك باستخدام جميع مصادر المعلومات بما في ذلك الآراء المطلعة والاحصاءات؛ وإجراء تحليل موجز للعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تؤدي إلى الشروع في إساءة استعمال المخدرات والاستمرار فيها بين الشباب وما يترتب على ذلك من آثار اجتماعية اقتصادية ضارة؛ وتقييم البرامج والخدمات المتاحة للوقاية والعلاج وإعادة تأهيل الشباب الذين يسيئون استعمال المخدرات وإدماجهم اجتماعياً؛ واقتراح توصيات بشأن تخطيط وتنفيذ برامج وخدمات فعالة للشباب في بلدان منطقة الإسكوا فيما يتعلق بإساءة استعمال المخدرات استناداً إلى نتائج الدراسة.

#### ألف- المنهجية

قام فريق البحث البحريني بتصميم استبيان لجمع البيانات من الدول الأعضاء في الإسكوا. وعالج الاستبيان أربعة مجالات أساسية هي:

١- المعلومات المتصلة بحجم إساءة استعمال المخدرات بين الشباب في منطقة الإسكوا. وفئة الشباب، حسب تعريف صندوق الأمم المتحدة للطفولة، هم الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ عاماً.

٢- الخدمات المتاحة لمدمني المخدرات في كل بلد:

---

(١) عمل الدكتور محمد خليل الحداد، رئيس مستشفى الأمراض العقلية، وزارة الصحة، المنامة، البحرين، كمستشار لإعداد التقرير الإقليمي. ولأغراض جمع البيانات القطرية وإعداد التقرير الإقليمي، قام الدكتور الحداد بإنشاء فريق بحث بحريني يضم الأعضاء التالية أسماءهم: الدكتور محمد عبدالرزاق هويدي، والدكتور أحمد علي الشريان، والدكتور بهاء الدين فاتحة، والدكتورة شارلوت عواد كمال، والدكتور جمال جعفر السياد.

وعمل الأفراد التالية أسماءهم كمشاركين من البلد: الدكتور محمد الحداد، البحرين؛ والدكتور مصطفى السويدي، مصر؛ والدكتور صبري ربيحات، الأردن؛ والدكتور عبدالرحمن مسيجر، الكويت؛ والأنسة مونيكا شعيا، لبنان؛ والسيد ادموند شحادة، الضفة الغربية وقطاع غزة؛ والسيد عبدالله العتيبي، المملكة العربية السعودية؛ والأنسة سحر فياض، الجمهورية العربية السورية؛ والسيد زين عمارة، الامارات العربية المتحدة.

(أ) وُضعت الأسئلة لتحديد توافر مختلف أنواع الخدمات سواءً كانت حكومية أو خاصة أو تطوعية. كما تهدف الأسئلة الى معرفة ما إذا كانت الخدمات المقدمة الى مدمني المخدرات تُعد جزءاً من الخدمات العامة أو عن طريق مرفق متخصص لإدارة الأمور المتصلة بإساءة استعمال المخدرات؛

(ب) عدد الأسرّة المخصصة للعناية بمدمني المخدرات؛

(ج) عدد الدورات التدريبية التي شارك فيها الموظفون المعنيون بمشكلة إساءة استعمال المخدرات ونوع هذه الدورات؛

(د) متوسط مدة إقامة المرضى الذين يدخلون المستشفيات للعلاج من إدمان المخدرات والبيانات المتصلة بمتابعة هذه الحالات؛

(هـ) أنشطة التثقيف الصحي المتصلة بإساءة استعمال المخدرات المتاحة للمجتمع المحلي عموماً ولمدمني المخدرات بشكل خاص.

٣- المعلومات المتعلقة بالاستفادة من الخدمات المتاحة لمدمني المخدرات ومدى فعاليتها: طُلبت بيانات عن فترة الخمس سنوات (١٩٨٧-١٩٩١) من خلال الاستبيان بما في ذلك ما يلي:

(أ) بعض الخصائص الديمغرافية الأساسية لمدمني المخدرات؛

(ب) أنواع المخدرات التي يساء استعمالها وبيانات عن القانون الجنائي المتعلق بإساءة استعمال المخدرات؛

(ج) الظروف الطبية المرتبطة بإساءة استعمال المخدرات؛

(د) الآثار الاجتماعية لإساءة استعمال المخدرات.

٤- المعلومات المتعلقة بموقف البلد إزاء مشكلة إساءة استعمال المخدرات.

وأرسل الاستبيان الى المشاركين في بلدان مختارة من الدول الأعضاء في الإسكوا عن طريق الإسكوا لجمع المعلومات المطلوبة. وبعد ذلك أرسلت الردود الى الفريق البحريني لتجهيز البيانات وتحليل وتفسير النتائج. ومن البلدان التي وقع عليها الاختيار هي البحرين ومصر والأردن والكويت ولبنان والمملكة العربية السعودية والجمهورية العربية السورية والامارات العربية المتحدة والأراضي الفلسطينية المحتلة (الضفة الغربية وقطاع غزة)<sup>(٢)</sup>.

(٢) لما كانت البيانات المتعلقة بالامارات العربية المتحدة متوفرة في الوقت المناسب لإدراجها في التحليل الإقليمي فقد أرفق الاستبيان المتصل بالامارات العربية المتحدة في المرفق الأول. ولم تكن هناك بيانات متوفرة عن الأراضي الفلسطينية المحتلة ولكن تم إعداد تقرير تقييمي عن الموضوع (المرفق الثالث). وأرفق تقرير قطري عن لبنان (المرفق الرابع) وهو يعكس ما خلفه النزاع من آثار طويلة الأجل، على الشباب في ذلك البلد. وأرفق تقرير عن مصر (المرفق الخامس) وهو يعكس نتائج البحوث الميدانية التجريبية التي أجريت على الشباب في مصر.

ولم تقدم معظم الردود القطرية البيانات الضرورية الأساسية المطلوبة في الاستبيان بسبب عدم توفر البيانات والمعلومات الكافية عن الموضوع. ويبدو ذلك جليا في الجزء الثاني من الاستبيان الذي يتناول الخصائص الديمغرافية للأفراد الذين يسيئون استعمال المخدرات والمضاعفات الصحية والنفسية والاجتماعية لمشكلة إساءة استعمال المخدرات.

### باء- النتائج والمناقشات

#### ١- حجم مشكلة إساءة استعمال المخدرات من الشباب

يقدم الجدول ٦ العدد الإجمالي لحالات إساءة استعمال المخدرات المبلّغ عنها من البلدان المجيبة. ويرد في الجزء الفرعي ٤ استعراض موجز للخصائص الديمغرافية للأفراد الذين يسيئون استعمال المخدرات.

#### الجدول ٦- العدد الإجمالي للحالات التي أبلغت عنها البلدان المجيبة خلال ١٩٨٧-١٩٩١

البلد	عدد الحالات	
	الجديدة	القديمة
الأردن	١٧٢	صفر
البحرين	٢٠٧	٣٢٠
المملكة العربية السعودية	٤ ٤٧٢	٢ ٠٠١
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر
المجموع	١٧٢	٥٢٧

ويبين الجدول ٧ والشكل، الواردين أدناه نسبة إساءة استعمال المخدرات لكل ١٠٠ ٠٠٠ شخص من السكان في البلدان المجيبة.

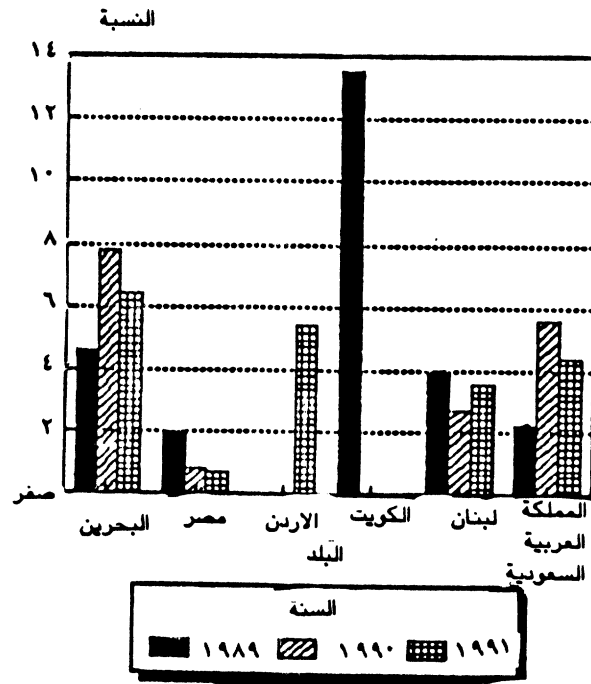
وقد يبدو من الجدول ٧ والشكل الواردين أدناه أن البيانات المتعلقة بنسبة إساءة استخدام المخدرات في بعض البلدان المجيبة غير واقعية ومتضاربة. وأحد التفسيرات الممكنة أن هذه البيانات تمثل الحالات الموجودة بالمستشفيات ولا تمثل الحالات الموجودة في المجتمع المحلي. ويسبب عدم وجود سجل وطني مشكلة رئيسية في تقييم هذه النتائج.

الجدول ٧- حالات ونسب إساءة إستعمال المخدرات (لكل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان)  
خلال الأعوام ١٩٨٩-١٩٩١

البلد	١٩٨٩		١٩٩٠		١٩٩١	
	الحالات	النسبة	الحالات	النسبة	الحالات	النسبة
الأردن	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	١٧٢	٥ر٤٢
البحرين	٢٣	٤ر٦٣	٤٠	٧ر٨	٣٣	٦ر٤٣
المملكة العربية السعودية	٣٦٧	٢ر٢٨	٩٤٠	٥ر٦١	٧٦٩	٤ر٤٤
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	٢٧٢	١٣ر٥٥	غير متوفر	غير متوفر	٢٠٨	(أ)
لبنان	١٣٠	٣ر٩٤	٩٢	٢ر٧٦	١٢١	٣ر٥٩
مصر	١ ١١٦	٢ر٠٤	٤٨٣	٠ر٨٦	٤١١	٠ر٧١

(أ) كان من العسير تقدير عدد سكان الكويت خلال عام ١٩٩١ بسبب الوضع بعد حرب الخليج.

الشكل- نسبة إساءة إستعمال المخدرات لكل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان في بعض بلدان الإسكوا



(\*) عماد السكان حسب التقديرات

٢- المرافق المتاحة للعناية بمتعاطي المخدرات

تضمن الاستبيان أسئلة حول المرافق المتوفرة للعناية بمتعاطي المخدرات وما إذا كانت هذه المرافق وكالات ترعاها الحكومة أو وكالات خاصة أو طوعية. وفيما يلي ملخص للردود الواردة.

(أ) مرافق معالجة إساءة استعمال المخدرات

أبلغت جميع البلدان المجيبة عن وجود خدمات حكومية في مستشفيات الأمراض النفسية. وذكر بلدان، هما البحرين ومصر، وجود وحدات لمعالجة متعاطي المخدرات وتأهيلهم. غير أن بلدان أخرى ذكرت أن عددا من المرضى الذين يعانون من مشاكل إساءة استعمال المخدرات أدخلوا مستشفيات الأمراض النفسية مع عامة المرضى المقيمين مما يزيد من مشكلة إساءة استعمال المخدرات. وذكرت ثلاثة بلدان مجيبة (الأردن ولبنان والمملكة العربية السعودية) وجود أسرة في المستشفيات العامة للمرضى الذين يعانون من مشاكل المخدرات ولكنها ليست وحدات مخصصة لهذا الشأن، مما قد يعني أن هؤلاء المرضى أدخلوا مع مرضى آخرين، وربما اعتنى بهم أطباء عامون ليسوا مدربين على معالجة مثل هذه المشاكل.

وأبلغ عن وجود مرافق للعلاج والتأهيل فيما يتصل بإساءة استعمال المخدرات وذلك في القطاع الخاص في بلدان ثلاثة هي مصر ولبنان والمملكة العربية السعودية. ولم تكن الخدمات الطوعية متوفرة إلا في مصر. وجزير بالذکر أن عدداً صغيراً فقط من متعاطي المخدرات هم الذين يستطيعون الاستفادة من الخدمات الخاصة نظراً إلى أن تأهيل متعاطي المخدرات عملية باهظة التكاليف مما يجعل إمكانية الوصول إليها مقتصرة على السكان ذوي الدخل المرتفع. وإلى جانب ذلك، لا توجد سياسات موحدة لمعالجة متعاطي المخدرات والعناية بهم في القطاع الخاص. ويلخص الجدول ٨ المرافق المتوفرة في كل من البلدان المجيبة. (الجدول أولاً - ١ - ألف إلى أولاً - ١ - دال وثانياً ١٣ - ألف إلى ثانياً - ١٤ - هاء وثانياً - ١٧ - سين، الواردة في المرفق الأول تفسر هذه الأرقام بالتفصيل).

## الجدول ٨- مرافق العلاج من المخدرات في البلدان المجيبة

البلد	مرافق حكومية	خاصة	طوعية	مرافق أخرى
الأردن	٢	صفر	صفر	صفر
البحرين	٢	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	١٣	٢	صفر	صفر
الجمهورية العربية السورية	٢	صفر	صفر	صفر
الكويت	١	صفر	صفر	صفر
لبنان	٦	٤	صفر	صفر
مصر	٨٧	٧	١٠	صفر

(ب) الأسرة المخصصة للعناية بحالات إساءة استعمال المخدرات

توجد في جميع البلدان المجيبة أسرة متوفرة لعلاج متعاطي المخدرات. غير أن العدد الإجمالي للأسرة المتوفرة في قطاع الرعاية الصحية في مصر ورد دون تحديد نسبة الأسرة المخصصة لمعالجة متعاطي المخدرات. إلا أن القطاع الخاص يوفر عددا من الأسرة أكبر مما توفره الحكومة. وفي لبنان أيضا، يوفر القطاع الخاص والمنظمات الطوعية عددا من الأسرة أكبر مما توفره الحكومة. وفي المملكة العربية السعودية تشير البيانات الى أن القطاع الخاص يوفر تقريبا ثلث مجموع الأسرة المخصصة لعلاج متعاطي المخدرات. ويلخص الجدول ٩ عدد الأسرة المخصصة لعلاج متعاطي المخدرات. (وتقدم الجداول من أولا-٢-ألف الى أولا-٢-دال في المرفق الأول، وصفا تفصيليا لهذه الأرقام).

## الجدول ٩- عدد الأسرة المخصصة للعناية بمتعاطي المخدرات في البلدان المجيبة

البلدان	حكومية	خاصة	طوعية	أخرى
الأردن	٢٥	صفر	صفر	صفر
البحرين	١٧	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	١١٠٠	٥٠٠	صفر	صفر
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	٢٧	صفر	صفر	صفر
لبنان	٦	٥	٥	٤
مصر	٨٩٤ (*)	١٢٥٢١ (*)	صفر	٩٣٠ ٣١ (*)

(\*) ذكر العدد الإجمالي للأسرة دون تحديد.

(ج) متوسط مدة إقامة متعاطي المخدرات (للعلاج من إساءة استعمال المخدرات)

هناك اختلافات كبيرة في متوسط مدة الإقامة التي يقضيها المرضى الذين يدخلون المستشفى للعلاج، حسبما يتضح من الجدول ثانيا-١٢ في المرفق الأول. ويبدو أن أطول فترة وهي ٤ أشهر في المتوسط توجد في الأردن في حين توجد في البحرين أدنى فترة إقامة (١٥ يوما تقريبا في المتوسط).

ومع الأخذ في الاعتبار مدة الإقامة الطويلة للمرضى في بعض البلدان ومقارنتها مع عدد الأسرة المخصصة وعدد المرضى الذين يدخلون المستشفى، يبدو أن هناك تضارب في البيانات الواردة من بعض البلدان المجيبة.

(د) عدد الموظفين المشاركين في العناية بمتعاطي المخدرات

معظم الموظفين في مختلف التخصصات المتصلة بإساءة استعمال المخدرات في جميع البلدان المجيبة من الموظفين المدربين. وذكر بلدان هما مصر ولبنان وجود موظفين مدربين وغير مدربين.



وبمقارنة نسبة اجمالي اليد العاملة الى الأسيرة، توضح البيانات أن أعلى نسبة توجد في البحرين. وذكر لبنان أن نسبة الأسيرة الى اليد العاملة هي ستة أسرة إلى ٢٠ موظفاً، وهو أمر يبدو غير منطقي (الجدولان أولاً - ٣ - ألف و أولاً - ٣ - باء، المرفق الأول).

وعلى الرغم من أن جميع البلدان أفادت عن وجود موظفين غير طبيين يمكنهم القيام بدور رئيسي في تأهيل متعاطي المخدرات، فإنها لا تستفيد، على ما يبدو، من خدماتهم على النحو المطلوب، وحيث أن أغلبية البلدان لديها برامج للعلاج الطبي وليس لديها برامج لإعادة التأهيل.

#### (هـ) مدمنو المخدرات حسب مصدر الإذن بدخول المستشفى

توضح البيانات أن أكبر نسبة من الحالات في المملكة العربية السعودية والكويت حسب مصدر الإذن بدخول المستشفى كانت عن طريق الشرطة. غير أن أكبر نسبة في البحرين دخلت المستشفيات تلقاء نفسها. وقدم الأردن بيانات لعام ١٩٩١ فحسب، تشير الى أن أغلبية الحالات أُحيلت عن طريق العيادات الخارجية. ولم تقدم مصر ولبنان والجمهورية العربية السورية أية بيانات تتصل بمصدر الإذن بدخول المستشفى (الجدول من ثانيا - ٥ - ألف - الى ثانيا - ٥ - حاء، المرفق الاول).

وفي البحرين يبدو أن رسالة حملة التثقيف الصحي التي تنادي بأن متعاطي المخدرات بحاجة الى المساعدة الطبية، بدأت تحقق غايتها ومن الشائع رؤية أفراد يرتادون الوحدة المتخصصة.

#### (و) الخدمات المتاحة لمتعاطي المخدرات

تتوافر مرافق العلاج في جميع البلدان المجيبة. غير أن مراكز التأهيل ليست متوفرة بصورة كبيرة في هذه البلدان. ويبدو أن هناك اتجاه نحو اللجوء الى خدمات العلاج بدلاً من خدمات التأهيل (الجدول أولاً - ٤، المرفق الأول).

ويوجد في بلدين هما البحرين والمملكة العربية السعودية، خط هاتفي للطوارئ يمكن لمتعاطي المخدرات اللجوء إليه. (الجدول الأول - ٦، المرفق الأول).

#### (ز) خدمات التثقيف الصحي

قدمت البلدان المجيبة معلومات عن وجود أنشطة التثقيف الصحي لمتعاطي المخدرات وهذه الخدمات غير متاحة للأسر إلا في بلدين (البحرين والمملكة العربية السعودية).

وأفادت ثلاثة بلدان بوجود برامج مدرسية للتثقيف الصحي في مراحل مختلفة من التعليم وهي البحرين والكويت والجمهورية العربية السورية.

ويشمل حل مشكلة إساءة استعمال المخدرات التثقيف إلى جانب التأهيل والعلاج الطبي. غير أنه من المؤسف أن معظم البلدان تركز على عنصر العلاج الطبي في معالجة مشكلة إساءة استعمال المخدرات وتولي أهمية أقل لتثقيف الجمهور وطلاب المدارس والجامعات وكذلك الأسر التي يوجد ضمن أفرادها متعاطين للمخدرات (الجدول أولاً - ٥ - ألف الى أولاً - ٥ - دال، المرفق الاول). إلا أن وسائل

الإعلام، لاسيما في مصر، تلعب دوراً في نشر البرامج الرامية الى الوقاية الأولية من إساءة استعمال المخدرات وذلك عن طريق الحملات الإعلامية. وبالإضافة الى ذلك، توجد في مصر والكويت ولبنان مبادرات خاصة في شكل برامج محلية لزيادة الوعي بمشكلة المخدرات، ويتم من خلالها تدريب ممثلي المدارس من خلال الحصول على معلومات في شكل ملصقات وكتيبات وأشرطة فيديو وقائمة بالاختصاصيين للرجوع اليهم حال وجود أي مشكلة تتعلق بالمخدرات.

### (ح) برامج أخرى للوقاية

توجد في مصر وحدات تُدعى "نواصي الدفاع الاجتماعي" تديرها الحكومة وتعمل كمراقب للإدمان الاجتماعي. ونهج أبو العزائم للعلاج هو جزء من مبادرة غير حكومية أوسع نطاقاً. ويتضمن وحدات للعلاج الطبي النفسي والترفيهي. وتوجد ثلاث من هذه الوحدات في منطقة القاهرة الكبرى.

### ٣- القواعد التشريعية

أفادت جميع البلدان عن سن قوانين تتصدى لإساءة استعمال المخدرات. وباستثناء لبنان، جعلت البلدان المستجيبة عقوبة الاعدام أقصى عقوبة لإساءة استعمال المخدرات (الجدول الأول - ٧، المرفق الأول).

### ٤- بعض البيانات الديمغرافية عن متعاطي المخدرات

#### (أ) العمر

تناول الاستبيان توزيع متعاطي المخدرات حسب الفئات العمرية. وأعطت أربعة بلدان فقط بيانات في هذا المجال على النحو التالي (الجدول ١٠):

ويبين الجدولين الواردين أن نسبة حالات إساءة استعمال المخدرات في فئة العمر بين ١٥-٢٤ عاماً يبلغ تقريباً خمس العدد الإجمالي للحالات في البحرين، في حين أنها أعلى من ذلك بكثير في الأردن (٤٠٧ في المائة). وفي المملكة العربية السعودية، تصل هذه النسبة الى ٧٠ في المائة. وتبين البيانات الواردة من مصر أن أغلبية الحالات (٧٧٥ في المائة) تحدث في الفئة العمرية ٢٠-٣٩ عاماً، وأن نسبة أقل (٥٩ في المائة) تحدث في الفئة الأصغر عمراً (أقل من ٢٠ عاماً).

والنتائج الواردة في بعض البلدان مثيرة للدهشة إذ كان من المتوقع أن تظهر بين فئات الشباب. غير أنه إذا كانت تلك البيانات تعكس الوضع الفعلي، فإن مشكلة إساءة استعمال المخدرات بين الشباب تكون أخف مما كان متوقفاً. والاحتمال الآخر أنه ربما كان الإبلاغ ناقصاً بالنسبة لهذه الفئة العمرية بالذات.

