دليل
القادة الدينيين
حول الحدّ من مخاطر
استخدام المخدّرات

الجزء الأول
معلومات
علميّة

الجزء الثاني
مهارات في التواصل
وكسب التأييد

الجزء الثالث
دور القادة
الدينيّين

الجزء الرابع
دليل التدريب
حول الحدّ من مخاطر
استخدام المخدِّرات

دليل
القادة الدينيين
حول الحدّ من مخاطر
استخدام المخدّرات

الجزء الأول

معلومات علميّة

الجزء الثاني

مهارات في التواصل وكسب التأييد

تنويه

إنّ جميع المقالات والمعلومات والآراء ووجهات النظر المنشورة في إصدارات شبكة مينارة تعكس فقط آراء المراجع المساهمة فيها ومؤلفيها، ولا تعبّر بأي شكلٍ من الأشكال عن رأي شبكة مينارة أوالناشرين أوالمحررين.
وفي أي حال، لا تعتبر "جمعية مينارة" مسؤولة عن أيّ ضرر ناتج عن المقالات والمعلومات والآراء الواردة في هذا الدليل وهي لا تتحمّل أية أعباء معنوية أو مادية من جرّائها .
لنسخ أو استعمال أي مقطع من هذا الدليل، يتعين أخذ إذن خطي مسبق وصريح من "شبكة مينارة".

تكون أسماء شبكة مينارة وشعاراتها ورسومها، وجميع العلامات التِّجارية التَّابعة لها، وجميع حقوق الملكيّة الفكريّة الأخرى، ملكًا لشبكة مينارة، ولا يمكن استعمالها بدون إذنها الخطي المسبق و الصَّريح.

للحصول على نسخة من هذا الدليل باستطاعتكم التواصل مع شبكة مينارة مباشرة من خلال عناوينها التالية:

عنوان المكتب: شبكة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا للحد من مخاطر استخدام المخدرات
سن الفيل، مستديرة الحايك، بناية بنك بيروت والبلاد العربية، ط. الثاني - لبنان
عنوان البريد الإلكتروني: info@menahra.org

كما وباستطاعتكم تحميل الدليل من الموقع الإلكتروني التالي: www.menahra.org

شكر

تتقدّم جمعية مينارة بالشكر الجزيل من كافة القادة الدينيّين على جهودهم الحثيثة ومساهماتهم في تطوير هذه الرزمة وخصوصًا الجزء المتعلق بأدوار القادة الدينيّين.

ونخص بالشكر الدكتورة إقبال الغربي (تونس)، الشيخة أمال جابر كمال موسى (مصر)، الشيخ دانيل عبد الخالق (لبنان)، الآنسة راشيل تنوري (لبنان)، الشيخ سيد أحمد صبّاح (مصر)، الشيخ صادق مرزوق (البحرين)، الشيخ فاضل سليم (لبنان)، الإمام الدكتور فتحي بوعجيلة (تونس)، الشيخ محمد أبو زيد (لبنان)، الدكتور محمد الزغول (الأردن)، الدكتور محمد بلكبير (المغرب)، الأب مروان غانم (لبنان)، الدكتورة منجية السواحي (تونس)، والأب هادي العيا (لبنان)، وغيرهم من القادة الدينيين الذين فضلوا عدم ذكر أسمائهم.

كما نشكر كلّ من تشارك معنا بشهادة حياة، فلقد أضفى ذلك على الرزمة لمسة واقعيّة وأغناها بتجاربكم.

وأخيرًا وليس آخرًا، نوجه الشكر الخاص إلى فريق عمل الأمانة العامة لشبكة مينارة وخصوصاً باتريسيا حداد وميشلين أبو شروش وحسن فقيه لمشاركتهم في مراجعة الرزمة ومتابعتهم تطويرها كما ونشكر باقي أعضاء الفريق: ألكسندرا عطايا، برلا هاني، جورج خوري، و جينيفر غزال لمساهمتهم في إنجاز هذا العمل.

تم إنجاز هذا الدليل بدعم من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا.

المنسقة والكاتبة الرئيسية: رنا حداد، مستشارة في الصحة العامة والتنمية.

التصميم الغرافيكي: جان أبو الياس

التحرير: غلوريا بدران أسطا

ايلي الأعرج

المدير التنفيذي

شبكة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا للحد من مخاطر استخدام المخدّرات

جدول المحتويات

تنويه ٢

شكر ٣

مقدمة ٦

الجزء الأول: معلومات علميّة

مقدمة ١٢

الفصل الأول المخدِّرات ١٣

الفصل الثاني مستخدم المخدِّرات والمخاطر التي يتعرّض لها ٢٦

الفصل الثالث الوصم والتمييز ٣٢

الفصل الرابع الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات ٣٩

الجزء الثاني: مهارات في التواصل وكسب التأييد

مقدمة ٥٨

الفصل الأول التواصل لتغيير السلوك ٥٩

الفصل الثاني كسب التأييد ٧٠

ملحق معلومات عن بعض الأمراض التي قد يصاب بها مستخدم المخدرات.. ٧٧

مراجع وقراءات إضافيّة ٨٦

الجزء الثالث: دور القادة الدينيّين
(كتاب ثاني)

الجزء الرابع: دليل التدريب حول الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات
(كتاب ثالث)

مقدّمة

تُعَدّ مشكلة المخدِّرات من أخطر المشاكل الصحيّة والاجتماعيّة والنفسيّة التي تواجه العالم أجمع. وهي تستحوذ في منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا على اهتمام القطاعات كافة؛ بحيث تعمل جاهدة على الوقاية منها ومحاولة مواجهة تناميها المستمر. ومن الملاحظ تدنّي سن استخدام المخدِّرات؛ انتشار استخدام المخدِّرات مثل الكوكايين والهيروين والمهلوسات في أوساط الشباب؛ بالإضافة إلى استخدامها عن طريق الحقن؛ التعبير عن الرغبة الملحة لطلب العلاج من قبل مستخدمي المخدِّرات أو ذويهم بينما يقتصر هذا الأخير، في أغلبية بلدان المنطقة، على علاج إزالة السمية وأعراض الانسحاب الذي توفره المستشفيات والمراكز القليلة ضمن اهتمام ضعيف بالرعاية اللاحقة وإعادة التأهيل.

والجدير ذكره أن هنالك استراتيجيّات متعدّدة للتصدّي لآفة المخدّرات والتي توسعت لتشمل سياسة الحد من المخاطر وبرامجها كمستوى ثالث من مستويات الوقاية المستخدمة في الصحّة العامّة. إذ تسبقها الوقاية الأوليّة التي تهدف إلى منع حدوث مشكلة استخدام المخدّرات أساساً والوقاية الثانويّة وهدفها الشفاء من المرض أو إبطاء تقدّمه (إن أمكن) في مراحله المبكرة أو التخفيف من مخاطره على الشخص والمجتمع.

لذلك بادرت شبكة مينارة إلى دعوة مجموعة من القادة الدينيّين للمشاركة في جهود المواجهة هذه. وتأتي هذا المبادرة في إطار أهداف الشبكة الثلاثة التالية:

- خلق بيئة مؤاتية لتنفيذ وتوسيع نطاق أنشطة الحد من المخاطرفي بلدان المنطقة.
- بناءالقدرات وتطويرالمعارف والمهارات لدى الحكومات ومنظمات المجتمع المدنيّ بهدف تعزيز توفّر خدمات الحد من المخاطر ورفع مستوى تغطيتها وإمكانية الحصول عليها من قبل مستخدمي المخدِّرات.
- تعزيز توفر خدمات الحد من المخاطر داخل السجون وخارجها ولمجموعات أخرى ضمن فئة مستخدمي المخدِّرات.

وحالياً، تسعى الشبكة من خلال عملها إلى المساهمة بتحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول 2030. حيث يشير الهدف الفرعي خمسة لهدف التنمية المستدامة ثلاثة المعني بالصحة "ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار" إلى ما يلي: تعزيز الوقاية من إساءة استخدام المخدِّرات بما فيها إساءة استخدام المخدِّرات المثبّطة وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك.

وضمن مساهمتها في تفعيل استراتيجيّات الحد من المخاطر، عملت مينارة على إعداد دليل يُعتمد من قبل القادة الدينيّين

في مباشرة مهمّتهم الإنسانيّة. إذ يشكل القادة الدينيّون جزءًا لا يتجزّأ من مجموعة من الخبراء الذين يلعبون دورًا مهمًّا على المستويات الثلاثة لهذه الأهداف، وبأمكانهم إحداث تغيير إيجابيّ لحماية استدامة تطوّر المجتمعات والمحافظة على صحّة أفرادها والإبقاء عليهم فاعلين ومنتجين.

وخبرة مينارة مع القادة الدينيّين تتضمّن عدة لقاءات أولها اجتماع انعقد في بيروت بين 11 و12 كانون الأول/ديسمبر 2012 حيث خرج المجتمعون بإعلان عُرف بـ"بإعلان بيروت للقادة الدينيّين للحد من مخاطر استخدام المخدِّرات". كما شارك القادة الدينيّون بمؤتمر مينارة السنويّ، فنظّموا جلسة حوار حول موضوع "القادة الدينيّون والحد من المخاطر"، حيث ناقش الحضور دور القادة الدينيّين في بلدان المنطقة للمساهمة في التخفيف من انتشار المخدِّرات، والوصم والتمييز اللّذين يعاني منهما مستخدمو المخدِّرات ومناصرة حقوقهم في عيش حياة إنسانيّة كريمة مع تخفيف تعرّضهم للمخاطر.

الغاية من الرزمة

تهدف هذه الرزمة إلى توفير معلومات علميّة حول المخدّرات وأخطارها واستراتيجيّات الحد من مخاطراستخدام المخدِّرات ومهارات أساسيّة ومواقف مناسبة لتمكين القادة الدينيّين من أداء رسالتهم النبيلة التي محورها الإنسان من خلال التواصل مع محيطهم بهدف دعم توفر الخدمات التي تحمي مستخدمي المخدِّرات ومجتمعاتهم من فيروس نقص المناعة البشريّ والمخاطر الأخرى.

الفئة المستهدفة

تتوجّه الرزمة إلى القادة الدينيّين المسلمين والمسيحيّين الفاعلين في مجتمعات بلدان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

المضمون والنهج وطريقة الاستخدام

تتألف الرزمة من أربعة أجزاء تمّ تصميمها وجمعها في شكل ثلاثة كتب؛ الكتاب الأول يشمل الجزءين الأول والثاني، والكتاب الثاني يشتمل على الجزء الثالث، والكتاب الثالث يتضمن دليل تدريبي حول الثلاثة أجزاء، وذلك لتسهيل عملية استخدام الرزمة من قبل القادة الدينيّين. أما الأجزاء الأربعة، فتتضمّن:

مقدّمة

- الجزء الأول: "الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات: معلومات علميّة حول الموضوع" وهو يتألف من أربعة فصول:

الفصل 1: "المخدِّرات" فيه يتم إعطاء فكرة سريعة عن الوضع الوبائيّ العالميّ، وفي منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، والتعريف بالمخدِّرات وبيان المصطلحات ذات الصلة، بالإضافة إلى تفصيل أصناف وأنواع المخدِّرات بحسب أثرها على المستخدم.

الفصل 2: "مستخدم المخدِّرات والمخاطر التي يتعرض لها"؛ فيتم التعريف بمستخدم المخدِّرات وشرح دوافع استخدام المخدِّرات والأسباب التي قد تؤدي إلى ذلك. بالإضافة إلى تفصيل المخاطر الأخرى ذات الصلة وتحديدًا عدوى الكبد الفيروسي "ج"، فيروس نقص المناعة البشريّ / الإيدز، عدوى الكبد الفيروسي "ب"، الالتهابات المنقولة جنسيّاً والسل؛ طرق انتقالها وطرق الوقاية منها.

الفصل 3: "الوصم والتمييز" فيه يتم عرض التعريف والأسباب، والترجمة الفعليّة والآثار المتأتّية منها على مختلف المستويات.

الفصل 4: "الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات" يشرح هذا الفصل معنى الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات: غاية وأهداف هذه الاستراتيجيّات، الأسباب الكامنة وراء اعتماد استراتيجيّات الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات، تفصيل لبعض برامج الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات لجهة تعريفها والغاية منها وأهدافها وأهميتها، مبادئ وخصائص هذه البرامج، وشروط نجاح استراتيجية الحد من المخاطر.

- الجزء الثاني: "الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات: مهارات في التواصل وكسب التأييد" بحيث يتم تعريف التواصل لتغيير السلوك وتحديد أهميته ومعايير ضمان فعالية هذه البرامج. بالإضافة إلى تعريف السلوك الصحيّ، ومراحل تغيير السلوك الشخصيّ، وقنوات التواصل الممكن استخدامها وفقا لكلّ مرحلة من مراحل تغيير السلوك. كما يتناول الفصل مكوّنات وخصائص رسائل التواصل الفعّالة وبعض الأفكار لنجاح عملية التواصل، بالإضافة إلى خطوات القيام بتدخّلات التواصل لتغيير السلوك. ونظراً لأهميّة دور القادة الدينيّين في عملية كسب التأييد، يحاول الفصل الإضاءة، بطريقة مقتضبة على هذا الموضوع، وعلى الخطوات الواجب اتباعها وعلى الانتقادات وكيفية مواجهتها.

- الجزء الثالث: "الدور الفعّال للقادة الدينيّين" يفصّل هذا الجزء أدوار القادة الدينيّين في الحدّ من مخاطر استخدام المخدّرات ويحدّد بعض التحدّيات وكيفيّة مواجهتها. كما يشير إلى تجارب ناجحة في مجالي: الحد من المخاطر ومواجهة فيروس نقص المناعة البشريّ/الإيدز، وإلى إعلان بيروت للقادة الدينيّين للحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات.

- الجزء الرابع: "دليل التدريب حول الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات" يتناول مهارات لتدريب القادة الدينين حول الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات بالإضافة إلى خطط لجلسات حول مختلف مواضيع الأجزاء الثلاثة السابقة الذكر. وتفصّل كل جلسة العناوين التالية: موضوع الجلسة، أهدافها، مدتها، تسلسل خطواتها بما في ذلك الطرق التدريبية المستخدمة، وتفاصيل أخرى تساعد مستخدم الدليل على تطبيق التدريب بصورة فعّالة.

تتبع الرزمة النهج الإيجابيّ والعلميّ في التوجه إلى القارئ مبتعدة عن العبارات التي قد تؤدي إلى وصم وتمييز مستخدم المخدرات؛ على سبيل المثال تم استبدال عبارة "المدمن" أو "المتعاطي" بـ"مستخدم المخدّرات". ولقد تم تضمين الخصائص المرتبطة بالنوع الاجتماعيّ (Gender) في مختلف فصول الرزمة. كما تمّت صياغة المضمون بما يتماشى مع مبادئ التسامح وحقوق الإنسان.

من الممكن استخدام الرزمة لتطوير المعلومات والمهارات والمواقف الشخصيّة من جهة أو لإعداد مضمون جلسات حوار مع المسؤولين في المؤسسات الدينيّة والقادة الدينيّين الآخرين. كما بالإمكان أن تشكّل الرزمة المادة العلميّة والدينيّة التي يحتاجها القادة الدينيّون للتدريب.

خطوات إعداد الرزمة

اعتمدت شبكة مينارة، تماشياً مع توجّهها، نهجًا تشاركيًّا في تطوير هذه الرزمة. فعقدت ورشتي عمل خاصة بإعداد الرزمة جمعت القادة والفاعلين في المجال الدينيّ؛ مسلمين ومسيحيين، وفريق عمل مينارة والمنسقة والكاتبة الرئيسيّة. خلال ورشة العمل الأولى تمّ بلورة أهداف الرزمة والخطوط الرئيسيّة والنهج واللغة التي سيتمّ استخدامها. أمّا خلال ورشة العمل الثانيّة والنهائيّة، فقد تمّت مراجعة الرزمة وتعديل مضمونها وذلك من خلال البحث عن أرضيّة مشتركة وبشكل تعاونيّ للوصول إلى أكبر قاسم مشترك ألا وهو الإنسانيّة في عالم اختلّت به القيم وأصبحت تنهشه النزاعات والحروب.

وسنة 2019، تم عقد اجتماع للقادة الدينين بهدف مراجعة الرزمة وتحديث المعلومات ضمنها وإضافة معلومات أخرى. بالإضافة إلى ذلك تم بلورت رؤوس أقلام الجزء الرابع للرزمة.

الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات

الجزء الأوّل:
معلومات علميّة

مقدّمة ١٢

الفصل الأول المخدِّرات ١٣

الفصل الثاني مستخدم المخدِّرات والمخاطر التي يتعرّض لها ٢٦

الفصل الثالث الوصم والتمييز ٣٢

الفصل الرابع الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات ٣٩

أهداف الجزء الأوّل

يهدف هذا الجزء إلى توفير معلومات علميّة حول المخدّرات وأخطارها، واستراتيجيّات الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات، لتمكين القادة الدينيّين من آداء رسالتهم النبيلة التي محورها الإنسان، من خلال التواصل مع محيطهم، بهدف دعم توفّر الخدمات التي تحمي مستخدمي المخدِّرات ومجتمعاتهم من فيروس نقص المناعة البشريّ والمخاطر الأخرى.

مضمون الجزء الأوّل

يتألّف هذا الجزء من أربعة فصول:

- **الفصل ١:** "المخدِّرات" حيث يتمّ إعطاء فكرة سريعة عن الوضع الوبائيّ العالميّ وفي منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وتعريف المخدِّرات وبيان المصطلحات ذات الصلة، بالإضافة إلى تفصيل أصناف وأنواع المخدِّرات بحسب أثرها على المستخدم.

- **الفصل ٢:** "مستخدم المخدِّرات والمخاطر التي يتعرّض لها"؛ فيتم التعريف بمستخدم المخدِّرات وشرح دوافع استخدام المخدِّرات والأسباب التي قد تؤدي إلى ذلك. بالإضافة إلى تفصيل المخاطر الأخرى ذات الصلة وتحديدًا عدوى الكبد الفيروسي "ج"، فيروس نقص المناعة البشريّ / الإيدز، عدوى الكبد الفيروسي "ب"، الالتهابات المنقولة جنسيّاً والسلّ؛ طرق انتقالها وطرق الوقاية منها.

- **الفصل ٣:** "الوصم والتمييز" حيث يتمّ عرض التعريف والأسباب، والترجمة الفعليّة والآثار المتأتّية منها على مختلف المستويات.

- **الفصل ٤:** "الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات" يشرح هذا الفصل معنى الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات، غاية وأهداف هذه الاستراتيجيّات، الأسباب الكامنة وراء اعتماد استراتيجيّات الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات، تفصيل لبعض برامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات لجهة تعريفها والغاية منها وأهدافها وأهميّتها، مبادئ وخصائص هذه البرامج، وشروط نجاح إستراتيجيّة الحد من المخاطر.

من الممكن استخدام هذا الجزء لتعزيز معلومات القادة الدينيّين ومواقفهم الشخصيّة من جهة أو لإعداد مضمون جلسات حوار مع المسؤولين في المؤسسات الدينيّة والقادة الدينيّين الآخرين. كما بالإمكان أن يشكّل الدليل المادة العلميّة التي يحتاجها القادة الدينيّون للتدريب.

المخدِّرات

الفصل الأول

عالمياً، وبحسب تقرير المخدِّرات العالميّ لعام ٢٠١٩، لا يزال تناول المخدِّرات يُحدث خسائر كبيرة، مضيِّعًا أرواحًا بشريَّة قيِّمَة وسنوات عمر منتجة للعديد من الأشخاص. فمن المقدر أنه توفي ٥٨٥ ألف شخص سنة ٢٠١٧ نتيجة لاستخدام المخدّرات أكثر من نصفها مرتبط بسرطان وتشمّع الكبد نتيجة لعدم معالجة الإصابة بعدوى الكبد الفيروسي ج. كما يقدّر أنه خلال ٢٠١٧، هنالك ٢٧١ مليون شخص (٥,٥٪ من سكان العالم) تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٦٤ عاماً قد استخدموا المخدِّرات في السنة السابقة وأن عدد الأشخاص الذين يستخدمون المخدِّرات ٣٠٪ أعلى منه في عام ٢٠٠٩ حيث حينها استخدم ٢١٠ ملايين شخص المخدّرات. ويبقى استخدام القنَّب الأكثر انتشارا عالميا حيث يقدر أنّ ١٨٨ مليون شخصا قد استخدموه في العام المنصرم. وتشير البيانات إلى انتشار أعلى لاستخدام مشتقّات الأفيونيّات في أفريقيا وآسيا وأوروبا وشمال أمريكا. وعالمياً يُقدّر عدد المستخدمين بـ ٥٣,٤ مليون ٥٦٪ أعلى من تقدير ٢٠١٦. ومن ضمن هؤلاء هنالك ٢٩,٢ مليون استخدموا الهيروين والأفيون وهذا التقدير ٥٠٪ أعلى من تقدير ٢٠١٦ حينها كان العدد ١٩,٤ مليون شخص. وتشكل النساء ثلث مستخدمي المخدّرات عالميا [xxvii].

ويشير التقرير إلى أن أكثر من ١١ مليون شخص تناولوا المخدِّرات بالحقن خلال عام ٢٠١٧. ويتعايش ١,٤ مليون من هؤلاء مع فيروس نقص المناعة البشري، بينما هنالك ٥,٦ مليون منهم مصاب بالتهاب الكبد «ج» و ١,٢ مليون مصابين بالعدوتين. وبحسب برنامج الأمم المتّحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشريّ والأيدز (UNAIDS) يكون مستخدمي المخدّرات بالحقن ٢٢ مرة أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري من عامة الناس. ونسبة انتشار هذا الفيروس بين صفوف مستخدمي المخدِّرات بالحقن هي الأعلى في جنوب غرب آسيا (٢,٣ مرة) وجنوب شرق أوروبا (١,٨ مرة) أكثر من المعدّل العالمي. وتتأثر النساء على نحو غير متكافئ بالاستخدام غير الطبي للمهدئات والمثبطات. بالإضافة إلى ذلك فعموماً إن استخدام المخدرات من قبل النساء يتطور بطريقة أسرع منه لدى الرجال المستخدمين إلى اضطرابات استخدام المخدِّرات. وتخاف النساء من طلب العلاج وخصوصا الحوامل منهن خوفاً من الوصم والأمور والتبعات القانونية كحرمانها من أطفالها وغيرها.

أما في السجون فيشكل الأشخاص الذين لديهم تاريخ باستخدام المخدِّرات أو اضطرابات استخدام المخدِّرات جزء كبير من المقيمين في السجون. ويقدّر عالمياً، أنّ واحد من كل ثلاثة أشخاص في السجن استخدم المخدِّرات أقله مرة خلال فترة سجنه بينما صرّح واحد من أصل ٥ باستخدام المخدِّرات بشكل متكرر خلال الشهر الماضي. ويعتبر القنّب الأكثر استخداماً. أما استخدام الهيروين فهو أكثر شيوعاً من الأمفيتامينات أو الكوكايين أو الاكستاسي. بالإضافة إلى ذلك يكون المساجين معرضين لاستخدام المخدِّرات ولكن في الوقت نفسه يعانون من قلة توفر الخدمات العلاجية. وأبلغ ٥٦ بلدا عن توفّر العلاج بالبدائل للمواد الأفيونيّة و ١١ بلدا عن توفّر برنامج الحقن والإبر في سجن واحد على الأقل خلال ٢٠١٧. وتوفّر البرنامجان في ١٠ بلدان فقط. وتأتي التوصيات العالمية بأهمية توفير هذه البرامج وغيرها في السجون، إذ تشير الدراسات المتوفّرة أنه داخل السجون، يعاني

الأشخاص الذين يستخدمون المخدِّرات بالحقن ست مرات أكثر من انتشار فيروس نقص المناعة البشري بينهم وثماني مرات أكثر من انتشار فيروس الكبد «ج» مقارنة بأولئك الذين لا يحقنون المخدِّرات[i]. ومن المعروف أن نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشري وفيروس الكبد «ج» أعلى بكثير بين المقيمين في السجون منه بين السكان خارج السجون.