الجدول ١٠- عدد ونسبة حالات إساءة استعمال المخدرات المبلّغ عنها خلال الفترة ١٩٨٧-١٩٩١ حسب فئات العمر

البلد	١٥-٢٤ عاما	فوق ٢٤ عاما	المجموع	نسبة الأعمار ١٥-٢٤ الى المجموع
الأردن <sup>(١)</sup>	٧٠	١٠٢	١٧٢	٤٠ر٧
البحرين	١٠٢	٤٢٥	٥٢٧	١٩ر٤
المملكة العربية السعودية	٤ ٥٣٢	١ ٨٦٩	٦ ٤٠١	٧٠ر٨
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
مصر <sup>(ب)</sup>	-	-	-	-

(أ) قدم الأردن بيانات عن عام ١٩٩١ فقط.

(ب) لا يوجد في مصر تصنيف حسب فئة العمر، بل أبلغ عن فئات عمرية مختلفة كما يتبين من الجدول ١١ أدناه.

(ب) نوع الجنس

تشير البيانات الى أن الذكور يشكلون غالبية الحالات المبلغ عنها في البحرين والكويت ولبنان. ولم تذكر مصر والأردن والمملكة العربية السعودية عدد الحالات بين الاناث. ولم تبلغ الجمهورية العربية السورية عن أية حالات (الجدول الثاني - ١ - ألف، المرفق الأول).

وهذه النتائج لا تثير الدهشة نظرا الى أن الاناث في البلدان المجيبة يتمتعن عادة بالحماية وربما لا يتم الإبلاغ عن معظم الحالات.

الجدول ١١- متعاطو المخدرات حسب فئات العمر في مصر

فئة العمر	أقل من ٢٠ عاما	٢٠-٣٩ عاما	أكثر من ٣٩	المجموع
الحالات	١٢٣	١ ٦١٤	٣٤٥	٢ ٠٨٢
النسبة المئوية	٥ر٩	٧٧ر٥	١٦ر٦	١٠٠

وأشارت معلومات عن الكويت الى أن عددا قليلا من الاناث تم ايقافهن لوجود مخدرات في حوزتهن، وأن عددا آخر منهن عولجن في المستشفيات من إساءة استعمال المخدرات. وفي عام ١٩٨٧، تمت في المستشفى نفسه معالجة خمس إناث فقط من إدمان المخدرات بالمقارنة مع ٧٥٥ من الذكور. وبالإضافة الى ذلك كشفت بيانات وزارة الداخلية في عام ١٩٨٩ أن ١٧ أنثى تم ايقافهن بتهمة الاتجار بالمخدرات بالمقارنة مع ٥٣٨ من الذكور، وأن ٢٩ أنثى تم ايقافهن لحيازتهن المخدرات بالمقارنة مع

٨٤٥ من الذكور. غير أن بيانات وزارة الداخلية لم تذكر جنسية أولئك الاناث اللاتي تم ايقافهن بتهمة حيازة المخدرات أو الاتجار بها.

### (ج) الجنسية

يبين الجدول الثاني - ١ - بء، المرفق الأول، أن المواطنين كانوا يشكلون أغلبية حالات إساءة استعمال المخدرات في البلدان التي أجابت على الاستبيان. وتختلف نسبة الأجانب من بلد الى آخر حيث تتراوح بين الصفر في المملكة العربية السعودية ومصر و ٣٣ر٣ في المائة في البحرين.

### (د) التعليم

توضح البيانات الواردة من الكويت والأردن والمملكة العربية السعودية أن نسبة الحالات بين من بلغوا مستوى عالٍ من التعليم، أقل من جميع الفئات الأخرى. غير أن بيانات البحرين تشير الى وجود نسبة الحالات بين الحاصلين على التعليم الابتدائي والثانوي والعالي أعلى منها بين الأميين والأقل تعليماً ولم تقدم الجمهورية العربية السورية ولبنان ومصر بيانات تتعلق بمستوى التعليم بين المدمنين (الجدول ثانياً- ٣ - ١ الى ثانياً- ٣ - ٤، المرفق الأول).

ومن بين الأسباب المحتملة التي تفسر وجود اختلافات في النتائج، مدى إمكانية الاعتماد على نظم الإبلاغ، وإختلاف معدلات الامام بالقراءة والكتابة في مختلف البلدان. غير أنه، يلاحظ عموماً ان أكبر نسبة لإساءة استعمال المخدرات توجد بين الأميين ومستويات التعليم الدنيا والمتوسطة مع وجود أقلية من الحالات بين الحاصلين على مؤهلات عليا والمهنيين.

### (هـ) المهنة

تشير البيانات الواردة من المملكة العربية السعودية والكويت والأردن ومصر الى ارتفاع نسبة الحالات بين العاطلين عن العمل ويليهم الطلاب. ولوحظ انخفاض نسبة الحالات بين الفئات الأخرى. غير أن البيانات الواردة من البحرين تبين أن النسبة أعلى لدى العاطلين يليهم العمال الفنيون والماهرون. وتوجد أدنى نسبة بين الطلاب. وفي جميع البلدان المبلغة، توجد أدنى نسبة من الحالات بين المهنيين (الجدول من ثانياً - ٤ - الى ثانياً - ٤ - زاي، المرفق الاول). وفي لبنان، فإن معظم الحالات، بعد فئة العاطلين، بين أعضاء فرق الميليشيات الذين كانت تعطى لهم المنشطات أثناء الحرب لحفزهم وإيقائهم متأهين للقتال.

### (ز) الحالة الزوجية

أشارت البحرين والأردن ولبنان والمملكة العربية السعودية الي أن أكبر نسبة لحالات إساءة استعمال المخدرات توجد بين العزاب يليهم المتزوجون وأخيراً المطلقون أو الأراامل او المنفصلون عن أزواجهم. إلا أن هذه الفئة الأخيرة، شكلت في الكويت أكبر نسبة من الحالات يليها العزاب ثم المتزوجون. ولم تقدم الجمهورية العربية السورية ومصر أية بيانات عن هذا الموضوع (الجدول من الثاني - ٦ - ألف الى الثاني - ٦ - جيم، المرفق الأول).

## ٥- إساءة استعمال المخدرات حسب المادة المخدرة

تشير البيانات الواردة من البلدان المجيبة الى أن الإكثار من شرب الكحول يشكل في الكويت والبحرين والمملكة العربية السعودية غالبية حالات إساءة استعمال المخدرات، يليه المواد الأفيونية والمهدئات. غير أن مصر أبلغت عن ارتفاع نسبة متعاطي المواد الأفيونية والمهدئات وحالات قليلة لمتعاطي القنب. ومن الممكن أن متعاطي القنب لا يلتمسون الحصول على المساعدة الطبية نظرا لعدم وجود أعراض تصاحب التوقف عن تعاطي القنب. ولم يذكر أي من البلدان المجيبة وجود مشكلة كبيرة بالنسبة للكوكايين أو المخدرات المهلوسة أو القات. وأبلغ عن وجود إدمان متعدد الأنواع بنسب كبيرة في مصر والبحرين والمملكة العربية السعودية. وأشار لبنان والجمهورية العربية السورية الى أن البيانات ليست متاحة (الجدول من الثاني-٧-ألف الى الثاني-٧-كاف، المرفق الأول، تتضمن بيانات مفصلة واردة من جميع البلدان المجيبة).

ويُعتبر الكحول والمواد الأفيونية من المواد الأساسية التي يُساء استعمالها في جميع البلدان المجيبة. وترتبط إساءة استعمال المخدرات الأخرى بتوافر المخدر والعوامل الاجتماعية الاقتصادية والثقافية.

ويرد في الجدول ١٢ موجز للتقارير الأخيرة عن عام ١٩٩١ في البلدان التي قدمت بيانات.

## الجدول ١٢- إساءة استعمال المخدرات حسب البلد وبيانات عام ١٩٩١

نوع المخدر	الأردن	البحرين	المملكة العربية السعودية	الكويت
المواد الأفيونية	٣٥	٣٠	٥٠	١٧
الكوكايين	٢	صفر	١٥	صفر
القنب	٦	صفر	٢٥١	١
المواد المهلوسة	صفر	صفر	صفر	٤
الأمفيتامينات	صفر	صفر	٤٣	صفر
المسكنات	٢٨	صفر	صفر	صفر
المواد الذائبة المتطايرة	صفر	١	صفر	١٧
الكحول	٧٠	٣٣	٣٦١	٨١
القات	صفر	صفر	صفر	صفر
إدمان متعدد	١٤	صفر	٣٦	٧
مواد أخرى	٧	١	١٣	٨١

#### ٦- طريقة تعاطي المخدرات

البيانات المتاحة تقتصر على البحرين والمملكة العربية السعودية. وتشير الأرقام الى تزايد نسبة تعاطي المخدرات عن طريق الفم في المملكة العربية السعودية وهي الطريقة الشائعة لتعاطي المخدرات. ولوحظ حدوث انخفاض منتظم في استعمال الحقن الوريدية من ٢٠١١ في المائة خلال عام ١٩٨٧ الى ٦٥ في المائة خلال عام ١٩٩١.

ومن جهة أخرى، تشير البيانات الواردة من البحرين الى أن أكبر نسبة لتعاطي المخدرات تتم خارج نطاق الهضم المعوي يليها الاستنشاق. وحسب البيانات نفسها، فإن أقل من ١٠ في المائة من المدمنين في البحرين يتعاطون المخدرات عن طريق الفم (الجدول من ثانيا-٨-ألف الى ثانيا-٨-جيم، المرفق الأول).

أما توافر مختلف أنواع المخدرات وأسعارها في الشارع فإنه من بين العوامل الحاسمة التي يقرر بموجبها متعاطو المخدرات نوع المخدر الذي يتعاطونه وطريقة تعاطيه.

#### ٧- الظروف الصحية المرتبطة بإساءة استعمال المخدرات

لم تكن البيانات متاحة إلا بالنسبة للبحرين والمملكة العربية السعودية فيما يتعلق بالظروف الصحية المرتبطة بإساءة استعمال المخدرات (الجدول من الثاني-٩-ألف الى الثاني-٩-جيم، المرفق الأول). وفي المملكة العربية السعودية، لم يكن يعاني متعاطو المخدرات الذين أدخلوا المستشفى للعلاج من أية أمراض أخرى. غير أن البحرين ذكرت أن عددا من الحالات التي دخلت المستشفى للعلاج كانت مصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) وبالتهاب الكبد-باء (HEPATITIS-B). ويتفق هذا مع البيانات الواردة من البحرين حيث أن أغلبية متعاطي المخدرات يستعملون الحقن الوريدية. وفيما يتعلق بالحالات النفسية المتصلة بإساءة استعمال المخدرات، فإن البحرين هي وحدها التي أبلغت عن مثل هذه الحالات (الجدول الثاني-١٠-ألف واثانيا-١٠-باء، المرفق الأول).

وتنفرد البحرين بوجود وحدة متخصصة ومركزية للبلد بكامله، مما يسهل عمليات إدخال واستخراج البيانات وإعداد التقارير.

#### ٨- الآثار الاجتماعية لإساءة استعمال المخدرات

لم تقدم سوى البحرين والمملكة العربية السعودية والأردن بيانات لها صلة بهذا الموضوع. وتنحصر المشاكل المتصلة بإساءة استعمال المخدرات في مجالات مثل اضطراب الأوضاع داخل الأسرة وفي مكان العمل. وتشير البيانات الواردة من هذه البلدان الى أن نسبة متعاطي المخدرات الذين يعانون من هذه الآثار الاجتماعية مرتفعة (الجدول من ثانيا-١١-ألف الى ثانيا-١١-طاء، المرفق الأول).

وترد في الجدول التالي البيانات المقدمة عن عام ١٩٩١ في ثلاثة بلدان هي الأردن والبحرين والمملكة العربية السعودية.

الجدول ١٣- الآثار الإجتماعية لإساءة إستعمال المخدرات في بلدان مختارة في الإسكوا، ١٩٩١

المملكة العربية السعودية	البحرين	الأردن	آثار إساءة إستعمال المخدرات
صفر	٢٥	٢٣	مشاكل قانونية
٣١٦	٢٠	٢٠	اضطرابات عائلية
صفر	صفر	٣	حوادث طرق
٩٧	٢٥	صفر	مشاكل في مكان العمل
صفر	٨	٤٢	فقدان العمل
٥	صفر	صفر	مشاكل في المدرسة
صفر	١٥	٢٥	عنف
صفر	٤	صفر	وفاة لها صلة بإساءة إستعمال المخدرات
صفر	صفر	٥٩	آثار أخرى

#### ٩- أساليب ابتكارية مختارة لمكافحة إساءة استعمال المخدرات

من بين الوسائل القانونية لردع إساءة استعمال المخدرات، زيادة إدراك الناس لصرامة العقوبة. ففي المملكة العربية السعودية ترد العبارة التالية في بطاقات الدخول الى البلد: "الاتجار بالمخدرات عقوبته الإعدام".

ولربما ساهم ذلك في انخفاض عدد المدمنين في المملكة العربية السعودية خلال السنوات القليلة الماضية.

وهناك طريقة ابتكارية أخرى يجري تطبيقها في مصر حيث يتم الاستفادة من المساجد في إلقاء الخُطب الدينية مصحوبة بشرح مفصّل لمشاكل إساءة استعمال المخدرات، إلى جانب التعليم الديني لتثقيف الناس فيما يتعلق بمشكلة إساءة استعمال المخدرات ومساعدة المتعاطين للمخدرات خلال عملية التأهيل.

ويتم في البحرين اتباع طرق ابتكارية للعلاج على النحو التالي:

(أ) العلاج في وسط اجتماعي حيث يلتقي المرضى في مجموعات كل يوم بغرض العلاج؛

(ب) يلتقي متعاطو المخدرات مع شخصيات دينية مرموقة لقراءة ومناقشة أجزاء من القرآن الكريم مع التركيز على التغييرات السلوكية التي ينبغي أن تحدث في صفوف متعاطي المخدرات؛

(ج) وجود فريق معني بالمخدرات لا تكشف هوية أعضائه، يجتمع اسبوعيا في المكان المخصص للمرضى المقيمين، حيث يلتقي المرضى الذين تماثلوا للشفاء بالمرضى الموجودين في المستشفى تحت العلاج؛

(د) جمعية النور، وهي مجموعة من متعاطي المخدرات الذين تحقق لهم الشفاء يستخدمون المسجد كقاعدة لتأهيل المتعاطين للمخدرات وتقديم الدعم لهم، مهتدين بالمبادئ الاسلامية. وتجري اجتماعات هذه الجمعية في المساجد وتختار عملاءها من المستشفيات ومن المجتمع المحلي.

ويوجد في البحرين مركز للعناية بمتعاطي المخدرات. ويحظر القانون معالجة متعاطي المخدرات في مرافق صحية أخرى أو من قِبَل الأطباء خارج المركز. وعلى الرغم من أن ذلك يساعد على مركزية البيانات الاحصائية والتقارير اللازمة لوضع سياسة موحدة لمعالجة مشكلة إساءة استعمال المخدرات، فإن من أضراره أنه يلحق وصمة بمتعاطي المخدرات.

#### ١٠- ملاحظات ختامية

استندت هذه الدراسة الميدانية الى استبيان أجاب عليه بلدان مختارة من دول الإسكوا لم يكن لدى معظمها البيانات الأساسية اللازمة، ولذا فإنه إما أن يكون ناقصا أو متضمنا لبيانات غير واقعية وأرقام لا تعكس وجود نظام دقيق للإبلاغ أو لا تعطي صورة واقعية عن حجم ومدى مشكلة إساءة استعمال المخدرات بين الشباب.

غير أن الدراسة تبين أنه على الرغم من وجود قوانين فعّالة تتعلق بإساءة استعمال المخدرات في جميع البلدان المجيبة، لا توجد سياسات موحدة لمعالجة هذه المشكلة. وعلى الرغم من وجود مرافق كافية للعلاج الطبي وبرامج محدودة للتثقيف الصحي، فإن مرافق وخدمات التأهيل والوقاية محدودة. وعلاوة على ذلك، فإن القطاع الخاص هو الذي يعالج أساسا مشكلة إساءة استعمال المخدرات في العديد من البلدان، مما يؤدي الى القول بأن هذه المرافق ليست في متناول غالبية متعاطي المخدرات.

#### جيم- التوصيات

هناك حاجة ماسة الى وجود معلومات موثوقة عن الوضع الحالي لمشكلة إساءة استعمال المخدرات في الدول الأعضاء في الإسكوا. وفي هذا الصدد ينبغي أخذ التوصيات التالية بعين الاعتبار:

١- إنشاء نظام دقيق وموثوق به للإحصاءات الأساسية المتعلقة باستعمال/أو إساءة استعمال المخدرات؛ وأن يكون النظام مركزيا مع وجود مراكز فرعية للإبلاغ في جميع مراكز الرعاية الأولية والمستشفيات الخاصة ومستشفيات المناطق ومرافق الرعاية الثلاثية.

٢- إنشاء نظام للإبلاغ عن حالات إساءة استعمال المخدرات مع توفير التدريب المناسب للموظفين الصحيين فيما يتعلق بتطبيق النظام وأهميته استخدامه؛

٣- توحيد المنهجية المتبعة في جمع البيانات فيما بين الدول الأعضاء؛ وأن تكون الاستثمارات الموحدة لجمع البيانات متاحة في جميع مراكز الإبلاغ. وينبغي أن تشمل الاستثمارات المعلومات التالية:



(أ) البيانات المتعلقة بهوية متعاطي المخدرات: أي اسمه وعنوانه ورقم التقرير الطبي، وإذا ما كانت الحالة جديدة أو متكررة وما إلى ذلك؛

(ب) الخصائص الاقتصادية الاجتماعية والديمغرافية لمتعاطي المخدرات: العمر ونوع الجنس والحالة الزوجية وحجم الأسرة والمستوى التعليمي والمهنة ومستوى الدخل وما إلى ذلك؛

(ج) بيانات متصلة بإساءة استعمال المخدرات:

(١) الإسم الصيدلاني للمخدر الذي أسيء استعماله؛

(٢) مدة إساءة استعمال المخدر؛

(٣) تواتر استعمال المخدر؛

(٤) كيف بدأ الإدمان؟ (مثلاً عن طريق الأصدقاء أو في المدرسة أو اللقاءات الاجتماعية وما إلى ذلك)؛

(٥) الآثار الاقتصادية لإساءة استعمال المخدرات على أسرة المتعاطي للمخدرات (مثلاً التكلفة في اليوم/في الشهر/في السنة؟)؛

(٦) سبب التماس العلاج: مثلاً:

- أ- بمبادرة شخصية؛
- ب- عن طريق الأسرة؛
- ج- عن طريق الشرطة؛
- د- مشاكل قانونية سابقة؛
- هـ- محاولات سابقة لمعالجة مشكلة الإدمان.

وينبغي معالجة هذه البيانات بصورة سرية لتكون عملية الإبلاغ مقبولة لدى جميع الأفراد والمدمنين الذين أبلغوا عن أنفسهم.

(د) ضرورة مشاركة العيادات الخاصة طوعياً في البرنامج، إلا أنه يجوز إعفاؤها من الإبلاغ عن هوية المريض إذا رغب في ذلك. وأن يكون هناك اتفاق مسبق بين المريض والطبيب/العيادة الخاصة لمواصلة العلاج الطبي وإجراء زيارات المتابعة اللازمة؛

(هـ) أن يقوم مركز التسجيل المركزي بإعداد تقارير أسبوعية أو شهرية أو ربع شهرية، مع تحليل إحصائي أساسي للبيانات المتعلقة بإساءة استعمال المخدرات. ويمكن إتاحة خط هاتفي مباشر للأطباء الذين يقومون بمعالجة المدمنين؛

(و) إنقضاء فترة زمنية محددة (سنتان على الأقل) قبل شطب إسم المدمن من السجلات. وفي حالة العودة الى الإدمان بعد مرور تلك الفترة، يُعطى للمدمن رقم ملف جديد.

٤- وضع وتطوير برامج شاملة للتثقيف الصحي لمعالجة مشكلة إساءة استعمال المخدرات؛ وأن تكون هذه البرامج موجهة الى متعاطي المخدرات والى أسرهم والسكان المعرضين لهذا الخطر والجمهور بشكل عام. وفيما يلي استعراض عام لحملة إعلامية مقترحة:

(أ) وضع برامج تلفزيونية بمشاركة فرق الرعاية الصحية، والمعلمين والمرشدين الاجتماعيين، وأخصائيي التأهيل، وأطباء الأمراض النفسية، وأخصائيي التغذية وكذلك المحامين وغيرهم من الموظفين المعنيين بإدارة برامج إساءة استعمال المخدرات والوقاية منها؛

(ب) تقديم عروض أثناء المحاضرات والندوات والنقاشات الجماعية تتعلق بخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد-باء الناجم عن استعمال إبر مشتركة وغير ذلك من الممارسات التي تنطوي على درجة عالية من الخطر؛

(ج) تخصيص يوم في السنة للقيام بأنشطة إعلامية لمكافحة إساءة استعمال المخدرات؛

(د) تنظيم معرض عن إساءة استعمال المواد المخدرة كجزء من الأنشطة المضطلع بها خلال أسبوع الصحة. ويمكن أن يتضمن ذلك عروضاً تتعلق بالمخدرات والمواد الأكثر شيوعاً مع إبراز نتائج إساءة استعمالها مما يمكن الآباء والمعلمين من التعرف على مظاهر إساءة استعمال المخدرات في مرحلة مبكرة؛

(هـ) تنظيم حلقة عمل أو حلقة دراسية اقليمية عن مختلف جوانب إساءة استعمال المخدرات تستهدف الأطباء في العيادات والمتقنين الصحيين والمدرسين والمستشارين؛

(و) توزيع مقالات ومعلومات مصورة على أعضاء مختلف المؤسسات في البلد وعلى الجمهور لضمان وصولها اليهم؛

(ز) طباعة شعارات مناهضة لإساءة استعمال المخدرات على البطاقات المتعلقة بشتى الأنشطة في البلد مثل المعارض والأنشطة الرياضية والنوادي الخ...).

٥- إدراج موضوع إساءة استعمال المخدرات في مناهج المدارس الثانوية. ومن المحتمل ألا يكون مفهوم التثقيف بشأن استعمال المخدرات واضحاً في البلدان قيد الاستعراض. ولذا يجب وضع استراتيجية جديدة في هذه البلدان تأخذ في الاعتبار توفير البيانات الدقيقة عن جميع أنواع المخدرات وأثرها على جسم الانسان. والحملات الإعلامية أو النشرات أو الملصقات أو الكتيبات أو الندوات المتعلقة بإساءة استعمال المخدرات والموجهة لطلاب المدارس والجامعات، جميعها وسائل أساسية في الحملة الإعلامية.

٦- وضع سياسات موحدة في جميع البلدان كل على حدة تتناول رعاية متعاطي المخدرات في مختلف المرافق التابعة لنظام الرعاية الصحية. ويتولى القطاع الخاص في بعض البلدان التصدي لهذه المشكلة

من خلال مجموعة من السياسات والإجراءات، مما يتعذر معه الحصول على العلاج بسبب القيود المالية. وإنشاء لجنة وطنية معنية بمكافحة إساءة استعمال المخدرات من شأنه أن يكون فعالاً للغاية في وضع سياسات متكاملة.

٧- مساهمة المدمنين الذين حققوا الشفاء في التصدي لإساءة استعمال المخدرات عن طريق تقديم النصيحة والعلاج الجماعي الخ.

٨- تشجيع تبادل المعلومات والخبرة من خلال الحلقات الدراسية وغيرها من أشكال التعاون الإقليمي فيما بين الدول الأعضاء.

ببليوغرافيا مختارة(\*)

- El-Azayem, A. "Moslem approach to prevention of alcohol and drug abuse"
- El-Azayem, A. et. al., "Deterioration of the brain functioning in relapsing heroin addict"
- \_\_\_\_\_. et. al., "Quantitative findings associated with heroin abuse"
- El-Azayem A. and Soueif M., "Comparative evaluation of the voluntary treatment of opium dependents" Final report, project 03-275-A Adamha.
- British Journal of Addiction. Interview with Mr. Moustafa Soueif, No. 83, 1988.
- International Labour Office, 1990. Report of the Orientation and Programme Formulation Workshop on Drug Rehabilitation for the Countries of the Middle East.
- League of Arab States, Council of Arab Ministers for Youth and Sports, Arab Policy in the field of Youth and Sports, 1983.
- Mabrouk, M.F. "Drug in Egypt: facing the facts" Cairo Today. October 1991.
- Al-Mahmood, Hoda.E. Drug Abuse in the Islamic Countries with Special Reference to the Current Situation in Bahrain. M.Sc. Dissertation U. London, 1984.
- Al-Otiby, Abdullah.M. Drugs Addiction in Saudi Arabia. Thesis towards the Degree of Master in Science.
- Soueif, M.I. Drug Dependence Problems of Behavioral Research National Center for Social and Criminological Research (NCSCR) Egypt, Cairo 1980.
- \_\_\_\_\_. "The abuse of psychoactive substances: research and related activities at the National Center for Social and Criminological Research" (in Cairo).
- \_\_\_\_\_. "The extent of drug abuse among Egyptian male university students", Drug and Alcohol Dependence, No. 18, 1986.
- \_\_\_\_\_. "The extent of non medical use of psychoactive substances among secondary school students in Greater Cairo: Drug and Alcohol Dependence, No. 9, 1982.
- \_\_\_\_\_. "The Social Relevance of Epidemiological Research in Drug Use, Abuse and Dependence; a position paper" Drug and Alcohol Dependence, No. 25, 1990.
- Soueif, M.I. et. al., "The Non-medical Use of Prescription Psychotropic Drugs by School Boys in Greater Cairo" Drug and Alcohol Dependence, No. 15, 1985.
- \_\_\_\_\_. "The use of psychoactive substances among male secondary schools pupils in Egypt: a study on a nationwide representative sample", Drug and Alcohol Dependence, No. 26, 1990.

(\*) نُسخت الببليوغرافيا بالشكل الذي وردت فيه.

ببليوغرافيا مختارة (تابع)

\_\_\_\_\_. "The use of psychoactive substances among males working in the manufacturing industries", Drug and Alcohol Dependence, No. 21, 1988.

\_\_\_\_\_. "The use of psychoactive substances by females Egyptian university students, compared with their male colleagues on selected items", Drug and Alcohol Dependence, No. 19, 1987.

مراجع عربية

Council of Ministers of Social Affairs of the Arab Gulf States, Welfare of Disabled Persons in Gulf States, 1991.

Al-Haddad, M.Kh. Let Us Know Dangers of Alcohol and Drugs, 1989.

National Council for the International Year of Youth, Drugs in Bahrain, 1985.

"Peaceful Mind", Magazines of Islamic medical psychology, No. 27 and 28.

SouEIF, M.I., (ed.) "The use of drugs among Egyptian males working in the manufacturing industries" The National Review of Social Sciences, vol. 28, No. 1, 1991.

\_\_\_\_\_. "Intake of nerves stimulants among students: case-study in Egypt" vol.1, 2 and 3, 1990.

\_\_\_\_\_. "The treatment of drug addicts, Egyptian experience model framework" 1990.

\_\_\_\_\_. Towards an Integrated Policy Facing the Problem of Drug Abuse in Egypt, 1988.

المرفق الأول(\*)  
جداول موجزة

مرافق معالجة إساءة استعمال المخدرات

أولاً - ١-ألف- المرافق الحكومية

مرافق أخرى	مراكز الرعاية الصحية الأولية	مرافق التأهيل	مستشفى الأمراض النفسية		مستشفى عام	البلد
			جزء من الخدمات العامة	وحدة مخصصة للعلاج من المخدرات		
صفر	صفر	صفر	١	صفر	١	الأردن
صفر	صفر	١	صفر	١	صفر	البحرين
صفر	صفر	٦	٤	صفر	٣	المملكة العربية السعودية
صفر	صفر	صفر	٢	صفر	صفر	الجمهورية العربية السورية
صفر	صفر	صفر	١	صفر	صفر	الكويت
صفر	١	صفر	٢	صفر	٣	لبنان
صفر	صفر	(*)٧١	١١	٥	صفر	مصر

(\*) تسمى نوادي الدفاع الاجتماعي.

أولاً - ١-باء- المرافق الخاصة

مرافق أخرى	مراكز الرعاية الصحية الأولية	مرافق التأهيل	مستشفى الأمراض النفسية		مستشفى عام	البلد
			جزء من الخدمات العامة	وحدة مخصصة للعلاج من المخدرات		
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	الأردن
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	البحرين
صفر	صفر	صفر	٢	صفر	صفر	المملكة العربية السعودية
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	الجمهورية العربية السورية
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	الكويت
صفر	صفر	١	١	صفر	٢	لبنان
صفر	صفر	صفر	٧	صفر	صفر	مصر

(\*) تم استنساخ المرفق الأول بالشكل الذي ورد فيه.



الأسرة المخصصة للعناية بمتعاطي المخدرات

أولاً-٢-ألف- تحت الرعاية الحكومية

البلد	مستشفى عام	مستشفى الأمراض النفسية		مرافق التأهيل	مراكز الرعاية الصحية الأولية	مرافق أخرى
		وحدة مخصصة للعلاج من المخدرات	جزء من الخدمات العامة			
الأردن		صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
البحرين	صفر	١٧	صفر	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	٦٠٠	صفر	٢٠٠	٣٠٠	صفر	صفر
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	صفر	صفر	٢٧	صفر	صفر	صفر
لبنان	٦	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
مصر(*)	٦٥ ٦٧٤	٢٢٠	٥ ٠٠٠	صفر	صفر	صفر

(\*) البيانات المتعلقة بمصر غير محددة، وتشمل جميع الأسرة المتوفرة للرعاية الصحية.

أولاً-٢-باء- تحت رعاية القطاع الخاص

البلد	مستشفى عام	مستشفى الأمراض النفسية		مرافق التأهيل	مراكز الرعاية الصحية الأولية	مرافق أخرى
		وحدة مخصصة للعلاج من المخدرات	جزء من الخدمات العامة			
الأردن		صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
البحرين	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	٣٠٠	٢٠٠	صفر	صفر
الجمهورية العربية السورية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الكويت	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
لبنان	٥	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
مصر(*)	١٠ ٩٢١	١٠٠	١ ٥٠٠	صفر	صفر	صفر

(\*) ورد عدد الأسرة دون أي تحديد، ويشمل عدد الأسرة المتوفرة للخدمات الصحية.



أولاً -٢- جيم- تحت رعاية منظمات طوعية

مرافق أخرى	مراكز الرعاية الصحية الأولية	مرافق التأهيل	مستشفى الأمراض النفسية		مستشفى عام	البلد
			جزء من الخدمات العامة	وحدة مخصصة للعلاج من المخدرات		
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر		الأردن
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	البحرين
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	المملكة العربية السعودية
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	الجمهورية العربية السورية
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	الكويت
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٥	لبنان
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	مصر

أولاً -٢- دال- تحت رعاية جهات أخرى

مرافق أخرى	مراكز الرعاية الصحية الأولية	مرافق التأهيل	مستشفى الأمراض النفسية		مستشفى عام	البلد
			جزء من الخدمات العامة	وحدة مخصصة للعلاج من المخدرات		
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	الأردن
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	البحرين
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	المملكة العربية السعودية
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	الجمهورية العربية السورية
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	الكويت
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٤(*)	لبنان
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	٣١ ٩٣٠	مصر(**)

(\*) عدد الأسرّة المتاحة لدى جميع خدمات الرعاية الصحية في قطاعات خاصة مثل القطاع العام وقطاع التأمين والمستشفيات التعليمية الخ.

(\*\*) مركز العلاج الطبي.

## عدد الموظفين المشاركين في العناية بمتعاطي المخدرات

## أولاً-٣-ألف- الموظفين المدربين

البلد	طبيب أمراض نفسية	اختصاصي أمراض نفسية	طبيب عام	ممرضات	عاملون اجتماعيون	موجهون دينيون	١(*)
الأردن	٣	٢	٢	٦	٢	١	صفر
البحرين	٢	١	صفر	٥	١	١	٢
المملكة العربية السعودية	١٧٠	٢٤	٦٠	٢٦٠	٢٠	٦٠	صفر
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	٢	١	١	٤	١	١	٩
مصر	١٠	٥	١٠	٥	صفر	صفر	صفر

## أولاً-٣-باء- الموظفين غير المدربين

البلد	طبيب أمراض نفسية	اختصاصي أمراض نفسية	طبيب عام	ممرضات	عاملون اجتماعيون	موجهون دينيون	١(*)
الأردن	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
البحرين	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	١	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
مصر	٢٠	١٠	٢٠	١٠	٢٠	٥	صفر

(\*) مجموعة من العاملين تعتمد على المساعدة الذاتية.

أولاً-٤- الخدمات المتاحة لمتعاطي المخدرات

البلد	العلاج	التأهيل الاجتماعي	إعادة التأهيل المهني	علاج جماعي	العلاج في الوسط نفسه	علاج فردي	علاج في نطاق المهنة	١(*)
الأردن	موجود	موجود	غير موجود	غير موجود	غير موجود	موجود	موجود	موجود
البحرين	موجود	موجود	موجود	موجود	موجود	موجود	موجود	موجود
المملكة العربية السعودية	موجود	موجود	موجود	موجود	غير موجود	موجود	غير موجود	موجود
الجمهورية العربية السورية	موجود	غير موجود	غير موجود	غير موجود	غير موجود	موجود	غير موجود	موجود
الكويت	موجود	غير موجود	غير موجود	غير موجود	غير موجود	غير موجود	غير موجود	غير موجود
لبنان	موجود	موجود	موجود	موجود	موجود	موجود	موجود	موجود
مصر	موجود	موجود	غير موجود	غير موجود	غير موجود	موجود	موجود	موجود

(\*) برنامج العلاج الطبي.

أولاً-٥-ألف- أنشطة التثقيف الصحي المخصصة والموجهة لمتعاطي المخدرات كجزء من العناية بحالات إساءة استعمال المخدرات

البلد	نزلاء المستشفى	مرضى العيادات الخارجية
الأردن	موجود	غير موجود
البحرين	موجود	موجود
المملكة العربية السعودية	موجود	موجود
الجمهورية العربية السعودية	موجود	موجود
الكويت	موجود	موجود
لبنان	موجود	غير موجود
مصر	موجود(*)	موجود(*)

(\*) للمنظمات غير الحكومية فقط.

أولاً - ٥-باء- برامج التثقيف الصحي في المدارس والمتصلة بمشكلة إساءة استعمال المخدرات

البلد	المدارس الإبتدائية	المدارس الثانوية	المدارس الإعدادية	الجامعة
الأردن	ب	ب	ب	ب
البحرين	ج	ج	أ	أ
المملكة العربية السعودية	ج	ج	ج	ج
الجمهورية العربية السورية	أ	أ	أ	ج
الكويت	أ	أ	أ	أ
لبنان	ب	ب	ب	ب
مصر	ب	ب	ب	ب

- (أ) موجودة كجزء من المنهج الدراسي  
 (ب) غير موجودة في المنهج الدراسي  
 (ج) معروضة كمنشأط غير مشمول بالمنهج الدراسي  
 (د) برامج أخرى.

أولاً - ٥-جيم- التثقيف الصحي الموجه الى عامة الجمهور

البلد	برامج التلفزيون	صحف	مجموعات نقاش	وريات دعائية	حملات وطنية
الأردن	معروضة/متوفرة	غير معروضة/غير متوفرة	غير معروضة/غير متوفرة	غير معروضة/غير متوفرة	لا يوجد جواب
البحرين	معروضة/متوفرة	معروضة/متوفرة	معروضة/متوفرة	معروضة/متوفرة	معروضة/متوفرة
المملكة العربية السعودية	معروضة/متوفرة	معروضة/متوفرة	متوفرة ولكن غير منتظمة	معروضة/متوفرة	غير معروضة/غير متوفرة
الجمهورية العربية السورية	متوفرة ولكن غير منتظمة	متوفرة ولكن غير منتظمة	غير معروضة/غير متوفرة	غير معروضة/غير متوفرة	غير معروضة/غير متوفرة
الكويت	معروضة/متوفرة	متوفرة ولكن غير منتظمة	معروضة/متوفرة	معروضة/متوفرة	معروضة/متوفرة
لبنان	متوفرة ولكن غير منتظمة	غير منتظمة	متوفرة ولكن غير منتظمة	معروضة/متوفرة	غير معروضة/غير متوفرة
مصر	معروضة/متوفرة	متوفرة ولكن غير منتظمة	معروضة/متوفرة	معروضة/متوفرة	متوفرة ولكن غير منتظمة

أولاً - ٥-دال - دورات تثقيف صحي لأسر متعاطي المخدرات

البلد	توفر الدورات
الأردن	غير متوفرة
البحرين	متوفرة
المملكة العربية السعودية	متوفرة
الجمهورية العربية السورية	غير متوفرة
الكويت	غير متوفرة
لبنان	غير متوفرة
مصر	متوفرة(*)

(\*) متاحة لدى المنظمات غير الحكومية وحدها.

أولاً - ٦- الخدمات المتاحة لمتعاطي المخدرات

البلد	خطوط الهاتف المباشرة	مساعدة من قبل الموظفين	فحص في حجرة الطوارئ
الأردن	غير موجودة	غير موجودة	غير موجود
البحرين	موجودة	غير موجودة	موجود
المملكة العربية السعودية	موجودة	موجودة	موجود
الجمهورية العربية السورية	غير موجودة	غير موجودة	غير موجود
الكويت	غير موجودة	لا يوجد جواب	موجود
لبنان	غير موجودة	موجودة	غير موجود
مصر	غير موجودة	غير موجودة	غير موجود

أولاً - ٧- القواعد التشريعية في القانون الجنائي لمعالجة مشكلة إساءة استعمال المخدرات

البلد	الإعدام	السجن مدى الحياة	السجن بعد الخدمة الأولى	السجن بعد جنح متكررة	٢(**)	١(*)
الأردن	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
البحرين	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	نعم
المملكة العربية السعودية	نعم	لا	نعم	نعم	نعم	نعم
الجمهورية العربية السورية	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
الكويت	نعم	نعم	نعم	لا يوجد جواب	نعم	نعم
لبنان	لا	لا	نعم	نعم	نعم	نعم
مصر	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم

(\*) إحالة متعاطي المخدرات الى العلاج.

(\*\*) إحالة متعاطي المخدرات إلى مركز التأهيل.

## الجزء الثاني

### ثانياً-١- العدد الاجمالي لمتعاطي المخدرات حسب نوع الجنس والجنسية

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	١٧٢
البحرين	٦١	٨١	٢٣	٤٠	٣٣
المملكة العربية السعودية	٨٦٠	١٤٩١	٣٦٧	٩٤٠	٧٦٩
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت <sup>(١)</sup>	٧٨٠	٥٦٥	٢٧٢	غير متوفر	٢٠٨
لبنان <sup>(٢)</sup>	١٣٨	١٠٧	١٣٠	٩٢	١٢١
مصر	غير متوفر	٧٦٥	١١١٦	٤٨٣	٤١١

١- البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

٢- البيانات من مستشفى واحد فقط.

### ثانياً-١-ألف- نسبة إساءة استعمال المخدرات حسب نوع الجنس (نسبة مئوية):

البلد	١٩٨٧		١٩٨٨		١٩٨٩		١٩٩٠		١٩٩١	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
البحرين	٩٨ر٤	١ر٦	٩٨ر٨	١ر٢	٩٥ر٧	٤ر٣	١٠٠	صفر		
المملكة العربية السعودية	١٠٠	٠ر٠	١٠٠	٠ر٠	١٠٠	٠ر٠	١٠٠	٠ر٠	٠ر٠	٠ر٠
الكويت <sup>(*)</sup>	٩٩ر٣	٠ر٧	٩٩ر٨	٠ر٢	٩٧ر٨	٢ر٢	غير متوفرة	غير متوفرة	صفر	صفر
لبنان <sup>(**)</sup>	٨٤ر٨	١٥ر٢	٨٦	١٤	٨٣ر١	١٦ر٩	١٩ر٢	٨ر٨		
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	١٠٠	٠ر٠	١٠٠	٠ر٠	١٠٠	٠ر٠	٠ر٠	٠ر٠

(\*) بيانات عام ١٩٩١ بالنسبة للكويت هي عن الفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر.

(\*\*) بيانات غير كاملة، من مستشفى واحد فقط.

ثانياً - ١- اء- نسبة متعاطي المخدرات حسب الجنسية (نسبة مئوية)

البلد	١٩٨٧		١٩٨٨		١٩٨٩		١٩٩٠		١٩٩١	
	مواطنون	أجانب	مواطنون	أجانب	مواطنون	أجانب	مواطنون	أجانب	مواطنون	أجانب
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة		
البحرين	٨٢ر٦	١٦ر٤	٩٧ر٥	٢ر٥	٦٩ر٦	٣٠ر٤	٧٥	٥٢		
المملكة العربية السعودية	١٠٠	صفر	١٠٠	صفر	١٠٠	صفر	١٠٠	صفر	صفر	صفر
الكويت(*)	٩٠ر١	٩ر٩	٩٢ر٨	٧ر٢	٨٧ر٥	١٢ر٥	غير متوفرة	غير متوفرة		
لبنان	٨٤ر٨	١٦ر٢	٨٦	١٤	٨٣ر١	١٦ر٩	٩١ر٢	٨ر٨		
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	١٠٠	صفر	١٠٠		١٠٠	صفر	صفر	صفر

(\*) بيانات الكويت لعام ١٩٩١ تتعلق بالفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر.

إساءة استعمال المخدرات حسب المستوى التعليمي:

ثانياً - ٢- العدد الاجمالي للحالات بين المتعاطين حسب إبلاغ البلدان

البلدان	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	١٧٢
البحرين	٦١	٨١	٢٢	٤٠	٣٣
المملكة العربية السعودية	٨٦٠	١٤٩١	٣٦٧	٩٤٠	٧٦٩
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	٧٦٠	٥٦٥	٢٧٢	غير متوفر	٢٠٨
لبنان	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر

ثانياً - ٣- ١- نسبة متعاطي المخدرات الأميين:

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٧ر٠
البحرين	١ر٦	١ر٢	٤ر٣	صفر	٣ر٠
المملكة العربية السعودية	٣٠ر٢	٢٧ر٣	٢٧ر٨	٣١ر٥	٢٥ر٧
الكويت(*)	٢٩ر٧	٢٩ر٩	٢٩ر٤	غير متوفرة	٢٩ر٨

(\*) حالات متابعة. وبيانات الكويت لعام ١٩٩١ هي للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر.

ثانياً ٣-٢- نسبة متعاطي المخدرات الملمين بالقراءة والكتابة

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	١٩ر٨
البحرين	٣ر٣	٢ر٥	٨ر٧	٥ر٠	٩ر١
المملكة العربية السعودية	٢٩ر٧	٢٨ر٨	٢٥ر٩	٢٧ر٨	٢٤ر٨
الكويت(*)	٢٥ر١	٢٥ر٠	٢٥ر٤	غير متوفرة	٢٥ر٥

(\*) حالات متابعة. وبيانات الكويت لعام ١٩٩١ هي أيضاً للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر.

ثانياً ٣-٣- نسبة متعاطي المخدرات في مرحلتي التعليم الابتدائي والمتوسط:

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٦٩ر٢
البحرين	٥٥ر٧	٥٦ر٣	٥٢ر٢	٥٥ر٠	٤٨ر٥
المملكة العربية السعودية	٣٣ر١	٣٠ر٥	٣١ر٦	٢٩ر٠	٢٩ر٠
الكويت(*)	٤٣ر٢	٤٣ر٢	٤١ر٩	غير متوفرة	٤٢ر٨

(\*) حالات متابعة. وبيانات الكويت لعام ١٩٩١ هي أيضاً للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر.