أما في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، يشير تقرير حديث لشبكة مينارة[ii]، أن هنالك إبلاغًا عن تزايد في استخدام المخدِّرات في العديد من بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. وبحسب المعلومات المتوفّرة يعتبر القنّب هو المادة الأكثر استخدامًا بين عامة الناس. تم الإبلاغ عن استخدام مشتقّات الأفيونيات في أفغانستان وإيران، والترامادول في مصر، والعقاقير الطبية الأخرى في العراق وتونس، والقات في اليمن وكلا الأمفيتامين والقنّب في المملكة العربية السعودية كالمخدرات الرئيسية المستخدمة. ومع ذلك ، فإن مشتقّات الأفيونيات هي المخدِّرات الأساسية المستخدمة من قبل مستخدمي مراكز علاج المخدرات. يُعتبر القنب والأمفيتامينات والعقاقير الطبية من بين المخدّرات الأخرى التي تعتمد على التبعية. يرتبط استخدام المخدرات بعواقب اجتماعية واقتصادية كبيرة في المنطقة. ولقد بلغ العدد التقديريّ لمستخدمي المخدِّرات عن طريق الحقن في الدول العشرين التي تشكّل منطقة عمل الشبكة، ٨٨٧ ألف شخص ويعتبر هذا الرقم أعلى بكثير من تقديرات عام ٢٠١٢. وأتت أعلى أعداد مستخدمي المخدّرات عن طريق الحقن من باكستان وإيران ومصر. وبالنسبة للمواد المستخدمة في الحقن فلقد تم الإبلاغ عن الهيروين كالمادة الأساسية المستخدمة في معظم دول المنطقة. يتم أيضًا حقن مشتقّات الأفيونيات الأخرى مثل الأفيون والمورفين والميثادون والبوبرينورفين وغيرها من المواد الأفيونية التي تصرف بوصفة طبية وكذلك المنشطات الأمفيتامينية والعقاقير الطبية الأخرى.

تُظهر المعلومات المتعلقة بالخصائص الاجتماعية والديموغرافية لـمستخدمي المخدِّرات عن طريق الحقن أنهم ذكور في الغالب، متوسط العمر يتراوح بين ٣٠ و ٤٠ عامًا. حوالي الثلث متزوج حاليًا. وثلث إلى ثلثين منهم إما غير متعلم أو عدد سنوات تعليم أقل من ٥ سنوات. أكثر من الثلثين دخل السجن. يعاني مستخدمو المخدّرات في هذه المنطقة من التهميش، ويتمّ تجريمهم بشكل قويّ. أمّا النساء، مستخدمات المخدّرات، فوضعهنّ الاجتماعيّ والاقتصاديّ أكثر سوءًا من أقرانهنّ الرجال.

وفقًا لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري والإيدز، استقر انتشار وباء فيروس نقص المناعة البشري في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في السنوات الأخيرة. ويُعّد الجنس غير المحمي (بشكل رئيسي بين الرجال) والاستخدام غير الآمن للمخدرات بالحقن من العوامل الرئيسية لانتشار هذا الوباء في المنطقة. يُمثّل فيروس نقص المناعة البشريين صفوف مستخدمي المخدِّرات بالحقن حوالي نصف حالات الإصابة بالفيروس في أفغانستان والبحرين وإيران وليبيا. ويساهم هذا الأمر بشكل كبير في أوبئة فيروس نقص المناعة البشري في مصر وتونس. كما تمّ الإبلاغ عن وباء مركّز لفيروس نقص المناعة البشري بين مستخدمي المخدِّرات بالحقن من ثمانية بلدان: أفغانستان، مصر، إيران، ليبيا، المغرب، عُمان، باكستان، والمملكة العربية السعودية. إجمالاً ، هناك ما يقدر بنحو ٢٠٨ ألف مستخدم مخدِّرات عن طريق الحقن متعايش مع فيروس نقص المناعة البشري في المنطقة، مما يدل على نسبة انتشار هذا الفيروس تساوي ٢٣,٥٪ في هذه الفئة من السكان. هناك أيضًا أدلة كافية

توضح أن استخدام المخدِّرات عن طريق الحقن يساهم بشكل كبير في وباء فيروس عدوى الكبد «ج» في المنطقة ؛ أظهرت معظم الدراسات إلى نسبة انتشار هذا الفيروس تتراوح من ٢٠٪ إلى ٥٦٪ بين مستخدمي المخدِّرات عن طريق الحقن. ويشير الجدول أدناه إلى نسبة انتشار الوباء بين صفوف مستخدمي المخدِّرات في معظم بلدان المنطقة ما عدا قطر والإمارات العربيّة المتّحدة واليمن لعدم توفر المعلومات أو كفايتها:

البلدان	نسبة الإنتشار بين مستخدمي المخدِّرات بالحقن
أفغانستان، وإيران، وباكستان، وليبيا، ومصر، والمغرب، وعُمان، والسعودية	نسبة انتشار أعلى من ٥٪ في بعض المناطق على الأقل
البحرين وتونس	نسبة انتشار بين ٣٪ و ٥٪
الأردن، الكويت، لبنان، فلسطين وسوريا	نسبة انتشار أقل من ١٪

وبالإجمال ٢٠٪ من ممارسات الحقن غير آمنة، أضف إلى ذلك أن هنالك ممارسات جنسيّة غير آمنة مع عدد كبير من الشركاء أو مع عاملات الجنس ومع الجنس المماثل. أقل من ثلث مستخدمي المخدّرات بالحقن يستخدمون الواقي الذكري في ممارساتهم الجنسية. العديد من مستخدمي المخدّرات بالحقن لا يملكون معرفة كافية عن العدوى بفيروس نقص المناعة البشري والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر والتدابير الوقائية. وتعتبر المعلومات المرتبطة بالمرأة التي تستخدم المخدِّرات عبر الحقن نادرة، فـ٢٪ من إصابات فيروس نقص المناعة البشريّ عام ٢٠١٠ عبر حقن المخدِّرات كانت بين النساء. كما أن نسبة انتشار هذا الفيروس بين نساء قليلات شاركن في المسح البيولوجيّ- السلوكيّ في أربعة بلدان كانت ٦,٧٪. غير أنّ الممارسات العالية الخطورة تنتشر بين صفوف هؤلاء. وهنالك دلائل على أنّ الشركاء الجنسيّين لهنّ، هم أكثر عرضة لفيروس نقص المناعة البشريّ [xxviii].
وأكدت دراسة عن النساء اللواتي تستخدمن المخدِّرات، أجرتها شبكة مينارة عام ٢٠١٣، أنهن تواجهن التهميش وأنهن محرومات فيما يتعلق بالحصول على خدمات الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات. وكان للعديد من النساء تجارب سلبية في استخدام هذه الخدمات، مثل خرق السرية والوصم. كما أنه عند محاولة الوصول إلى الخدمات الصحية أو الاجتماعية، تم رفض الكثير بسبب التمييز أو قدرة النساء المحدودة على دفع ثمن الخدمات [xxix]. في عام ٢٠١٦ ، كان هناك ما يقدر بـ ٦٢٥،٤١٣ شخصًا مسجونين في جميع أنحاء الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (باستثناء فلسطين)، بزيادة قدرها ٥٪ عن الرقم لعام ٢٠١٠. وتفيد التقارير أن ثلث المساجين سجنوا بتهم تتعلق بالمخدرات. ويُقال إن استخدام المخدرات منتشر بشكل كبير في سياقات السجون في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (بما في ذلك في لبنان والمغرب وسلطنة عُمان وفلسطين وسوريا)، وبسبب نقص برامج توفير الإبر والحقن ، فإن استخدام المخدرات بالحقن غير آمن أيضًا [xxx].

١. ما هي المخدِّرات؟

تُعرّف منظمة الصحّة العالميّة المخدِّرات على أنها «مادة عندما يتمّ تناولها تؤثّر على العمليّات الذهنيّة والإدراكيّة والعاطفيّة»[iii]. أمّا في سياق الاتفاقيّات الدوليّة لمراقبة المخدِّرات، فتمَّ تعريفها «بالمواد المدرجة في الجدول الأوّل والثاني من الاتفاقيّة الوحيدة للمخدّرات لسنة ١٩٦١، سواء أكانت طبيعيّة أم اصطناعيّة»[iv].

كما يطلق لفظ المخدّرات على كلّ ما يستر العقل و يغيبه من مواد طبيعيّة أو مستحضرة في المعامل (مُصَنَّعَة أو مُخَلَّقَة)، من شأنها، إذا ما استُخدِمت في غير الأغراض الطبيـــّـــة أو الصناعيّة الموجهة إليها، أن تؤدّي إلى فقدان كليّ أو جزئيّ للإدراك بصفة مؤقتة، تكون درجته بحسب نوع المخدّر وبحسب الكمّية المستهلكة منه[v].

قد تكون المخدِّرات إما:

- طبيعيّة أو شبه مركبّة (تلاعب كيميائيّ بالمواد المستخرجة من المواد الطبيعيّة)
- اصطناعيّة (أي تمّ تطويرها بالكامل في المختبر).

تتعدّد طرق استخدام المخدِّرات وتشمل، دون أن تقتصر على: التدخين، أو الشمّ، أو الاستنشاق، أو الحقن، أو البلع أو الأكل أو المضغ أو الشرب وغيرها. تعتبر بعض المخدِّرات قانونيةً؛ مثلاً النيكوتين في السجائر والكافيين في القهوة أو المشروبات الغازيّة، والأدوية والعقاقير التي تباع في الصيدليّات. أما المخدّرات الأخرى فاتّفقت دول العالم على وجوب تصنيفهاعلى أنّها غير قانونيّة، وطوّرت بصددها إتفاقيّات عالميّة بهدف تقنين تدابير الرقابة السارية دوليًّا من أجل ضمان توفرّها للأغراض الطبيّة والعلميةّ، ومنع تسريبها إلى القنوات غير القانونيّة. بالإضافة إلى وضع أحكام عامّة بشأن الاتّجار غير القانونيّ بهذه العقاقير والمواد ذات التأثير النفسانيّ واستخدامها.

مصطلحات ذات الصلة باستخدام المخدِّرات

أ. مستويات الاستخدام [vi]:

- الإستخدام الضار (Harmful use): نمط من أنماط استخدام المواد ذات التأثير النفسانيّ التي تسببّ أضرارًا صحّيّة بدنيّة أو عقليّة.
- الإستخدام الخطر (Hazardous use): نمط من أنماط استخدام المواد النفسانيّة التي تزيد من خطر الآثار الضارة للمستخدم.
- التسمّم (Intoxication): حالة تتبع تناول مادة ذات تأثير نفسانيّ تؤدي إلى اضطرابات في مستوى الوعي، الإدراك، الفهم، العاطفة، السلوك، أو الوظائف النفسيّة الفيزيولوجيّة الأخرى. ترتبط هذه الاضطرابات بالتأثير الحاد للمادة المستخدمة. يعود الجسم إلى طبيعته مع الوقت، إلّا في حال أتلفت الأنسجة أو كان هنالك مضاعفات أخرى. وقد تشمل المضاعفات

التي تتوقف على المادة وطريقة تناولها: الصدمة، استنشاق القيء والهذيان والغيبوبة والتشنّجات، والمضاعفات الطبّيّة الأخرى.

- إساءة استخدام المخدِّرات (Substance abuse): استخدام متقطع أو مستمر للمخدّرات خارج الإطار الطبّيّ. نمط غير قادر على التأقلم يشمل عدم الالتزام بأمور حياتيّة رئيسيّة في المنزل أو المدرسة أو العمل؛ مشاكل قانونيّة متكرّرة؛ استمرار استخدام المادة على الرغم من وجود مشاكل اجتماعيّة أو شخصيّة مستمرّة أو متكررة متفاقمة.

ب. **التحمل (Tolerance):** الحاجة إلى مزيد من المخدِّرات للحصول على نفس قوة الشعور. يؤدي تكرار استخدام بعض أنواع المخدِّرات إلى تطور ما يعرف بحالة التحمّل حيث يسعى المستخدم، ولكنّه يفشل، في تحقيق أكبر قدر من المتعة كما في المرة الأولى للاستخدام. لذلك يزيد بعضهم الجرعة في محاولة لتكثيف واطالة مدة الحالة التي يعيشونها تحت تأثير المخدِّرات، ممّا قد يزيد من خطر الآثار النفسيّة أو الفيزولوجيّة/الجسديّة السلبيّة.

ج. **الأعراض الإنسحابيّة:** مجموعة من الأعراض تحدث عند التخفيف من استخدام المواد ذات التأثير النفسانيّ أو التوقّف عنها بعد أخذها بتكرار، أو لفترات طويلة، أو بجرعات عالية. يرتبط بدء هذه العوارض، وطبيعتها، ودرجة خطورتها بصنف ونوع المادة، وكميّة الجرعة، قبل التوقف أو التخفيف. وهي محدودة زمنيّاً. تشمل عوارض:

- **المواد المثبطة:** توعّك، وجع مفاصل، تشنّجات، غثيان، رجفة، تعرّق، تحريف في الإدراك الحسّي، قلق، اكتئاب، وانفعالات. وتتميّز الأفيونيّات بالعوارض التالية: سيلان أنفي، دمع كثيف، وجع مفاصل، قشعريرة برد، بالإضافة إلى تشنجات عضليّة وبطنيّة بعد ٢٤ أو ٤٨ ساعة من التوقّف. كما يستمر سلوك السعي وراء الحصول على المادة بالرغم من إنحسار العوارض الجسديّة.
- **المواد المنشّطة:** عوارضها أقل تحديدًا من سابقتها، ولكنها تبرز عوارض: كالتوعك والاكتئاب وحالة من السكون وعدم الاستقرار.

د. **الإرتهان (Dependence):** حالة نفسيّة وغالباً جسديّة، تتميز أيضًا بتصرفات وردود فعل خاصّة، وتشتمل على إكراه في أخذ المخدِّرات بشكل مستمرّ، وذلك للحصول على مفعولها بالإضافة إلى تجنّب عوارض نقصها من الجسم، (تعريف منظمة الصحّة العالميّة، ١٩٦٩). وحديثاً هنالك توجّه من قبل منظمة الصحّة العالميّة إلى التركيز على استخدام كلمة «الإرتهان» بدلًا من «الإدمان». الإرتهان نوعان: التبعيّة الجسديّة والتبعيّة النفسيّة:

- الإرتهان الجسديّ ناتج عن تفاعل الجسم مع المخدّر فينتج عن الإنقطاع عوارض عقليّة ووظائفيّة عنيفة مع أوجاع في سائر أنحاء الجسم (تشنّجات عضليّة، تقيّؤ، إسهال وغيرها). وهذه العوارض تسمّى «عوارض نقص» أو «عوارض انسحاب».
- الإرتهان النفسيّ يعود في جزء كبير منه الى شخصيّة مستخدم المخدِّرات ويُفسّر بحاجة ملحّة، لا تقاوم، تدفع الإنسان الى إيجاد المادة بالإضافة الى رغبة قويّة باسترجاع الإحساس السابق، ومعاودة اختبار لذّة طقوس تحضير وخطوات استخدام المخدِّرات. عوارضها القلق، التوتّر، الكآبة أو الانزعاج عند الإنقطاع عن تناولها.

الاتفاقيّة الوحيدة للمخدرات، سنة ١٩٦١

تعترف هذه الاتفاقيّة بأنّ اتخاذ تدابير فعالة ضد استخدام المخدّات طلب التنسيق والعمل على المستوى الدوليّ. فهي من جهة تسعى للحد من حيازة واستخدام والإتجار في التوزيع والاستيراد والتصدير وتصنيع وإنتاج المخدّرات حصريًّا لأهداف طبيّة وعلميّة. ومن جهة أخرى تكافح الاتّجار بالمخدّرات من خلال التعاون الدوليّ لردع وتثبيط المتّجرين لمخدّرات.

اتفاقيّة المؤثّرات العقليّةّ، سنة ١٩٧١

تشير الاتفاقيّة بقلق إلى مشاكل الصحّة العامّة والمشاكل الاجتماعيّة الناتجة من استخدام مؤثّرات نفسيّة معينّة وتؤكّد على منع ومكافحة إساءة استعمال هذه المواد والاتجار غير المشروع الناتج عنها. وتنصّ الاتفاقيةّ على نظام مراقبة دوليّة للمواد ذات التأثير النفسانيّ بحسب تنوّعها وكثرتها بالإضافة إلى وضع الضوابط على عدد من المخدّرات الاصطناعيّة وفقا لإمكانيّة إساءة استعمالها من جهة وقيمتها العلاجيّة من جهة أخرى.

اتفاقيّة الأمم المتحدة لمكافحة الاتجارغير المشروع في المخدّرات والمؤثّرات النفسيّة، ١٩٨٨

تضع هذه الاتفاقية معاهدة دوليّة شاملة وفعّالة وعمليّة موجّهة تحديدًا ضدالاتّجار غير المشروع. وتعنى بالجوانب المختلفة للمشكلة ولا سيما تلك الجوانب غير المنصوص عليها في المعاهدات القائمة في مجال العقاقيرالمخدّرة والمؤثّرات النفسانيّة.وتنصّ الاتفاقيّة تدابير شاملةضدالاتّجار بالمخدّرات بما في ذلك أحكام مكافحة غسل الأموال وتحويل السلائف الكيميائيّة وتوفير التعاون الدوليّ من خلال، على سبيل المثال،التسليم المراقب لتجّار المخدّرات وإجراءات النقل.

المصدر: http://www.odccp.org/odccp/un_treaties،_and_resolutions.html

- **معايير الإرتهان:** بحسب تصنيف منظّمّة الصحّة العالميّة للإضطرابات النفسيّة والسلوكيّة (ICD-١٠)[vii]، كي يكون الشخص قد وصل إلى مرحلة الإرتهان، يجب أن يختبر مستخدم المخدِّرات ثلاثة أو أكثر من الأمور التالية، أو أن تكون قد حدثت في الوقت نفسه خلال العام السابق:
  - رغبة قوية أو إكراه في أخذ المادة.
  - صعوبة في السيطرة على سلوك استخدام المادة من حيث البدء بالاستخدام أو إنهاء ذلك أو تكرار الاستخدام.
  - حالة انسحاب فيزولوجيّة عند التوقّف عن استخدام المادّة، أو التخفيف من استخدامها كما تدلّ على ذلك العوارض الانسحابيّة الخاصّة بالمادّة؛ أو استخدام نفس المادة أو مادة أخرى مشابهة بقصد التخفيف أو تجنّبًا لعوارض الانسحاب.
  - دليل على التحمّل يتطلّب زيادة الجرعة من المادة من أجل تحقيق الحالة التي كانت تنتج أصلًا باستخدام جرعات أقل.

- الإهمال التدريجيّ للاهتمامات الأخرى بسبب استخدام المواد ذات التأثير النفسانيّ وإمضاء الوقت بشكل متصاعد في تأمين المادة أو أخذها أو التعافي من تأثيرها.
- استمرار استخدام المخدِّرات، رغم وجود أدلّة واضحة وعلنيّة عن العواقب الوخيمة، مثل: الضرر في الكبد من خلال الإفراط في شرب الكحول، المزاج الاكتئابيّ المترتّب من استخدام مكثّف للمخدّرات، أو إعاقة للوظائف الإدراكية المرتبطة بتناول المخدِّرات.

هـ. **الجرعة الزائدة (Overdose):** استخدام أيّ نوع من المخدِّرات بكميّة معيّنة تحدث آثارًا جسديّة أو عقليّة سلبيّة حادة. قد تؤدي الجرعة الزائدة إلى آثار عابرة أو دائمة، أو إلى الوفاة. يتوقف احتمال حدوث الجرعة الزائدة وعوارضها وفداحة نتائجها على نوع المخدِّرات المستخدمة. يتعرض مستخدمو المخدِّرات للجرعة الزائدة في الأوضاع التالية:

- تناول عرضيّ أو مقصود لجرعة عالية من المخدِّرات.
- استخدام مخدّرات نقيّة جداً حيث تكون كثافة المادّة عالية جدّاً.
- معاودة الاستخدام بعد فترة من التوقّف بتناول نفس الكميّة كما في السابق.
- استخدام أكثر من مادة في الوقت نفسه مثلاً: استخدام الكحول والهيروين يضاعف من إبطاء عمل جهاز التنفس فيؤدي إلى توقف هذه الأخير نهائيًّا بسبب شلل مراكز التنفّس في الدماغ.
- تغيير طريقة استخدام المخدِّرات من الاستنشاق إلى الحقن مثلًا عند استخدام الهيروين.

٢.ما هي أصناف وأنواع المخدِّرات؟

تختلف طرق تصنيف المخدِّرات بناء على المصدر أو التركيبة الكيميائية أو الأثر الذي تتركه عند تناولها وغيرها. وفي هذا الدليل نعتمد تقسيم المخدِّرات بحسب تأثيرها مع تفصيل لبعض أنواعها.

أ. المواد المنشّطة/المنشّطات (Stimulants)

تعريف

تزيد هذه المواد من نشاط الجهاز العصبيّ المركزيّ من خلال زيادة نسبة هرمون الدوبامين (Dopamine)- الناقل العصبيّ الذي يتحكّم باللّذة والحركة والمكافأة والدافعيّة. فمثلاً: يستمر تأثير الكوكايين (Cocaine) من بضع دقائق إلى أقل من ساعة، أما المنشّطات الأمفيتامينيّة (Amphetamines) فقد يستمرّ مفعولها إلى عدة ساعات.

أنواعها

تشمل منشطات الجهاز العصبي المركزيّ غير القانونيّة:

- المواد الطبيعيّة من النباتات مثل الكوكا (Coca)، القات (Khat).
- المنتجات المستخرجة من أوراق شجيرة الكوكا - عجينة الكوكا وهيدروكلوريد الكوكايين (cocaine hydrochloride) والكراك (crack cocaine).
- المواد الاصطناعيّة في شكل الأمفيتامين (Amphetamine) والميتامفيتامين (Metamphetamines) المركبة والكبتاغون والاكستاسي (Ecstasy).

أمّا المنشّطات المصنّفة كمخدّرات قانونيّة، والتي تستخدم بشكل يوميّ، فتشمل: النيكوتين في السجائر، الكافيين في القهوة والمشروبات الغازيّة والشاي.

طرق الاستخدام

تختلف طرق استخدام المنشّطات؛ فمثلاً يمكن حقن الكوكايين، ولكن الطريقة الأكثر شيوعًا لاستخدامه هي الشمّ، في حين يتم تدخين الكراك. أما الأمفيامينات فيمكن أن تؤخذ عن طريق الفم، الحقن، التدخين أو الشمّ.

في المجال الطبّيّ، يستخدم الكوكايين كمخدّر موضعيّ، في حين يتمّ استخدام بعض المنشطات الاصطناعيّة كمثبطات شهيّة (أدوية انقاص الوزن)، وفي علاج الخدار ولدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه (الميتامفيتامين أيضًا).

أثرها وتأثيرها

يهدف الاستخدام غير القانونيّ لهذه المواد إلى تحسين المزاج، التغلب على التعب وتحسين الأداء. ويكون لها أثر على عدّة مستويات:

- الأثر على المستوى الجسديّ: إزدياد سرعة دقّات القلب، وضغط الدم، والتنفّس، وارتفاع في حرارة الجسد، اتساع حدقة العين، والصداع، وانسداد والتهاب الأنف وانخفاض الشهيّة للطعام.
- الأثر على المستوى النفسيّ: الإفراط في النشاط والحركة، الصراخ، التأثير على الحالة المزاجيّة لأيام عديدة.
- الأثر على المستوى الاجتماعيّ: الثقة بالنفس آنياً، والشعور بالقبول الاجتماعيّ، وكثرة الكلام.

يختلف تأثير المنشّطات بحسب حجم الجرعة وتواترها؛ فالاستخدام الكثيف، ولفترة طويلة يسبّب القلق، الرعب، أوجاع في الرأس، واضطرابات في النوم وتشنّجات في المعدة وفقدان شديد للوزن ممّا يؤدي إلى سوء تغذية.

- يعاني مستخدمو الكوكايين من النوبات القلبيّة أو السكتات الدماغيّة التي قد تتسبّب بالموت المفاجئ نتيجة لتوقف التنفس بسبب توقّف عمل القلب.
- يؤدي استخدام الميتامفيتامين لمدة طويلة إلى مشاكل قويّة في الأسنان وتقرّحات على الجلد ناجمة عن الخدش.

كما قد يتعرض مستخدمو هذه المواد إلى فيروس نقص المناعة البشريّ أو الالتهابات المنقولة جنسيًّا نتيجة لقيامهم بممارسات جنسيّة خطرة كونهم تحت تأثير المخدِّرات.

وتؤثر طريقة الاستخدام على الوضع الصحّيّ لهؤلاء:

- يمكن أن يؤدي شم الكوكايين إلى تآكل وموت الأنسجة بين فتحتي الأنف وضمور في الغشاء المخاطي للأنف وفقدان لحاسة الشم، ونزيف في الأنف، ومشاكل في البلع بالإضافة إلى سيلان أنفي مزمن.
- يرتبط تدخين الكراك مع خطر الحروق من المواد القابلة للاشتعال، التهاب الشعب الهوائيّة المزمن وحرق الأنسجة الرئويّة.
- قد يؤدي حقن الكوكايين إلى زيادة احتمال الإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ والتهاب الكبد الفيروسي «ب» و «ج» وغيرها من الأمراض التي تنتقل عبر الدم عندما يتمّ مشاركة الحقن ومواد الحقن. كما أن طريقة الاستخدام هذه تؤدّي على المدى الطويل الى نشاف الأوردة.

لبعض المنشطات آثار الهلوسة وتتسبّب بالعديد من المشاكل النفسيّة مثل الارتباك، والاكتئاب والقلق وجنون العظمة. وتشمل الآثار الجسديّة تشنّج في العضلات، والغثيان، وعدم وضوح الرؤية، الإغماء، القشعريرة أو التعرق. وقد يؤدّي الاستخدام على المدى الطويل إلى تلف الكبد والدماغ والقلب. أمّا عند تناول جرعات عالية، فتتأثّر قدرة الجسم على تنظيم درجة الحرارة وينتج عن ذلك، في حالات نادرة، ارتفاع حاد في درجة حرارة الجسم، ممّا قد يؤدي إلى فشل في الكبد أو الكلى، أو في القلب أو حتى الموت.

الإكستاسي منشط مهلوس!

- الإكستاسي الذي يزيد من نشاط الناقلات العصبيّة الثلاثة؛ السيروتونين، الدوبامين، والنورادرينالين، فتزيد طاقة الشخص والشعور بالنشوة، والدفء العاطفيّ والتعاطف تجاه الآخرين، وتعطي هلوسات في الإدراك الحسيّ والوقت.
- تستمر هذه الآثار من ٣ إلى ٦ ساعات.
- قد يلجأ المستخدمون إلى أخذ جرعة ثانية ما إن تبدأ آثار الجرعة الأولى في التلاشي.

الإرتهان/التبعيّة

يعتبر الكوكايين والميتامفيتامينات من المنشّطات العالية التبعيّة. تتطوّر القدرة على الاحتمال بسرعة لدى مستخدم الامفيتامينات مقارنة بباقي المنشّطات. تختلف الأعراض الانسحابيّة المرتبطة بالاستخدام المكثّف للمنشطات، عن تلك المرتبطة بالمواد الأفيونيّة إذ أن الجسم لا يُكوّن تبعيّة فيزيولوجيّة/جسديّة. وقد تنتج حالة من عدم الارتياح أو الانزعاج الشديد، والاكتئاب، والتعب والأرق والرغبة الشديدة للحصول على المزيد من المادة. عادة، تكون هذه الأعراض أسوأ بالنسبة للأمفيتامينات منه للكوكايين، على الرغم من أنها قد تحدث أيضا بعد «حفلة» كوكايين أو كراك أي: عند أخذ جرعات متعدّدة بكميّة أكبر، وبفاصل زمنيّ أقلّ.

الجرعة الزائدة

تظهر العلامات التالية على مستخدم المخدّرات الذي يختبر جرعة زائدة مرتبطة بالمواد المنشّطة: ضغط أو ضيق أو وجع في الصدر، صعوبة في التنفّس، وجع رأس، رنين في الأذن ودوخة، رغوة على الفم، تعرّق كبير، نبض سريع جداً، اتساع بؤبؤ العين بشكل كبير، تشنّجات في العضل، عدم القدرة على التبوّل، غثيان وتقيّؤ، اهتزاز أو نوبات وفقدان الوعي.

غالباً ما تحدث الجرعة الزائدة من الكوكايين عندما يحاول المستخدم تحدّي قدرته على الاحتمال، أو إذا ما تمّ أخذ أكثر من مادّة في الوقت نفسه مثلاً الكوكايين والكحول. يمكن أن تحدث حالة الوفاة نتيجة توقّف التنفّس بعد جرعات كبيرة، وخاصة إذا أخذت مع المواد المثبطة/المسكّنة مثلاً الكوكايين (مادّة منشّطة) مع الهيروين (مادة مسكّنة) (خلطة السبيدبول).

ب. المواد المسكّنة/المثبطة (Depressants)

تعريف

تُعرّف على أنّها أيّ مادة تُدمّر، تمنع أو تبطئ من نشاط الجهاز العصبيّ المركزيّ، إضافة إلى أنها مهدّئة ومنومة.

أنواعها

تشمل المواد المسكّنة/المثبطة:

- المواد الأفيونيّة (Opiates) وتتضمّن مواد طبيعيّة مستخرجة من خشخاش الأفيون (opium poppy) مثل الأفيون والكوديين، والمورفين، بالإضافة إلى مواد شبة إصطناعية كالهيروين (heroin) ومشتقّات الأفيونيّات (opioids) ومواد إصطناعيّة كالميثادون (methadone) والبيثيدين(pethidine) والفنتانيل (fentanyl).
- الباربيتورات(barbiturate)، والبنزوديازيبينات (benzodiazepine).
- القنب (canabis): ويتضمّن الماريجوانا (Marijuana) أي أوراق وزهرة وجذوع وبذور نبتة القنب مجفّفة التي تحتوي على مادة تعرف بدلتا-٩- تتراهيدروكانابينول (Tetrahydrocannabinol; THC)، والحشيش (hashish) وزيت الحشيش (hash oil) وهو سائل أسود لزج حيث تكون المادّة بتركيز أكبر.
- الأدوية المخدّرة والمسكّنات المواد المستنشقة (الغراء، مخفف الطلاء، مركبات البنزوين والغازولين وأنواع الوقود الأخف، مواد التنظيف).
- المشروبات الكحوليّة.

طرق الاستخدام

عموماً، تشمل طرق استخدام المثبطات الحقن أو التدخين أو الشم أو الاستنشاق. فمثلاً: يتم حقن الهيروين أو شمّه أو استنشاقه أو تدخينه من خلال طريقة تعرف باسم «مطاردة التنين» حيث يتمّ تسخينه على ورقة واستنشاق الأبخرة. أما الماريجوانا فتدخّن في سجائر ملفوفة يدويًّا أو في أنابيب أو نارجيلة، كما يمكن مزجها في الطعام أو الشراب.

أثرها وتأثيرها

عموماً، عند تناولها خارج الإطار الطبي، يختبر مستخدميها التفكير المشوّش، قلّة التركيز، القلق، مشاعر الفرح الزائد الموقّتة وغير المبرّرة، وتتسبّب بسوء في التقدير والحكم على الأمور لدى هؤلاء وبمشاكل في التناسق الحركيّ وردود الفعل على الأحداث المفاجئة.

بالإضافة إلى مشاكل في الوظائف الإدراكيّة كالذاكرة والتركيز. قد تتسبّب بفقدان الوعي، غثيان، تقيؤ، مشاكل في الجهاز التنفسيّ مثل التهاب الشعب الهوائيّة وانتفاخ الرئة والموت أحياناً بسبب فشل في التنفّس وجرعة زائدة. بالرغم من أن القنب من المواد المثبطة إلّا أنّه يترك آثار هلوسة قد تصل إلى عدّة ساعات.

الارتهان/التبعيّة

للمواد المثبطة خطر تبعيّة؛ فمثلاً خلافًا للإعتقاد الخاطئ، إن الماريجوانا تؤدي إلى التبعيّة خصوصًا عند الذين يبدأون باستخدامها في سن باكرة وبانتظام وبسبب إزدياد في سمية الماريجوانا. فالمستخدمون على المدى الطويل يختبرون أعراض الانسحاب بما في ذلك طبع حاد، أرق وتناقص الشهيّة، قلق وحنين إلى المخدِّرات.

الجرعة الزائدة

تظهر العلامات التالية على مستخدم المخدّرات الذي يعاني من جرعة زائدة مرتبطة بالمواد المسكّنة/المثبطة:

- محافظًا على وعيه لكنّه ليس قادرًا على الكلام.
- الجسم رخو جدّاً، الوجه شاحب كثيرًا أو رطب، الأظافر، أو الشفتان، زرقاوان أو أرجوانيّتا اللون.
- التنفّس بطيء جداً، وسطحيّ ومتقطّع أو متوقّف.
- النبض بطيء، متقطّع أو مفقود.
- الشخص يصدر أصواتًا كأنّه يختنق.
- تقيؤ، فقدان الوعي، وعدم التجاوب مع المحفّزات الخارجيّة.

تستخدم طبيّاً كمسكّنات للألم، وأدوية للسعال وللإسهالات وفي التخدير والتنويم، وكمضادات الاختلاج، وفي علاج التوتر والقلق، والأرق وبعض الأمراض النفسيّة.

بالرغم، أن القنّب يستخدم لعلاج بعض الحالات بما في ذلك الألم، والغثيان الناجم عن فيروس نقص المناعة البشريّ الإيدز، والسرطان إلّا أنّ عدم توفّر دليل سريريّ على أنّ الفوائد العلاجيّة لهذه المادة تفوق مخاطرها الصحّيّة ممّا حال دون جعله قانونيًّا إلّا في بعض البلدان كهولندا، وكندا وبعض المقاطعات الأمريكيّة.

المواد الأفيونيّة

تستخدم المواد الأفيونيّة، وفي الغالب الهيروين، بهدف التقليل من القلق، والضجر، والألم العاطفيّ والجسديّ. مهما كانت طريقة الاستخدام. فالهيروين يصل، بسرعة شديدة، إلى الدماغ، حيث يتحوّل إلى مورفين ويرتبط بمستقبلات المواد الأفيونيّة المتواجدة في عدة أماكن في الدماغ بما فيها جذع الدماغ المسؤول عن عملية التنفس وضغط الدم وغيرها، وفي مختلف أنحاء الجسد. وقد يستمر مفعوله من ٤-٦ ساعات.

يختبر المستخدم، بعد حقنه الهيروين النشوة، مترافقة مع نشاف في الفم، وحرارة على الجلد، وثقل في الأطراف، وتشويش فكريّ. ويلي هذه المرحلة، حالة من الأرق والنعاس. من الآثار الجانبيّة الأكثر شيوعًا للمواد الأفيونية؛ انخفاض في الدافع الجنسيّ والخصوبة، ممّا يؤدي إلى العجز الجنسيّ عند الرجال، واضطرابات شديدة في الدورة الشهريّة للإناث، فضلًا عن عدم استقرار الحالة المزاجيّة، والخمول وفقدان الشهيّة.

أما المخاطر فتشمل:

- إجهاض تلقائيّ لدى المرأة الحامل التي تتعاطى الهيروين، سوء التغذية، انخفاض وزن المولود وتأخر في نموّه. بالإضافة إلى اعتماد الرضيع على الهيروين وإمكانية معاناته من الأعراض الإنسحابيّة التي تتطلّب العلاج بالمستشفيات.
- التهاب بطانة القلب والصمامات، والخراجات، والإمساك والتشنّج المعويّ، وأمراض الكبد أو الكلى لدى المستخدم المزمن. بالإضافة إلى المضاعفات على مستوى جهاز التنفس بما في ذلك أنواع مختلفة من الالتهاب الرئويّ.
- بالإضافة إلى إمكانيّة إحتواء الهيروين على الملوّثات السامّة أو المواد المضافة التي يمكن أن تسدّ الأوعية الدمويّة المؤدّية إلى الرئتين، والكبد، والكليتين، أو الدماغ، مما يتسبّب بضرر دائم.
- نشاف الأوردة نتيجة للحقن المتكرر.
- جرعة زائدة مميتة.
- الاحتمال والتبعيّة من الاستخدام المنتظم للهيروين، وفي حال حاول الشخص في هذه المرحلة التوقّف فجأة أو تخفيف الكمية سيختبر أعراض انسحابيّة شديدة كالوجع في العضلات والعظام، الأرق، والإسهال والتقيؤ، ومضات باردة مع قشعريرة وغيرها خلال مدة ٤٨-٧٢ ساعة.

ج. المواد المهلوسة (Hallucinogens)

تعريف

تعمل المواد المهلوسة على إفراز مادة السيروتونين. وهي مادة كيميائيّة أساسيّة في الجهاز العصبيّ المركزي، تغيّر عملية التفكير والمزاج والإدراك وعمل الحواس الخمس.

أنواعها

تشمل المواد المهلوسة:

- المواد الطبيعيّة المستخرجة من نبات الفطر الذي يحتوي على مادة البسيلوسبن(Psilocybin) والصبّار المكسيكيّ الذي يحتوي على مادة المسكالين (Mescaline).
- المواد شبه المركّبة مثل ايثيلاميد حمض الليسرجيك بجرعات صغيرة (lysergic acid diethylamide; LSD).
- الألياف الصناعيّة مثل فينسيكليدين (phencyclidine; PCP).

تم منع استخدام البعض منها في المجال الطبيّ ونادرًا ما تستخدم في العلاج في الطبّ النفسيّ.

طرق الاستخدام

يتمّ أخذها إما عن طريق الفم، من خلال بلعها كحبوب أو شربها أو أكلها ضمن الطعام. أما مادة الـPCP فيتمّ تدخينها أيضا أو شمّها.

أثرها وتأثيرها

- يبدأ مفعول هذه المواد خلال ٢٠ إلى ٣٠ دقيقة من تناولها (LSD خلال ٣٠ إلى ٩٠ دقيقة، ويستمرّ نحو ١٢ ساعة أو أكثر. أما مفعول المواد المهلوسة في الفطر المهلوس، فيبدأ في غضون نصف ساعة ويستمر لساعتين أو أكثر). وخلافًا لمعظم المخدِّرات الأخرى، يمكن أن تكون المهلوسات خطرة جدًّا إذ تختلف آثارها اختلافًا كبيرًا ولا يمكن التنبؤ بها باختلاف الأشخاص والأوقات. يرجع هذا إلى اختلافات كبيرة في حجم وتكوين المركبات لا سيما في المهلوسات المشتقّة من النباتات والفطر.
- **الآثار الجسديّة:** توسع حدقة العين، ارتفاع في ضغط الدم، عدم انتظام دقّات القلب، وارتعاش. بالإضافة إلى آلام وتشنّجات حادّة في المعدة، غثيان وتقيؤ في بعض الأحيان، تشنّج عصبيّ، وتشويش ذهنيّ.
- **الآثار النفسيّة:** تتأثّر كلّ الحواس ولا سيما النظر والسمع فيتراءى لمن يتناولها أشياء أو يسمع أموراً لا تحدث حقيقةً أو ليست موجودة بالإضافة إلى الإحساس بفقدان حدود الجسم والاتحاد مع الكون ومن الممكن أيضًا أن يعتقد الشخص أن باستطاعته سماع الألوان أو رؤية الأصوات. بالإضافة إلى ردة فعل بين فرح ورعب كبيرين وخلل عاطفيّ يشمل القلق، والاكتئاب والهوس واسترجاعات ذهنيّة حادّة ومزعجة أي تذكّر الكوابيس النهاريّة الناجمة عن الهلوسة. وقد ينتج عن ذلك حوادث مميتة وتنشأ ميول انتحاريّة بسبب صعوبة في اتخاذ قرارات واعية بشأن أيّ نشاط خطر بما في ذلك القتل أو الانتحار.

الارتهان/التبعيّة

يمكن أن يطوّر مستخدمو مادة الـ PCP تبعيّة بعكس مادة الـ LSD التي تتسبب بالتحمل. فالأشخاص الذين يستخدمونها باستمرار يضطرّون إلى زيادة الجرعة للحصول على الوضع الذي اختبروه سابقًا ومن هنا خطورة الأمر.

الجرعة الزائدة

تحدث الجرعة الزائدة من جراء تناول مادة الـ PCP.

الفصل الثاني

مستخدم المخدِّرات والمخاطر التي يتعرّض لها

١. من هو مستخدم المخدِّرات؟

مستخدم المخدِّرات إنسان كغيره من الناس... مريض يحتاج إلى العناية والمساعدة للمحافظة على حياته من مختلف جوانبها بما فيها صحّته. ليس كل من يستخدم المخدِّرات يتاجر بها أو يروّج لها.

٢. ما هي الأسباب التي قد تؤدّي إلى استخدام المخدِّرات؟

هنالك عوامل عديدة مسبّبة لاستخدام المخدِّرات والإرتهان لها. استناداً إلى النموذج الإيكولوجي للسلوك الذي يدرس سلوكيّات الفرد ضمن بيئة ماديّة واجتماعيّة معيّنة، تتأثّر هذه الأخيرة بعدة عوامل ومنها الشخصيّة والاجتماعيّة والمؤسّساتيّة والمجتمعيّة بالإضافة إلى السياسات عامة.

أ. العوامل الشخصيّة:

نعني بها العوامل على مستوى الفرد وتشمل خصائصه لجهة المعلومات، والمعتقدات، والمواقف والقيم والمهارات (المهارات الحياتيّة والمهارات الحسّية الحركيّة)، ومفهومه الذاتيّ وفعاليّته الذاتيّة. في مجال استخدام المخدِّرات قد تشمل هذه العوامل ما يلي:

- نقص في المعلومات حول المخدِّرات وتأثيراتها ونتائجها على المدى القريب والبعيد.
- عدم نضج المهارات الشخصيّة بما فيها المهارات الحياتيّة، كتقدير الذات واتخاذ القرار وحل المشكلات ومواجهة ضغط الأقران وغيرها.
- سن المراهقة الذي يعتبر مرحلة مهمة في حياة الإنسان والذي يتضمن حب المغامرة والتجربة. بالإضافة إلى ذلك، يسعى المراهقون والمراهقات، خلال هذه المرحلة، إلى اكتشاف أنفسهم وتحديد مبادئهم وقيمهم ومثلهم العليا وأدوارهم في العائلة وفي المجتمع وعلى صعيد الوطن والتفكير بمستقبلهم. فيتخلل هذه الفترة طرح العديد من التساؤلات، والبحث عن الحقائق، وتجربة ما هو غريب وجديد والرغبة في تحسين الأداء.
- عدم الانتماء إلى نشاطات اجتماعيّة ورياضيّة وثقافيّة، فينتج عن ذلك أوقات فراغ طويلة غير مستغلّة بطريقة إيجابيّة.
- المعاناة من مشاكل نفسيّة: خلال العقد الأخير، أصبح هنالك معرفة متزايدة تشير إلى أن هنالك درجة عالية من تزامن حدوث أمراض نفسيّة مختلفة لدى الشخص نفسه. والأمر صحيح بالنسبة لأي مرض نفسيّ والتبعية للمخدرات. فلقد أظهرت دراسة أنه بين الناس الذين يعانون من استخدام المخدِّرات (باستثناء المشروبات الكحوليّة)، ٥٣٪ يعانون أيضًا من اضطراب نفسيً آخر واحد على الأقل[viii]، ممّا يحمل على الاعتقاد أن هذه الإضطرابات مرتبطة بسبب تشوهات عصبية حيوية وسلوكية مشتركة. والسؤال الذي يعمل العلماء على حلّه الآن هو: «هل تؤدّي هذه الاضطرابات النفسيّة إلى الإرتهان على المخدِّرات أو العكس؟ أو هل المرض النفسيّ والإرتهان على المخدِّرات هما أعراض ظاهريّة منفصلة للأمراض العصبيّة ذاتها؟»
- وأخيرًا تساهم الخصائص الجينيّة للأشخاص في تطوّر استخدام المخدِّرات والتبعيّة لها. لكنّ هنالك عوامل أخرى كالعوامل الفيزيولوجيّة، والاجتماعيّة، والثقافيّة والشخصيّة التي تلعب دورًا كبيرًا. فطبيعة الإرتهان إلى المواد ذات التأثير النفسانيّ، ليس سببه الجينات فقط بل التفاعل بين هذه الجينات والبيئة. من هنا، فإنّ التعرّض إلى هذه المواد له أثر كبير على شخص يحمل جينات وراثيّة مقارنة بمن لا يحملها[vi].

ب. العوامل الاجتماعيّة:

تتألف من المجموعات الأساسيّة والشبكات الاجتماعيّة الرسميّة وغير الرسميّة، والتعاملات والعادات والأعراف الاجتماعيّة وأنظمة الدعم الاجتماعيّ بما في ذلك العائلة، الأصدقاء، والأقران، والزملاء في العمل. تلعب دوراً مهمّاً في التأثير على سلوكيّات الأفراد وتُقدّم الدعم الذي يساعد الفرد على لعب دوره والقيام بمسؤوليّاته. وقد تتضمّن العوامل التالية:

- تأثير الأقران من خلال الضغط لتجربة المخدِّرات وخصوصًا في مرحلة المراهقة.
- استخدام المخدِّرات من قبل أفراد الأسرة كطريقة لحلّ المشكلات والتأقلم مع مصاعب الحياة وتحدّياتها اليوميّة أو استخدام المخدِّرات أمر شائع في بعض المجتمعات.
- علاقات عائليّة غير متينة أو مفقودة.
- فقدان العلاقات الاجتماعيّة الجيدة المبنيّة على الرعاية والارتباط والمشاركة والقيم الحسنة.

ج. العوامل المؤسّساتيّة:

تشمل النشاطات، القرارات والقوانين المعتمدة في المؤسّسات والمنظّمات التي ينتمي إليها أو يرتادها الفرد كمكان العمل أو المدرسة، المعهد، الجامعة وغيرها. تلعب هذه المؤسسات دوراً مهمًا في تأمين الأمان والدعم لسلوكيّات معينة وتكون مورداً للمعايير والقيم الاجتماعيّة وقناة لنقلها. مثالاً على ذلك، إن عدم توفير التوعية الوقائيّة أو عدم وجود أو تطبيق قوانين على مستوى المؤسّسة مرتبطة بالمخدِّرات يمكن أن يكون عاملًا مؤديا إلى استخدام المخدِّرات.