ثانياً ٣-٤- نسبة متعاطي المخدرات في مرحلة التعليم العالي:

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٤ر١
البحرين	٣٩ر٣	٤٠ر٠	٣٤ر٨	٤٠ر٠	٣٩ر٤
المملكة العربية السعودية	٧ر٠	١٣ر٣	١٤ر٧	١١ر٧	٢٠ر٤
الكويت(*)	٢ر٠	١ر٠	١ر٨	غير متوفرة	١ر٩

(\*) حالات متابعة. وبيانات الكويت لعام ١٩٩١ هي أيضاً للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر.



متعاطو المخدرات الذين أُدخلوا المستشفى للعلاج مصنّفين حسب مهنة المريض

ثانياً -٤- العدد الاجمالي للحالات في الفئة المذكورة حسب البلدان:

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	١٧٢
البحرين	٦١	٨١	٢٣	٤٠	٢٣
المملكة العربية السعودية	٨٦٠	١٤٩١	٣٦٧	٩٤٠	٧٦٩
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	٧٦٠	٥٦٥	٢٧٢	غير متوفر	٢٠٨
لبنان	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	٦٣١	٥٧٩	٣٢٧	غير متوفر

نسبة متعاطي المخدرات حسب المهنة

ثانياً -٤- ألف- الطلاب

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	صفر
البحرين	٣٣	١٢	٤٣	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	٩٩	١٣٤	٩٠	٢١٩	٢٥٠
الكويت	١٢٠	١٢٠	١١٨	غير متوفرة	١٢٠(*)
مصر	غير متوفرة	٨١	٩٣	٩٢	غير متوفرة

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر ١٩٩١.

نسبة متعاطي المخدرات حسب المهنة  
ثانياً -٤- باء- ربات البيوت

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	١٢
البحرين	صفر	صفر	صفر	صفر	٩١
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الكويت	٠٧	٠٢	٢٢	غير متوفرة	صفر(*)
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً -٤- جيم- العاطلون

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٦٥٧
البحرين	٤٥٩	٤٩٤	٢٦١	٢٢٥	٦٩٧
المملكة العربية السعودية	٣٠٨	٣٤٢	٤٨٥	٢٦٤	٢٦١
الكويت	٤٩٧	٤٩٩	٤٨٩	غير متوفرة	٥٠٠(*)
مصر	غير متوفرة	١٠٠	صفر	صفر	غير متوفرة

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً -٤- دال- العمال غير الماهرين

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	١٢٢
البحرين	٤٩	صفر	٢١٧	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	٤٠٥	٤٠٤	٢٥١	٢٥٦	٢٤٦
الكويت	١٧٨	١٨١	١٧٦	غير متوفرة	١٨٣(*)
مصر	غير متوفرة	@٨١٩	@٩٠٧	@٩٠٨	غير متوفرة

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

(@) تشمل البيانات العمال المهرة وغير المهرة.

ثانياً -٤- هاء- العمال الماهرون

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٩٣
البحرين	٢٤٦	١٧٣	٢٦١	١٢٥	١٥٢
المملكة العربية السعودية	١٥٩	١١٤	١٢٣	٢٥١	٢٢٥
الكويت	٥٠	٥٠	٤٨	غير متوفرة	٤٨(*)
مصر	غير متوفرة	@	@	@	غير متوفرة

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

(@) البيانات واردة في الجدول ثانياً-٤-دال.

نسبة متعاطي المخدرات حسب المهنة

ثانياً -٤- واو- الفنيون

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	١٠ر٥
البحرين	١٦ر٤	٢٩ر٦	٢١ر٧	٢٠ر٠	٦ر١
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الكويت	١٢ر٩	١٢ر٩	١٢ر٩	غير متوفرة	(*)١٣ر٠
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

نسبة متعاطي المخدرات حسب المهنة

ثانياً -٤- زاي- المهنيون

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	١ر٢
البحرين	٤ر٩	٢ر٥	صفر	٢ر٥	صفر
المملكة العربية السعودية	٢ر٩	٠ر٦	٥ر٢	١ر٠	١ر٧
الكويت	٢ر٠	١ر٩	١ر٨	غير متوفرة	(*)١٩ر٩
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً -٥- متعاطو المخدرات الذين أدخلوا المستشفى للعلاج حسب المصدر:

ألف- مجموع الحالات في هذه الفئة كما أوردتها البلدان:

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	١٧٢
البحرين	٦١	٨١	٢٣	٤٠	٣٣
المملكة العربية السعودية	٨٦٠	١٤٩١	٣٦٧	٩٤٠	٧٦٩
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	٧٦٠	٥٦٥	٢٧٢	غير متوفر	٢٠٨
لبنان	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر

نسبة متعاطي المخدرات حسب مصدر الإدخال الى المستشفى

ثانياً-٥-ألف- المصدر: الحوادث والطوارئ

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	صفر
البحرين	صفر	٢٠٥	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الكويت	صفر	صفر	صفر	غير متوفرة	صفر(*)

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً-٥-باء- المصدر: العيادات الخارجية بالمستشفيات

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٥٤٧
البحرين	صفر	٢٠٥	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	١١٢	١٠٩	٣٣٠	٢٥٦	١٣٩
الكويت	٢٠	١٩	٢٢	غير متوفرة	٢٤(*)

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً-٥-جيم- المصدر: متعاطي المخدرات شخصياً

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٩٣
البحرين	٩٠٢	٨٤٥	٨٢٦	١٠٠	٨٧٩
المملكة العربية السعودية	٥٨	٥٥	٢٤٥	٧٤	١٠٣
الكويت	١٧٠	١٧٠	١٦٩	غير متوفرة	١٦٨(*)

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً-٥-دال- المصدر: الأسرة

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٦٤
البحرين	١٦	١٢	٤٣	صفر	٩١
المملكة العربية السعودية	٥٨	١٣٧	٢٧٢	٢٤١	٣٦٤
الكويت	٣٢٩	٣٣١	٣٢٧	غير متوفرة	٣٣٢(*)

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً - ٥-هـ - المصدر: إحالة خاصة

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	١٤ر٠
البحرين	١ر٦	١ر٢	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الكويت	١ر١	١ر١	١ر١	غير متوفرة	١ر٠(*)

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً - ٥-و - المصدر: مراكز الرعاية الصحية الأولية

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	١٥٧
البحرين	١ر٦	٦ر٢	٤ر٣	صفر	٣ر٠
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الكويت	٢ر٠	١ر٩	١ر٨	غير متوفرة	١ر٩(*)

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً - ٥-زاي - المصدر: الشرطة

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	صفر
البحرين	٤ر٩	١ر٢	٤ر٣	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	٧٢ر٩	٦٩ر٩	١٥ر٣	٤٣ر٨	٣٩ر٤
الكويت	٤٠ر١	٤٠ر٠	٤٠ر٤	غير متوفرة	٣٩ر٩(*)

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً - ٥-حاء - المصدر: جهات أخرى

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	صفر
البحرين	صفر	١ر٢	٤ر٣	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الكويت	٥ر٠	٥ر٠	٤ر٨	غير متوفرة	٤ر٨(*)

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

متعاطو المخدرات الذين أدخلوا المستشفى للعلاج حسب الحالة الزوجية

ألف- مجموع الحالات في هذه الفئة حسبما أوردته البلدان

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	١٧٢
البحرين	٦١	٨١	٢٣	٤٠	٣٣
المملكة العربية السعودية	٨٦٠	١٤٩١	٣٦٧	٩٤٠	٧٦٩
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	٧٦٠	٥٦٥	٢٧٢	غير متوفر	٢٠٨
لبنان	١١٩	١١٩	١١٦	١٠٩	١١٣
مصر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر

ثانياً-٦- نسبة متعاطي المخدرات حسب الحالة الزوجية

ثانياً-٦-ألف- عزاب

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٣٤٣
البحرين	٧٨٧	٧٩٠	٦٥٢	٦٧٥	٦٦٧
المملكة العربية السعودية	٤٤٤	٤٧٣	٤١٤	٤٢٨	٤٧١
الكويت	٣٩٩	٤٠٠	٣٩٧	غير متوفرة	(*)٣٩٩
لبنان	٧١٤	٦٩٧	٦٤٧	٦٦١	٦٠٢

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً-٦-باء- متزوجون

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٢٩٧
البحرين	١١٥	١٧٣	٢١٧	٢٥٠	٢٤٢
المملكة العربية السعودية	٥٢٣	٥٠٠	٤٦٣	٥٤٠	٤٩٨
الكويت	١٤٩	١٥٠	١٤٧	غير متوفرة	(*)١٤٩
لبنان	٢٨٦	٣٠٣	٣٥٣	٣٣٩	٣٩٨

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً ٦- جيم- حالات الطلاق، والترمل والإنفصال

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٣٦٠
البحرين	٨٢	٣٧	١٣٠	٧٥	٩١
المملكة العربية السعودية	٣٣	٢٧	١٠٦	٣٢	٣١
الكويت	٤٥٣	٤٥٠	٤٥٢	غير متوفرة	٤٥٢(*)
لبنان	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

متعاطو المخدرات الذين أسخطوا للعلاج حسب نوع المادة المخدرة (المرء الأولى):

ألف- مجموع الحالات في هذه الفترة حسبما أوردته البلدان

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	١٧٢
البحرين	١١٧	١٢٥	٧١	٧٤	٦٥
المملكة العربية السعودية	٨٦٠	١٤٩١	٣٦٧	٩٤٠	٧٦٩
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	٧٦٠	٥٦٥	٢٧٢	غير متوفر	٢٠٨
لبنان	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	٧٤٤	٨١٩	٤٨٣	غير متوفر

ثانياً ٧- نسبة متعاطي المخدرات حسب نوع المادة المخدرة

ثانياً ٧- ألف- المواد الأفيونية

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٢٠٣
البحرين	٥٣٠	٦٤٨	٢٩٦	٥٢٧	٤٦٢
المملكة العربية السعودية	٢٢٤	٣٦١	١٩٦	٧٣	٦٥
الكويت+	٣٦	٩٧	٩٢	غير متوفرة	٨٢(*)
مصر	غير متوفرة	٤٠٣	٣٤٤	١٦١	غير متوفرة

(+) حالات متابعة.

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً - ٧-باء - الكوكابين

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	١٢
البحرين	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	صفر	٣٠	صفر	٣٢	٢٠
الكويت +	صفر	صفر	صفر	غير متوفرة	صفر (*)
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(+) حالات متابعة.  
(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً - ٧-جيم - القنب

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٣٥
البحرين	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	٣٢٩	٢١٥	٣١٣	٢٢٢	٣٢٦
الكويت +	٠١	٠٢	صفر	غير متوفرة	٠٥ (*)
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(+) حالات متابعة.  
(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً - ٧-دال - المواد المهلوسة

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	صفر
البحرين	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الكويت +	٠٣	٠٤	٠٧	غير متوفر	١٩ (*)
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(+) حالات متابعة.  
(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.



ثانياً-٧-هـ- الأمفيتامينات

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
البحرين	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	٦٠	٩٨	٢٥	٨٧	٥٦
الكويت+	٠٥	صفر	٠٤	غير متوفرة	صفر(*)
مصر	غير متوفرة	@٦٩	@٢٢	@١٢	غير متوفرة

(+) حالات متابعة.

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

(@) مادة مشابهة للأمفيتامين (ماكستون فورت).

ثانياً-٧-واو- المسكّنات

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٢٢١
البحرين	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الكويت+	٠٧	٠٤	٠٤	غير متوفرة	صفر(*)
مصر	غير متوفرة	٢٥٤	٤٨٠	٤٤١	غير متوفرة

(+) حالات متابعة.

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً-٧-زاي- المواد المنبئية المتطايرة

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	صفر
البحرين	صفر	صفر	١٤	١٤	١٥
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الكويت+	٥	٥	٤٠	غير متوفرة	٨٢(*)
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(+) حالات متابعة.

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً -٧-حاء- الكحول

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٤٠ر٧
البحرين	٤٦ر٢	٣٥ر٢	٦٩ر٠	٤٥ر٩	٥٠ر٨
المملكة العربية السعودية	٣٤ر٥	٢٩ر٦	٤٣ر٩	٥١ر٤	٤٦ر٩
الكويت+	٤٨ر٨	٤٠ر٥	٢٢ر١	غير متوفرة	٤٠ر٧(*)
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(+) حالات متابعة.  
 (\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً -٧-طاء- القات

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
البحرين	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الكويت+	صفر	صفر	صفر	غير متوفر	صفر(*)
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(+) حالات متابعة.  
 (\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً -٧-ياء- إيمان متعدد المواد

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٨ر١
البحرين	٤٨ر٧	٦٤ر٠	٥٥ر٠	٥٤ر١	٤٤ر٦
المملكة العربية السعودية	٣ر٥	٦ر٨	٠ر٨	٦ر١	٤ر٧
الكويت+	٥ر٤	١ر٢	٤٠ر٨	غير متوفرة	٣ر٤(*)
مصر	غير متوفرة	٢٠٤	١٢٦	١٨٦	غير متوفرة

ثانياً-٧-كاف- مخدرات أخرى

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٤١
البحرين	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	١٧	٤٥	١٩	١	١٧
الجمهورية العربية السورية	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
الكويت+	٣٥٥	٤٢١	٢٢٤	غير متوفرة	٣٨٩(*)
لبنان	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(+) حالات متابغة.

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

متعاطو المخدرات الذين أُدخلوا للعلاج حسب طريقة تعاطي المخدرات

ألف- العدد الاجمالي للحالات في هذه الفئة حسبما ورد من البلدان

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
البحرين	٦١	٨١	٢٣	٤٠	٣٣
المملكة العربية السعودية	٨٦٠	١٤٩١	٣٦٧	٩٤٠	٧٦٩
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر

باء- نسبة الحالات حسب طريقة تعاطي المخدرات

ثانياً-٨-ألف- عن طريق الفم

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
البحرين	٤٩	٦٢	٨٧	٥٠	٩١
المملكة العربية السعودية	٤٥٢	٤٩٥	٤٧١	٦٦٢	٥٧٢

ثانياً-٨-باء- الاستنشاق

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
المملكة العربية السعودية	٣٤٧	٢٩٨	٣٣٢	٢٦٥	٣٦٣
البحرين	١٤٨	١٤٨	١٧٤	١٥٠	١٨٢

ثانياً-٨-جيم- الحقن

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
المملكة العربية السعودية	٢٠١	٢٠٧	١٩٦	٧٣	٦٥
البحرين	٨٠٣	٧٩٠	٧٣٩	٨٠	٧٢٧

متعاطو المخدرات الذين أُدخلوا للعلاج ويعانون من أمراض أخرى

ثانياً-٩-ألف- نسبة متعاطي المخدرات الذين وجد لديهم فيروس نقص المناعة البشرية (HIV):

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
البحرين	٦٦	٧٤	٣٥٠	١٧٤	صفر
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الجمهورية العربية السورية	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
الكويت+	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة(*)
لبنان	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(+) حالات متابعة.  
(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

نسبة متعاطي المخدرات الذين أسخطوا للعلاج وتبين أن لديهم أمراض أخرى

ثانياً ٩-٩-باء- متعاطو المخدرات ومرض التهاب الكبد-باء (HEPATITIS)

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
البحرين	١٣١	١٦٠	٧٨٣	١٥٠	٥١٢
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الجمهورية العربية السورية	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
الكويت +	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة (*)
لبنان	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(+) حالات متابعة.

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

ثانياً ٩-٩-جيم- أمراض أخرى

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
البحرين	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
الجمهورية العربية السورية	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
الكويت +	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة (*)
لبنان	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

(+) حالات متابعة.

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

المشاكل النفسية التي يعاني منها متعاطو المخدرات

ثانياً - ١٠-ألف - مجموع الحالات في هذه الفئة حسبما ورد من البلدان

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
البحرين	١٦	٢٢	٧	٢٣	٩
المملكة العربية السعودية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر

ثانياً - ١٠-باء - نسبة الحالات الى المجموع في البحرين

المشكلة النفسية	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
رد فعل نفسي	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
إكتئاب	٤٩	٤٩	٤٣	٢٥	٩١
محاولات إنتحار	١٦	٢٥	٨٧	٧٥	٣٠
القلق	١٩٧	١٩٨	١٧٤	٢٥٠	١٥٢
حالات أخرى	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر

(\* ) لم تقدم سوى البحرين بيانات عن هذه الفئة.

النتائج الاجتماعية لإساءة استعمال المخدرات

ألف - مجموع الحالات في هذه الفئة حسبما ورد من البلدان

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	١٧٢
البحرين	١٤٦	٢١١	٦٣	١٢٠	٩٣
المملكة العربية السعودية	٨٦٠	١٤٩١	٣٦٧	٩٤٠	٧٦٩
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر

باء- نسبة الحالات إلى العدد الأساسي لمتعاطي المخدرات، كما ورد في الجدول ثانياً- ١

ثانياً- ١١-ألف- مشاكل تمس القانون

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	١٣ر٤
البحرين	٦٥ر٦	٨٦ر٤	٨٧ر٠	٨٧ر٥	٧٥ر٨
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر

ثانياً- ١١-باء- مشاكل عائلية

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
البحرين	٢٦ر٦	٢٤ر٧	٤٣ر٥	٦٢ر٥	٦٠ر٦
المملكة العربية السعودية	٧٩ر٣	٢٧ر٢	١٦٦ر٨	٢٢ر٢	٤١ر١

ثانياً- ١١-جيم- حوادث المرور

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر
البحرين	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر

ثانياً- ١١-دال- مشاكل في أماكن العمل

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	صفر
البحرين	٨٢ر٠	٨٦ر٤	٨٧ر٠	٧٧ر٥	٧٥ر٨
المملكة العربية السعودية	٩٧ر٨	٥٤ر٠	١١٤ر٧	١٢ر٦	١٢ر٦

ثانياً- ١١-هاء- فقدان العمل

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	٢٤ر٤
البحرين	١٦ر٤	١٢ر٣	٨ر٧	٢٢ر٥	٢٤ر٢
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر	صفر	صفر	صفر

ثانياً- ١١-واو- مشاكل في المدرسة

١٩٩١	١٩٩٠	١٩٨٩	١٩٨٨	١٩٨٧	البلد
صفر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الأردن
صفر	صفر	٤٣	١٢	١٦	البحرين
٦٥	٠٤	٢٢	٠٤	٠٣	المملكة العربية السعودية

ثانياً- ١١-زاي- العنف

١٩٩١	١٩٩٠	١٩٨٩	١٩٨٨	١٩٨٧	البلد
١٤٥	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الأردن
٤٥٥	٥٠٥	٤٣٥	٤٩٤	٤٩٢	البحرين
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	المملكة العربية السعودية

ثانياً- ١١-حاء- الوفيات التي تُعزى إلى إساءة استعمال المخدرات

١٩٩١	١٩٩٠	١٩٨٩	١٩٨٨	١٩٨٧	البلد
صفر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الأردن
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	البحرين
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	المملكة العربية السعودية

ثانياً- ١١-طاء حالات أخرى

١٩٩١	١٩٩٠	١٩٨٩	١٩٨٨	١٩٨٧	البلد
٣٤٣	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الأردن
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	البحرين
صفر	صفر	صفر	صفر	صفر	المملكة العربية السعودية



الجدول ثانياً-١٢- متوسط مدة الإقامة (بالأيام) لحالات إساءة استعمال المخدرات التي أُبخذت  
المستشفى للعلاج و/أو التأهيل

البلد	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
الأردن	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	١٢٠
البحرين	١٦	١٨	١٥	١٥	١٤
المملكة العربية السعودية	٦٠-٣٠	٦٠-٣٠	٦٠-٣٠	٦٠-٣٠	٦٠-٣٠
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	٢١	٢١	٢١	غير متوفر	(*)٢١
لبنان	١٥	١٥	١٥	١٥	١٥
مصر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر

(\*) البيانات للفترة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر فقط.