د. العوامل المجتمعيّة:

تشمل الشبكات الاجتماعيّة والعلاقات بينها ضمن حدود معيّنة حيث يتعدّى تأثيرها الفرد إلى المجتمع الأكبر. ويؤثر مستوى التنسيق بينها وبناء التحالفات على الوعي المجتمعيّ حول قضيّة ما، واتخاذ الضغوط للتأثير في السياسات وإنفاق الموارد. بالإضافة إلى أنّها تلعب دوراً أساسيّاً في تحديد المشاكل والاحتياجات التي يعاني منها المجتمع وطرق معالجتها واستقطاب الموارد الماديّة والبشريّة للاستجابة لها. فالبنية المجتمعيّة تملك السلطة، وقد تدعم أو تعرقل برنامج ما بناءً على النتائج الاقتصاديّة والسياسيّة المتأتّية، عنه والتي قد تضرّ بمصالحها. في قضية المخدِّرات، بإمكاننا الإشارة إلى ما يلي:

- اقتصاد المجتمع مبنيّ على زراعة المخدِّرات والاتجار بها، فيجعلها متوفّرة ممّا يصعّب عملية إصدار و/أو تطبيق القوانين لمنع زراعتها و/أو استخدامها.
- عدم توفّر مرافق تنمي مهارات أفراد المجتمع وتجعلهم يستغلون أوقات فراغهم بطريقة بنّاءة ومفيدة.
- الوصمة والتمييز التي تلحق بمستخدم المخدِّرات وأسرته ممّا يؤثر على استخدامه للخدمات وخصوصًا المرأة التي تستخدم المخدِّرات فتتفاقم المشكلة على المستوى الشخصيّ ومستوى المجتمع.
- عدم توفّر برامج علاجيّة لمستخدمي المخدِّرات أو توفرها لكنّها ذات نوعيّة غير جيدة أو تعتمد على استراتيجيّات لا تتمتّع بدلائل علميّة على مدى جدواها وفعاليتها، أو غير مناسبة للتطوّر الحاصل في مجال المخدِّرات.
- عدم توفّر برامج توعية وقائيّة مدروسة ومبنيّة على أساس المهارات الحياتيّة ضمن المجتمع.

٥. السياسات والتشريعات:

تتضمّن السياسات والقوانين المحلّيّة والوطنيّة والإقليميّة والدوليّة التي تُعنى بقضيّة ما، والتي من المهم العمل على تفعيلها أو تغييرها لتدعم حلّ المشكلة أو تفاديها أو التخفيف من حدوثها وآثارها. وفي بعض البلدان قد تشمل الأمثلة في قضية المخدِّرات لكنّها لا تقتصر على ما يلي:

- القوانين الموجودة فعّالة لكنّها غير مطبّقة، مثلاً قانون يمنع القيادة تحت تأثير المخدِّرات.
- القوانين الموجودة تجرّم مستخدم المخدِّرات وتضعه في خانة التاجر والمروّج.
- القوانين الموجودة تعرقل حصول مستخدم مخدّرات سابق على وظيفة/عمل بالرغم من معالجته وشفائه، وذلك لأنّها تشير في سجلّه العدليّ وغيرها من أوراقه الرسميّة إلى وضعه السابق.
- استراتيجيّة الصحّة العامّة، لم تشمل برامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات.
- تفشّي ظاهرة الفقر في مجتمع ما وعدم وجود سياسة للحدّ منها.
- عدم توفير فرص العمل لمستخدمي المخدِّرات المتعافين.
- عدم وجود إلزامية التعليم.
- عدم وجود إجراءات مطبقة تمنع شراء العقاقير والمخدِّرات عبر الانترنت.

إذًا، وبعد عرض الأفكار أعلاه تتعدّد الأسباب التي تدفع بالأشخاص إلى استخدام المخدِّرات، وتترابط ببعضها البعض.

لماذا التشارك بالحقن؟

بحسب خبرات البرامج الموجّهة إلى مستخدمي المخدّرات، تعود أسباب تشارك مستخدمي المخدّرات لأدوات الحقن أو إعادة استخدام أدوات تمّ رميها من قبل مستخدم آخر إلى:

- عدم توفر أدوات الحقن المعقّمة عند الحاجة؛
- عدم التمكّن من حمل أدوات الحقن بسبب البيئة الاجتماعيّة والعائليّة والقانونيّة؛
- عدم المعرفة بإمكانية الإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ وبأمراض أخرى تنتقل عبر الدم؛
- الاستعارة والإعارة والبيع والتأجير؛
- عدم القدرةعلى شراءأدوات الحقن؛
- احترام واعتماد قواعد وطقوس المجموعة.

٣. ما هي نتائج ومخاطر استخدام المخدِّرات؟

كما ذكرنا سابقاً قد يتعرّض مستخدمو المخدِّرات، بغض النظر عن مرحلة الاستخدام لهذه المواد، إلى مشاكل ومخاطر عديدة؛ صحّيّة واجتماعيّة واقتصاديّة وقانونيّة. المهم في الأمر أن هذه المخاطر قد تحصل في مختلف المجتمعات. قد يقول البعض إنّ «مستخدم المخدِّرات هو إنسان حُرّ يريد أن يؤذي نفسه فليفعل ذلك». لكن ينبغي القول إنّ المخاطر والنتائج السلبيّة تتعدّى مستخدم المخدِّرات وتصيب الأسرة والمجتمع والوطن. لذلك علينا أن نتآزر جميعاً لتفاديها، أو على الأقلّ للتخفيف من حدّتها.

ويمكن تصنيف هذه النتائج والمخاطر على الشكل التالي:

أ. المستوى الصحّيّ:

- المخاطر الصحّيّة المتأتّية عن تأثير المواد على الجهاز العصبيّ، وعلى الجسم، وعلى الصحة النفسيّة لمستخدم المخدّرات (الرجاء مراجعة فقرة المخدِّرات، صفحة ١٥).
- خطر الإصابة بأمراض مختلفة نتيجة لاستخدام المخدِّرات، وأخرى مرتبطة بطريقة استخدام هذه المواد والممارسات والسلوكيّات التي قد تنتج عنها مثلاً: الإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ، وبفيروس التهاب الكبد «ب» و «ج» والالتهابات المنقولة جنسيًّا (الرجاء مراجعة الملحق في نهاية هذا الكتاب).
- خطر على النمو الجسديّ والنفسيّ لدى الأطفال والمراهقين والمراهقات.
- خطر التحمّل والارتهان.

(الرجاء مراجعة فقرة تعريفات للمصطلحات ذات الصلة باستخدام المخدِّرات/ المؤثرات النفسيّة، صفحة ١٨).

- خطر الموت من الجرعة الزائدة (الرجاء مراجع الفقرة صفحة ١٨) أو التسمّم المفاجئ من المادة.
- المخاطر الجسديّة والنفسيّة نتيجة للتعرّض للعنف المرتبط بالبيئة التي يحدث فيها استخدام المخدِّرات وخطر الحوادث بما فيها حوادث السير.
- تتعدّى هذه المخاطر المستوى الفرديّ لتنتشر في المجتمعات، فتعاني هذه الأخيرة من تفشّي الأمراض ومضاعفاتها، على مختلف المستويات، بما في ذلك كلفة علاجها.

ب. المستوى الاجتماعيّ - الاقتصاديّ:

- يؤدي استخدام المخدِّرات والتبعيّة لها، إلى انعزال الأشخاص عن أفراد أسرتهم وعائلتهم بالإضافة إلى انتكاس علاقاتهم الإجتماعيّة الأخرى ما عدا، ربما، علاقاتهم بأقرانهم.
- العزل والتهميش ووالوصم والتمييز من قبل الأسرة والمجتمع لمستخدم المخدرات. بالإضافة إلى معاناة الأسرة القريبة والبعيدة من الوصم والتمييز، وما يتأتى عن ذلك من معاناة وحرمان من حقوقها الإنسانيّة الأساسيّة.
- تؤثر المخدِّرات أيضًا على أداء الأشخاص المدرسيّ أو الجامعيّ أو العمليّ.
- يتعدّى هذا الأثر السلبيّ مستخدم المخدّرات، ليترك بصمته على حياة الأسرة من مختلف نواحيها؛ فتنشأ المشاكل الزوجيّة، ويتأثر الأطفال وبقية أفراد الأسرة نفسيًّا. وقد تعاني الأسرة من مشاكل على المستوى الإقتصاديّ.
- تتأثر المؤسّسات والمجتمع والوطن أيضاً على المستوى الاقتصاديّ بسبب فقدان الفئة العمريّة المنتجة نتيجة لاستخدام المخدّرات، بالإضافة إلى الكلفة المادية لجهة تأمين العلاجات لمستخدمي المخدِّرات وإعادة التأهيل وبرامج الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات وغيرها من العلاجات لأمراض كالتهاب الكبد الفيروسي «ب» و «ج» وفيروس نقص المناعة البشريّ.

ج. المستوى القانونيّ والأمنيّ:

- بالإضافة إلى كون استخدام المخدّرات إشكاليّة للصحّة العامة، هنالك اتفاقيات دوليّة، مصادق عليها من معظم دول منطقتنا، تُلزم الدول لاعتبار المخدِّرات غير القانونيّة مشكلة قانونيّة. من هنا، تسنّ الدول القوانين وتصدر التشريعات وآليات التنفيذ لتضمن حماية مواطنيها من آفة المخدِّرات. في معظم بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يعامل مستخدم المخدِّرات على أنه شخص مخالف للقانون مع اختلاف معنى ذلك فعليًّا من بلد إلى آخر.
- قيام أو انخراط مستخدمي المخدّرات في الأعمال الإجراميّة ربما بهدف تأمين المادة.
- إيقاف وسجن مستخدمي المخدّرات حين ضبطهم عند قيامهم بالإتجار أو الترويج للمخدّرات أو بممارسات جنسيّة مقابل المال بهدف تأمين المادة؛ إذ كلّ هذه الممارسات هي مخالفة للقانون. يتسبّب هذا الأمر بارتفاع عدد السجناء وكلفة إقامتهم في السجون واكتظاظ السجون ممّا قد يؤدي إلى مشاكل صحّيّة وسلوكيّة.
- انتشار العنف والجريمة وحوادث الطرقات والمشاكل الأخرى ذات العلاقة باستخدام المخدِّرات.

الفصل الثالث الوصم والتمييز

هنالك حاجز من الصمت في مجتمعاتنا الشرقيّة يلفّ آفة استخدام المخدِّرات والمخاطر ذات الصلة، وذلك نتيجة لضخامة حجم الوصم المرتبط بها والمفهوم الخاطئ الشائع بين الناس. ومن منّا لم يكن لديه موقف سلبيّ تجاه مستخدمي المخدِّرات ذكورًا كانوا أم إناثًا!! ويعود ذلك إلى عدة أسباب سنبينها لاحقاً. لكن بالرغم من ذلك، نملك نحن القادة الدينيّين مسلمين ومسيحين، المفاتيح التي بإمكانها التأثير إيجابًا على هذه الأسباب، وتغييرها. فنحن نحتلّ مركزًا فريدًا للتخفيف من نتائج الوصم والتمييز على مختلف المستويات، علّنا نمنع تفاقم مشكلة المخدِّرات والمخاطر الأخرى ذات الصلة.

١. لماذا نتميّز بهذا التوصيف؟

- لأننا نلعب دورًا أساسيًّا في مجتمعاتنا المسيحيّة والمسلمة من خلال التأثير في القيم الشخصيّة والمجتمعيّة والمساهمة في ثقافة هذه المجتمعات. ومن هنا نحن في موقع مميز للمساهمة في الحدّ من الوصم والتمييز من جهة، وإعادة إندماج مستخدمي المخدِّرات من جهة أخرى، وتأمين الخدمات العلاجيّة والوقائيّة لهم.
- لأن لدينا القدرة على التخفيف وربما إنهاء الشعور بالذنب لدى مستخدم المخدّرات، ودحر الرفض والوصم والتمييز الذي يعيشه مستخدمو المخدِّرات وأسرهم، وفتح باب الرحمة والرأفة التي تنادي بها كلّ الأديان، وإعطاء الأمل والوصول إلى الشفاء.
- لأن مجتمعاتنا تثق بنا، ولأننا نملك مصداقية عالية باعتبارنا قدوة لغيرنا في المجتمع.
- لأنّ استخدام المخدِّرات خطر على الكرامة الإنسانيّة والصحّة الروحيّة والحياة العائليّة، وعلى جهود التخفيف من الفقر وعلى تطوّر المجتمعات. لذامن واجباتنا، كقادة دينيّين، خدمة المجتمع وتوفير الأمان والطمأنينة والمحبّة ضمنه.
- لأنّ من مهمتنا كقادة دينيّين إعطاء قيمة للحياة الإنسانيّة واحترام الكرامة الإنسانيّة. كما أن الدين، نهى عن الوصم والتمييز وطلب منا أن نكون بالقرب من الناس واحترام الآخر وقبوله؛ «لا تدين كي لا تدان». أليست هذه تعاليمنا مسلمين كنا أم مسيحيّين؟

» قبول الآخر نظراً لقيمته كإنسان ووفقاً لمبادىء المحبة والتسامح والرحمة التي تُعلِّمنا إيّاها أديانّنا.

إن مستخدم المخدّرات هو إنسان يتمتّع بكامل حقوقه دون تمييز، كما تنصّ على ذلك مواثيق حقوق الإنسان.

إعلان بيروت للقادة الدينيين للحدّ من مخاطر استخدام المخدّرات.
لبنان ١٢ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٢ «

» ربما يكون أحد مستخدمي المخدرات

هو إبني أو إبنك- سوريا

أحد موقعي عريضة دعم حقوق مستخدمي المخدّرات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا «

٢. كيف يمكن المساعدة؟

- في البداية يجب أن نعترف بمستخدمي المخدِّرات كباقي أفراد المجتمع.
- أن نطّلع على موضوع الوصم والتمييز من مختلف جوانبه.
- أن نراجع مواقفنا وأفكارنا المسبقة المرتبطة بمستخدمي المخدِّرات وخصوصًا النساء منهم، ومواقفنا من مستخدمي المخدِّرات المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشريّ أو فيروس التهاب الكبد ب أو ج.
- أن نتّخذ موقفًا رافضًا للوصم والتمييز.

> يجب فتح باب التوبة والرجاء للإنسان. الكتابات الدينيّة تعطي تعزية، والخطاب الدينيّ له صفة الحميميّة والدفء، وخطابنا يجب ألا يجرم الناس.
>
> إجتماع ا لقادة الدينيين
> المناصرة والحد من المخاطر
> بيروت. كانون الأول/ديسمبر٢٠١٢

- أن نعامل مستخدم المخدِّرات كإنسان له كرامة، فنمتنع عن التقليل من احترامه أو تذليله، أو تقديم الموعظه له، أو النفور منه. أو أن نساهم في نشر شائعات وأقاويل تمسّ بسمعته وشرفه وكرامته. بل أن نصغي إليه ونقف إلى جانبه وجانب أسرته مساهمين في حصوله على حقوقه كإنسان.
- أن نشجّع التجمّعات والكنائس والمساجد على عدم الوصم والتمييز واعتماد سلوكيّات تحترم كرامة كافة أفراد المجتمع.
- أن نتبنّى عمليّة المصالحة بين الأسر والمجتمعات المنقسمة نتيجة لاستخدام أفرادها للمخدّرات.

أدوار أخرى كثيرة علينا القيام بها للحدّ من الوصم والتمييز تجاه مستخدمي المخدِّرات لتأمين حياة كريمة لهم ولهن، بحيث سيتم عرضها في فصل آخر. أما الآن، فسنكتشف سويّة ما معنى الوصم والتمييز، أسبابهما ونتائجهما.

٣. ما هو الوصم؟

لقد عُرّف الوصم على أنّه المواقف السلبيّة المهينة من قبل الأفراد أو المجتمع والتي تحطّ من قيمة وكرامة شخص أو أشخاص بسبب انتمائهم إلى مجموعة معيّنة بسبب سمة أو صفة معيّنة، مثلاً: الإصابة بمرض ما أو تشوه، اختلاف لون البشرة أو الجنس أو الدين وغيرها. وما يهمنا في حقيبتنا هذه، التركيز على الوصم والتمييز اللّذيْن يعاني منهما مستخدمو المخدِّرات.

تؤدّي هذه المواقف السلبيّة الناتجة عن تصوّرات ومعتقدات ومشاعر وأفكار مسبقة خاطئة وسلبيّة، إلى تغير جذريّ في طريقة نظر الأفراد إلى أنفسهم، أو الطريقة التي يُنظر بها إليهم من قبل الآخرين.

كما أن المرأة التي تستخدم المخدِّرات تعاني من الوصم أكثر من الرجل في مجتمعاتنا، بالرغم من أن الرجل أيضًا قد يقوم بممارسات خطرة لحصوله على المادة؛ لكنّ المجتمع والعائلة تكونان أكثر تقبّلاً له[iv]: «إذا كنت أنثى في مجتمعنا تستخدم المخدِّرات، سيتم وصمك، مهما كان الأمر»، سيدة تونسية، العمر ٣١ سنة وتستخدم المخدرات منذ ١٠ سنوات. «الله يسامح لكن الناس كلا»، سيدة من المغرب، العمر ٤٥ سنة وتستخدم المخدِّرات منذ ٢٠ سنة.

ويتأثّر ذلك بمعايير النوع الاجتماعيّ المرتبطة بالتوقّعات والأدوار وغيرها من الأمور.

٤. ما هي أسباب الوصم؟

تتعدّد أسباب الوصم وتتشابه ومن الممكن أن تشمل ما يلي:

- النقص في فهم مشكلة استخدام المخدِّرات والمخاطر الأخرى المرتبطة بها فهمًا واضحًا.
- خوف المجتمع من مستخدمي المخدِّرات لاعتقادهم أنّهم سيقومون بتشجيع من يحيط بهم على استخدامها.
- الخوف من الإصابة بالأمراض التي قد يكون مصابًا بها مستخدم المخدِّرات حيث أن البعض منها لا يمكن الشفاء منه.
- الاعتقاد أن استخدام المخدِّرات مرتبط بممارسات أخرى مرفوضة دينيًّا واجتماعيًّا كالسلوك الجنسيّ خارج إطار الزواج، وتعدّد الشركاء الجنسيّين والسرقة والقتل وغيرها.
- عدم حصول مستخدمي المخدِّرات وأولئك المصابين بفيروس نقص المناعة البشريّ والتهاب الكبد الفيروسي«ب» و «ج» على العلاج، في بعض المجتمعات. بالإضافة إلى فشل بعض البرامج العلاجيّة وبرامج إعادة التأهيل في إخراج مستخدم المخدِّرات من المشكلة.
- ربط استخدام المخدِّرات بعدم المسؤوليّة الشخصيّة، أو بعدم الالتزام بالمعايير الاخلاقيّة والدينيّة ممّا يستحقّ العقاب.
- النظر إلى استخدام المخدِّرات وخصوصًا إلى الإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ على أنهماعقاب من الله.
- تجريم مستخدم المخدِّرات في كافة بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.
- المفهوم الخاطىء الذي يكوّنه الإعلام في مختلف البلدان عن مستخدمي المخدِّرات باعتبارهم مجرمين، وهم المسؤولون عن تصرّفهم.

٥. كيف تتمّ ترجمة الوصم فعلياً؟

يتجلّى الوصم من خلال المعاملة غير العادلة من قبل مستخدم المخدِّرات لذاته، أو من قبل الآخرين لأيّ فرد أو لأحد المقربين منه(ها) على أساس استخدامه أو إمكانيّة استخدامه للمخدّرات أو إصابته(ها) بأحد مخاطرها. وهذا ما يعرف أيضًا بالتمييز الذي يعتبر انتهاك واضح وصريح لحقوق الإنسان، ويمكن أن يشمل المستويات التالية:

أ. مستخدم المخدِّرات:

- الانسحاب الاجتماعيّ والعزلة.
- عدم إظهار مشاعر العاطفة تجاه أفراد الأسرة أو تقبّلها.
- رفض مساعدة الآخرين.
- التوقّف عن العمل لاعتباره غير قادر على تحمّل المسوؤليّة في عمله.
- العنف ضد الذات والانتحار.
- عدم الاهتمام بالصحّة، وإجراء فحص الإيدز أو أخذ العلاج أو إجراء الفحوصات اللازمة وغيرها.
- الشعور بالذل عند حرمانه من المأوى والرعاية والعناية والطعام، وسوء معاملته من قبل الشرطة وغيرهم.

ب. العائلة والمجتمع:

- وصف الأشخاص أنهم «مختلفون»، «خارجون عن الدين»، «كفار»، «منحلّون»...
- استخدام كلمات مثل «نحن» و «هم» - ممّا يساهم في زيادة المسافات ويؤدي إلى التجنّب والابتعاد والعزلة.
- الاعتداء العلنيّ من خلال الإهانة اللفظيّة، التحرّش اللفظيّ، تشويه السمعة والتشهير، وإلقاء اللوم.
- النبذ والطرد من قبل العائلة وخصوصًا للإناث، والحرمان من الحقوق العائليّة كالبقاء مع الأطفال وكالميراث وغيرها بالإضافة إلى الهجر والطلاق.
- تجنّب العلاقة اليوميّة والابتعاد.
- العنف الجسديّ.
- الطرد من مكان السكن أو من أماكن التبضّع أو المقهى أو دور العبادة وغيرها.

ج. المؤسّسات:

- الطرد من العمل أو المؤسّسات التعليميّة.
- الحرمان من الحصول على الرعاية والدعم والخدمات الطبيّة والاجتماعيّة أو تقديم رعاية ذات نوعيّة سيئة، رفض قبول التسجيل في التأمين الصحّي في حال كان مستخدم المخدِّرات متعايشًا مع فيروس نقص المناعة البشريّ مثلاً وغيرها.
- منعهم من الوصول إلى معلومات صحّيّة أو وسائل الوقاية كالواقي الذكريّ أو المحاقن والإبر.
- انتهاك السريّة من قبل مقدّمي الخدمات.
- الحرمان من الدخول الى المعابد الدينيّة او الحديث الدينيّ الذي يدينهم مؤدّياً الى ارتفاع الوصم من قبل المجتمع.

د. الدولة:

- استخدام العنف اللفظيّ والجسديّ والجنسيّ (خصوصًا لدى الإناث المستخدمات) عند القبض على مستخدمي المخدِّرات.
- عدم السماح لهم بالسفر إلى بلد ما أو الحصول على حق اللجوء والهجرة.
- إخراجهم من البلد.
- عدم وضع البرامج المناسبة لمستخدمي المخدّرات وأولئك المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشريّ أيضاً، وتوفير الموارد اللازمة لمواجهة الوباء.

»

مستخدم المخدّرات هو ضحية مرتين: ضحيّة التعاطي وضحية القوانين.
توقيف مستخدم المخدرات بالسجن جريمة شنيعة والمطلوب معالجته للخروج ممّا هو فيه واستخدام وسائل الحدّ من المخاطر.

إجتماع القادة الدينيين
المناصرة والحد من المخاطر
بيروت. كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٢

«

٦. ما هي آثار الوصم والتمييز؟

أ. على مستوى مستخدمي المخدِّرات:

- انتقاص من كرامة الأشخاص.
- حرمانهم(هن) من حقوقهم(هن) على مختلف مستويات الحياة الإنسانيّة، ومنها حقّهم(هن) بالعلم، والعائلة، والعمل، والخصوصيّة، والمساواة أمام القانون والزواج وإمكانية إنجاب الأطفال، وحرية التحرّك والحصول على الرعاية الصحّيّة والعناية والعلاج والوقاية والمشاركة في المجتمع والحياة العامة.
- خوفهم(هن) من اكتشاف أمرهم(هن) من قبل الآخرين ومن الوصم والتمييز والسجن يمنعهم(هن) من طلب الدعم والرعاية والعلاج من التبعيّة أو خدمات الحدّ من المخاطر ممّا قد يمكنهم(هن) من عيش حياة كاملة وصحّيّة. كما يمنعهم(هن) من استخدام السلوكيّات الوقائيّة لعدم إثارة الشكوك أو الإفصاح عن إصابتهم(هن) حتى إلى أقرب الناس إليهم.
- عدم تمكنهم(هن) من الحصول على المعلومات لحماية أنفسهم(هن) من مخاطر المخدِّرات ومنها الجرعة الزائدة، والإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ، وغيرها وبالتالي استخدام الوقاية لمنع انتقال هذه الأمراض إلى غيرهم.
- الوصم الذاتيّ أي عندما يفرض مستخدمو المخدِّرات على أنفسهم(هن) الشعور بالنقص والاختلاف، وعدم الجداره. يكون شعورهم(هن) الغضب، الكراهية تجاه الذات، العار، الذنب، الدونيّة، لوم الذات، الوحدة، فقدان تقدير الذات والثقة بالنفس، التوتّر بشكل كبير، الكآبة، الخوف، إنكار الوضع. وتشعر النساء أنهنّ خسرن أنوثتهن وأنهن لا تصلحن لانّ يكنّ أمهات وربّات عائلة. وتشتدّ حدة الوصم الذاتيّ عندما يفتقد مستخدم المخدِّرات إلى نظام دعم وقد ينتهي الوضع بطريقة مأساويّة كالانتحار.
- مشاعر سلبيّة تجاه الأشخاص الذين يتسبّبون في التمييز ضدهم.
- رفض التوقّف عن استخدام المخدِّرات بسبب فقدان الأمل نتيجة للوصم والتمييز.