عدد الجلسات المخصصة لعلاج المرضى في العيادات الخارجية

ثانياً ١٣-ألف- المستشفيات العامة

البلد	عدد الجلسات في الأسبوع	متوسط عدد المرضى في كل جلسة
الأردن	غير متوفر	غير متوفر
البحرين	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	٤	٥٠
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر

ثانياً ١٣-باء- مستشفيات الأمراض النفسية

البلد	عدد الجلسات في الأسبوع	متوسط عدد المرضى في كل جلسة
الأردن	غير متوفر	غير متوفر
البحرين	٥	٧
المملكة العربية السعودية	٢	١٠
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر

ثانياً ١٣- جيم- مرافق التأهيل

البلد	عدد الجلسات في الأسبوع	متوسط عدد المرضى في كل جلسة
الأردن	غير متوفر	غير متوفر
البحرين	٥	٥
المملكة العربية السعودية	٣	٣٠
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	١٢٠/في الأسبوع
لبنان	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر

ثانياً ١٣- دال- مرافق الرعاية الصحية الأولية

البلد	عدد الجلسات في الأسبوع	متوسط عدد المرضى في كل جلسة
الأردن	غير متوفر	غير متوفر
البحرين	غير متوفر	غير متوفر
المملكة العربية السعودية	غير متوفر	غير متوفر
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر

ثانياً ١٣- هاء- مرافق أخرى

البلد	عدد الجلسات في الأسبوع	متوسط عدد المرضى في كل جلسة
الأردن	غير متوفر	غير متوفر
البحرين	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	غير متوفر	غير متوفر
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر

عدد جلسات الإستشارة المخصصة لمتعاطي المخدرات

ثانياً - ١٤-ألف - المستشفيات الخاصة

البلد	عدد جلسات الإستشارة في الأسبوع	متوسط عدد المرضى في كل جلسة
الأردن	غير متوفر	غير متوفر
البحرين	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	٢	٢٠
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر

ثانياً - ١٤-باء - مستشفيات الأمراض النفسية

البلد	عدد جلسات الإستشارة في الأسبوع	متوسط عدد المرضى في كل جلسة
الأردن	غير متوفر	غير متوفر
البحرين	٣	٥
المملكة العربية السعودية	١	١٠
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر

ثانياً - ١٤-جيم - مرافق التأهيل

البلد	عدد جلسات الإستشارة في الأسبوع	متوسط عدد المرضى في كل جلسة
الأردن	غير متوفر	غير متوفر
البحرين	٥	١٢
المملكة العربية السعودية	١	١٠
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر

## ثانياً-١٤-دال- مراكز الرعاية الصحية الأولية

البلد	عدد جلسات الإستشارة في الأسبوع	متوسط عدد المرضى في كل جلسة
الأردن	غير متوفر	غير متوفر
البحرين	غير متوفر	غير متوفر
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر

## ثانياً-١٤-هـ- جهات أخرى

البلد	عدد جلسات الإستشارة في الأسبوع	متوسط عدد المرضى في كل جلسة
الأردن	غير متوفر	غير متوفر
البحرين	صفر	صفر
المملكة العربية السعودية	صفر	صفر
الجمهورية العربية السورية	غير متوفر	غير متوفر
الكويت	غير متوفر	غير متوفر
لبنان	غير متوفر	غير متوفر
مصر	غير متوفر	غير متوفر

## بيانات عن حالة المرضى عند الخروج من المستشفى

## ثانياً-١٥-ألف- الخروج من المستشفيات العامة

البلد	حالة المريض عند الخروج من المستشفى				
	تحسين	الخروج خلافاً لنصيحة الأطباء	وفاة	بدون تغيير	تحويل إلى مرفق آخر
الأردن	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
البحرين	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
المملكة العربية السعودية	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
الجمهورية العربية السورية	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
الكويت	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
لبنان	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة
مصر	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة

ثانياً -١٥-باء- الخروج من مستشفيات الأمراض النفسية

حالة المريض عند مغادرة المستشفى					البلد
تحويل إلى مرفق آخر	بدون تغيير	وفاة	الخروج خلافاً لنصيحة الأطباء	تحسن	
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الأردن
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	البحرين
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	المملكة العربية السعودية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الجمهورية العربية السورية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الكويت
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	لبنان
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	مصر

ثانياً -١٥-جيم- الخروج من مرافق إعادة التأهيل

حالة المريض عند مغادرة المستشفى					البلد
تحويل إلى مرفق آخر	بدون تغيير	وفاة	الخروج خلافاً لنصيحة الأطباء	تحسن	
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الأردن
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	البحرين
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	المملكة العربية السعودية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الجمهورية العربية السورية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الكويت
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	لبنان
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	مصر

ثانياً -١٥-دال- الخروج من مراكز الرعاية الصحية الأولية

حالة المريض عند مغادرة المستشفى					البلد
تحويل إلى مرفق آخر	بدون تغيير	وفاة	الخروج خلافاً لنصيحة الأطباء	تحسن	
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الأردن
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	البحرين
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	المملكة العربية السعودية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الجمهورية العربية السورية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الكويت
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	لبنان
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	مصر

ثانياً ١٥-١٥-١ هـ- الخروج من مرافق أخرى

حالة المريض عند مغادرة المستشفى					البلد
تحويل إلى مرفق آخر	بدون تغيير	وفاة	الخروج خلافاً لنصيحة الأطباء	تحسن	
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الأردن
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	البحرين
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	المملكة العربية السعودية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الجمهورية العربية السورية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الكويت
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	لبنان
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	مصر

بيانات عن حالة المرضى بعد مرور ٦ أشهر

ثانياً ١٦-ألف- مرضى المستشفيات العامة

نتيجة العلاج بعد ستة أشهر					البلد
الحالات المتعذر تتبعها	بدون تغيير	لدخول المستشفى	وفاة	تحسن	
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الأردن
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	البحرين
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	المملكة العربية السعودية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الجمهورية العربية السورية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الكويت
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	لبنان
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	مصر

ثانياً ١٦-باء- مرضى مستشفيات الأمراض النفسية

نتيجة العلاج بعد ستة أشهر					البلد
الحالات المتعذر تتبعها	بدون تغيير	لدخول المستشفى	وفاة	تحسن	
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الأردن
١ %	٨٠ %	٥٠ %	غير متوفرة	٥ %	البحرين
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	المملكة العربية السعودية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الجمهورية العربية السورية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الكويت
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	لبنان
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	مصر

ثانياً ١٦-جيم- مرضى مرافق التأهيل

نتيجة العلاج بعد ستة أشهر					البلد
الحالات المتعذر تتبعها	بدون تغيير	لدخول المستشفى	وفاة	تحسن	
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الأردن
١ %	٨٠ %	٥٠ %	غير متوفرة	٥ %	البحرين
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	المملكة العربية السعودية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الجمهورية العربية السورية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الكويت
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	لبنان
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	مصر

## ثانياً ١٦-دال- مرضى مراكز الرعاية الصحية الأولية

نتيجة العلاج بعد ستة أشهر					البلد
الحالات المتعذر تتبعها	بدون تغيير	دخول المستشفى	وفاة	تحسن	
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الأردن
غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفرة	غير متوفر	البحرين
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	المملكة العربية السعودية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الجمهورية العربية السورية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الكويت
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	لبنان
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	مصر

## ثانياً ١٦-هـ- مرضى مرافق صحية أخرى

نتيجة العلاج بعد ستة أشهر					البلد
الحالات المتعذر تتبعها	بدون تغيير	دخول المستشفى	وفاة	تحسن	
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الأردن
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	البحرين
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	المملكة العربية السعودية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الجمهورية العربية السورية
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	الكويت
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	لبنان
غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	غير متوفرة	مصر

## الجدول ثانياً ١٧- توافر برنامج لفحص متعاطي المخدرات داخل قسم الطوارئ

التوافر	البلد
نعم	الأردن
نعم	البحرين
نعم	المملكة العربية السعودية
لا	الجمهورية العربية السورية
نعم	الكويت
لا	لبنان
لا	مصر



المرفق الثاني (\*)

إساءة استعمال المخدرات بين الشباب في  
الإمارات العربية المتحدة

دراسة تقييمية عن الخدمات المتوفرة للوقاية  
والعلاج وإعادة التأهيل

الجزء الأول:

يتعلق هذا الجزء من الاستبيان بتوافر خدمات معينة في المنطقة. الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة قدر المستطاع. وإذا لم يكن الجواب معروفا لديكم، يرجى أن تستشيروا أحدا من المسؤولين أو كتابة عبارة "لا أعرف" مكان الجواب.

(ملاحظة: اذكر البيانات المتعلقة بالبلد: السكان، سواء حسب التقديرات أو التعداد، رتب في شكل جدول أنواع الخدمات وعدد الأسرة في كل فئة وعدد الأطباء الخ...).

١- كم عدد مرافق علاج حالات إساءة استعمال المخدرات في منطقتكم؟

نوع الخدمة	حكومي	خاص	طوعي	جهات أخرى (*)
مستشفى عام	٢			
مستشفى أمراض نفسية وحدة مخصصة لمعالجة حالات إدمان المخدرات جزء من الخدمات العامة	٤ ٢	٨ مستشفيات خاصة		
مرفق إعادة التأهيل	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	
مراكز للرعاية الصحية الأولية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	
جهات أخرى (*)				الخدمات الطبية (٤) التابعة للسجن

(\*) رجاء التحديد، مثلا، خدمات إعادة التأهيل في السجون، الخ.

(\*) أُستنسخ المرفق الثاني بالشكل الذي ورد فيه.

## ٢- كم عدد الأسرّة المخصصة للعناية بدممني المخدرات؟

نوع الخدمة	حكومي	خاص	طوعي	جهات أخرى (*)
مستشفى عام	١٠	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
مستشفى أمراض نفسية وحدة مخصصة لمعالجة حالات المخدرات: ( ) نعم ( ) لا	٦٣	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
مرفق لإعادة التأهيل	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
مراكز للرعاية الصحية الأولية	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
جهات أخرى (*)				الخدمات الطبية في السجن

(\*) رجاء التحديد بالتفصيل.

لا توجد أسرّة مخصصة لحالات الاحتجاز قبل التحويل الى الوحدات المتخصصة في علاج حالات الاتكال على المواد الكيميائية في قسم الأمراض النفسية المعني في الإمارات العربية المتحدة.

## ٣- ضع قائمة بفئات وعدد الموظفين العاملين في مجال العناية بدممني المخدرات:

الفئة	مدربون	غير مدربين	المجموع
أطباء نفسيون	٢٢	١٢	٣٤
أخصائيو الأمراض النفسية	٢٦	٢٥	٥١
أطباء عامون	٢٨	١٤	٤٢
مرضات	١٢٤	١٦٢	٢٨٦
عاملون اجتماعيون	٨٧	٥٤	١٠٢
موجهون دينيون	٥	١٢	١٧
فريق مساعدة ذاتيه	لا أعرف	لا أعرف	لا أعرف
فئات أخرى (حدد)			

٤- أي الخدمات التالية متاح لمتعاطي المخدرات في منطقتكم؟ (ضع علامة √ في المكان المناسب).

الخدمة/البرنامج	موجود	لا يوجد	لا أعرف
علاج	√		
تأهيل اجتماعي		√	
تأهيل مهني			√
علاج جماعي	√		
علاج على البيئة نفسها			
علاج فردي	√		√
علاج وظيفي	√		
برامج إزالة الإدمان	√		

٥- أي البرامج التالية للتثقيف الصحي متوفر في منطقتكم:

٥-ألف- أنشطة تثقيف صحي مخصصة وموجهة الى متعاطي المخدرات كجزء من العناية بمشكلة إساءة استعمال المخدرات:

٥-ألف-١- للمرضى الداخليين:

- (√) موجودة  
( ) غير موجودة  
( ) لا أعرف

٥-ألف-٢- للمرضى الخارجيين:

- (√) موجودة  
( ) غير موجودة  
( ) لا أعرف

٥-باء- البرامج المدرسية للتثقيف الصحي المتصلة بمشكلة إساءة استعمال المخدرات

٥-باء-١- في مناهج التعليم الابتدائي:

- ( ) موجودة كجزء من المنهج  
( ) غير موجودة في المنهج  
(√) معروضة كنشاط خارج نطاق المنهج  
( ) في برامج أخرى، حدد: .....

٥-باء-٢- في مناهج التعليم الثانوي:

- ( ) موجودة كجزء من المنهج  
( ) غير موجودة في المنهج  
(√) معروضة كنشاط خارج نطاق المنهج  
( ) في برامج أخرى، حدد: .....

٥-باء-٣- في مناهج التعليم العالي:

- (√) موجودة كجزء من المنهج  
( ) غير موجودة في المنهج  
(√) معروضة كنشاط خارج نطاق المنهج  
( ) في برامج أخرى، حدد: .....

٥-باء-٤- في مناهج التعليم الجامعي:

- ( ) موجودة كجزء من المنهج  
( ) غير موجودة في المنهج  
(√) معروضة كنشاط خارج نطاق المنهج  
( ) في برامج أخرى، حدد: محاضرات، نقاشات جماعية، عروض.

٥-جيم- التثقيف الصحي الموجه الى الجمهور:

برامج تلفزيونية:

- (√) معروضة  
( ) غير معروضة

إذا كانت معروضة، يُرجى التحديد بالتفصيل:

مناظرات عامة، مناقشات جماعية، برامج لتوعية الجمهور، برامج للأطفال (تثقيف عن موضوع المخدرات)

حملات منتظمة في الصحف:

(√) متوفرة  
( ) غير موجودة

مناقشات جماعية:

(√) موجودة  
( ) غير موجودة

إذا كانت موجودة رجاء التحديد بالتفصيل:

طبيب نفسي، تثقيفي، إدارة شرطة تنفيذ القانون، قادة دينيون، قادة مجتمعيون:

منشورات دعائية:

(√) موجودة  
( ) غير موجودة

حملات وطنية:

(√) مقررة  
( ) غير موجودة

٥-دال- دورات تثقيف صحي للأسر عن مدمني المخدرات:

( ) موجودة  
( ) غير موجودة  
(√) غير موجودة في حد ذاتها

يمكن الرجوع الى الوثائق المرجعية المرفقة.

٥-هـ- أنشطة تثقيف صحي أخرى ذات صلة بإساءة استعمال المخدرات: (حدد)

دورات، لأطباء المستشفيات من الممارسين، وموظفي الصحة في المدارس، وأطباء الأمراض النفسية في مجال التعليم، والعاملين الاجتماعيين المحليين، والجمعيات النسائية.

٦- أي الخدمات التالية متوفرة لمتعاطي المخدرات في منطقتك:

نوع الخدمة	موجودة	لا يوجد	لا أعرف
خدمات هاتف مباشر			
مساعدة من قبل الموظفين	√	√	
فحص في غرفة الطوارئ		√	

٧- أي القواعد التشريعية التالية متوفرة في القانون الجنائي في بلدك:

٧-١- عقوبة الإعدام للاتجار بالمخدرات

- ( ) نعم  
( ) لا  
(√) لا أعرف

٧-٢- السجن مدى الحياة للمتجرين بالمخدرات

- (√) نعم  
( ) لا  
( ) لا أعرف

٧-٣- عقوبة السجن لمتعاطي المخدرات بعد الجنحة الأولى

- ( ) نعم  
(√) لا  
( ) لا أعرف

٧-٤- عقوبة السجن لمتعاطي المخدرات بعد جنح متكررة

- ( ) نعم  
(√) لا  
( ) لا أعرف

٥-٧- إحالة متعاطي المخدرات للعلاج

- (√) نعم  
( ) لا  
( ) لا أعرف

٦-٧- إحالة متعاطي المخدرات لمركز إعادة تأهيل

- ( ) نعم  
( ) لا  
( ) لا أعرف

٧-٧- عقوبات أخرى، رجاء التحديد: يمكن الرجوع إلى الوثائق المرجعية التالية:

- القانون الاتحادي رقم (٦) ١٩٨٦  
القانون الاتحادي رقم (٢٨) ١٩٨١

الجزء الثاني  
البيانات المتصلة باستخدام الخدمات

الهدف من هذا الجزء من الاستبيان هو جمع بيانات تتعلق بإدخال متعاطي المخدرات المستشفى خلال السنوات الخمس الماضية. برجااء إكمال البنود ذات الصلة في الجدول التالي. وإذا كانت البيانات غير متوفرة رجاء كتابة "غير متوفر".

١- عدد مدمني المخدرات الذين أدخلوا المستشفى خلال السنوات الخمس الماضية حسب الجنسية.

الجنسية	١٩٨٧		١٩٨٨		١٩٨٩		١٩٩٠		١٩٩١	
	ذكر	أنثى -	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى
مواطنون	٤١١	غير متوفر	٢٦٨	غير متوفر	٢٦٠	غير متوفر	١٤٩	غير متوفر	٣١٠	غير متوفر
أجانب	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر
المجموع	٤١١		٢٦٨		٢٦٠		١٤٩		٣١٠	

٢- عدد مدمني المخدرات (مواطنون فقط) المبلّغ عنهم خلال السنوات الخمس الماضية حسب العمر ونوع الجنس.

الفئة العمرية ونوع الجنس <sup>(١)</sup>	١٩٨٧		١٩٨٨		١٩٨٩		١٩٩٠		١٩٩١	
	جديد	قديم	جديد	قديم	جديد	قديم	جديد	قديم	جديد	قديم
> ١٢ ذكور > ١٢ إناث	٧٠	١٢	٤٠	٢٠	٢٧	٩	٣	٥	١٢	٨
> ١٢ ذكور > ١٢ إناث	٧٨	١٥	٦٠	١٨	٣٣	١٧	٩	١٦	١٨	١٢
> ١٥ ذكور > ١٥ إناث	٤٧	١٣	١٠	٨	٢٥	١٤	٧	١٣	٢٦	٢٠
> ١٨ ذكور > ١٨ إناث	٥٨	٢٢	١٤	٦	٣٠	٢١	١٤	١٦	٣٥	٢٠
> ٢١ ذكور > ٢١ إناث	٥٦	١٦	٤٠	١٨	٣٥	٢٧	١٥	١٨	٤٠	٣٢
٢٤ فأكثر ذكور ٢٤ فأكثر إناث	٦	١٨	٢٠	١٤	١٢	١٠	١٥	١٨	٤٠	٤٧
المجموع: ذكور إناث										

(١) العمر عند الإبلاغ الأول.



٣- عدد متعاطي المخدرات (حالات جديدة/للمرة الأولى فقط) حسب المستوى التعليمي للمريض.

١٩٩١		١٩٩٠		١٩٨٩		١٩٨٨		١٩٨٧		المستوى التعليمي
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
غير متوفر	-	غير متوفر	-	غير متوفر	٥٠	غير متوفر	٨٠	غير متوفر	١١٠	أمي
غير متوفر	١٣	غير متوفر	-	غير متوفر	٣٢	غير متوفر	٨٤	غير متوفر	١٨٠	يعرف القراءة والكتابة
غير متوفر	٥٧	غير متوفر	٤١	غير متوفر	٧٣	غير متوفر	٦٠	غير متوفر	٢٣	ابتدائي ومتوسط
غير متوفر	١٠١	غير متوفر	٢٢	غير متوفر	٧	غير متوفر	-	غير متوفر	٢	عالي
غير متوفر	١٧١	غير متوفر	٦٣	غير متوفر	١٦٢	غير متوفر	١٨٤	غير متوفر	٣١٥	المجموع

٤- عدد متعاطي المخدرات الذين أدخلوا المستشفى للعلاج حسب مهنة المريض.

١٩٩١		١٩٩٠		١٩٨٩		١٩٨٨		١٩٨٧		المهنة
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
غير متوفر	-	غير متوفر	٣	غير متوفر	١٢	غير متوفر	١٨	غير متوفر	٣٠	طالب
-	غير متوفر		غير متوفر		غير متوفر		غير متوفر		غير متوفر	ربة بيت
-	٧٠		٣٠		٨٠	غير متوفر	١٢٨		٢٢٠	عاطل
-	٥٠		١٩		٥٥	غير متوفر	٣٠		٤٥	عامل غير ماهر
-	٥١		١١		١٥		٨		٢٠	عامل ماهر
-										فني
			-						غير متوفر	مهني (*)
	١٧١		٦٣		١٦٢		١٨٤		٣١٥	المجموع

(\*) مثل المديرين والأساتذة والأطباء الخ.

يمكن الرجوع الى الوثائق المرجعية.

٥- عدد متعاطي المخدرات الذين أُدخلوا للعلاج حسب مصدر الإذن بدخول المستشفى (حالات جديدة فقط).

١٩٩١		١٩٩٠		١٩٨٩		١٩٨٨		١٩٨٧		مصدر الإذن بالدخول
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
	١	غير متوفر	٢	غير متوفر	٣	غير متوفر	٨	غير متوفر	٢٤	حوادث وحالات طوارئ
					١٠	غير متوفر	٢١	غير متوفر	٨	مستشفى خارجي
	١٠	غير متوفر	٩		٣٢	غير متوفر	١١	غير متوفر	٦	المدمن نفسه
	٧٠		٤١		٦٠		١٠٠	غير متوفر	٩٠	الأسرة
					١٢			غير متوفر	٧	إحالة خاصة
					١٠					مركز رعاية صحية أولية
	٩٠		١١		٣٥		٤٤		١٨٠	الشرطة
										جهات أخرى
	١٧١		٦٣		١٦٢		١٨٤		٣١٥	المجموع

٦- عدد متعاطي المخدرات الذين أُدخلوا للعلاج حسب الحالة الزوجية (حالات جديدة فقط).

١٩٩١		١٩٩٠		١٩٨٩		١٩٨٨		١٩٨٧		الحالة الزوجية(*)
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
غير متوفر	٦٦	غير متوفر	٢٥	غير متوفر	٨٥	غير متوفر	١٠٤	غير متوفر	١٨٥	أعزب
غير متوفر	٣٥		٦		٦٠		٦٠	غير متوفر	٨٠	متزوج
غير متوفر	٧٠		٣٢		١٧		٢٠		٥٠	مطلق، أرمل، منفصل

(\*) عند الدخول للمرة الأولى.

٧- عدد متعاطي المخدرات المبلغ عنهم حسب نوع المادة المخدرة (أول تجربة).

١٩٩١		١٩٩٠		١٩٨٩		١٩٨٨		١٩٨٧		المادة المخدرة
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
غير متوفر	٦٠	غير متوفر	٢٢	غير متوفر	٥٥	غير متوفر	٩٨	غير متوفر	١٥٥	المواد الأفيونية: الأفيون الهروين مواد أخرى مخدرات كيميائية مسكنات مخدرة
										الكوكايين
غير متوفر	٤	غير متوفر	١٠	غير متوفر	٢٠	غير متوفر	٢٢	غير متوفر	٥٢	القنب
										المواد المهلوسة
										الأمفيتامينات
	٢٠	غير متوفر	٢٢	غير متوفر	٢٠	غير متوفر	٢٠	غير متوفر	غير متوفر	المسكنات: البربيكوريد البربيتوريت مسكنات أخرى
غير متوفر	٣٠	غير متوفر	١٠	غير متوفر	١٥	غير متوفر	٤	غير متوفر	٢٥	مواد مذيبة متطايرة
غير متوفر	١٤	غير متوفر	٥	غير متوفر	١٥	غير متوفر	٢٠	غير متوفر	٦٠	الكحول
										القات
غير متوفر	٤٣	غير متوفر	١٦	غير متوفر	٣٥	غير متوفر	٢٠	غير متوفر	٢٣	إدمان متعدد المواد
										مخدرات أخرى

٨- تصنيف إساءة استعمال المخدرات حسب طريقة تعاطيها.

١٩٩١		١٩٩٠		١٩٨٩		١٩٨٨		١٩٨٧		طريقة تعاطي المخدرات
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
غير متوفر	٣٤	غير متوفر	٥	غير متوفر	٢٥	غير متوفر	٤٢	غير متوفر	٨٣	عن طريق الفم
غير متوفر	٣٥		٢٢		٨٢		١٢٢	-	٢٠٩	الإستنشاق
غير متوفر	١٠٢		٣٦		٥٥		٢٠		٢٣	الحقن الوريدي

٩- عدد المرضى الذين أُسْخِلوا للعلاج من الإيمان ووجد أنهم يعانون من مشاكل طبية شائعة في منطقتك (أكتب "غير متوفر" إذا لم تكن البيانات المتصلة ببعض الحالات متوفرة).