يختلف تأثير الوصم والتمييز على مستخدمي المخدِّرات ويتضاعف في حال كانوا أيضًا متعايشين مع فيروس نقص المناعة البشريّ، أو ينتمون إلى مجموعات أخرى، كعاملي الجنس أو الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. وتتأثّر النساء والفتيات بشكل أكبر بالوصم والتمييز اللذيْن يجعلهنّ أكثر عرضة لمخاطر أخرى ذات علاقة.

ب. على مستوى المجتمع:

- استمراريّة جدار الصمت المرتبط بالمخدِّرات والأوبئة ذات العلاقة.
- عدم إدراك الآخرين لحقيقة انتشار مثل هذه الظاهرة، وبالتالي عدم التزامهم بالسلوكيّات الوقائيّة.
- تتعدّى نتائج الوصم والتمييز مستخدم المخدِّرات لتشمل أطفاله(ها)، وأسرته(ها)، من حيث رفضهم وإبعادهم، فتحصل إمكانيّة تعرّضهم للعنف أو الاصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ، الاكتئاب وفقدان الأمل، القيام بمسؤوليّات الكبار، فقدان الثقة والحبّ، التشرّد، وغيرها.

ج. على مستوى جهود مكافحة انتشار استخدام المخدِّرات والأوبئة ذات العلاقة:

- تفاقم انتشار آفة استخدام المخدِّرات، والأمراض المرتبطة بها مثل فيروس نقص المناعة البشريّ والتهاب الكبد الفيروسي «ب» و «ج» وغيرها.
- كلفة العلاج والاستشفاء من التسمّم من المادة والجرعة الزائدة.
- كلفة العلاج والاستشفاء في حال الإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ والتهاب الكبد الفيروسي «ب» و «ج».
- الكلفة الاقتصاديّة لجهة نقص الإنتاجيّة بين صفوف الجيل المنتج بسبب الوفيّات نتيجه لاستخدام المخدِّرات والإصابة بالآفات ذات العلاقة.

»

من حق مستخدمي المخدّرات حماية أنفسهم والاستفادة من الخدمات الصحيّةّ المتاحة والبرامج والاستراتيجيّات المعتمدة للحدّ من مخاطر استخدام المخدّرات.

من حقّ مستخدمي المخدّرات الحصول على كافة حقوق الإنسان، والوصول إلى الخدمات الصحّيّة والعلاجيّة وخدمات الرعاية الاجتماعيّة والنفسيّة والروحيّة.

«

إعلان بيروت للقادة الدينيّين للحدّ من مخاطر استخدام المخدّرات، لبنان ١٢ كانون الأول/ديسمبر

٧. عريضة دعم حقوق مستخدمي المخدِّرات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا - مينارة ٢٠١٠

«نحن الموقعين أدناه، استنادًا إلى وقائع وأدلّة وشهادات مستخدمي المخدِّرات، نعرب عن تأييدنا لكلّ مستخدمي المخدِّرات من جميع أنحاء العالم وخصوصًا في منطقتي الشرق الأوسط وشمال إفريقيا للحصول على حقوقهم بشكل كامل، كما هو مذكور في الإعلان العالميّ لحقوق الإنسان:

- الحقّ في الصحّة والخدمات ذات الصلة.
- الحق في العيش بكرامة، والدعم على نحو شامل من قبل حكوماتهم، أهلهم، والمجتمع.
- الحق بالعلاج بدل السجن؛ فمستخدم المخدِّرات ضحيّة وليس مجرمًا.
- الحق في الاعتراف بهم وقبولهم من قبل المجتمع والأهل، بدل وصمهم والتمييز ضدهم، بما يجعلهم أشخاصاً أكثر إيجابية وكفاءة وإنتاجية.

ونحن ندعو أيضا لإدراج وتطبيق استراتيجيّات الحدّ من المخاطر في قوانين وسياسات دول المنطقة من أجل تحسين وضع الصحّة العامّة على صعيد الإقليم وخفض انتشار فيروس نقص المناعة البشريّ والالتهابات المنقولة جنسيًّا الأخرى ذات الصلة باستخدام المخدِّرات، ممّا سيؤدي إلى تحسّن صحة مستخدمي المخدِّرات والسماح لهم تدريجيًّا بأن يصبحوا أعضاء منتجين في مجتمعاتهم.

دعم العريضة ٧٥٤ شخصًا ووقعها ٣٦٨ شخص، ٦٢٪ من بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وتحديدًا من لبنان، المغرب، مصر، الكويت، فلسطين، أفغانستان، إيران، باكستان، سوريا، عمان، الأردن، تونس، الجزائر، البحرين، واليمن.
وصدرت التوْقيعات عن مستخدمي المخدّرات، وأخصائيين في الصحّة العامّة والاجتماع، ورؤساء منظّمات، ومتخصّصين حكوميّين، ومؤسّسات معنيّة، وشبكات من الناشطين، وقادة دينّيين[x].

» لا يوجد شيء بنّاء في تجريم ووصم إرتهان المخدرات. إذا كانت الحكومات مهتمة في حماية المجتمع، فإنها تحتاج إلى وضع قوانين أفضل. مستخدم المخدرات يحتاج إلى العلاج وإعادة التأهيل، وليس إلى الاضطهاد والملاحقة القضائية - **الكويت**

أحد موقعي عريضة دعم حقوق مستخدمي المخدرات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا «

» ليس من العدل إبقاء مستخدمي مخدرات سابقين مع سجلات ملطخة، تهميشهم من قبل المجتمع وسوق العمل ووصمهم لخمس سنوات قبل أن يتمكنوا من تنظيف سجلاتهم - **لبنان**

أحد موقعي عريضة دعم حقوق مستخدمي المخدرات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا «

الفصل الرابع الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات

١. ماذا نعني بالحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات؟

الحدّ من المخاطر هو «مجموعة من الاستراتيجيّات غير المكلفة، والتي يتمّ تنفيذها بسهولة من خلال السياسات والبرامج والممارسات، والتي تهدف إلى الحدّ من الآثار السلبيّة لاستخدام المخدِّرات على الصحّة والحالة الاجتماعيّة والاقتصاديّة لمستخدمي المخدِّرات»، مينارة، ٢٠١٢ [xi].

لقد حرّمت الأديان استخدام المخدِّرات والعلاقات الجنسيّة خارج إطار الزواج وذلك لما فيه خير المجتمعات وصحّة أفرادها الجسديّة والنفسيّة والعقليّة والاجتماعيّة. إلّا أنّه، في كافة المجتمعات، هنالك بعض الأشخاص الّذين، لم ولن يلتزموا بالتعاليم الدينيّة. وإذا أخذنا بعين الاعتبار، أنّ المخاطر المرتبطة باستخدام المخدِّرات والناتجة عنها، تطال مستخدمي المخدِّرات أنفسهم وأسرهم والمجتمع بأكمله. وبما أن الله أوصانا بالتسامح وتقبل الآخر وإرشاده إلى الطريق الصحيح، فمن الضروري أن نعمل مع مستخدمي المخدِّرات، دون إدانتهم، بهدف إنقاذهم وإنقاذ المجتمع ككل.

> المبدأ الذي ننطلق منه أننا لا نحلّل المخدّرات ولا الزنى، ولكن من مبدأ مساعدة المريض. ومستخدم مخدّرات هو مريض، بحاجة لعلاج.
>
> **إجتماع القادة الدينيين / المناصرة والخدمن المخاطر بيروت. كانون الأول /ديسمبر٢٠١٢**

وحيث أنّ توجّه الحدّ من المخاطر مبني على مبدأ القبول بأن هنالك دائمًا أشخاص سيستخدمون المخدّرات، وأنّه من غير الممكن القضاء على انتشار هذة الآفة. وأقلّ ما يمكننا القيام به هو الوقاية من مخاطر هذا الاستخدام. فلذلك يجب التوضيح على أنّ هذا التوجّه لا يعني التشجيع باستمرار استخدام المخدّرات، بل العمل على الحدّ من المخاطر المرتبطة والمشاكل المنبثقة منه سواء أكان صحّيًّا أم إجتماعيًّا.

> الحدّ من المخاطر ينقذ حياة ... ماذا بالإمكان القول أكثر من ذلك؟ - **اندونيسيا**
>
> **احد مؤقعي عريضة دعم حقوق مستخدمي المخدرات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا**

إذ تشير دراسة نشرت عام ٢٠٠٢ قامت بمقارنة انتشار فيروس نقص المناعة البشريّ في ١٠٣ مدن، في ٢٤ بلدًا، أن معدّل الإصابة بالفيروس قد انخفض بمعدل ١٨,٦٪ سنويّاً في ٣٦ مدينة، تُقدّم برامج تبادل وتوفير الإبر والحقن. بينما زاد بمعدل ٨,١٪ سنويًّا في ٦٧ مدينة تنقصها هذه البرامج[xii]. ويشير المصدر نفسه إلى أنه ليس هنالك من أدلّة مقنعة، من بدء الحقن بين مجموعات من مستخدمي المخدِّرات لم يحقنوا مسبقًا، أو زيادة في مدة وتكرار استخدام المخدِّرات، أو الحقن نتيجة لهذه البرامج. كما تدلّ مراجعة للنتائج السلبيّة المرتبطة بهذه البرامج والتي أجريت عام ٢٠٠٤، أن هذه البرامج لا تشجّع على الإكثار من تكرار الحقن، أو من استخدام الحقن من قبل المستخدمين الذين لا يحقنون، كما لا تؤثر على دوافع المستخدم للتخفيف من استخدام المخدِّرات[xiii].

ويأتي نهج الحدّ من المخاطر من ضمن تدخّلات الوقاية الثالثيّة في معجم الصحّة العامّة. ماذا نقصد بذلك؟ في مجال الصحّة العامّة هنالك ثلاثة مستويات للوقاية وتعرف بالوقاية الأوليّة، الوقاية الثانويّة والوقاية الثالثيّة:

- **الوقاية الأوليّة (Primary Prevention)**: تهدف إلى حماية الأشخاص الأصحّاء في المجتمع من الأمراض أو التعرّض للإصابات. وتشمل أمثلة عن الأنشطة التالية: تثقيف الأفراد والمجتمع حول المخدِّرات ومخاطرها، بناء مهارات التأقلم وتقدير الذات، فحوصات دوريّة واختبارات الرصد لعوامل الخطر لمرض ما، اللقاحات للأمراض المعدية، التحكّم بالمخاطر المحتملة في المنزل أو مكان العمل أو تحسين البيئة، وغيرها.

- **الوقاية الثانويّة (Secondary Prevention)**: تحدث هذه التدخّلات بعد أن يتمّ تشخيص مرض ما أو عوامل خطورة معيّنة. الهدف منها الشفاء أو إبطاء تقدّم المرض (إن أمكن) في مراحله المبكرة أو التخفيف من مخاطره على الشخص والمجتمع. وفي حالة الإصابة يكون الهدف هنا الحدّ من العجز على المدى الطويل ومنع إعادة الإصابة. وتتضمّن التدخّلات المبكرة، التصوير الشعاعيّ للكشف عن السرطان، فحص النظر للمياه الزرقاء، تقديم عمل مناسب للعمال المصابين، أخذ جرعة خفيفة من الأسبرين لوقاية الأشخاص من الإصابة بنوبة قلبيّة، متابعة ومعالجة أصحاب الضغط المرتفع، معالجة مستخدم المخدِّرات ومتابعته، تثقيف الأسرة حول علامات استخدام المخدِّرات وكيفية التصرّف في حال معاودة استخدام المخدِّرات من قبل أحد أفراد العائلة الذي تتمّ معالجته.

- **الوقاية الثالثيّة (Tertiary Prevention)**: تتضمّن تدخّلات علاجيّة وإعادة التأهيل للأشخاص الّذين باتوا متعايشين مع الأمراض وغيرها. وتركّز على مساعدة الأشخاص في إدارة مشاكل صحيّة مزمنة بهدف الوقاية من تدهور صحّتهم الجسديّة وتحقيق أقصى قدر من حياة نوعيّة. تشتمل التدخّلات على برامج إعادة التأهيل لمرضى الجلطة القلبيّة، مجموعات دعم المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشريّ، معالجة نتائج استخدام المخدّرات، برامج الحدّ من المخاطر وغيرها.

٢. ما هي الغاية من الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات وأهدافها؟

إنّ الغاية الأساسيّة من برامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات هي التخفيف من عواقب استخدام المخدِّرات من خلال التقليل من الأذى الذاتيّ المـتأتّي عن الممارسات الخطرة والأذى على المجتمع[xiv]. وتهدف هذه البرامج إلى:

- الإبقاء على مستخدمي المخدِّرات على قيد الحياة، بصحّة جيّدة وبإنتاجيّة إلى أن يتجاوبوا مع العلاج أو إلى أن يتوقفوا عن استخدام المخدِّرات.
- الحدّ من تجريم مستخدم المخدِّرات وما ينتج عن ذلك من الإساءة إلى حقوقه كإنسان بما فيها الوصم والتهميش والتمييز، وعدم الحصول على الخدمات الاجتماعيّة والصحّيّة الأساسيّة، إلخ...
- التخفيف من الكلفة الاجتماعيّة والاقتصاديّة لاستخدام المخدِّرات والإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ/الإيدز وغيره من الأمراض والالتهابات.
- التخفيف من الكلفة القانونيّة المرتبطة بنظام العدالة، وسجن مستخدم المخدِّرات.

٣. لماذا استراتيجيّة الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات؟

لقد تعدّدت الاستراتيجيّات المعمول بها لمواجهة مشكلة استخدام المخدِّرات، لكنّها بالرغم من النجاحات التي حقّقتها لم تحسم موضوع «العرض والطلب»، كما أن العلاجات التقليدية مع بعض الأشخاص لم تعطِ النتيجة المراد تحقيقها. ومع تفشّي وباء فيروس نقص المناعة البشري والتهاب الكبد الفيروسي "ب" و "ج"، وزيادة عدد الإصابات بين مستخدمي المخدِّرات بالحقن، ضمن توفر دلائل محدودة تدعم فعاليّة البرامج التي تدعو إلى تعقيم أدوات الحقن للحدّ من انتشار فيروس نقص المناعة البشريّ بين صفوف أولئك[xv]، كان لا بد من التفكير باستراتيجيّة تتعامل مع الواقع، حيث أصبح هنالك معرفة أكثر حول مشكلة المخدِّرات والإرتهان وواقع مستخدم المخدّرات واحتياجاته، على أن تكون مبنيّة على احترام حقوق مستخدم المخدِّرات كإنسان بإمكانه أن يكون منتجًا وفاعلًا في مجتمعه. ومن الجدير ذكره، أن هذه الاستراتيجيّة وبرامجها، إنّما تأتي مكمّلة للأستراتيجيّات والبرامج الأخرى كبرامج إزالة السمية، وإعادة التأهيل مثلاً، وذلك بهدف تأمين مروحة متكاملة من الخدمات التي تستجيب لاحتياجات مجموعة متنوّعة من مستخدمي المخدِّرات.

> مستخدمو المخدّرات ليسوا مجرمين، هم كغيرهم من الناس إلّا أنّهم أخذوا الطريق الخطأ ومن مسؤوليّتنا إرشادهم إلى السلامة. وبالإمكان القيام بذلك من خلال تطبيق الحدّ من المخاطر والذي من شأنه السيطرة على استخدام المخدّرات بفعاليّة وانتشار فيروس نقص المناعة البشريّ والتهاب الكبد الفيروسي - لبنان.
>
> أحد مؤقعي عريضة دعم حقوق مستخدمي المخدرات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

٤. ما هي البرامج المرتبطة بالحدّ من المخاطر؟

بحسب الأمم المتّحدة هنالك عشرة برامج، على الشكل التالي:

١. برامج تبادل / توفير الإبر والحقن(Needle & syringe programs; NSP)
٢. علاج التبعيّة وخاصة العلاج بالبدائل
(Opioid substitution therapy; OST & other evidence-based drug dependence treatment)
٣. المشورة واختبار فيروس نقص المناعة البشريّ (HIV testing & counseling; HTC)
٤. العلاج بمضادات الفيروسات القهقريّة (Anti-retroviral treatment)
٥. الوقاية والعلاج من الالتهابات المنقولة جنسيّاً (Prevention and treatment of Sexually Transmitted Infections)
٦. برامج توفير وتوزيع الواقي الذكري لمستخدمي المخدِّرات بالحقن وشركائهم الجنسيّين (Condom programs)
٧. برامج المعلومات والتثقيف والتواصل موجهة إلى مستخدم المخدِّرات/شركائهم الجنسيّين
(Information, Education, Communication Programs for DU & sexual partners)
٨. الوقاية والمعالجة من التهاب الكبد الفيروسي والتلقيح ضد التهاب الكبد الفيروسي "ب"
(Vaccination, Diagnosis and Treatment of Viral Hepatitis)
٩. الوقاية من السل وتشخيصه ومعالجته (Prevention, Diagnosis and Treatment of Tuberculosis)
١٠. توفير النالوكسون للوقاية من الجرعة الزائدة (Naloxone)

تعتبر هذه البرامج أساسيّة واستراتيجيّة لمعالجة آفة استخدام المخدِّرات وأثرها على انتشار فيروس نقص المناعة البشريّ والتهابات الكبد الفيروسي «ب» و «ج» على المدى البعيد.

أما بالنسبة لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا فلقد ازدادت الإصابات بفيروس نقص المناعة البشريّ في السنوات العشر الماضية. ومن المتوقّع أنّ هذه المنطقة ستواجه انتشارًا أكبر للوباء مستقبلًا. ومن هنا فإن مستخدمي المخدِّرات معرّضون بشكل أكبر لهذا الوباء، ومن الممكن أن يساهموا أيضًا في تفاقم انتشار هذه الأوبئة. ويشير الجدول أدناه إلى بعض برامج الحدّ من المخاطر التي يتمّ تقديمها في بلدان عمل مينارة.

»
إني أدعم جميع أنواع طرق العلاج بما في ذلك الامتناع وبرامج البدائل، مؤكّدا على الحاجة إلى برامج إعادة التأهيل ورعاية ما بعد العلاج والتعافي. - عُمان

احد موقعي عريضة دعم حقوق مستخدمي المخدرات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

«

جدول: برامج الحدّ من المخاطر المتوفّرة في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

البرامج	سياسات الحدّ من المخاطر ضمن الخطة الاستراتيجية الوطنيّة للإيدز	مستخدمو المخدّرات بالحقن ضمن الخطة الاستراتيجية الوطنيّة للإيدز	برامج توفير الإبر والحقن	العلاج بالبدائل	توفير النالوكسون/ برامج الوقاية من الجرعة الزائدة	المشورة واختبار فيروس نقص المناعة البشري	توزيع الواقي الذكري
أفغانستان	★		★ توسيع نطاق البرنامج	★ برنامج تجريبي		★	★
إيران	★		★ توسيع نطاق البرنامج	★		★	
الإمارات العربية المتحدة	★			★ برنامج تجريبي		★	
الأردن		★	★ توسيع نطاق البرنامج			★	
البحرين		★				★	
العراق							
الكويت				★			
الجزائر		★			★		
المغرب	★		★ توسيع نطاق البرنامج	★ توسيع نطاق البرنامج		★	★
المملكة العربية السعودية							
اليمن							
باكستان	★		★ توسيع نطاق البرنامج	★		★	★
تونس		★	★ توسيع نطاق البرنامج		★	★	★
قطر							
فلسطين		★	★ توسيع نطاق البرنامج	★	★	★	
لبنان	★		★	★	★	★	★
ليبيا		★				★	
عُمان	NSP (Pilot)	★	توقف البرنامج	مخطط له		★	
مصر	NSP (Pilot)	★	توقف البرنامج (2006)		★	★	★
سوريا		★			★	★	

ومن الملاحظ أن بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تواجه مستويات مختلفة للوباء بين مستخدمي المخدِّرات وتحديات مختلفة لفهم الوضع والتخطيط للخدمات وتقديمها. أما البلدان التي أحرزت تقدّمًا، فلقد تمكّنت من ذلك بسبب توفّر جسم قويّ وملتزم مسؤول عن الإيدز، ووجود منظّمات مجتمع مدنيّ تعمل في مجال الوقاية من فيروس نقص المناعة البشريّ بين الفئات الأكثر عرضة، وتعاون جسم أكاديميّ مختصّ، ومراكز أبحاث مع الجهات الوطنيّة، ودعم تقنيّ وماديّ خارجيّ لتنفيذ الخطط[xvi].

٥. ملخّص عن بعض برامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات

برنامج توفير الإبر والحقن

تعريف

تقديم أدوات حقن معقّمة (إبر، وحقن وماء معقّمة وفلتر وغيرها) مجانًا أو مقابل المال.

تقدّم الخدمة عبر

- مراكز قائمة بحدّ ذاتها يسهل الوصول إليها.
- مراكز ثانويّة ضمن العيادات الخاصّة، الصيدليّات، المراكز الصحّيّة، الطوارئ في المستشفيات.
- برامج الوصول في الشارع حيث يوزّع مثقف الأقران أو عامل الوصول أدوات الحقن ويقدم التثقيف.
- العيادات المتنقّلة حيث يتمّ تقديم خدمات صحّيّة أخرى.
- الموزّع الآلي (خدمة على مدار الـ٢٤ ساعة).

توفّر ما يلي للمستخدم

- كمية من أدوات الحقن مماثلة للكمية المستخدمة المسترجعة.
- العدد المطلوب دون استرجاع الأدوات المستخدمة أو استرجاع المتوفر منها.
- عدد كبير من الأدوات للتوزيع على الأقران الذين لا يلجأون للخدمات.

غاية البرنامج وأهدافه

- تخفيف التشارك بأدوات الحقن وزيادة الحقن الآمن.
- ضمان التخلّص بطريقة آمنة من أدوات الحقن المستخدمة.
- تعزيز الجنس الآمن واستخدام الواقي الذكري.
- تعزيز معارف مستخدمي المخدِّرات وشركاؤهم المرتبطة بالمخدِّرات وفيروس نقص المناعة البشريّ والالتهابات المنقولة جنسيًّا الأخرى.
- ترويج استخدام الخدمات الصحّيّة وخدمات العلاج من المخدِّرات وغيرها.

أهميته

- تخفيف انتشار فيروس نقص المناعة البشريّ وفيروس التهاب الكبد "ب" و "ج" وغيرها من الجراثيم التي تنتقل عبر الدم بين مستخدمي المخدِّرات، شركائهم الجنسيّين، عائلاتهم ومجتمعاتهم. أمثلة: انخفض انتشار فيروس نقص المناعة البشريّ بين مستخدمي المخدِّرات بالحقن في ولاية نيويورك بين ١٩٩٠ و٢٠٠١ من ٥٤٪ إلى ١٣٪ بعد تطوير هذه البرامج. وتجنّبت أوستراليا بين ١٩٩١ و٢٠٠٠ نتيجة لتوفر هذه البرامج، ٢٥ ألف إصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ و٢١ ألف إصابة بفيروس التهاب الكبد "ج". وتم إدخار أكثر من مليار دولار أسترالي ممّا يساوي خمسة أضعاف العائد على الاستثمار لكلّ دولار تم صرفه.
- وصول مستخدمي المخدِّرات، المهمّشين بدرجة عالية، إلى خدمات الحدّ من المخاطر الأخرى.
- التخفيف من الإبر والحقن المرميّة في الشارع، شاطئ البحر، الغابات وغيرها.

زيادة عدد الأشخاص الذين شاركوا في برامج العلاج من المخدِّرات؛ في أوستراليا زادت نسبة المستفيدين من ٦٨٪ في ٢٠٠٠ إلى ٧٦٪ في ٢٠٠٤. وأكدت دراسات من لندن وأمريكا أنّ هذه البرامج كانت بوابة العبور لكثير من المستفيدين إلى العلاج الطبيّ للإرتهان[xiii].

برنامج علاج الإرتهان وخاصة العلاج بالبدائل

تصنّف التدخلات العلاجيّة للإرتهان على المخدِّرات على الشكل التالي[xvi]:

- العلاج بالبدائل للمواد الأفيونيّة.
- العلاج الجسديّ وهدفه إزالة السمية ومعالجة الأعراض الانسحابيّة للمرضى الداخليّين أو الخارجيّين.
- العلاج النفسيّ الاجتماعيّ:
  - علاج قصير أو طويل الأمد للمرضى الداخليّين.
  - علاج في العيادات الخارجيّة.
  - مجموعات دعم الأقران مثلا الخطوات ١٢.

العلاج بالبدائل للمواد الأفيونيّة:

- إعطاء جرعة يوميّة محدّدة من الأدوية الأفيونيّة ذات التأثيرات الطويلة الأمد كالميثادون (Methadone) أو البوبرينورفين (Buprenorphine) لمستخدمي المواد الأفيونيّة. وذلك وفقا لبروتوكول محدّد يخوّل الشخص من تناول هذا العلاج وتحت الإشراف الطبيّ للتخفيف من المخاطر المرتبطة بالحقن ومعالجة تبعيّتهم لهذه المادّة.
- عام ٢٠٠٥، أصبح الميثادون والبوبرينورفين على لائحة الأدوية الأساسيّة لمنظمة الصحّة العالميّة.
- تختلف مدّة العلاج باختلاف الأشخاص، أسلوب حياتهم، ظروفهم المعيشيّة وأسباب تبعيّتهم؛ تمتدّ من ٣ أشهر على الأقل إلى عدة شهور، وربما سنوات بهدف المحافظة على سلوكهم ومنع الإنتكاسة.

تقدّم هذه البرامج في مراكز علاج المخدِّرات، وصيدليّات المستشفيات، والمراكز المجتمعيّة، والمرافق مغلقة كالسجون ومراكز الإعتقال ومراكز العلاج الإجباري[xvii].

غاية البرامج وأهدافها

- تخفيف التبعيّة للمخدّرات.
- تحسين الصحّة البدنيّة والنفسيّة.
- الحدّ من السلوك الإجراميّ.
- الحدّ من معدّلات المرض والوفيّات الناجمة أو المرتبطة باستخدام المواد الأفيونيّة.
- تسهيل إعادة إدماج الأشخاص في القوى العاملة ونظام التعليم وتحسين أدائهم الاجتماعيّ.

العلاج بالبدائل

- تحسين الحالة الصحّيّة والاجتماعيّة والنفسيّة للأشخاص المعتمدين على المواد الأفيونيّة[xviii].
- التخفيف من التشارك بأدوات الحقن، الجرعة الزائدة، واستخدام مخدّرات ملوّثة.
- التقليل من الجرائم بهدف الحصول على الأموال لشراء المادّة.
- تمكين مستخدم المخدِّرات من متابعة العلاج، وهو منخرط في المجتمع ويتابع حياته اليوميّة الدراسيّة أو العمليّة.

أهميتها

فوائد على مستوى المجتمع:

- انخفاض كبير للأنشطة الإجراميّة.
- انخفاض انتشار عدوى التهاب الكبد الفيروسي "ب" و "ج"، وفيروس نقص المناعة البشريّ بين مستخدمي المخدِّرات وبالتالي بين شركاؤهم الجنسيّين وأقرانهم. أظهرت دراسة أجرتها جامعة فيلادلفيا أنّه بنهاية الـ١٨ شهراً أصيب بفيروس نقص المناعة البشريّ فقط ٣,٥٪ من مستخدمي المواد الأفيونيّة بالحقن الذين يأخذون علاج الميثادون مقارنة بـ ٢٢٪ من أولئك الذين لم يتناولوه[xiii].
- انخفاض نسبة لجوء النساء والرجال إلى عمالة الجنس.
- فعاليّة كبيرة بالنسبة للكلفة؛ بحسب التقديرات فإن كلّ دولار يستثمر في هذه البرامج يعود بمبلغ يتراوح بين ٤ و ٧ دولارات في انخفاض الجرائم ذات الصلة بالمخدِّرات، وتكاليف العدالة الجنائيّة والسرقة وتتجاوز المدّخرات التكاليف بنسبة ١:١٢ إذا ما تمّ تضمين تلك، خدمات الرعاية الصحّيّة.
- إبقاء مستخدمي المخدِّرات الخاضعين للعلاج بالبدائل أفرادًا فاعلين ومنتجين.

فوائد على مستوى مستخدم المخدِّرات:

- انخفاض مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ؛ فمستخدمي المخدِّرات بالحقن الذين لا تتمّ معالجتهم معرّضين ٦ مرات أكثر للفيروس. كما تنخفض نسبة الإصابة بهذا الفيروس بـ ٥٤٪ بين أولئك الذين يتبعون العلاج بالبدائل.
- العودة إلى نمط حياة طبيعيّ وتحسّن في الصحّة البدنيّة والعقليّة والإجتماعيّة والتخفيف من الإستشفاء.
- انخفاض الوفيّات بسبب الجرعة الزائدة؛ يشكل عدد الذين يموتون من الجرعة الزائدة بين الذين تتمّ معالجتهم ربع أو ثلث الذين لا تتمّ معالجتهم.
- التوقّف عن حقن المخدِّرات أو التقليل من ذلك.
- الابتعاد عن مجتمع مستخدمي المخدِّرات.
- الالتزام بعلاج فيروس نقص المناعة البشريّ.
- التخفيف من الضغوط ومنها الماديّة على المريض وعائلته.
- ايجاد مدخل للخدمات الصحّيّة والاجتماعيّة والنفسيّة الأخرى التي قد يحتاجها المريض.
- عدم معاودة استخدام المواد الأفيونيّة وعدم حدوث الجرعة الزائدة عند الخروج من السجن.
- تخف المضاعفات لدى النساء الحوامل ولدى أجنّتهن.

المشورة واختبار فيروس نقص المناعة البشريّ

تعريف

هنالك عدة أنواع من المشورة[xix]:

- مشورة الوقاية من الفيروس: موجّهة للجميع بهدف تحديد السلوكيّات الخطرة ومحاولة تغييرها.
- مشورة ما قبل الاختبار: الحصول على موافقة الشخص لإجراء الفحص بشكل مستنير ودون أي إلزام.
- مشورة ما بعد الاختبار: إعطاء النتيجة وشرح معناها والتأكّد من معرفة الشخص للخطوات التي يجب أن يقوم بها.
- مشورة متواصلة: موجّهة للمتعايشين مع الفيروس والمتأثّرين به بهدف تقديم الدعم لهم.
- مشورة الالتزام بالعلاج: تعريف المتعايش بالعلاج وأعراضه الجانبيّة وتحفيزه على الالتزام به.
- مشورة الأطفال المتعايشين: مساعدتهم على التأقلم مع مرضهم وتقبّل فقدان أهلهم والالتزام بالعلاج.

قد يطلب الأفراد أنفسهم الخدمة، للتعرّف على حالتهم أو قد يقوم مقدّم الخدمة بالطلب من المستفيدين القيام بالفحص.

تُقدّم هذه الخدمة[xx]: من قبل الممرّضات، الأطباء، العاملين الاجتماعيّين، وغيرهم. كما يقوم المتعايشون مع الفيروس أنفسهم على تقديمها وذلك بعد تلقّي التدريب المناسب.

أماكن تقديم الخدمة:

- مراكز للمشورة والاختبار منفصلة أو مندمجة ضمن خدمات صحّيّة أخرى.
- مرافق غير صحّيّة مثلاً مراكز دينيّة، مراكز مجتمعيّة.
- خدمات متنقلة مثل برامج الوصول في الشارع.

غاية البرنامج وأهدافه

- تحديد أكبر عدد ممكن من الأشخاص المصابين بالفيروس مبكرًا، ووصلهم بخدمات الوقاية والرعاية والعلاج.
- منع انتشار فيروس نقص المناعة البشريّ من خلال إعطاء معلومات حول طرق الانتقال والممارسات الخطرة.
- دعم الأشخاص في تطوير مهاراتهم للتفاوض حول الجنس الآمن.
- إعطاء دعم نفسيّ للمتعايشين مع الفيروس و/أو المتاثّرين به بهدف تحسين حياتهم العاطفيّة والنفسيّة والاجتماعيّة والروحيّة ودعمهم للالتزام بالعلاج.

أهميته

- بوابة وصول إلى خدمات الوقاية والرعاية والعلاج والدعم، فكلّما عرف الأشخاص بإصابتهم مبكرًا، كلّما تمكّنوا من الحصول على هذه الخدمات باكراً. وبالتالي خفّفوا من إصابتهم بالأمراض والموت بسبب الإيدز و/أو نقل العدوى.
- دعم الالتزام بالعلاج.
- مدخل مهمّ لتوزيع الواقي والترويج له.
- تعزيز المعلومات حول فيروس نقص المناعة البشريّ والوقاية.

- تعزيز القرار المستنير بما يتعلق بالوقاية لعدم الإصابة أو نقل العدوى.
- المساهمة في تغيير سلوك الأشخاص أكانت نتيجتهم إيجابيّة أم سلبيّة لعدم نقل العدوى أو الإصابة بها.
- دعم حقوق الإنسان.
- التخفيف من الوصم والتمييز.

برنامج توفير وتوزيع الواقي الذكريّ لمستخدمي المخدِّرات بالحقن وشركائهم الجنسيّين

تعريف

بحسب صندوق الأمم المتّحدة للسكّان ومنظّمة الصحّة العالميّة وبرنامج الأمم المتّحدة المعنيّ بالإيدز، يعتبر الواقي الطريقة الوحيدة الفعّالة المتوفّرة حاليًّا للوقاية من فيروس نقص المناعة البشريّ والالتهابات المنقولة جنسيًّا.

غاية البرنامج وأهدافه

- تخفيف حدوث الإصابات بفيروس نقص المناعة البشريّ، والالتهابات المنقولة جنسيًّا الأخرى من خلال استخدام الوقاية خلال العلاقات الجنسيّة.
- ضمان أنّ الأشخاص النشطين جنسيًّا المعرّضين لخطر فيروس نقص المناعة البشريّ والالتهابات المنقولة جنسيًّا لديهم معارف دقيقة عن الواقي، محفّزين لاستخدامه، ومن السهل حصولهم على واقٍ ذي نوعيّة جيّدة، ويستخدمونه بشكل منتظم وصحيح.

أهميته

- تشير أحدث التحليلاتّ لـ٢٥ دراسة نشرت، أنّ فعاليّة الواقي الذكريّ تصل إلى ما يقارب الـ ٩٠٪ مع ٩٦٪ كحدّ أقصى.
- استخدام الواقي الذكريّ، بشكل صحيح ومنتظم، يقلّل بشكل كبير من خطر انتقال الفيروس من الرجال إلى النساء، ومن النساء إلى الرجال، بحسب أدلّة قاطعة من بحوث واسعة النطاق بين الأزواج، أحدهم متعايش مع الفيروس[xxi].
- تظهر التجارب من تايلاند وكامبوديا والبرازيل وزيمبابواي مؤخّراً أنّ الجهود التي بذلت من خلال هذه البرامج أدّت بشكل قويّ إلى السيطرة على وباء فيروس نقص المناعة البشريّ بين عامة الناس والفئات الأكثر عرضة.

برنامج المعلومات والتثقيف والتواصل موجّهة إلى مستخدم المخدِّرات/شركائهم الجنسيّين

تعريف:

عملية تفاعليّة مع المجتمعات لتطوير النهج والرسائل المناسبة لاعتماد سلوكيّات آمنة، وبثّها من خلال مجموعة متنوّعة من قنوات التواصل.

غاية البرنامج وأهدافه

- جزء من برنامج شامل من الخدمات.
- مشاركة المستفيدين في مختلف مراحل البرنامج.
- تطوير السلوكيّات الإيجابيّة بين مستخدمي المخدِّرات، مثلاً: استخدام أدوات حقن معقمة وجديدة عند كلّ استخدام للمخدّرات عن طريق الحقن.
- تعزيز واستدامة تغيير السلوك على مستوى مستخدم المخدِّرات، والمجموعة التي ينتمي إليها والمجتمع.

- الحفاظ على السلوكيّات المناسبة في حال وجدت، مثلاً: عدم حقن المخدِّرات.

أهميّته

- مبني على نظريّات تغيير السلوك.
- توفّير المعلومات والمواقف والمهارات التي تُمكّن مستخدمي المخدِّرات وشركائهم من حماية أنفسهم.
- التحفّيز على التغيير وتساعد الأشخاص على الاستعداد لذلك.
- المساهمة في تطوير البيئة الممكّنة لممارسة السلوك المرجو من خلال السياسات الداعمة.
- المساهمة في إيصال المعنيّين إلى الخدمات.

برنامج النالوكسون للوقاية من الجرعة الزائدة

تعريف

النالوكسون هو دواء شبه مركّب مضاد لمشتقات الأفيونيات. ويُعدّ ترياقاً لجرعة زائدة من مشتقّات الأفيونيات. يمكن تجنب الوفاة عند تناوله في الوقت المناسب إذ يعكس تماما آثار الجرعة الزائدة من هذه المواد. يكون النالوكسون فعالًا عندما يتم إعطاؤه عن طريق الوريد أو العضل أو تحت الجلد أو داخل الأنف.

تقدّم هذه الخدمة

بشكل عام من خلال الأخصائيين الصحيين. في العديد من البلدان، لا يزال توافر النالوكسون محدودًا حتى في الأماكن الطبية، بما في ذلك سيارات الإسعاف. قامت دولة واحدة على الأقل، إيطاليا، بإتاحة النالوكسون في الصيدليات دون وصفة طبية.
وعالمياً، تقوم بعض المنظمات ببرامج تجريبية لتوفير هذه الخدمة إلى الأشخاص المعرّضين للجرعة الزائدة وأصدقائهم وعائلاتهم.

غاية البرنامج وأهدافه

- توزيع رزم النالوكسون على الأشخاص المعرّضين للجرعة الزائدة نتيجة استخدام مشتقّات الأفيونيات وأولئك الذين قد يشهدون هكذا وضع من خلال برامج الوقاية من الجرعة الزائدة والتدريب على استخدامها.
- التقليل بشكل كبير من أعداد الوفيات بسبب الجرعة الزائدة من الأفيون

الأشخاص الأكثر عرضة لجرعة زائد هم الذين:

- يعانون من التبعية لمشتقّات الأفيونيّات، وخاصة أولئك الذين يعانون من انخفاض التحمّل (بعد إزالة السموم، والخروج من السجن، ووقف العلاج)
- يقومون بحقن مشتقّات الأفيونيّات
- يستخدمون مشتقّات الأفيونيّات الطبية (خصوصا أولئك الذين يتم علاجهم بجرعات عالية)
- يستخدمون مشتقّات الأفيونيّات مع مواد مهدئة أخرى
- يعانون من حالات طبية مثلا الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو أمراض الكبد أو الرئة أو الاكتئاب
- أفراد الأسرة للأشخاص الذين لديهم مشتقّات أفيونيات قوية

الأشخاص الذين من المرجح أن تشهد على جرعة زائدة، هم الأشخاص:

- المعرضون لخطر الجرعة الزائدة وأصدقائهم وعائلاتهم
- الذين يربطهم عملهم بالأشخاص الذين يواجهون جرعة زائدة (العاملون في الرعاية الصحية والشرطة والعاملون في الطوارئ والأشخاص الذين يوفرون السكن لمستخدمي المخدِّرات ومثقفو الأقران وعمال الوصول في الشارع)

وتوصي منظمّة الصحة العالمية بالإضافة إلى الأساليب المتبعة في الحد من استخدام المخدرات بشكل عام في المجتمع، بأن تشمل التدابير المحددّة لمنع حدوث جرعة زائدة من مشتّقات الأفيونيّات ما يلي:

- زيادة توافر علاج إدمان مشتّقات الأفيونيّات، بما في ذلك لأولئك الذين يعتمدون على المواد الأفيونية الموصوفة؛
- الحد من وصف المواد الأفيونية غير المنطقي أو غير المناسب؛
- مراقبة وصف المواد الأفيونية وصرفها؛
- الحد من مبيعات المواد الأفيونية دون وصفة طبية.

وتعتبر المنظّمة أن الفجوة بين التوصيات والممارسة كبيرة. إذ يوفر نصف البلدان فقط إمكانية الوصول إلى خيارات علاج فعالة للارتهان على المواد الأفيونية، وعالمياً، يتلقى هذه الخدمات أقل من ١٠٪ من الناس المحتاجين لمثل هذا العلاج.

مستخدم مخدّرات – يتابع برنامج العلاج بالبدائل، العمر ٢٣ سنة.

منذ خمس أو ست سنوات، كنت أتناول الهيروين وحاولت مرارًا أن أتعالج لكنّني في كلّ مرة كنت أعود إلى استخدام الهيروين، إلى أن وصلت إلى جمعيّة تقدم دواء بديلًا عن الهيروين. أجريت الفحوصات اللازمة وبدأت بأخذ العلاج «وانقلبت الدنيا فوقاني تحتاني». حياتي صارت أفضل، ففي السابق كنت «مبهدل» وأعاني من الكثير من المشاكل ومنها ملاحقة الشرطة، بالإضافة إلى فترات صعبة من الألم الجسديّ عندما كنت أدخل المستشفى للمعالجة.

توفّي ستّة من أصحابي بسبب الـ«overdose» (جرعة زائدة)، تراوحت أعمارهم بين ٢٠ و٢٧ سنة. لم يقم أحد من رجال الدين والمؤسّسات التابعين لها بأي شيء؛ توعية...الإصغاء لنا...لدينا الكثير من الأفكار في حال نفّذناها نساعد أنفسنا وأمثالنا. لكنّهم «بيستحوا فينا كأن نحنا مش من هالعالم». بالمناسبة، والد أحد أصحابي الذين توفّوا كان رجل دين وبعد موت ابنه لم يعد يتكلم معنا ولم يهتمّ فينا...«مش نحنا قتلناه»!

أقلّه فليحاولوا وليراقبوا ردّة فعل الشباب...في رجل دين واحد فقط يظهر على التلفزيون من فترة لفترة «صدّقيني كلّ الشباب يلي بوضعي بينطروه مناطرة».

مستخدم مخدّرات – يتابع برنامج توفير أدوات الحقن، العمر ٢٧ سنة

أنا أذكر تمامًا أنّ أوّل شخص منعني عن المخدِّرات بالرغم من أنه كان «يتعاطاها» في تلك الفترة. الآن أصبح هذا الشخص معافًى، ويعمل كمثقّف أقران في برنامج الوصول في الشارع إلى مستخدمي المخدِّرات.

حاليّاً، أنا استخدم الكوكايين بالحقن. تعرفّت على المركز الذي يقدّم خدمات لمستخدمي المخدِّرات من خلال أنشطة يتمّ تنفيذها في الشارع. أصبحت الآن ملتزمًا ببرنامج توفير أدوات الحقن. كلّ أسبوع آتي إلى المركز وآخذ كمية حِقن مناسبة لحاجتي. كما أنّي أجمع الحقن المستخدمة وأردّها للمركز. عندما التقيت بمثقّفي الأقران، سألوني عن الخطوات التي أتّبعها لحَقْن المخدِّرات. اكتشفت حينها أنّ طريقة حقني للمخدّرات خاطئة من البداية إلى النهاية. وتعلّمت منهم كيف أقوم بالحقن بطريقة لا تعرّضني للمخاطر. «الله حماني» . كنت احتفظ بالحقن المستخدمة وأعيد استخدامها. ففي بعض الأحيان لا أستطيع الحصول على حقن جديدة؛ فالصيدلي عندما يعرف أنّك مستخدم مخدرات لا يبيعك حقنة، وأحيانا لم يتوفّر معي ثمن الحقنة أو أكون «مكرّز» (بحاجة ماسة إلى أخذ المادة). كان دائمًا عندي التهابات جلديّة في أماكن الحقن. كنت دائمًا أخاف أن أكون مصابًا بمرض ما. كنت أكيدًا أنّي مصاب بأمراض، وأعرف أنني لست بخير، وأقول لنفسي «خليني كفي بحياتي العاطلة وسأرحل بالنهاية».

لكن الآن اختلف الوضع، أعمل فحصًا للأمراض دائمًا بالإضافة أنّي أفكّر أن أتوقّف عن استخدام المخدِّرات. بدأت بتناول المخدِّرات في عمر الثلاثة عشر. أخي الأكبر علّمني على استخدام المخدِّرات. أنا اليوم عمري ٢٧ سنة. لم أعرف نفسي على طبيعتها...

بمجال عملي كجابٍ التقيت صدفة برجل دين، واقنعني أنّه إذا اعترفت سيصلّي لي. اعترفت بتناولي المخدِّرات لكنّه لم يُعر الأمر أهمّيةً. . «يحاولون شدّك للصلاة، ويعطون أهمية للعلاقات الجنسيّة التي تقوم بها، ومع من، وغيرها من التفاصيل لكنّ تعاطي المخدِّرات لا يعطونه أهميّة». أنا اعترفت ليساعدني كنت متوقّعًا أن يقول لي «هيدي بلاها»، أن يشجّعني على التوقّف، أن يظهر لي اهتمامًا...أن يصلّي لأجلي...بإمكان القادة الدينيّين أن يقوموا بالكثير من الأمور لحماية مستخدمي المخدِّرات.

مثقّف الأقران – برنامج الوصول في الشارع

هو مستخدم مخدّرات (متعافٍ أو حالي) مدرّب، يعمل ضمن برامج تهدف إلى تنمية معارف ومهارات، وتوضيح مواقف ومعتقدات، والتأثير في سلوكيّات مجموعات أكبر من مستخدمي المخدّرات الحاليّين لحماية أنفسهم من مخاطر استخدام المخدّرات

مستخدمة مخدّرات - تتابع برنامج العلاج بالبدائل، العمر ٣٤ سنة.