١٩٩١		١٩٩٠		١٩٨٩		١٩٨٨		١٩٨٧		المرض أو الحالة الطبية
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	فيروس نقص المناعة البشرية
غير متوفر	غير متوفر		غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	-	غير متوفر	التهاب الكبد-باء
غير متوفر	٤٩	غير متوفر	٣٦	غير متوفر	٤١	غير متوفر	٣٢	-	١٢	أمراض أخرى
										لا شيء

١٠- ما هي المشاكل النفسية الشائعة التي تواجه متعاطو المخدرات (أو التي يعانون منها).

١٩٩١		١٩٩٠		١٩٨٩		١٩٨٨		١٩٨٧		المشكلة النفسية
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
غير متوفر	٣٨	غير متوفر	٩	غير متوفر	١٠	غير متوفر	٣٥	غير متوفر	٥٧	إختلال عقلي
غير متوفر	٧٠	غير متوفر	٢٣	غير متوفر	٦٦	غير متوفر	٥٣	غير متوفر	١٣٠	اكتئاب
غير متوفر	٣٢	غير متوفر	١٣	غير متوفر	١٨	غير متوفر	٢١	غير متوفر	٣٢	محاولات انتحار
غير متوفر	٩٠	غير متوفر	٤٤	غير متوفر	٧٣	غير متوفر	٧٧	غير متوفر	٨٠	القلق
						غير متوفر				حالات أخرى

١١- النتائج الاجتماعية لإساءة استعمال المخدرات: سيساعد الرد على هذا السؤال في تقييم اتجاه النتائج الاجتماعية لإساءة استعمال المخدرات، وقد يستخدم كمؤشر لمدى فعالية برنامج علاج المخدرات. يرجى ذكر عدد المدمنين الذين كانت لديهم مشاكل ضمن القائمة التالية خلال السنوات الخمس الأخيرة، إذا لم تكن البيانات متوفرة، يرجى كتابة "غير متوفر".

نوع المشكلة	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
المشاكل القانونية	٩٦	٤١	٣١	٢١	٥٢
اضطرابات عائلية	٦٠	٣٥	٥٣	٤٢	٦٥
حوادث طرق	٣٢	٤٣	٦٦	٣٣	٥٤
مشاكل في مكان العمل	١٠	٨	١١	٦	٣٥
فقدان العمل	١٣٠	٧٦	٥٥	٣٥	٤٥
مشاكل في المدرسة	٤٣	٣٢	١٠	٣	٣
عنف	٨	٦	٢	-	-
وفاة لها علاقة بإدمان المخدرات	٣٢	٢٧	٣٢	٩	٥٦
مشاكل أخرى (حدد)					

١٢- متوسط مدة الإقامة بالنسبة لحالات إساءة استعمال المخدرات التي أُبذلت المستشفى للعلاج و/أو التأهيل.

متوسط مدة الإقامة (أيام)	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
	١٥٠	١٢٠	١٣٠	٩٠	٩٠

١٣- عدد جلسات العلاج في العيادات الخارجية: يرجى إدخال جميع البيانات المتاحة في الجدول التالي. وإذا لم تكن البيانات متوفرة، يرجى كتابة "غير متوفر".

نوع المرفق	عدد الجلسات في الأسبوع	متوسط عدد المرضى في الجلسة الواحدة
مستشفى عام	٤	١٢
مستشفى أمراض نفسية	٨	٢٠
مرفق لإعادة التأهيل	غير متوفر	غير متوفر
مراكز للرعاية الصحية الأولية	غير متوفر	غير متوفر
مرافق أخرى		

١٤- عدد الجلسات المخصصة للاستشارة بالنسبة لمتعاطي المخدرات. سيساعدنا الجدول التالي على قياس مدى توفر جلسات لمتعاطي المخدرات في منطقتك مخصصة للاستشارة. يرجى كتابة "غير متوفر" إذا لم تكن البيانات متوفرة.

نوع المرفق	عدد جلسات الاستشارة في الأسبوع	متوسط عدد المرضى في كل جلسة
مستشفى عام	غير متوفر	غير متوفر
مستشفى أمراض نفسية	٢	١٠
مرفق لإعادة التأهيل	غير متوفر	غير متوفر
مراكز للرعاية الصحية الأولية	غير متوفر	-
مرافق أخرى		

١٥- حالة المريض عند مغادرة المستشفى: سيساعدنا الرد على هذه الفئة في قياس مدى فعالية العناية بمتعاطي المخدرات في منطقتك.

الحالة عند مغادرة المستشفى					المرفق
التحويل الى PED أو مستشفى آخر (بالنسبة المئوية)	لا يوجد تغير (بالنسبة المئوية)	وفاة	خلافاً لتعليمات الطبيب <sup>(*)</sup> (بالنسبة المئوية)	تحسن (بالنسبة المئوية)	
٦٠	١٠	غير متوفر	٢٠	١٠	مستشفى عام
٤٠	٢٠	غير متوفر	٥	٣٥	مستشفى أمراض نفسية
				غير متوفر	مرفق لإعادة التأهيل
				غير متوفر	مركز للرعاية الصحية الأولية
					مرافق أخرى

(\*) الخروج من المستشفى خلافًا لتعليمات الطبيب.

تشير هذه البيانات الى الحالات التي أُدخلت للعلاج في الوحدات الموجودة المتخصصة في حالات الانتكال على المواد الكيميائية. وجمعت البيانات وفقاً لما ورد في السجل المركزي لحالات الأمراض النفسية.

١٦- بيان عن الحالة بعد مرور ٦ أشهر.

نتيجة العلاج بعد ٦ أشهر					المرفق
تعذرُ تتبُّع الحالة (بالنسبة المئوية)	لم تتغير (بالنسبة المئوية)	دخول المستشفى للعلاج (بالنسبة المئوية)	وفاة	تحسن (بالنسبة المئوية)	
٣٥	٢٠	٤٠	غير متوفر	٥	مستشفى عام
٢٠	١٠	٣٥	غير متوفر	٣٥	مستشفى أمراض نفسية
				غير متوفر	مرفق لإعادة التأهيل
				غير متوفر	مركز للرعاية الصحية الأولية
					مرافق أخرى

١٧- هل يوجد لدى المستشفيات في منطقتك، برنامج لفحص متعاطي المخدرات في قاعات الطوارئ؟

- ( ) نعم  
( ) لا  
( ) لا أعرف

هام:

إذا كان لديك أي نظام خاص، يرجى كتابته في ورقة منفصلة.

يتم في الوحدات المعنية بعلاج الاتكال على المواد الكيميائية في أبوظبي، القيام بفحص عاجل. في وحدة رصد العلاج التابعة لقسم الأمراض النفسية، والى جانب ذلك، يتم العلاج، كما هو الحال في وحدات أخرى، حسب ترتيب خاص في المختبر الجنائي التابع للمديرية العامة للشرطة مع التزام السرية حسب القوانين الداخلية للوحدات المعنية بعلاج حالات الاتكال على المخدرات. يمكن الرجوع الى الوثائق المرجعية.

### المرفق الثالث

## إساءة استعمال المخدرات بين الشباب في الضفة الغربية وقطاع غزة(\*)

### مقدمة للمشكلة

خلال السنوات الماضية حدثت تغيرات كبيرة في المجتمع الفلسطيني أثرت الى حدٍ بعيد على جميع جوانب الحياة على مستوى الفرد ومستوى المجتمع المحلي. وأشد هذه التغيرات وضوحاً ظهور الانتفاضة الفلسطينية في كانون الأول/ديسمبر ١٩٨٧ التي كانت ذروة المقاومة الفلسطينية ضد الاحتلال الاسرائيلي للضفة الغربية وقطاع غزة الذي دام عشرين عاماً.

وهذا التغير، مقترنا بالتوترات السياسية وعدم الاستقرار الذي دام طويلاً في المنطقة ألحق ضرراً جسيماً بالتركيبة الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والثقافية التي تكون المجتمع الفلسطيني. ومنع الفلسطينيين في مناسبات مختلفة ولفترات طويلة، من الدخول الى اسرائيل مما أسفر عن وجود نسبة كبيرة من اليد العاملة الفلسطينية عاطلة عن العمل؛ وكثيراً ما يفرض على المدارس والجامعات أن تغلق أبوابها لفترات طويلة ويترك الطلاب في الشوارع؛ وقتلوا الآلاف أو أصيبوا بجروح خطيرة وأعتقل عدد أكبر من ذلك بكثير؛ وفقدت الأسر عائلها؛ وببساطة لا يحصل الكثيرون على المتطلبات الأساسية لحياة عادية.

وفي خضم هذه الاضطرابات أصبح هناك تشكيك في روح الانتماء، لاسيما بين الشباب الفلسطينيين مما أدى الى البحث عن هوية. وأدى هذا بدوره في العديد من الحالات الى ردود أفعال متطرفة وأنماط سلوكية معاكسة للمرغوب تتمثل في الانتشار السريع لاستعمال/إساءة استعمال الكحول/المخدرات بين مختلف طبقات المجتمع المحلي وبدرجة مثيرة للقلق بين الشباب. ومن العوامل التي تشجع على مثل هذا السلوك غير القويم توفر المخدرات/الكحول وعدم وجود أي إشراف محلي أو مراقبة على الاتجار بالمخدرات.

### ألف- السبل المتبعة

جدير بالملاحظة أن هذا التقرير له طابع الدراسة الإستقرائية أكثر من طابع البحث الإحصائي، فهو يستند الى معلومات تم الحصول عليها من خلال اللقاءات والمناقشات وغير ذلك من البيانات أو التقارير غير المنشورة. وتأتي البيانات من مختلف العاملين والاحصائيين في مجال إدمان المخدرات، وتستند الى الحالات التي أبلغت الى المراكز القليلة المتاحة أو الحالات التي تم إرسالها الى المستشفيات أو إعتقالها.

وقد أدرجت في هذه الدراسة عدة عوامل ديمغرافية يمكن أن تكون لها صلة باستعمال/إساءة استعمال المخدرات. وهذه العوامل هي العمر ونوع الجنس والمركز الاجتماعي والمستوى التعليمي والحالة الزوجية ونوع الأسرة والدين.

(\*) أعدت هذه الدراسة خبير استشاري. والآراء الواردة فيها هي آراء الكاتب ولا تعكس بالضرورة آراء الأمانة العامة للأمم المتحدة.



## باء- النتائج

أولاً- الخصائص الأساسية للمدمنين:

### (أ) العمر

تتراوح أعمار المدمنين بين ١٦ و ٦٠ عاماً مع وجود أغلبية في الفئة ٢٦-٣٤ عاماً. ويوجد بعض المراهقين المستعملين للمخدرات من فئة العمر ١٣-١٨ وعدد كبير من المجربين للمخدرات بين سن ١٩ و ٢٥ عاماً (المهنيون الشبَّان وطلاب الجامعات وما الى ذلك).

### (ب) نوع الجنس

معظم مستعملي/مدمني المخدرات من الذكور، ويعود ذلك الى دورهم المجتمعي ووضعهم في العلاقات الشخصية المشتركة. (فالذكر ينبغي أن يظهر شديد المراس ولديه فرصة للحصول على المخدرات). ونسبة الإناث ليست واضحة كنسبة الذكور. وهناك اعتقاد عام لدى المتعاملين مع مستعملي المخدرات أن حوالي ٥ في المائة من جميع المدمنين من النساء.

### (ج) المركز الاجتماعي

لا توجد طبقة إجتماعية واحدة يبرز فيها مستعملو/مدمنو المخدرات. فالواقع أنهم يوجدون في جميع المستويات الاجتماعية. والأغنياء يجربون أو يسرفون في استعمال المخدرات كوسيلة لمعالجة الضغوط التي يواجهونها في عملهم أو في أنشطتهم الأخرى. كما أنهم يستعملون المخدرات كرمز لانتمائهم الى طبقة اجتماعية عالية (عقلية "الطبقة الراقية"). أما بالنسبة للفقراء فإنهم يستعملون المخدرات للهروب من الواقع أي من الضغوط السياسية والاقتصادية والأسرية والاجتماعية.

### (د) الحالة الزوجية

بالرغم من أن بعض مدمني المخدرات من العزَّاب، فقد لوحظ أن أغلبية المدمنين متزوجون ولديهم أطفال.

### (هـ) المستوى التعليمي

تشير البيانات التي تم جمعها الى أن مستعملي/مدمني المخدرات هم أساساً من ذوي المستوى التعليمي المتوسط. إلا أن ما يثير الاهتمام هو أنهم يعملون في مهنٍ تتطلب مهارات خاصة مثل النجارة والسمكرة والبناء والكهرباء وتصليح أجهزة التلفزيون. كما يوجد عدد صغير من المدمنين الذين لديهم مستوى منخفض من التعليم (السنة الخامسة أو أقل). أما بالنسبة للعمال، فإن مستعملي المخدرات يبدأون في استعمالها عادة عندما يتم الاستغناء عنهم نتيجة لإساءة استعمال المخدرات التي ترهقهم وتخفُّض من إنتاجيتهم.

وينتمي مستعملو/مدمنو المخدرات الى أسرٍ كثيرة العدد حيث تسود الفوضى وتكثر النزاعات بين الأفراد. وبذلك يفقد الفرد هويته واستقلالته ويبدأ في البحث عنهما من خلال تجربة المخدرات و/أو الكحول وإساءة إستعمالهما.

كما تصبح المخدرات أسلوباً لجذب إنتباه الأسرة وخاصة في الأسر الكبيرة. وهذا بالطبع لا يعني عدم وجود متعاطين للمخدرات في الأسر الصغيرة. بل هم موجودون بأعداد أقل أو يبقون مجهولين.

## (و) الدين

ويبدو من الوهلة الأولى أن معظم مدمني المخدرات من المسلمين. ولكن عندما يتم إلقاء نظرة على التوزيع الديني للسكان، يجد المرء أن عدد المدمنين من المسيحيين والمسلمين يتفق مع نسبة المسيحيين الى المسلمين في المجتمع، حيث يكون المسيحيون ٥ في المائة من السكان العرب في الضفة الغربية وقطاع غزة بما في ذلك القدس الشرقية.

## جيم- الأنواع الأساسية للمخدرات التي يُساء إستعمالها

تبدأ عملية الإدمان بتعاطي المواد الأفيونية والحشيش ثم تتحول بسرعة الى الهيروين الذي هو المخدر الأساسي الذي يُستعمل/يُساء إستعماله في الضفة الغربية وقطاع غزة. ويجري إستعمال الهيروين في معظم الحالات عن طريق الإستنشاق ويستعمله بعض المدمنين عن طريق الحقن الوريدي. وهناك عدد قليل جداً من الأشخاص الذين يستعملون الكوكايين أو "الكراك" نظراً لعدم توفرهما وتكلفتها العالية. والمخدر الثاني الذي يغلب إستعماله هو القنب (المريوانا أو الحشيش) عن طريق التدخين والمخدر الثالث الذي يتم إستعماله هو "الأونال" وهو نوع من المثادون الذي يندرج ضمن المؤثرات العقلية.

ويستعمل المدمنون الأكثر فقراً القنب بخلاف الموسرين الذين يستعملون الهيروين. وتبدأ تجربة المخدرات بين الشباب المدمنين بالحشيش لأنه أرخص. ومن المهم ملاحظة أن القدر الأعظم لحالات إساءة إستعمال مختلف العقاقير التي تُباع بدون إذن طبي يتفشى بين النساء ومن هم شديدي الحساسية للضغوط التي تفرضها أوضاعهم. وتتضمن هذه المخدرات المهدئات والمنومات والأنفيتامين والبنزوديازيبين والكودايين والمثادون. (لا يوجد أي إشراف على الوصفات لهذه المخدرات).

## دال- برامج الوقاية

برامج الوقاية غير منتظمة ويقوم بها عادة بعض العاملين أو المعننين من أفراد ومنظمات مع وجود درجة قليلة من التنسيق أو بدون تنسيق فيما بينهم. والعقبة الرئيسية التي تعترض تنفيذ البرامج بصورة فعّالة هي عدم وجود إحصاءات موثوقة حول عدد مستعملي المخدرات/مسيئي إستعمال المخدرات أو المدمنين. وببساطة، فإن برامج الوقاية على المستوى الوطني غير موجودة. وتتألف البرامج من محاضرات في المدارس أو الجامعات أو الأماكن العامة. كما تتضمن كتيّبات ومقالات في الصحف والمجلات المحلية وغير ذلك من البرامج المشابهة وغير المنتظمة من حيث جدولها الزمني.

غير أنه على الرغم من عدم وجود خطة وطنية أو إقليمية لتنفيذ مختلف جهود الوقاية والإشراف عليها وتنسيقها، فإن بعض المنظمات غير الحكومية قامت برعاية بعض برامج وأنشطة التوعية. فقد نظم مركز التخطيط والبحث مثلاً عدة إجتماعات وندوات للمعنيين من المنظمات والأفراد لدراسة الإتجاه العام لإساءة إستعمال المخدرات وإيجاد قاعدة من المعلومات ذات الصلة. كما قام المركز الإستشاري المعني بالطفل والأسرة في القدس ببرامج وندوات تدريبية مشابهة.

## هاء- برامج التأهيل

من الواضح وجود نقص شديد في برامج التأهيل المتصلة بالمخدرات في الأراضي المحتلة. غير أنه لوحظت الجهود التالية:

قامت البطريركية اللاتينية في القدس، مع مؤسسة "كاريتاس"، برعاية عيادة خارجية للمدمنين في منطقة القدس. ويقوم بإدارة هذا المشروع مشرف إجتماعي كتب عدة مقالات عن المخدرات وطرق الوقاية منها. وتنوي البطريركية اللاتينية حالياً تخطيط برنامج لعلاج المرضى والقيام بجهود شاملة لتوفير خدمات الوقاية والعلاج للمدمنين وأسرهم.

ومستشفى الصادق الطيّب، مركز في "بيت هاني"، القدس، وهو عبارة عن مستوصف داخلي للمدمنين يستوعب ثمانية أسرة. ويعالج العاملون في المركز المدمنين لفترة أربعين يوماً لإسداء المشورة اليهم (نهج غير طبي). كما يقوم المركز بإدارة مستوصف خارجي لمتابعة حالات الإدمان.

وشرعت الجمعية التخصصية لإسداء النصح للمدمنين في القدس في عام ١٩٩٠ في إنشاء عيادة خارجية لمدمني المخدرات. ومنذ ذلك الوقت لم يعالج سوى أربعين مدمناً نظراً لمحدودية الطاقة الاستيعابية والموظفين والموارد المالية.

ويقوم معهد الكتاب المقدس في بيت لحم بإدارة مركز "الأمان الإستشاري" في بيت لحم. ويعمل كمركز علاج عام وأسري. وتتركز جهود المركز على برامج التوعية وتقديم المساعدة للمدارس والمنظمات المهمة.

ويستخدم مركز غزة المحلي للصحة العقلية الأسلوب الطبي في معالجة حالات الإدمان الكيميائي مع القيام ببعض الزيارات للأسر. وهو حالياً بصدد توسيع أنشطته.

ويستند مركز وادي موسى لإعادة التأهيل على التوجيه الروحي بقراءة آيات من القرآن الكريم على المدمنين بالإضافة إلى تقديم النصائح إلى الأفراد والمجموعات.

## واو- التشريع

نظراً لعدم وجود حكومة وطنية، يمكن القول دون تردد أنه لا توجد تدابير أو تشريعات وطنية تتعلق باستعمال/إساءة إستعمال المخدرات وليست هناك سياسة إجتماعية للوقاية من المخدرات. وهذا يعني أنه لا توجد أي قواعد أو معايير أو نتائج ثقافية أو مجتمعية واضحة فيما يتعلق باستعمال أو إساءة إستعمال المخدرات/الكحول.

ومن المهم هنا ملاحظة وجود اعتقاد واسع النطاق بين الفلسطينيين بأن الحكومة العسكرية الاسرائيلية تغض الطرف عن إستعمال المخدرات في المجتمعات الفلسطينية مما يخدم أهدافها وسياساتها الرامية الى تشتيت الأسر والعلاقات بهدف التحكم فيها. غير أن هذه الفرضية لا تقوم على دليل قوي لأنه يمكن القول أن الحكومة الاسرائيلية تدرك تمام الإدراك أن ترويج المخدرات سيف ذي حدين.

### زاي- تقييم أسباب الطلب على المخدرات

ينجم الطلب على المخدرات عموماً من مشاعر الإحباط السياسي والاجتماعي والاقتصادي في المجتمع الفلسطيني. فالحاجة لتجنب الضغوط الناجمة عن الظروف الصحية وإيجاد مخرج من هذه الظروف وإثبات هوية تركّز على الرفاه بدلاً من مجرد الوجود، بالإضافة الى القدر الكبير من وقت الفراغ والبطالة، كلها عوامل أساسية وراء الطلب على المخدرات (عدم وجود أي مشاريع ترفيهية أو أنشطة عامة للأطفال أو الشباب أو المراهقين... الخ). وهناك سبب هام آخر يأتي نتيجة لهذا الوضع وهو أن المخدرات تُستعمل كأداة للتحكم عن بُعد نظراً الى انحباس أفراد الأسر في الثقافة الفلسطينية ولاسيما كرد فعل على الوضع السياسي والاقتصادي. وتبدو هذه أسباب عامة وقد تختلف على المستوى الفردي لكنها تشكل الدوافع وراء الطلب على المخدرات.

### حاء- الاتجار بالمخدرات والفئات الخاصة

لم يتم العثور على معلومات عن بعض الفئات الخاصة المدمنة للمخدرات كالمعوقين أو ضحايا الانتفاضة أو الحرب. غير أنه من الواضح أن المناطق التي لها صلة وثيقة بالمجتمعات الاسرائيلية هي أكثر عرضة لتعاطي المخدرات. وهذا ما يجعل المجتمعات الفلسطينية التي تحد اسرائيل تشهد زيادة مثيرة للقلق في انتشار المخدرات بين السكان. ومن الأمثلة على هذه المجتمعات القدس وقلقيلية والخليل.

وقامت العناصر الناشطة في الانتفاضة في بعض الأحيان بإنزال العقاب ببعض الفئات الخاصة مثل النساء الشابات اللاتي يستعملن المخدرات. والواقع أن هناك تقارير تشير الى ضرب أو تهديد تلك الفئات أو إتهامها بالدعارة وبالعمل ضد أهداف الانتفاضة.