"عندما أخذت الـ KIT (الرزمة) حسّيت إنّي استرجعت شي من إنسانيّتي...أنو إلي قيمة، علمًا أني أستخدم الهيروين".
إن فكرة إيصال خدمات الحدّ من المخاطر والأدوات التي بإمكانها أن تقينا من الإصابة بأمراض مهمّة جدًّا. فهي مدخل تجعل مستخدم المخدِّرات يخرج من مكانه ويعاود اندماجه في المجتمع. ليس هنالك من فرض آراء علينا ولكنّ هذا التوجّه يريدنا أن نحافظ على أنفسنا. وهذا أمر مهمّ. وفي هذه اللحظة تشعر أنّك "إنسان".
ليس عندنا مصداقية في المجتمع، فالخيار الذي اتخذناه (استخدام المخدِّرات) لا يخوّلنا أن نكون بشرًا، وأن نتمتع بحقوق كسائر البشر. يجب أن نتبع خطى المجتمع والحلّ الوحيد إما السجن أو تغيير كامل أي التخلّي عن نفسي كي أعاود الإندماج في المجتمع. لذلك المجتمع يضع علينا علامة X حمراء. بالنسبة إلى الناس، ليس هنالك من فرق بين أن أكون متعاطية حالية أو سابقة: "أنت شخص غير قادر على اتّخاذ القرارات السليمة، غير مسؤول".
اعتقد أني بدأت استخدام المخدِّرات وأنا صغيرة جدًّا؛ فلقد كان عمري سنتان أو ثلاث عندما شربت في أحد المرات زجاجتين من دواء السعال. وفي عمر الـ١٤ سنة كنت أشتري حبوبًا من الصيدليّة وأتناولهم مع الأصدقاء. كنّا نستخدم المخدّرات لمدة شهر ومن ثم نتوقّف وهكذا. لكن عندما استخدمت crystal meth (نوع من المنشّطات من الأمفيتامينات والميتامفيتامينات) كنت استمرّ لفترة أطول، وبشكل متواصل، وأصبح لدي مشاكل نفسيّة كثيرة. فصرت أتخيّل أمورًا وأسمع أصوات وفقدت القدرة على النوم وغيرها من الأمور.
طلبت مساعدة طبيب نفسيّ، فوصف لي الكثير من الأدوية فقرّرت أن لا أستمر بهذا العلاج. لجأت حينها إلى الهيروين واستخدمته تقريبًا لمدة سنة. لكنّ شعوري بالوحدة دفعني إلى التغيير، وقرّرت التوقّف عن استخدام المخدِّرات وطلب العلاج. عندها كان لدي خياران: علاج داخل مركز وبالتالي سأكون خارج المجتمع وأفقد عملي، أو أتبّع برنامجًا خارجيًّا فأتابع حياتي داخل المجتمع وأبقى في عملي.
زرت الكثير من هذه المراكز منها ما هو دينيّ ومنها ما هو تجاريّ وغيرها. لكن العلاج بالبدائل كان أفضل لي لأنه أمّن لي الدعم، وساعدني على تخطّي الرغبة الشديدة بالمخدِّرات، وعلى الذهاب إلى العمل. المركز حيث اتّباع برنامج العلاج بالبدائل يؤمّن لي خدمات متكاملة علاجيّة ووقائيّة وخدمات متابعة. من خلال المركز، خضعت لفحوصات وعلمت أنّي غير مصابة بأمراض، فاطمأننت وتعلّمت كيفيّة الوقاية. "أصبح لي مكان أتوجه إليه والقى الدعم والتقي بأشخاص مثلي واكتشف أنّنا مجموعة متنوعة جدًّا وعددها كبير، ومن كافة المجتمعات والمستويات". بدأت العلاج بالبدائل منذ أربع سنوات، حاليّاً، أصبحت جرعتي اليوميّة ٢ ملليغرام بدل ثمانية ملليغرامات في البداية. وهذا العلاج يدعمني بشدّة ويساعدني على الاستمرار. لقد أعادني "بني آدمة" ومواطنة، وعلى تواصل مع المجتمع من خلال علاقة تفاعل وليس علاقة عقاب. أنا الآن أعمل في مجال "المسرح كأداة للتغيير" كما أتابع دراسة الماجيستير في الإخراج المسرحيّ.

منذ ثلاث سنوات اكتشفت النالوكسون (Naloxone) واستطعت الحصول على جرعات من أشخاص من خارج لبنان وقمت بتوزيعها على أقراني. عندما تحدث حالة الـOverdose (الجرعة الزائدة) لأحد منّا نخاف أن نأخذ هذا الشخص إلى المستشفى ممّا يؤدّي إلى خطر على حياته. أمّا في حال أخذناه إلى المستشفى هنالك خطر على حياة كلّ المجموعة؛ فمن الممكن أن تعتقلهم الشرطة، وأن يصبحوا رسميًّا خارجين عن القانون ومحرومين من حقوقهم. تكون النتيجة حينها "فقدان كافة الأمور التي من الممكن أن نكون حقّقناها في هذه الحياة لنستمر".

بالتأكيد، يلعب القادة الدينيّيون دورًا مهمًّا؛ هنالك أناس مؤمنون بين مستخدمي المخدِّرات. "أبعد من هيك فكرة أن نكون عارفين أن مرجع دينيّ يقول لك أنت مستخدم مخدّرات، نريدك أن تبقى على حالك ولكن أن تحمي نفسك، أكيد نلتجىء إليه"... إن أعداداً كبيرة من الناس تصغي للقادة الدينيّين، ومن المحتمل أن يكون بينهم مستخدمي مخدّرات، لأنّ هؤلاء موجودون أينما كان.

نحن دائما نتحدّث عن مستخدم المخدِّرات كأنه شخص آتٍ من كوكب آخر...أوافق أن هنالك أشخاصًا، أصبح الأمر جليًّا على مظهرهم الخارجيّ، بسبب رفضهم وعدم تمكنهم من تأمين حياة جيدة. "لكن الا يجب أن نقف ونفكر كيف يمكننا أن نساعدهم في عدم تدمير حياتهم؟".

الرزمة (Kit) تشير إلى علبة أو كيس يحتوي على أدوات الوقاية من أدوات حقن ووقاية من فيروس نقص المناعة البشريّ من خلال العلاقات الجنسيّة.

النالوكسون دواء آمن مضاد للأفيونيّات، يعيد عملية التنفّس إلى الشخص المصاب بجرعة زائدة إذ يخلّص الدماغ من مادة الهيروين وغيرها من الأفيونيّات.

٦. ما هي مبادئ وخصائص هذه البرامج ؟ [ii]

- تحترم حقوق الإنسان ومبنيّة على أساسها إذ لا ينبغي أن يتعرّض مستخدمو المخدِّرات والمتعايشون منهم مع فيروس نقص المناعة البشريّ إلى الوصم أو التمييز بسبب استخدامهم المخدِّرات في الماضي أو الحاضر، أو بسبب الحالة الصحّيّة أو غيرها من الأمور. ويشكّل هذا المبدأ جوهر استراتيجيّة فعّالة وأخلاقيّة لمكافحة الإرتهان للمخدِّرات وتفشّي فيروس نقص المناعة البشريّ / الإيدز على حدّ سواء، لما له من حسّ إنسانيّ، يساعد بحلّ المشكلة وتخطّيها بصورة إيجابيّة.
- متوفّرة للجميع دون تمييز على أساس العمر، الجنس أو التوجّه الجنسي والسلوك الجنسيّ، الجنسيّة أو بلد المنشأ أو القناعات الدينيّة أو المذهب، نوع العمل، التواجد في مرافق معينة كالسجن مثلاً، عدم توفّر التأمين الصحّيّ، الوضع المعيشيّ، مكان السكن وغيرها.
- يسهل الوصول إليها وغير محصورة في المدن فقط. ومن المستحسن أن تتواجد هذه الخدمات بالقرب من أماكن تجمّع مستخدمي المخدِّرات، وأن تكون ساعات العمل ملائمة، وغيرها من العوامل.
- متاحة ماديّاً كي لا تشكّل عائقاً لطلب الخدمة والالتزام بها، وبعيدة عن نظام الحصص أي أنّها تزوّد بالمواد والأدوات بحسب حاجة مستخدم المخدِّرات.
- مبنيّة على أدلّة تثبت فعاليّتها ممّا يساعد في عملية كسب التأييد والتخطيط وتقديم تدخّلات "الممارسات الجيّدة".
- ملائمة وعالية الجودة ومتنوّعة ومتكاملة أي تقدّم مجموعة كاملة من التدخلات الجسديّة والنفسيّة والاجتماعيّة وغيرها والتي تستجيب إلى احتياجات مختلف شرائح مستخدمي المخدِّرات: كالنساء، إذ تختبرن استخدام المخدِّرات بطريقة مختلفة عن الرجل، والاستجابة إلى احتياجاتهن المرتبطة بالأمومة والإنجاب، والمستخدمين المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشريّ أو المصابين بالتهابات أخرى، المساجين وغيرهم.
- تلتزم بالموافقة المستنيرة لتقديم الخدمات في الحالات التالية: إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشريّ أو الحصول على العلاج من الإرتهان. كما تحافظ على السرّيّة فلا يتمّ الإفصاح عن النتائج أو أي أمر ذي علاقة بأي شخص آخر دون موافقة الشخص المعنيّ.

> قبل بضعة أسابيع فقدت صديقًا عزيزًا بسبب جرعة زائدة ...يذكّرني ذلك كم هو من السهل أن ينتقل شخص من الحياة النابضة إلى الموت المؤبّد في غضون ساعات...عبثًا...أي شيء يمكن القيام به، في جميع أنحاء العالم، يجنّب مثل هذه المآسي ويمكّن الناس من البقاء على قيد الحياة ويعطيهم فرصة للحصول على المساعدة لَهُوَ أمر ضروريّ ... أنا الآن على الميثادون وممتن جدًّا لذلك - كندا
>
> **أحد موقعي عريضة دعم حقوق مستخدمي المخدرات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا**

٧. ما هي شروط نجاح استراتيجيّة الحدّ من المخاطر؟

- إدراك وتقبّل المجتمع والمختصّين ومقدّمي الخدمات والقادة الدينيّين ومتّخذي القرار بالأمور التالية:
  - o إهميّة الانتقال من مفهوم القضاء على استخدام المخدِّرات أي أن يصبح كافة المستخدمين خالين من المخدِّرات إلى مفهوم الوقاية من إصابة مستخدم المخدِّرات بالامراض التي تنتقل عبر الدم مع الإبقاء على هدف طويل الأمد وهو الامتناع عن استخدام المخدِّرات.
  - o حق مستخدمي المخدِّرات في الانخراط ومشاركتهم في المجتمع، وفي حماية أنفسهم وشركائهم ومجتمعاتهم بدلًا من عزلهم وتهميشهم.
  - o أهميّة عدم وصم وتمييز مستخدمي المخدِّرات وأسرهم لما في ذلك من أهميّة لمسألة الدعم وما لذلك من تأثير على العلاج.
- وجود سياسات وقوانين ميّسرة لإنشاء وتنفيذ برامج استراتيجيّة الحدّ من المخاطر وتضمن استمراريّتها وتؤمّن وصول وحصول مستخدمي المخدِّرات وشركائهم إليها.
- الارتكاز إلى دراسات علميّة؛ تحدّد الاحتياجات وتدرس الخدمات المتوفّرة وتحدّد آلية واضحة و مواءمة لتطبيق استراتيجيّة تتناسب مع الثقافة والقيم الاجتماعيّة المحليّة.
- مشاركة المستفيدين والمجتمعات بفعاليّة في تخطيط وتقديم ومتابعة وتقييم هذه الخدمات ممّا يجعلها تستجيب لاحتياجاتهم ويضمن استخدامها والاستفادة منها.
- تقَديم خدمات مناسبة على اختلافها على أن يتمّ إدخال مستخدّم المخدّرات في العلاج في الوقت المناسب، وتربطها مع الخدمات الأخرى.
- وجود بروتوكولات وطنيّة ومحليّة وقوانين وأنظمة تدير هذه الخدمات.
- تهيئة فريق عمل مدرّب ويتمتّع بالمهارات اللازمة والمواقف الإيجابيّة من مستخدمي المخدّرات والخدمات المقدّمة.
- علاقات جيّدة بين مختلف العاملين(ات) في هذه البرامج من جهة، وبينهم وبين مختصّين في هذا المجال ذوي خبرة طويلة، بحيث يتمّ الرجوع إليهم عند الحاجة أو عند مواجهة حالات مستعصية.
- ترويج للخدمات من خلال استخدام مداخل مناسبة للمجموعة المستهدفة.
- توفير التوعية والتثقيف للتمكين وتعزيز الاختيار المستنير، وتغيير السلوك، ومحو المفاهيم الخاطئة المرتبطة بهذه الخدمات على أن تكون الرسائل مهتمّة بالنوع الاجتماعيّ.
- متابعة وتقييم نوعي وكمّي للتأكّد من جودة الخدمات المقدمة ومن أثرها على مختلف الأصعدة.
- إيجاد بنية تحتيّة متكاملة لضمان استمراريّة تأمين المواد المستخدمة في الوقاية كأدوات الحقن وغيرها بالجودة والخصائص المطلوبة والكميّة المناسبة.

الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات

الجزء الثاني: مهارات في التواصل وكسب التأييد

مقدمة ٥٨

الفصل الأول التواصل لتغيير السلوك ٥٩

الفصل الثاني كسب التأييد ٧٠

ملحق معلومات عن بعض الأمراض التي قد يصاب بها مستخدم المخدرات.. ٧٧

أهداف الجزء الثاني

يهدف الجزء الثاني إلى توفير بعض المهارات الأساسيّة لتمكين القادة الدينيّين من آداء رسالتهم النبيلة التي محورها الإنسان من خلال التواصل مع محيطهم بهدف دعم توفّر الخدمات التي تحمي مستخدمي المخدِّرات ومجتمعاتهم من فيروس نقص المناعة البشريّ والمخاطر الأخرى بالإضافة إلى التخفيف من الوصم والتمييز الذي يعاني منهما مستخدمو المخدرات.

مضمون الجزء الثاني

يتألف هذا الجزء من فصلين:

- الفصل ١: «التواصل لتغيير السلوك» حيث يتمّ تعريف التواصل لتغيير السلوك وتحديد أهمّيّته ومعايير ضمان فعّالية هذه البرامج. بالإضافة إلى تعريف السلوك الصحيّ، ومراحل تغيير السلوك الشخصيّ وقنوات التواصل الممكن استخدامها وفقًا لكلّ مرحلة من مراحل تغيير السلوك. كما يتناول الفصل مكوّنات وخصائص رسائل التواصل الفعّالة وبعض الأفكار لنجاح عملية التواصل بالإضافة إلى خطوات القيام بتدخّلات التواصل لتغيير السلوك.
- الفصل ٢: «كسب التأييد» فيتناول بطريقة مقتضبة التعريف والخطوات الواجب اتّباعها والانتقادات وكيفيّة مواجهتها.

من الممكن استخدام هذا الجزء لتطوير مهارات التواصل لدى القادة الدينيّين من خلال تزويدهم بالمعلومات التي يحتاجون إلى تطبيقها لاكتساب مهارة التواصل حول مواضيع مرتبطة بالحدّ من مخاطر المخدّرات وللتمكّن من القيام بكسب التأييد حول هذه القضية. كما بالإمكان أن يشكّل هذا الجزء المادّة العلميّة التي يحتاجها القادة الدينيّون للتدريب حول الموضوع.

الفصل الأول التواصل لتغيير السلوك

ما هو التواصل لتغيير السلوك؟

التواصل لتغيير السلوك هو «عملية تفاعليّة مع المجتمعات (مدموجة في برنامج شامل) لتطوير نهج ورسائل مناسبة مصمّمة باستخدام مجموعة متنوعة من قنوات التواصل لتطوير السلوكيّات الإيجابيّة، وتعزيز وإدامة تغيير السلوك على مستوى الفرد والمجتمع والحفاظ على السلوكيّات المناسبة»[xxii].

في واقع تفشّي استخدام المخدِّرات، وفيروس نقص المناعة البشريّ، من المهمّ أن يكون التواصل لتغيير السلوك جزءًا من برنامج متكامل يقدّم خدمات الوقاية والعناية والعلاج والرعاية والدعم بالإضافة إلى وسائل الوقاية.

ما هي أهميّة هذه البرامج؟

تلعب هذه البرامج دوراً في:

- زيادة معرفة الأفراد والمجتمع حول المخدِّرات والمخاطر ذات العلاقة.
- تحفيز الحوار المجتمعيّ حول الحقائق الأساسيّة لاستخدام المخدِّرات والمخاطر ذات العلاقة كفيروس نقص المناعة البشريّ/ الإيدز والعوامل الأساسيّة التي تسهم في هذين الوباءين، بالإضافة إلى مناقشة سلوكيّات طلب الرعاية الصحّيّة للحدّ من المخاطر والوقاية والعناية والدعم.
- تعزيز تغيير المواقف المرتبطة مثلًا بإمكانيّة التعرّض لفيروس نقص المناعة البشريّ والتهاب الكبد «ب» و «ج»، بالحق بالحصول على خدمات صحّيّة داعمة، وبالمسؤولية الشخصيّة المرتبطة بالممارسات الآمنة، وبالانفتاح على حقوق مستخدم المخدِّرات بالحصول على خدمات الحدّ من المخاطر.
- الحدّ من الوصم والتمييز من خلال التطرّق إليها ومحاولة التأثير على ردود المجتمع.
- خلق الطلب على المعلومات والخدمات من خلال تحفيز الأفراد والمجتمعات على المطالبة بها.
- كسب التأييد/المناصرة عن طريق التأثير بصانعي القرار وقادة الرأي، لاعتماد سياسات الحدّ من المخاطر كنهج فعّال لمواجهة وباء فيروس نقص المناعة البشريّ والتهاب الكبد «ب» و «ج».
- الترويج لخدمات الحدّ من المخاطر والخدمات الأخرى المرتبطة بالوقاية والرعاية والدعم.
- تحسين المهارات وتعزيز الشعور بالكفاءة الذاتيّة من خلال تعليم مهارات وسلوكيّات جديدة ممّا يعزّز ثقة الأشخاص بأنفسهم ويحملهم على اتّخاذ قرارت لحماية أنفسهم وتنفيذ هذه الأخيرة.

ما هي معايير ضمان فعاليّة برامج التواصل لتغيير السلوك؟ [xxii]

- تكامل أهداف هذه البرامج مع البرامج الأخرى لتكون الاستجابة متكاملة ولتفادي التكرار وتعزيز التنسيق.
- الاعتماد على فهم احتياجات الفئات المستهدفة والحواجز التي تحول دون تغيير السلوك والعوامل التي تدعم هذا التغيير.
- التخطيط للمتابعة والتقييم منذ بداية تصميم البرنامج.
- موازنة محتوى البرامج بين المعارف والمواقف والمهارات بما فيها المهارات الحياتيّة. فلقد ثبت أنّ البرامج التي ترتكز على إعطاء المعلومات فقط غير كافية لإحداث تغيير في السلوك. فمثلاً: إعطاء محاضرة عن الوصم والتمييز لن يمنع أفراد المجتمع من وصم وتمييز مستخدمي المخدِّرات.
- تنويع استراتيجيّات وقنوات وأساليب التواصل المستخدمة في البرامج، بحسب أماكن تواجد الفئة المستهدفة على سلّم تغيير السلوك ومعلوماتها ومهاراتها ومواقفها.
- تطوير وتعزيز قدرات العاملين في البرنامج.
- كسب تأييد المجتمع بمختلف أعضائه وذلك لضمان تعميم فائدة واستمراريّة هذه البرامج وإيجاد بيئة حاضنة وداعمة.
- دعم مؤسّساتي على مستوى الهيكليّة والسياسات والموارد بحيث تكون غاية وأهداف وطرق عمل البرنامج واضحة وقد تمّ تبنّيها ودمجها ضمن غايات وأهداف المؤسّسة وبرامجها. كما من المهم أن تدعم سياسات وقوانين المؤسسة البرنامج، وأن تعالج القضايا التي قد تنشأ كنتيجة لتدخّلاته. بالإضافة إلى توفير إدارة جيدة للبرنامج ووضع نظام متابعة وتقييم وتأمين موارد ماديّة وبشريّة.
- الربط والتنسيق والشراكة مع البرامج والخدمات الأخرى ذات العلاقة، وذلك بهدف تحقيق الأثر المطلوب لهذه البرامج وتقديم مروحة متكاملة من الخدمات والاستفادة من الخبرات والقدرة على الوصول إلى بعض المجموعات.
- مشاركة الفئات المستهدفة والمجتمع والمعنيّين في مختلف مراحل تطوير هذه البرامج فذلك يساهم في أن تكون البرامج على بيّنة من أمرها وتحقق النتائج المرجوّة وتضمن استدامتها.

ما هو السلوك الصحّيّ؟

السلوك الصحّيّ هو السلوك الموجّه نحو الوقاية وتخفيض خطر الإصابة بالمرض والموت المبكر. يتضمّن المعتقدات والتوقّعات، والقيم والعادات والنشاطات، والأنماط السلوكيّة المرتبطة بالمحافظة على الصحّة، واستعادتها وتحسينها، والشفاء من المرض أو التعايش معه من منطلق تحقيق القدرات.

هنالك نظريّات عدة تُفسر السلوكيات وكيفيّة تغييرها. ولقد تناولنا في الفصل الثاني من الجزء الأول تحت عنوان أسباب استخدام المخدِّرات نظرية النموذج الإيكولوجي (Ecological Model) حيث أنّ سلوكيّات الفرد تحدث ضمن بيئة ماديّة واجتماعيّة معينة وتتأثّر بعدّة عوامل وهي العوامل الشخصيّة، العوامل الاجتماعيّة، العوامل المؤسّساتيّة والعوامل المجتمعيّة بالإضافة إلى السياسات العامّة.

لذلك من المهم أن تعمل برامج التواصل لتغيير السلوك على مختلف المستويات. كيف؟ لنأخذ مثلاً عن المخاطر المرتبطة باستخدام المخدِّرات عبر الحقن:

المستوى الشخصيّ: تزويد مستخدم المخدِّرات بالمعلومات عن المخاطر المرتبطة بحقن المخدِّرات، وأماكن الحصول على أدوات الوقاية، ومنها مثلاً الحقن الجديدة. العمل على تغيير معتقداته ومواقفه من التشارك بأدوات الحقن والقيام بعلاقات جنسيّة متعدّدة ودون وقاية. بالإضافة إلى تزويده بمهارات استخدام وسائل الوقاية ورفض التشارك بالحقن.

المستوى الاجتماعيّ: العمل على نطاق أقران مستخدم المخدِّرات وأفراد العائلة، بهدف توعيتهم وتغيير مواقفهم وكسب دعمهم لسلوك الشاب في الحصول على خدمات الحدّ من المخاطر.

المستوى المؤسّساتيّ: توعية وتثقيف متّخذي القرار والعاملين في المؤسّسة الدينيّة حول المخدِّرات والمخاطر ذات العلاقة وسياسات الحدّ من المخاطر وكسب تأييدهم حولها.

المستوى المجتمعيّ: توعية وتثقيف الجمعيّات الأهلية والمؤسّسات عن أهمية توفر برامج الحدّ من المخاطر لحماية مستخدمي المخدِّرات والمجتمعات من مخاطر المخدِّرات.

مستوى السياسة العامة: نشاطات توعية وكسب تأييد صانعي القرار، بهدف إدخال سياسات الحدّ من المخاطر في الإستراتيجيّة الوطنيّة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشريّ.

ما هي مراحل تغيير السلوك الشخصيّ؟

يعتبر نموذج التغيير التدريجيّ، أو ما يعرف أيضًا بمراحل تغيير السلوك (Transtheoretical Model/stages of change theory)[xxiii] أنّ الشخص نفسه يجب أن يتّخذ قرار تغيير السلوك. ومن الممكن تطبيق كافّة نظريات تغيير السلوك الأخرى على مختلف مراحل هذا النموذج حيث تكون الأكثر فعاليّة.

يمرّ الأشخاص بخمس مراحل عند تغيير السلوك؛ على الشكل التالي:

١. **التأمّل المسبق/المعرفة** (Precontemplation): الأشخاص ليس لديهم نيّة للتغيير في المستقبل المنظور، أي خلال فترة الستة أشهر القادمة. فغالباً لا يدركون أنّ سلوكهم يمثّل مشكلة أو أنّ له نتائج سلبيّة، ويعتبرون أنّهم غير معرّضين. في هذه المرحلة، وفي معظم الأوقات، يقلّل الأشخاص من ايجابيّات تغيير السلوك، ويركزون على سلبيّات تغيّره.