### طاء- الاستعراض والتوصيات

يبيّن التحليل الوارد أعلاه أن الاتجار بالمخدرات في الأراضي المحتلة يتزايد بمعدلات مثيرة للقلق. وبالإضافة الى ذلك، توحى الدراسة بأن الوضع الاجتماعي والاقتصادي والسياسي السائد في الضفة الغربية وقطاع غزة هو عامل رئيسي يسبب زيادة استعمال/إساءة إستعمال المخدرات.

ولإيجاد حلول لهذا النوع من السلوك الشاذ، تُقدّم التوصيات التالية:

١- ينبغي إجراء دراسة إحصائية شاملة عن استعمال/إساءة استعمال المخدرات في الضفة الغربية وقطاع غزة ويمكن بعد ذلك تحديد الخدمات المطلوبة ونطاقها.

٢- ينبغي إنشاء برامج وطنية للوقاية/للتوعية بشأن استعمال المخدرات وآثارها السيئة على المجتمع ككل.

٣- ينبغي إنشاء مراكز مجتمعية للتأهيل لمعالجة مدمني المخدرات في إطار نهج شامل. ويكون الهدف من هذه المراكز إزالة أعراض الإدمان ودعم الفرد والأسرة والمجتمع المحلي.

٤- ينبغي وضع تدابير وتشريعات وطنية لمنع إساءة استعمال المخدرات تتضمن سياسة اجتماعية واضحة المعالم لعملية الوقاية والعلاج. ويجب أن تكون هذه السياسة شاملة لمعالجة مختلف القضايا التي لها صلة بالموضوع بما في ذلك سياسات الوقاية والعلاج ومراقبة الإتجار بالمخدرات وإنفاذ القوانين والمشاركة المجتمعية. ويمكن أن تستند هذه السياسة الى السياسات الاجتماعية التي تنتهجها الأمم المتحدة و/أو أية دولة متقدمة مع مراعاة الإطار الفلسطيني بشكل خاص.

وفي الختام يجب النظر في نتائج هذه الدراسة بشيء من الحذر. ومن الأساسي إجراء المزيد من البحث في موضوع المخدرات في الأراضي المحتلة لفهم هذه المشكلة فهما تماماً وإيجاد سُبُل لحلها. غير أنه من المؤمل فيه أن تكون هذه الدراسة الميدانية قد قدمت رؤيا سديدة عن هذه المشكلة وأن يكون لها دور ايجابي في إجراء المزيد من البحوث.

## المرفق الرابع إساءة استعمال المخدرات بين الشباب في لبنان<sup>(\*)</sup>

### مقدمة

عُرف لبنان، منذ أكثر من ٥٠ عاماً، بإنتاجه للقنب الهندي (والمعروف محلياً بالحشيش). وخلال مطلع الخمسينات وطوال أوائل الستينات أستخدم لبنان كممنطقة عبور للاتجار الدولي بالمخدرات وتهريب الأفيون الخام من تركيا الى فرنسا. ومع ذلك، فإن المخدرات المتوفرة في لبنان أو التي مرت عن طريقه لم تستعمل، الى حد كبير، داخل البلد. ومنذ بداية النزاع في عام ١٩٧٥، أصبح لبنان منتجا رئيسيا لمختلف أنواع المخدرات. والعوامل الرئيسية التي أسهمت في زيادة الأنشطة غير المشروعة المتعلقة بالمخدرات، الاضطرابات السياسية التي قسّمت البلد الى أحزاب متحاربة، مما أدى الى إضعاف سلطة الحكومة المركزية وفعاليتها. وأدت حالة الاضطراب الى عرقلة الجهود الرامية الى مكافحة زراعة وتهريب المخدرات. ونتيجة لذلك، تفاقمت مشاكل إساءة استعمال المخدرات وكذلك استمرار العنف والخوف الشديد والصعوبات النفسية والاقتصادية. وعانت جميع فئات السكان من النزاع. وكان الشعور بالخطر وتدمير المباني وعدم التأكد مما سيقع في المستقبل، بالإضافة الى تدمير الخدمات الأساسية تمثّل بعض النتائج التي أسفر عنهما النزاع. وبقي الشباب خارج المدارس وبدون عمل. وكانوا عرضة للخوف والقلق والاكتئاب وتفكك الروابط الاجتماعية (زريق وآخرون، ١٩٩١). وانتشرت إساءة استعمال المخدرات بسرعة خلال هذه الفترة. فقد كانت إساءة استعمال المخدرات تمثّل بالنسبة للبعض وسيلة للهروب من التجربة المخيفة للنزاع وللسترخاء ونسيان ما يدور حولهم. وعلى الصعيد العسكري، كانت المخدرات تقدم الى المحاربين لحفزهم وإبقائهم على أهبة القتال. وقد لا يكون النزاع هو السبب المباشر لزيادة المخدرات ولكنه مهّد الطريق لذلك.

وحتى وقت قريب لم يُعرف نطاق مشكلة استعمال المخدرات. ووُضعت تقديرات في هذا الشأن ولكن لم يتم جمع إحصاءات يمكن الاعتماد عليها. وتم القيام بمسوح قليلة في لبنان تتعلق بإساءة استعمال المخدرات. وكان المسح الأول يتعلق بجميع الأمراض النفسية التي عولجت في لبنان (كاتشادوريان وسترلاند، ١٩٧٥). وكانت المعلومات المتعلقة بحالة إدمان المخدرات التي أُبلغ عنها شاملة بالنسبة للخاضعين للعلاج النفسي. وأُجريت دراسة مشابهة في عام ١٩٨٨ من قبيل بادورا، وعبدالملك، وبالادي، الذين درسوا حالات مدمني المخدرات الذين أُدخلوا الى أحد المستشفيات النفسية لمتابعة برنامج إزالة الإدمان الممتد على خمس فترات تدوم كل فترة منها سنتين، أي مدة النزاع. وتم الاضطلاع بدراسات أخرى ولكنها ركّزت على فئات محددة مثل الطلاب في الجامعة الأمريكية في بيروت.

### الخصائص الأساسية للشباب المدمنين

إن إجراء البحث والدراسات حول إساءة استعمال المخدرات في لبنان أمر عسير يشكّل تحدياً بالنظر الى طابع السرية والولاء للمجموعة التي يجدها المرء بين المدمنين. وأكثر مصدر للحصول على المعلومات هو المستشفى الذي يدخله المدمن للعلاج. غير أن عناصر هامة من المعلومات غير موجودة لأن المسؤولين في القسم المعني يجمعون المعلومات لأغراض إدارية فقط.

(\*) تم إعداد هذه الورقة من قبيل مستشار. والآراء الواردة فيها هي آراء الكاتب ولا تعكس بالضرورة آراء الأمانة العامة للأمم المتحدة.

وتم جمع البيانات اللازمة لهذا التقرير من مستشفيات أساسيين للأمراض النفسية ومن مركز لإزالة الإدمان (وهو مبنى ملحق بمستشفى عام)، ومن بعض المصادر الموثوقة. وتستقبل المرافق الثلاثة للرعاية الصحية أغلبية المدمنين الذين يحتاجون للعلاج. ولم تكن هناك معلومات مفصلة عن خصائص هؤلاء السكان. وقدم الأطباء النفسيون المسؤولون في المستشفيات معلومات مقتضبة عن مرضاهم وكانت مشابهة تماما في الأماكن الثلاثة.

ويتركز العدد الأكبر من مدمني المخدرات الذين دخلوا المستشفى في فئة العمر ٢٠-٣٠؛ وكانت الأغلبية من الذكور. وكان هناك عدد قليل من الإناث من بين المرضى يستعمل معظمهم المهدئات وليس المخدرات القوية. وكان العزاب يمثلون أغلبية الحالات. ويتراوح المستوى التعليمي للمدمنين بين المرحلة المتوسطة والجامعة، ويبلغ متوسط عدد سنوات الدراسة ٧ سنوات حسب التقديرات. أما بالنسبة لوضعهم من حيث العمالة فإن الأغلبية كانت عاطلة. ومن بين العاملين كان هناك عدد كبير ينتمي الى فِرَق المليشيات.

ولم تكن هناك معلومات متوفرة فيما يتعلق بالانتماء الديني للمرضى.

ويمكن القول بايجاز أن مدمني المخدرات هم في أغلبهم من الذكور اللبنانيين من فئة العمر ٢٠-٣٠ عاما مع مستوى تعليم متوسط وعاطلين عن العمل أو منتمين الى فِرَق المليشيات.

والأنواع الأساسية للمخدرات المستعملة من قِبَل الذين دخلوا المستشفى للعلاج هي الهيروين والمسكنات المخدرة. وهناك عدد كبير من الشباب في لبنان يجربون الحشيش. كما يُستخدم الكوكايين ولكن ليس بنفس القدر الذي تُستعمل به المخدرات الأخرى. وطريقة تعاطي المخدرات هي الحقن الوريدية بالنسبة للهيروين وعن طريق الفم بالنسبة للمسكنات المخدرة والتدخين بالنسبة للحشيش والاستنشاق بالنسبة للكوكايين.

ويدخل المدمنون المستشفيات النفسية لفترة إقامة تدوم ١٥ يوما في معظم الأوقات. ويوجد مركز واحد في لبنان متخصص في إزالة الإدمان؛ وقد تم انشاؤه مؤخرا وهو ملحق بمستشفى عام. والطبيب النفسي المسؤول عن المركز هو الطبيب الوحيد في لبنان الذي تلقى تدريباً خاصاً على معالجة إساءة استعمال المخدرات. ومعظم الموظفين شبه الطبيين هم كذلك مدربون. ولا يستوعب هذا المركز أكثر من ٤٠ مريضا.

أما بالنسبة لتأهيل مدمني المخدرات، فقد تولت جمعية RML (Regroupement Mere De Lumiere) وهي جمعية طوعية أسست في عام ١٩٩٠، مسؤولية تأهيل مدمني المخدرات. وتم إنشاء مركزين لاستيعاب ما بين ٤٠ و ٦٠ مدمناً يقيمون في المركزين ويتم تأهيلهم بمساعدة متطوعين يعملون كمراقبين لهم. ويغادرون المركزين عندما يصبح لديهم الإستعداد للاعتماد على أنفسهم وبعد أن يكونوا قد شفوا تماما اجتماعيا ونفسيا من إساءة استعمال المخدرات. ويقوم المرضى السابقون في المركزين عادة بمساعدة المدمنين الذين يدخلون لمتابعة عملية التأهيل. وتخطط جمعية RML الى توسيع خدماتها من خلال إقامة مركز كبير يستوعب عدداً أكبر من المرضى وأن يوفر مزيداً من الأنشطة والخدمات للمدمنين حين يتم علاجهم.

## التدابير الجارية إتخاذها

### ١- تدابير المكافحة

أصبح للبنان دور هام في مجال الاتجار الدولي بالمخدرات. ذلك أن عددا كبيرا من المتجرين بالمخدرات الذين يتم ايقافهم في لبنان وفي الخارج هم لبنانيون. وزادت أيضا شحنات المخدرات الآتية من لبنان. وتقوم الحكومة ببذل جهود جديّة للتقليل من الاتجار بالمخدرات حيث يتجه الوضع في البلد نحو الحياة العادية. وجهود المكافحة تستهدف المتجرين بالمخدرات داخل لبنان وخارجه ومدمني المخدرات وزراعة المخدرات. وقد طلبت الحكومة مساعدة الوكالات الدولية لإنفاذ هذه التدابير.

وفي أواخر الستينات، قامت الحكومة بتنفيذ خطط بالتعاون مع الأمم المتحدة لتشجيع المزارعين على زراعة بذور عبّاد الشمس بدلا من الحشيش مع ضمان شراء المحاصيل بأسعار أعلى من سعر السوق. وفشلت هذه الخطة لأسباب عدة. ووضعت خطط بديلة لزراعة الكروم ولكنها لم تُنفذ. وما زالت الجهود الرامية الى القضاء على إنتاج الحشيش أو غيره من المخدرات من خلال تدمير الحقول المزروعة متواضعة ومتفرقة.

وتعود العلاقة بين التشريع اللبناني والإدمان على المخدرات الى عام ١٩٤٦. ويتناول القانون الذي تم سنّه عندئذٍ جانبين من جوانب المشكلة: (أ) استعمال المخدرات وتجارة المخدرات؛ و(ب) زراعة النباتات المنتجة للمخدرات. وتم تعديل القانون في عام ١٩٦٠ بهدف التمييز بين مدمني المخدرات وتجار المخدرات. وينص القانون على أن المدمن معرض للحكم عليه بالسجن لمدة سنة الى ثلاث سنوات في المستشفى التابع للسجن لغرض العلاج وإعادة التأهيل. أما تاجر المخدرات الذي ليس مدمنا للمخدرات فهو يخضع لعقوبة أشد تتراوح بين ٣ و ١٥ عاما من السجن. وفي حالة مدمني المخدرات، يمكن الإفراج عنهم في غضون ستة أشهر لإطلاق سراحهم ومغادرة المستشفى مع وجود تقرير نفسي ايجابي. والمشكلة الواضحة هنا هي أن معظم المرضى يتوقعون تلقائيا إطلاق سراحهم بعد ستة أشهر. ولا توجد مرافق أو برامج للمتابعة بعد العلاج. ومن الواضح أن القانون يحتاج الى تعديل.

### ٢- التدابير الوقائية

هناك جهود خاصة في ميدان التوعية والوقاية. ففي عام ١٩٩٠ شرعت جمعية الشبان المسيحيين في تنفيذ برنامج محلي للتوعية بشأن المخدرات بالنسبة لطلاب المدارس الثانوية في بيروت. وشمل المشروع تدريب ممثلين عن المدارس من خلال ندوات نظمتها الجمعية تحت رعاية المتخصصين. وقدمت للمشاركين معلومات كافية وعلمية (حول المخدرات وإساءة استعمالها وآثارها) في شكل ملصقات وكتيبات وأشرطة فيديو تُستخدم في حملاتهم لزيادة الوعي بالمخدرات في مدارسهم طوال السنة. وظلت الجمعية على اتصال وثيق بالمدارس من خلال زيارات المتابعة والتقييم. وبالإضافة الى ذلك قُدمت لكل مدرسة قائمة بالاختصاصيين (من أطباء وأطباء نفسيين ومشرفين اجتماعيين) للرجوع اليهم في حالة وجود أية مشكلة تتعلق بالمخدرات.

وعلى هذا المنوال قامت منظمة غير هادفة للربح تدعى "CRC" (مركز الاتصال والموارد) بنشر كتيبات بالعربية والانكليزية عن الحشيش وغيره من المخدرات في لبنان كوسيلة لزيادة الوعي والوقاية من استعمال المخدرات. وقام هذا المركز برعاية أنشطة لزيادة الوعي بمشكلة المخدرات في المدارس



والمعاهد ونوادي الشباب. وعرضت ملصقات ووزعت كتب وعرضت أفلام الى جانب إلقاء محاضرة أو إدارة حلقة نقاش. وتولت هذه الجهود بعد ذلك منظمة أخرى غير هادفة للربح وهي منظمة JAD (الشباب ضد المخدرات). وتقوم بنفس الأنشطة التي تقوم بها منظمة CRC بالإضافة الى إحالة المدمنين الى المستشفيات للعلاج.

ويدرك الصليب الأحمر اللبناني مشكلة المخدرات. وتم تدريب موظفيه ومتطوعين بهدف المشاركة في الجهود التثقيفية في كامل أنحاء البلد.

## خاتمة

هناك حاجة كبيرة بعد إنتهاء النزاع في لبنان، لإعادة البناء الاجتماعي. ومن المطلوب توافر معلومات عن الوضع الحالي فيما يخص إساءة استعمال المخدرات. ومما يحفز على اتخاذ اجراءات في هذا المجال إظهار حجم المشكلة بالمقارنة مع مشاكل اجتماعية/صحية أخرى تتنافس من أجل الحصول على الموارد. وسيتم وضع أساس تستند اليه هذه الإجراءات من خلال تحديد أسباب المشكلة ونتائجها.

## التوصيات

### ١- الدراسات

بدون توافر المعلومات، يبقى تخطيط وتنفيذ البرامج عملية غير متناسقة بل ضرباً من ضروب التخمين. وهناك حاجة الى ثلاثة أنواع من الجهود الإستقصائية لضمان استخدام المعلومات المتاحة بصورة فعّالة:

(أ) المراقبة والرصد لمشكلة إدمان المخدرات من خلال جمع البيانات المنتظمة والأساسية من المؤسسات المعنية بدمني المخدرات؛

(ب) التحليل المستمر للبيانات المتوافرة؛

(ج) وضع واختبار استراتيجيات للتدخل في محاولة لتقييم فعالية الاجراءات الجديدة.

### ٢- الاجراءات قصيرة الأجل

من المهم توجيه الجهود نحو معالجة ثلاث قضايا رئيسية تتعلق بإساءة استعمال المخدرات، وهي الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل. وفيما يلي التوصيات في هذا الشأن:

(أ) إدخال برامج التثقيف الصحي ذات الصلة بمشكلة إساءة استعمال المخدرات في مناهج المدارس الثانوية. وليس من المستحسن إدخال هذه البرامج في مرحلة أبكر؛

(ب) تنظيم حملات إعلامية جماهيرية موجهة نحو الوقاية من إساءة استعمال المخدرات وتستهدف الفئات المعرضة للخطر وآبائهم أو المسؤولين عنهم؛

(ج) تنظيم مؤتمرات وندوات في الجامعات وفي نوادي الشباب والنوادي الرياضية لزيادة درجة الوعي بمشكلة المخدرات؛

(د) تنسيق وتوحيد الجهود من خلال تكوين فريق عامل أو لجنة وطنية مسؤولة عن برامج التوعية. وينبغي أن يتعاون العاملون في هذا الميدان من أفراد أو مجموعات على المستوى الوطني لتفادي الإزدواجية؛

(هـ) إنشاء مراكز لإعادة التأهيل داخل مرافق العلاج. فالمركز الموجود حالياً لا يكفي لاستيعاب جميع المدمنين الذين تتم معالجتهم.

### ٣- الاجراءات طويلة الأجل

(أ) مراجعة التشريعات المتصلة باستعمال المخدرات؛

(ب) بذل جهود حكومية أكثر فعالية واستمراراً لمكافحة التهريب وتوزيع المخدرات داخل لبنان؛

(ج) توسيع نطاق خدمات إزالة الإدمان بين المدمنين. وينبغي أن تكون أسعار هذه الخدمات معقولة لتكون في متناول جميع المدمنين؛

(د) تطوير اليد العاملة المهنية اللازمة للتعامل مع المدمنين؛

(هـ) إضفاء الطابع المؤسسي على الجهود الرامية الى زيادة الوعي العام بإساءة استعمال المخدرات من خلال التعاون مع وسائل الإعلام والمنظمات الحكومية وغير الحكومية وهيئات المجتمع المحلي.

### المراجع

Baddoura Ch., Abdel Malak N., Baladi A. (1989). Evaluation de la Toxicomanie durant la guerre Libanaise. (Submitted for publication).

Khatchadourian H. and Sutherland JV. 1975. Psychiatric aspects of drug addiction in Lebanon. The International Journal on addiction, No. 10, vol.(6) pp. 949-962.

Zurayk H., Farhood L., Chaya M., Saade F., Meshfedjian G. and Sidani, T. 1991. The Impact of War on the physical and Mental Health of the Family: The Lebanese Experience: Part II. (Submitted for publication).

## المرفق الخامس

### إساءة استعمال المخدرات بين الشباب في مصر(\*)

#### ١- تقييم البيانات المتعلقة بإساءة استعمال المخدرات بين الشباب

أنشئ المشروع الدائم بشأن إساءة استعمال المخدرات في مصر في عام ١٩٧٥ تحت رعاية المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية (في القاهرة). وتم الاضطلاع، منذ ذلك الحين، بست دراسات واسعة النطاق عن الأوبئة تبين مدى انتشار إساءة استعمال المخدرات بين مختلف فئات السكان المصريين وأنماطه. وتم نشر أربع من الدراسات الست (بالانكليزية والعربية). ويجري إعداد الدراستين المتبقيتين للنشر. وفيما يلي البيانات الببليوغرافية المتصلة بالأبحاث الأربعة المنشورة: (التي صدرت في ثمان دراسات):

(أ) مدى انتشار الاستعمال غير الطبي للمواد المؤثرة عقليا بين طلاب المدارس الثانوية في القاهرة الكبرى. الاتكال على المخدرات والكحول، رقم ٨، صفحات ١٥-٤١، ١٩٨٢؛

(ب) الاستعمال غير الطبي للمواد المؤثرة عقليا من قبل الطلاب الذكور في المدارس الفنية في القاهرة الكبرى. دراسة عن الأوبئة. إيمان المخدرات والكحول، رقم ١٠، صفحات ٣٢١-٣٣١، ١٩٨٢؛

(ج) العلاقة القائمة بين تدخين التبغ واستعمال مواد أخرى مؤثرة عقليا بالنسبة للطلاب الذكور المصريين. إيمان المخدرات والكحول، رقم ١٥، صفحات ٤٧-٥٦، ١٩٨٥؛

(د) الاستعمال غير الطبي للعقاقير المؤثرة عقليا التي تحتاج الى وصفة طبية من قبل تلاميذ المدارس في منطقة القاهرة الكبرى. إيمان المخدرات والكحول، رقم ١٥، صفحات ١٩٣-٢٠١، ١٩٨٥؛

(هـ) مدى إنتشار إستعمال المخدرات بين طلاب الجامعات الذكور المصريين. إيمان المخدرات والكحول، رقم ١٨، صفحة ٣٨٩-٤٠٣، ١٩٨٦؛

(و) استعمال طالبات الجامعة للمواد المؤثرة عقليا بالمقارنة مع زملائهن الذكور إيمان المخدرات والكحول، رقم ١٩، صفحات ٢٣٣-٢٤٧، ١٩٨٧؛

(ز) استعمال المواد المؤثرة عقليا بين الذكور المصريين العاملين في الصناعات التحويلية. إيمان المخدرات والكحول، رقم ٢١، صفحات ٢١٧-٢٢٩، ١٩٨٨؛

---

(\*) تم إعداد هذه الورقة من قبل مستشار. والآراء الواردة فيها هي آراء الكاتب ولا تعكس بالضرورة آراء الأمانة العامة للأمم المتحدة.

(ج) استعمال المواد المؤثرة عقليا بين تلاميذ المدارس الثانوية الذكور في مصر: دراسة عن عينة ممثلة على نطاق البلد. إيمان المخدرات والكحول، رقم ٢٦، صفحات ٦٣-٨٠، ١٩٩٠.

ويمكن للقارئ في جميع البحوث المنشورة المذكورة أعلاه (وبالتأكيد في البحوث التي ستُنشر قريبا) أن يلاحظ وجود نوع من الانتظام في طريقة جمع المعلومات. أولا، وقع التركيز على الأوبئة. ثانيا، اقتصر الجهد على منطقة القاهرة الكبرى حتى عام ١٩٨٥ بسبب الموارد المالية والبشرية المحدودة. واعتبارا من عام ١٩٨٦، امتدت جهود البحث لتشمل البلد بأكمله. ثالثا، تمت دراسة فئات مختلفة من الشباب المصري. رابعا، جرت محاولة لتحديد نمط لبحوث يتم الاضطلاع بها دوريا عن فئات الشباب لكشف أية اتجاهات في التغيرات التي قد تطرأ على إساءة استعمال المخدرات على مدار السنين. وعلى هذا الأساس، تم إجراء دراسة ثانية عن طلاب الجامعات في عام ١٩٩٠ (بعد حوالي سبع سنوات من الدراسة الأولى)، ودراسة ثانية عن طلاب المدارس الفنية في عام ١٩٩٢ (بعد حوالي إثني عشر عاما من الدراسة الأولى)، وبحث ثالث في عام ١٩٩٢ عن تلاميذ المدارس الثانوية (أي خمس سنوات بعد البحث الثاني). والدراسات الثلاث الأخيرة الكبيرة هي حاليا في مراحل مختلفة من التحليل والإعداد للنشر.

## ٢- الخصائص الأساسية لمدمني المخدرات من الشباب

### (أ) العمر

من بين طلاب المدارس الثانوية الذين أُجريت عنهم دراسات، مارس عدد من الطلبة أول تجربة لهم مع المخدرات قبل سن ١٢ عاما بقليل. غير أن العمر النمطي لأغلبية الطلاب في البدء باستعمال العقاقير الخاضعة لوصفة طبية هو ١٢ عاما والبدء في استعمال المخدرات الطبيعية في سن ١٦ عاما. وبالنسبة الى تلاميذ المدارس الفنية، فإن العمر المنوالي للبدء في تعاطي العقاقير الخاضعة للوصفة الطبية هو ١٥ عاما وبالنسبة للمخدرات الطبيعية ١٧ عاما.

أما طلاب الجامعات الذكور (والإناث) فهم يبدأون تعاطي المؤثرات العقلية والمخدرات على السواء في سن ١٩ عاما.

أما بالنسبة للرجال من الطبقة العاملة، فإن هذه الأعمار هي ٢٦ و ٢٢ عاما فيما يتعلق بالمخدرات الكيميائية والطبيعية على التوالي.

### (ب) نوع الجنس

يشيع استهلاك المخدرات الطبيعية (مثل القنب والأفيون ومشتقاته) أساسا بين الذكور. وبذلك فإن ٧٦٪ في المائة فقط من طالبات الجامعات اعترفن بتجربة هذه المخدرات (القنب أساسا).

وتختلف هذه الصورة بالنسبة للمخدرات الكيميائية. فقد أعلن ٧ في المائة تقريبا من الإناث أنهم جربن نوعا ما من أنواع العقاقير الخاضعة للوصفة الطبية.

(ج) المركز الاجتماعي

فيما يتعلق بالطلاب هناك ارتباط بسيط، وإن كان هاماً، بين دخل الأسرة وإساءة استعمال المخدرات، أي أنه ترتفع درجة إساءة استعمال المخدرات بين التلاميذ القادمين من الأسر التي ترتفع دخولها. غير أن هذه العلاقة تزداد بالتأكيد على ضوء مصروف الجيب الشهري الذي يتسلمه الطالب وإحتمالات تعاطيه للعقاقير (وخصوصاً المواد المخدرة).

وفي حالة الرجال العاملين في الصناعة، هناك علاقة كبيرة بين الدخل الشهري وتعاطي العقاقير (المواد المخدرة).

(د) دور المستوى التعليمي

فيما يتعلق بطلاب المدارس الثانوية، هناك ارتباط سلبي كبير بين النجاح المدرسي واحتمالات تعاطي المخدرات. ولكن ليس هناك ارتباط بين النجاح المدرسي وتعاطي المخدرات الكيميائية.

وفيما يتعلق بطلاب الجامعات الذكور توجد علاقة هامة بين استعمال المواد المخدرة والمؤثرات العقلية والنجاح المدرسي (علاقة سلبية).

أما بالنسبة لعمال الصناعة فإن هناك علاقة ايجابية هامة وإن كانت ضعيفة بين مستوى التعليم وإساءة استعمال المخدرات؛ فمع ارتفاع مستوى التعليم يرتفع مستوى إساءة استعمال المخدرات.

(هـ) العمل

فيما يتعلق بالعمال، كان عدد متعاطي المخدرات الذين ذكروا أنهم عاطلون عن العمل لفترة ما خلال السنوات الخمس الأخيرة (السابقة للدراسة) أكبر من عدد غير المتعاطين. ووجد أن العمال المهرة يسيئون استعمال المخدرات أكثر من العمال غير المهرة. وأكتشف أن إساءة استعمال المخدرات موجودة لدى العمال في الصناعات الثقيلة بدرجة أكبر منها لدى العمال في الصناعات الخفيفة.

(و) نوع الأسرة

بين طلاب المدارس الثانوية، هناك صلة بين إساءة استعمال المخدرات ووفاة الأم (ولكن ليس وفاة الأب). ويميل مستعملو المخدرات الى العيش بعيداً عن الأسرة.

وبالنسبة لطلاب الجامعات الذكور، لا توجد صلة بين إساءة استعمال المخدرات ووفاة أحد الأبوين ولكن هناك علاقة بين إساءة استعمال المخدرات والحياة بعيداً عن الأسرة.

ومستعملو المخدرات الذين يعلنون عن وجود مشاكل زواجية أكثر عدداً من غيرهم ممن لا يتعاطون المخدرات.

وفيما يتعلق بالانتماء الديني ليست هناك علاقة بين الدين وإساءة استعمال المخدرات بين طلاب المدارس الثانوية. غير أن هناك علاقة كبيرة بين إساءة استعمال المخدرات والانتماء الى الإسلام بين طلاب الجامعات الذكور ولكن لا توجد مثل هذه العلاقة في حالة العمال.

### ٣- الأنواع الأساسية للمخدرات التي يساء استعمالها

لقد كان القنّب دائماً، وما زال، المادة الأساسية التي يساء استعمالها في مصر. غير أنه يتم استعمال مخدرات أخرى أيضاً. وتشمل هذه المؤثرات العقلية (المهدئات والمنشّطات والمنومات)، والأفيون الخام والهروين وماكستون فورتى (وهي مادة شبيهة بالأمفيتامين يتم تعاطيها عن طريق الحقن الوريدي). ولا تشكّل الكوكايين حتى الآن مشكلة في هذا البلد. ذلك أنه لم يتم الإبلاغ تقريباً عن أية عمليات حجز للكوكايين في السنوات القليلة الأخيرة.

وفيما يلي توزيع إساءة استعمال المخدرات حسب بعض المتغيرات الديمغرافية:

#### (أ) القنّب

العمر: إن السن النمطي لبدء استعمال القنّب بين طلاب المدارس الثانوية هو ١٦ عاماً، وبين الطلاب الجامعيين الذكور ١٩ سنة. ويبلغ لدى عمال الصناعة ٢٢ عاماً.

درجة الانتشار: تبلغ معدلات الانتشار (بما في ذلك الذين يتعاطون المخدرات ولو لمرة واحدة) ٧ في المائة بين طلبة المدارس الثانوية و ١٥ في المائة بين طلاب الجامعات و ١٣ في المائة بين العمال. غير أن ٢٥ في المائة تقريباً من متعاطي المخدرات في جميع العيّنات البحثية ذكروا انهم يواصلون تعاطي المخدرات. أما البقية فقد ذكرت أنها توقفت عن تعاطي المخدرات.

#### (ب) المؤثرات العقلية

سن البدء في تعاطي المؤثرات العقلية: تتراوح الأعمار النمطية للبدء في تعاطي المؤثرات العقلية بين ١٥ و ١٦ عاماً بالنسبة لطلاب المدارس الثانوية و ١٩ عاماً بالنسبة لطلاب الجامعات الذكور وكذلك الإناث و ٢٦ عاماً بالنسبة لعمال الصناعة.

درجة الانتشار: تبلغ معدلات الانتشار ما يلي:

- ٥ في المائة تقريباً بالنسبة لطلبة المدارس الثانوية
- ١٥ في المائة تقريباً بالنسبة لطلاب الجامعات الذكور
- ٧ في المائة تقريباً بالنسبة لطالبات الجامعات
- ٢ في المائة بالنسبة لعمال الصناعة.

وذكر أيضاً أن نحو ٢٥ في المائة فقط من متعاطي المخدرات في جميع العيّنات أفادوا باستمرارهم في تعاطي هذه المخدرات.

## (ج) الهيروين

مازال تعاطي الهيروين أمراً نادراً في صفوف طلاب المعاهد الثانوية. وفي دراسة أُجريت مؤخراً (لم تُنشر بعد) وشملت طلاب الجامعات في جميع أرجاء البلد، فإن العدد الإجمالي للطلاب الذين أفادوا عن محاولتهم تجريب الهيروين بلغ ١٦ فرداً في عينة بلغت حسب التقديرات ٤ في المائة من جميع طلاب الجامعات الذكور (أي أن العدد الإجمالي لطلاب الجامعات الذين ربما تعاطوا الهيروين يبلغ حوالي ٤٠٠ طالب). وفي الدراسة التي أُجريت عام ١٩٨٦ عن عمال الصناعة، لم ترد أية حالة لتعاطي هذا المخدر. فقد كانت هذه المادة عندئذٍ (وربما مازالت) باهظة الثمن بالنسبة اليهم (نظراً إلى معدلات الأجور العادية للعمال في القطاع العام في مصر).

وجدير بالملاحظة أن الهيروين ظهر لأول مرة في السوق المحلي غير المشروع في عام ١٩٨٠.

وتبيّن المعلومات التي تم جمعها من مرافق العلاج أن الهيروين يقتصر عملياً على الشباب الموسرين والرجال في منتصف العمر: أي التجار والشباب العاملين في الفنادق وفي قطاع السياحة.

## ٤- برامج الوقاية

(أ) هناك إهتمام كبير في وسائل الاعلام بنشر برامج (بشكل غير منتظم) عن الوقاية الأولية من خلال برامج الاعلام الجماهيري (يصاحبها "أساليب للترهيب")؛

(ب) توجد في مصر فعلاً مرافق للتدخل المبكر والإحالة إلى أخصائيين بغرض العلاج. وتقوم الحكومة بإدارة جميع المرافق المخصصة بصورة كاملة لمعالجة مدمني المخدرات. وحسب النظم الأساسية القانونية، فإن هذه المرافق يمكنها إستقبال الحالات للعلاج إما بتقديم المدمنين من تلقاء أنفسهم أو من خلال أحكام تصدرها المحاكم. وتحدد المادة ٣٧ من القانون الذي صدر مؤخراً (والمعروف بالقانون ١٢٢ لعام ١٩٨٩) جميع الاجراءات التي تُنظّم الخدمات؛

(ج) ليست مراكز التأهيل بعد مجهزة بصورة جيدة للقيام بمهمتها. وفي الوقت الحاضر تعمل الوحدات الموجودة والمسماة "نوادي الدفاع الاجتماعي"، كمرافق لإعادة الإندماج الاجتماعي. وتقوم الحكومة بإدارة أغلبيتها (وزارة التأمينات والشؤون الاجتماعية).

## ٥- نهج العلاج المتبع في مسجد أبو العزائم

هذا النهج هو جزء من تنظيم حكومي أوسع نطاقاً يشمل وحدات للعلاج الطبي - النفسي والترفيهي. وتوجد ثلاث من هذه الوحدات في ثلاثة أحياء مختلفة (الطبقة العاملة) في منطقة القاهرة الكبرى. وهي تقدم خدمات مقابل رسوم رمزية ويلجأ إليها زبائن من جميع الأعمار تقريباً، وهم في معظمهم إما عمال ذكور شبه ماهرين أو غير ماهرين.

ومرفق أبو العزائم هو المنظمة غير الحكومية الوحيدة من نوعها. ويبدو أن هذه المنظمة تقوم بعمل جيد. ولكن الافتقار إلى إحصاءات موثوقة يجعل من الصعب إجراء تقييم موضوعي للنتائج قصيرة الأجل وطويلة الأجل.

٦- التدابير المتخذة على المستوى الوطني

تم مؤخرا اتخاذ عدد من التدابير الوطنية لمكافحة الاتجار بالمخدرات ومنع إساءة استخدام المخدرات. وكان من بين هذه التدابير ما يلي:

(أ) المجلس الوطني لمعالجة موضوع إساءة استعمال المخدرات والإدمان

أنشئ هذا المجلس بموجب مرسوم رئاسي صدر في عام ١٩٨٦. ويتألف من رئيس الوزراء ويضم بين أعضائه جميع الوزراء الذين تُعنى إداراتهم بشكل أو بآخر بمكافحة الاتجار بالمخدرات و/أو منع إساءة استعمال المخدرات. ويُعنى المجلس بوضع السياسات واقتراح التغييرات في مجال التشريعات وتحديد الأدوار التي تقوم بها جميع الإدارات الحكومية وتقييم جميع الأنشطة المضطلع بها لمكافحة الاتجار بالمخدرات ومنع إساءة استعمال المخدرات والإشراف على تنفيذ جميع الاتفاقات المتصلة بمشكلة إساءة استعمال المخدرات.

(ب) اللجنة العلمية الاستشارية

في عام ١٩٩٠ أصدر رئيس الوزراء قرارا ينص على إنشاء لجنة علمية استشارية لتقديم المشورة الى المجلس الوطني بشأن المواضيع التالية: السياسات الوقائية الواجب اتخاذها؛ والخطط التشريعية والتعليمية والثقافية التي يمكن صياغتها، وبرامج التدريب التي يجب تنفيذها. وقامت اللجنة الاستشارية بنشر تقرير مرحلي (بالعربية) يقدم استراتيجية وطنية متكاملة لمكافحة إساءة استعمال المخدرات.

(ج) التشريعات

كانت مصر واحدة من أولى البلدان التي سنّت قوانين لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات ومنع إساءة استعمال المخدرات. ويرجع أول قانون متكامل سنّ في هذا الصدد الى عام ١٩٢٨. وتم تعديل هذا القانون ثلاث مرات منذ ذلك الحين، في أعوام ١٩٥٢ و ١٩٦٠ و ١٩٦٦. وتم استبدال بعض المواد القديمة بمواد جديدة لمواكبة وضع المخدرات المتغيّر بشكل مستمر على الصعيدين المحلي والدولي.

وآخر تعديل جذري (رقم ٤) أُجري في عام ١٩٨٩ القانون ١٢٢ لعام ١٩٨٩. وأهم سمتين يتميز بهما التعديل الأخير كما يلي:

١، اعتماد عقوبات أشد صرامة في حالة الاتجار غير المشروع بالمخدرات؛

٢، اتخاذ موقف أكثر إنسانية تجاه مستعملي المخدرات من خلال العمل على توفير مزيد من الخدمات للعلاج وإعادة التأهيل.



(د) الاتفاقيات الدولية والإقليمية

إن التصديق على الاتفاقيات الدولية لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات ومنع الاستعمال غير الطبي للعقاقير المؤثرة عقليا كان دائما إحدى السمات المميزة للسياسة المعتمدة من قِبَل الحكومة المصرية. ومن الأمثلة على ذلك التصديق على اتفاقية الأمم المتحدة للمؤثرات العقلية لعام ١٩٧١ (في حزيران/يونيو ١٩٧١) واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية لعام ١٩٨٨ (في حزيران/يونيو ١٩٩١). وكانت الحكومة المصرية نشطة في المشاركة في جميع الجهود المنسقة المبذولة في المنطقة بما في ذلك المشاركة في صياغة الاستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية التي اعتمدها مجلس وزراء الداخلية العرب في عام ١٩٨٦.

٧- تقييم الأسباب التي تؤدي الى طلب الشباب على المخدرات

في ضوء العديد من الدراسات المضطلع بها في مجال الأوبئة استنادا الى عينات كبيرة من الشباب المصري (الطلاب وعمال الصناعة أساسا)، يمكن الإشارة الى ما يلي:

(أ) التعرُّض لثقافة المخدرات

تم إثبات وجود علاقات هامة بين مختلف مستويات التعرُّض لما يُطلق عليه "ثقافة المخدرات" وإساءة استعمال المخدرات.

(ب) العلاقات الاجتماعية في المدارس

أظهرت جميع الدراسات أن أغلبية المستعملين (بنسبة تتراوح بين ٧٠ في المائة و ٩٠ في المائة) ذكروا أنهم بدأوا بممارسة المخدرات بسبب ضغوط من قِبَل آخرين (أساسا الأصدقاء الشخصيين و/أو رفاق المدرسة). وكانت وسائل الضغط تتراوح بين الإقناع والتشجيع والإكراه. واعترفت أقلية صغيرة من المستعملين فقط (بين ١٠ في المائة و ٣٠ في المائة) بأنهم كانوا يسعون بنشاط الى تجربة المخدرات.

(ج) تعاطي الأدوية ذاتيا

يُعد هذا المصدر أحد الأسباب الرئيسية في طلب الشباب ذاتيا على العقاقير المؤثرة عقليا التي لا تحتاج الى وصفة طبية. وكان هذا الاستنتاج واضحا في معظم حالات الطلاب المشمولين بالعيّنة. ولكن الحالة لم تكن كذلك بالنسبة للمخدرات. فطلب طلاب الجامعات على المؤثرات العقلية ناجم أيضا عن الشعور بالقلق بسبب الامتحانات.

(د) توفر المخدرات

من المعروف دوما أن توفر المخدرات هو من بين العوامل التي تؤدي الى إساءة استعمال المخدرات. ومن المتغيرات الهامة جدا في الحصول على المخدرات وجود دخل شهري كبير. وقد قُدِّر

وجود علاقة هامة (في حالة الطلاب) بين وجود مصروف يومي كبير والميل الى استعمال المخدرات. وبالنسبة الى العمال الصناعيين، أكتشف وجود علاقة هامة بين الأجر الكبيرة وإساءة استعمال المخدرات.

#### ٨- معلومات عن بعض الفئات الخاصة المدمنة على المخدرات

##### النساء الشابات

شملت بعض المسوح الميدانية طالبات الجامعات. وتراوح مجموع الطالبات اللاتي وجد أنهم يتعاطين العقاقير المؤثرة عقليا والخاضعة للوصفة الطبية بين ٥ في المائة و ٧ في المائة. وتعاطي المخدرات أمر نادر (فهو لا يتجاوز أبدا جزءا من ١ في المائة). وهذا يختلف تماما عن الصورة في البلدان الغربية حيث تبلغ نسبة الفتيات الى الأولاد ممن يتعاطون المخدرات (مثل القنب) حوالي ١ الى ٢.

#### ٩- معلومات عن منع زراعة محاصيل منتجة للمخدرات واستبدالها بمحاصيل مشروعة

كانت الإدارة المصرية المعنية بمكافحة المخدرات المحدثه للإدمان (التي أنشئت في عام ١٩٢٨) نشطة في مجال القضاء على المحاولات غير المشروعة لانتاج محاصيل المخدرات (والموجودة أساسا في مساحات محدودة في صعيد مصر). وهذه المحاولات غير المشروعة، وإن كانت محدودة جدا من حيث الحجم، قد استمرت خلال الـ ٢٥ عاما الماضية تقريبا. غير أنه لم تُنفذ أية سياسة حكومية واضحة المعالم لاستبدال المحاصيل غير المشروعة بمحاصيل مشروعة.

#### توصيات بشأن التدابير القصيرة الأجل والطويلة الأجل الواجب اتخاذها لمكافحة إساءة الشباب لإستعمال المخدرات

ينبغي تصميم برامج للوقاية الأولية تكون مناسبة لمجموعات معرضة للخطر، محددة بشكل جيد وعلى رأسها الشباب. والدراسات الميدانية المنشورة زاخرة بجميع أنواع المعلومات التي يمكن استخدامها بذلك في وضع مثل هذه البرامج.

ولما كانت المعلومات العلمية الدقيقة عن إساءة استعمال المخدرات ليست متاحة بسهولة للشباب، فإن نشر مثل هذه المعلومات ينبغي أن يشكّل جزءا هاما من سياسة وقائية طويلة الأجل. والمناهج التعليمية هي وسائل ممكنة لا يصلح هذه المعلومات الى الشباب. وبدلا من وضع مناهج للتلاميذ موجهة بوضوح ضد المخدرات (مما قد يحفز حب الإستطلاع لديهم ويدفعهم نحو المغامرة) فربما يكون من الأفضل اتباع سياسة يتم بموجبها إدخال جميع أنواع المعلومات عن هذه المخدرات في المناهج الموجودة (كلما كان ذلك مناسبا). فقد يكون التعلّم العرضي أحيانا أكثر فعالية من التعلّم المبرمج قصداً.

وتبين الدراسات الميدانية أن عددا لا بأس به من الشباب يدخلون حياة المخدرات بتعاطي أدوية من تلقاء أنفسهم. ومن ثم فإن تحسين الخدمات الطبية (البدنية وكذلك النفسية) المتاحة للشباب (في المدارس والجامعات والمصانع) من المفترض أن يكون مفيدا. ويتوقع المرء أن يتم تخليص أعداد كبيرة من الشباب من تجربة استعمال العقاقير لأغراض غير طبية. وتجدر هنا ملاحظة أن الدراسات الميدانية كشفت عن وجود علاقات هامة بين إساءة استعمال المخدرات والأمراض الجسدية والنفسية.