٢. **التأمّل/القبول/الموافقة** (Contemplation): يدرك الأشخاص وجود مشكلة وإمكانيّة تعرّضهم لها. يبدأون بالتفكير بتغيير السلوك واعتماد سلوك صحّيّ في المستقبل المنظور، أي في غضون الستة أشهر القادمة. ينظرون على قدم المساواة وبعمق أكثر، وبطريقة عمليّة في إيجابيّات تغيير السلوك وسلبيّاته. لكنّهم قد يشعرون أنّهم متردّدون نحو تغيير سلوكهم.

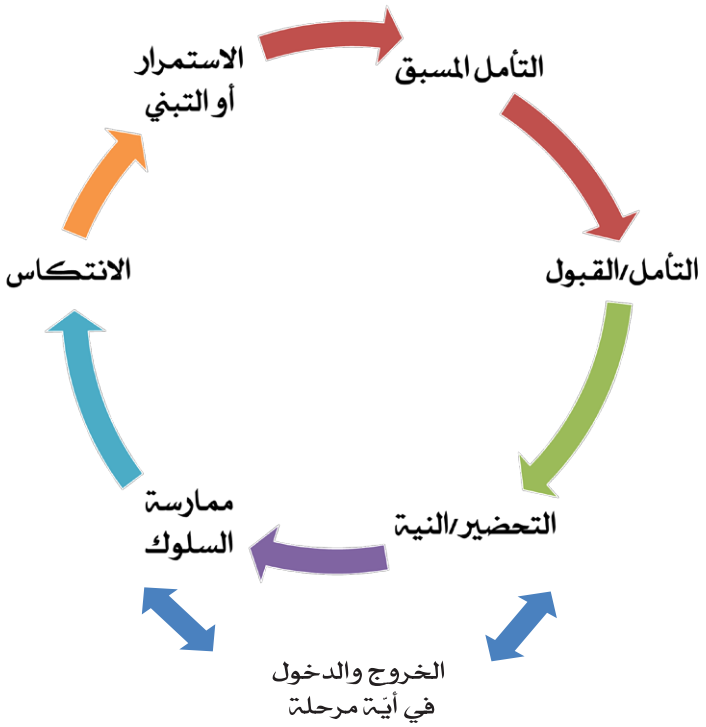
٣. **التحضير/النيّة (Preparation):** في هذه المرحلة، يكون الأشخاص على استعدادلاتّخاذ إجراءات في غضون الـثلاثين يومًا القادمة. يبدأ الناس في اتّخاذ خطوات صغيرة نحو تغيير السلوك، ويعتقدون أنّ تغيير سلوكهم يؤدّي إلى حياة صحّيّة أكثر. فيستفسرون عن السلوك الجديد ويتحضّرون نفسيّاً، فيتخيّلون أنفسهم يمارسون السلوك الجديد ويتبادلون الأفكار مع الآخرين وغيرها من الأمور التحضيرية لممارسة السلوك.

٤. **الممارسة (Action):** يمارس الأشخاص السلوك الجديد أو يعدّلون من سلوكهم أو في البيئة المحيطة الاجتماعيّة والمادّيّة، من أجل التغلّب على مشاكلهم خلال ستة أشهر. فيقيّمون وينون الإستمرار في السلوك المعدّل أو الجديد. في هذه المرحلة يتطلّب الأمر التزامًا كبيرًا في الوقت والطاقة.

٥. **الاستمرار/التبنّي (Maintenance):** يستمرّ الأشخاص في سلوكهم لفترة من الوقت أي لمدة تتعدى الستة أشهر، وينون الحفاظ على السلوك الجديد مستقبلًا. يعمل الناس في هذه المرحلة على ترسيخ المكاسب التي حققوها، ومنع التراجع والانتكاس من مرحلة إلى مرحلة سابقة.

ومن الجدير ذكره أنّ التقدّم من مرحلة إلى مرحلة قد يتطلّب الوقت. كما أن الوصول إلى مرحلة ما، لا يعني أنّ الشخص لن ينتكس إلى المرحلة السابقة أو ربما يعود إلى نقطة البداية.

رسم بيانيّ: نموذج التغيير التدريجيّ



ما هي قنوات التواصل وعلاقتها بمراحل تغيير السلوك؟

تختلف استراتيجيّات وطرق أو قنوات التواصل لتغيير السلوك، بحسب المرحلة التي يتواجد بها الفرد على الشكل التالي:

مراحل التغيير	الاستراتيجيّات	التدخّلات والطرق/القنوات
١. التأمل المسبق/ المعرفة Precontemplation	• زيادة الوعي من خلال إعطاء معلومات واضحة ومتماسكة حول أسباب وعواقب وعلاج استخدام المخدِّرات، بما في ذلك تبادل أدوات الحقن وخدمات الحدّ من المخاطر أو أسباب الوصم والتمييز، وأثرها على مستخدم المخدِّرات نفسه والمجتمع، وجهود مكافحة المخاطر ذات العلاقة • الإستثارة/التحريك العاطفيّ بهدف التفاعل العاطفيّ الإيجابيّ أم السلبيّ الذي يكون مرتفعًا في البداية، ومن ثم ينخفض عند اتخاذ الإجراء المناسب	الحملات الإعلاميّة من خلال الإعلام الجماهيريّ: • الراديو والتلفزيون • خطبة يوم الجمعة في الجامع وعظة يوم الأحد في الكنيسة • قنوات التواصل الاجتماعيّ • المنشورات والكتب والملصقات • الدراما النفسيّة • الشهادات الشخصيّة
٢. التأمل/القبول/ الموافقة Contemplation	• التأكيد على تأثير السلوك المضرّ على البيئة الاجتماعيّة • التأكيد على منافع السلوك الجديد ورفع الوعي المرتبط بإمكانيّة أن يكون الشخص مثالًا إيجابيًّا أم سلبيًّا • توضيح القيم ومناقشة المواقف • ممارسة الضغط الاجتماعيّ • زيادة الفرص الاجتماعيّة وإعطاء بدائل خصوصًا للأشخاص المهمّشين والمحرومين، من خلال كسب التأييد والتمكين واعتماد سياسات مناسبة كسياسات الحدّ من المخاطر مثلا	• التواصل ضمن مجموعات: جلسات نقاش وتثقيف، جلسات تلاوة القرآن الكريم أو الكتاب المقدس، المسرح التفاعليّ، تدريبات، مشاهدة وتحليل أفلام وثائقيّة، استخدام الصور وتحليلها • تدخّلات مع العائلة والأصدقاء • توفير وسائل الوقاية ومنها أدوات الحقن المعقمة • توفير خدمات المعالجة النفسيّة والروحيّة وغيرها • توفير اختبار فيروس نقص المناعة البشريّ وغيرها من برامج الحدّ من المخاطر
٣. التحضير/النية Preparation	• توفير معلومات مساعدة للتعريف بالفرص الاجتماعيّة والبيئيّة المتوفرة، والتي تظهر أن المجتمع داعم للسلوك الصحّيّ الجديد؛ مثلاً إعطاء عناوين أماكن الحصول على أدوات حقن جديدة • تعزيز المهارات مثلاً، كيفية السيطرة على المشاعر السلبيّة عند مشاهدة مستخدم مخدّرات أو التواجد معه في مكان واحد • إزالة محفّزات للسلوك الخطر وزيادة تلك المرتبطة بالسلوك الصحّيّ	• التواصل ضمن مجموعات: جلسات نقاش وتثقيف، جلسات تلاوة القرآن أو الكتاب المقدس • المسرح التفاعليّ • تفادي الاتصال والتواجد مع الأشخاص الذين يستخدمون المخدِّرات مثلا، ويتشاركون الحقن • إعادة تصميم البيئة المادّيّة؛ الذهاب إلى مكان العمل من خلال المرور أمام مركز خدمات الوقاية والعلاج لمستخدمي المخدِّرات، و/أو رمي كافة أدوات الحقن المستخدمة مثلاً • الالتحاق بمجموعات الدعم التي بإمكانها أن تعطي محفّزات للبدء في التغيير المطلوب ومنع الانتكاسة لاحقًا
٤. ممارسة السلوك Action	• إعطاء دعم إيجابيّ وتقبل أنّه من الممكن الرجوع إلى مرحلة سابقة من مراحل تغيير السلوك لكن من المهم عدم الإنهزام والمحاولة ثانية • تدعيم المهارات الصحيحة المرتبطة بممارسة السلوك الصحّيّ، مثلاً السيطرة على الأفكار السلبيّة المرتبطة بمستخدمي المخدِّرات وعدم الانفعال عند التعامل معهم، مواجهة ضغط الأقران بالتشارك بأدوات الحقن	• جلسات وجاهيّة فرديّة • تقديم المشورة عبر الهاتف أو وجاهيًّا • برامج تثقيف الأقران • حوارات مع مستخدمي مخدّرات يستخدمون العلاج بالبدائل وغيرها من خدمات الحدّ من المخاطر
٥. الاستمرار/التبنّي Maintenance	• التذكير بمنافع السلوك الجديد • التغلب على الحواجز التي تؤدي إلى الانتكاسة • التأكيد على الفاعليّة الشخصيّة بهدف تعزيز ثقة الأشخاص بأنفسهم للاستمرار بالسلوك • تأمين الدعم الاجتماعيّ	• جلسات وجاهيّة فرديّة • تقديم المشورة عبر الهاتف أو وجاهيًّا • برامج تثقيف الأقران • حوارات مع مستخدمي مخدّرات يستخدمون العلاج بالبدائل وغيرها من خدمات الحدّ من المخاطر

رسائل تواصل فعّالة

ما هي مكونات الرسالة؟

١. **المدخل** (Appeal): المقاربة التي بالإمكان اعتمادها لاقناع الجمهور المستهدف. يمكن تصنيفها كما يلي:

- الفكاهة أو الضحك كأحد المداخل التي قد لا تنطبق على قضيّتنا، لكنّها مدخل يستخدم في كثير من المواضيع والقضايا.
- التوجّه إلى العقل والمنطق من خلال إعطاء إحصائيّات أو حقائق وشروحات علميّة.
- التوجه إلى القلب/العواطف من خلال التأثير على مشاعر الأشخاص.
- استخدام التعابير الإيجابيّة مقابل التعابير السلبيّة أي : «استخدم أدوات حقن معقّمة وجديدة في كلّ مرّة تستخدم المخدِّرات» مقابل «لا تعيد استخدام أدوات الحقن نفسها أو تتشاركها مع أقرانك».
- إظهار إيجابيّات السلوك فقط أو سلبيّاته أو الإيجابيّات والسلبيّات معًا مثلا:»معاملة مستخدم المخدِّرات باحترام، سيشعره أنه غير منبوذ ويعزّز من ثقته بنفسه ممّا قد يساهم في علاجه»، مقارنة بـ «عدم احترام مستخدم المخدِّرات سيؤثر سلبًا على وضعه النفسيّ».

وتشير الدراسات أن الرسائل التي تعتمد التخويف أو اللوم كمدخل، ليست فعّالة وهي تركز على لفت نظر الفئة المستهدفة إلى الأمور التي يجب عدم القيام بها أو تلك التي يجب تفاديها. بينما أظهرت المقاربات التي تعزّز الرسائل الإيجابيّة، والتي تطلب بوضوح من الفئة المستهدفة تصرف/عمل/ أمرٍ ما، أنّها أكثر فعاليّة.

٢. **المضمون** (Content): الأفكار والمعلومات والإتجاهات الأساسيّة المراد إيصالها. يتميّز المضمون الجيّد بالخصائص التالية:

- واضح ويسهل فهمه
- يعالج حاجة ملموسة
- مؤكد علميًّا
- ملائم للمستوى الثقافيّ والتعليميّ للفئة المستهدفة والمستفيدين
- مقبول من الناحية الاجتماعيّة
- يتطلّب القليل من الوقت والمجهود للقيام به
- متوفر ومتاح

٣. **الصيغة** (Format): كيفية إيصال المضمون أي ما هو شكل الرسالة. يتوقّف الشكل على القنوات والوسائل التي سيتمّ استخدامها لعرض الرسالة. هل سيتم اللجوء إلى الإعلام (الراديو، التلفزيون، المجلات والجرائد، قنوات التواصل الاجتماعيّ) أو إلى الاجتماعات الفرديّة أو الجماعيّة أو إلى إرسال رسائل الكترونيّة أو التحدّث خلال المؤتمرات أو توزيع ملصقات ونشرات وكتيّبات واستخدام اللافتات وغيرها.

تتضمّن الصيغة استخدام:

- صور أو رسوم أو مجسّمات؛
- كلمات محكيّة أو مكتوبة؛
- لغة الجسد، التواصل البصريّ، تعابير الوجه، المنظر الخارجيّ؛
- الأصوات (النبرة، الوتيرة، المستوى والنوعيّة)، الموسيقى وغيرها؛
- الأدوات والوسائل: الأفلام، اللقطات المصوّرة، اللوح القلّاب، وغيرها.

٤. **السياق** (Context): مجموعة الخصائص المميّزة للوسائل الإعلاميّة وقنوات التواصل التي سيتمّ استخدامها، والتي يجب أخذها بعين الاعتبار عند وضع الرسالة، ممّا يؤثّر في اختيار المدخل والصيغة دون التأثير بالجاذبيّة.

٥. **المصدر** (Source): المؤسّسة أو المنظّمة أو المشروع أو الشخص الذي يبعث الرسالة؛ من المهم أن:

- يتمتّع بالمصداقيّة؛
- تحترمه وتقبله الفئة المستهدفة؛
- تستخدمه الفئة المستهدفة.

نحاول الإجابة عن الأسئلة التالية لنتمكن من صياغة رسائل تؤدّي إلى تغيير السلوك:

- هل تدرك الفئة المستهدفة أنّها معرّضة للمشكلة الصحّيّة وأن النتائج خطرة؟
- هل تعتقد أنّ السلوك المقترح سيخفف من خطر تعرّضها أو يقيها من المشكلة؟
- هل تعتقد أنّ إيجابيّات السلوك المقترح تفوق سلبيّاته؟
- هل تنوي أن تقوم بالسلوك؟
- هل هي متمكّنة من المهارات المطلوبة لتنفيذ السلوك؟
- هل تؤمن أنّ باستطاعتها القيام بالسلوك؟
- هل تؤمن أنّ السلوك يتماشى مع معتقداتها وموقفها ولا يتناقض ونظرتها وتقديرها لذاتها؟
- هل تدرك أنّ هنالك دعماً من البيئة الاجتماعيّة للقيام بالسلوك؟
- هل تختبر معوقات قليلة أو منعدمة للقيام بالسلوك؟

ما هي خصائص الرسالة الفعّالة؟

تجيب الرسالة الفعّالة على المعايير التالية:

١. جذب الانتباه من خلال المضمون والصيغة.
٢. مخاطبة العقل والقلب معًا لزيادة التأثير.
٣. الطلب من الفئة المستهدفة القيام بعمل محدّد: إيضاح فكرة أساسيّة واحدة وشرح كيفيّة القيام بالسلوك المطلوب.
٤. إظهار الفائدة/النتائج المرتقبة/التي يجب توقّعها من ممارسة السلوك المعنيّ.
٥. إعتماد الثبات في الرسالة مهما اختلفت وتعدّدت قنوات بثّها.
٦. ترسيخ ثقة الجمهور بمصدر الرسالة.
٧. تلبية احتياجات واهتمامات مختلف المجموعات المستهدفة آخذين بعين الإعتبار الجنس والعمر والخلفيّة والعوامل الأخرى.

بعض الأفكار لنجاح عملية التواصل!

...في التواصل اللفظيّ:

١. نستخدم لغة وكلمات:

- صحيحة ومحددة وواضحة؛
- مناسبة للمستوى التعليميّ لمحدثنا أو الحضور؛
- مفهومة من قبل محدّثنا أو الحضور؛
- مقبولة اجتماعيًّا ومؤثّرة في محدّثنا أو الحضور «العائلة»، «أولادنا»، «شبابنا»، «مجتمعنا»، وغيرها؛
- تظهر الاحترام للآخر؛ «لو سمحت»، «عن إذنك»، «من فضلك»؛
- جامعة كـ«نحن» بعيدة عن التمييز والإبعاد كـ «هم»؛
- غير تقنيّة أي مصطلحات علميّة في حال كانت غير مناسبة لمحدّثنا أو الحضور أو نشرحها أو نعطي البديل المتعارف عليه؛
- إيجابيّة مشجّعة، تثني على الإنجازات؛
- بعيدة من وصم وتمييز الأشخاص الذين لا يتشاركون معنا في الأفكار أو العقيدة؛ مثلاً: الخاطئ، الجاهل، الكافر، العقاب وغيرها. من الممكن أن يتواجد مستخدمو مخدّرات بين الحضور، فهذه الكلمات قد تشكل حاجزًا يمنع وصول رسائلنا.

٢. نستخدم عبارات:

- قصيرة تتضمّن فكرة ورسالة واحدة؛
- توضح الهدف؛ «هدفي أن...»، «دافعي من القيام بذلك هو....»، وغيرها؛
- محدّدة بدل الآراء والتعميمات؛ نستبدل بـ «لقد رأيت فلانًا يستبدل الحقنة النظيفة بجرعة هيروين» (عبارة محددة) مقارنة بـ»برأيي، أغلبيّة مستخدمي الهيروين بالحقن يستبدلون المحاقن النظيفة بجرعات من المخدِّرات»؛
- تستند إلى الوقائع بدلاً من الإستنتاجات؛ «بحسب الدراسة الحديثة ٣٠٪ من مستخدمي المخدِّرات يتشاركون الحقن» (عبارة وقائع) مقابل «اعتقد أنّ هنالك تبادلًا لأدوات الحقن بين مستخدمي المخدِّرات بالحقن» (عبارة استنتاجيّة)؛
- تبدأ بالـ»أنا» عند الحاجة إلى التعبير عن مشاعر سلبيّة بطريقة إيجابيّة؛ «لقد شعرت بالإهانة البارحة عندما تصرّفت على هذا النحو مع الفتاة، لأنّ هذا يدلّ على وصم وتمييز مستخدمي المخدِّرات».

٣. ننتبه إلى نوع الأسئلة التي نستخدمها بحسب أهداف الحوار.

٤. نعطي أمثلة ملموسة، واقعيّة ومناسبة لمحدّثنا أو الحضور.

٥. نكرّر الأفكار الأساسيّة لأنّ ذلك يساعد على ترسيخها.

٦. نسأل محدّثنا أو الحضور عن وضوح الرسالة ونعيد الصياغة إذا تطلّب الأمر عبر اختيار مفردات مختلفة.

٧. نلخص ما تمت مناقشته فذلك يساعدنا على: التوضيح، التأكيد على اتفاق، مراجعة التقدّم الحاصل، والانتقال إلى نقطة أخرى.

٨. نكتب بخطّ كبير وواضح ومفهوم، مستخدمين ألوانًا تسمح بأن تكون المعلومات مقروءة عن بعد.

٩. نعكس اقتناعاً بالموضوع أو الموقف الذي نطرحه ممّا يعطينا مصداقيّة ويساهم في عملية الإقناع والتبنّي.

١٠. نحترم الخصوصيّة.

١١. نبتعد عن الصور النمطيّة أو الافتراضات أو الأحكام المسبقة وفرض الأحكام القيميّة.

١٢. نعطي ونتقبّل النقد بتفهّم وليونة وإيجابيّة.

الأسئلة المغلقة: تكون الإجابة عنها ب«نعم أو لا» ممّا يعطي معلومات محدودة. مثلاً: هل يتشارك مستخدمو المخدِّرات بالحقن أدوات الحقن؟

الأسئلة المفتوحة: تشمل الأسئلة التي تبدأ بـ «ماذا؟»، «متى؟»، «كيف؟»، «لماذا؟» و«أين؟». توفّر معلومات نوعيّة معمّقة وموسّعة. مثلاً: كيف يتم استخدم المخدِّرات بالحقن في مجتمعكم؟

الأسئلة الموجهة: تتضمّن إجابات يختار منها المجيب. مثلاً: هل الحصول على العلاج بالبدائل مجانيّ أو هنالك كلفة معينة؟

...في التواصل غير اللفظيّ:

١. نبقي على تواصل العينين مع محدّثنا أو الحضور ضمن الحدود المقبولة اجتماعيّا.
٢. نتفادى وضع الحواجز بين محدّثنا/الحضور وبيننا، ونتأكد أنّنا على مرأى من الجميع، وأنّ لا أحد يجلس أو يقف وراء ظهرنا.
٣. نحافظ على تعابير وجهنا مرتاحة وطبيعية ونبتسم.
٤. نتكلم بمستوى صوت مناسب للقاعة والحضور والموضوع، ونغيّر في النبرة ووتيرة خروج الكلمات، على أن نلفظ كافة الأحرف بوضوح.
٥. نتفادى القيام بحركات أو بأصوات تشتّت الانتباه؛ اللعب بالقلم مثلا.
٦. نستخدم إيماءات اليدين والوجه، المساعِدة والمتناغمة مع التواصل اللفظيّ.
٧. نتفادى شبك اليدين أو تكتيف الذراعين حتى لا نُظهر انغلاقاً تجاه المشاركين و/أو المشاركات.
٨. نتحرّك بوتيرة مناسبة.
٩. نصغي باهتمام إلى ما يقال.
١٠. نحاول قراءة لغة الجسد لدى محدّثنا أو الحضور.

ما هي خطوات القيام بتدخّلات التواصل لتغيير السلوك؟

من التخطيط إلى التقييم:

١. تحديد أهداف البرنامج على المدى البعيد من خلال الرجوع إلى البيانات، الوضع الوبائيّ، وتقييمات البرامج وغيرها من الدراسات المرتبطة بالمخدِّرات وبالمخاطر ذات العلاقة كالإيدز؛ مثلاً: خلال الثلاث سنوات المقبلة، ستتوفّر الفرصة لمستخدمي المخدِّرات في بلد «أ» وسيتمكّنون من التخفيف من سلوكيّاتهم الخطرة المرتبطة باستخدام المخدِّرات.

٢. تحديد الفئة (الفئات) الواجب التوجّه إليها من خلال البرنامج إما بدافع تغيير سلوكها، أو لأنها تؤثر على اعتماد السلوك والاستمرار به أو لأن دورها مهم في كسب التأييد حول السلوك المرجو مثلًا وتأمين الخدمات الميسّرة لعملية تبنّي هذا السلوك.

٣. القيام بتقييم تكويني بهدف تحديد الطرق المناسبة والأكثر فعاليّة للوصول إلى الفئة المستهدفة (الوضع، القنوات، النشاطات، القيم، المداخل للاقناع وغيرها).

٤. تجزئة الفئة المستهدفة إلى شرائح بحسب الخصائص الديمغرافيّة (العمر، مكان الإقامة، مكان الولادة، الديانة، العمل وغيرها)، والنفسيّة- الاجتماعيّة (المعلومات، المواقف، الممارسات، الدور في المجتمع، المهام، مستوى السلطة وغيرها).

٥. تحديد أهداف تغيير السلوك (معرفة، مهارة، ومواقف) على أن تكون محدّدة يمكن قياسها وتحقيقها، وواقعيّة مناسبة للفئة المستهدفة، ومرتبطة بمدة زمنيّة محدّدة. وتحدّد من سيقوم بماذا؟ متى؟ وأين؟ وإلى أي حدّ؟.
مثلاً: في نهاية ٢٠١٥، إرتفعت نسبة معرفة مستخدمي المخدِّرات عبر الحقن في منطقة أ بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشريّ بـ٥٠٪.
بنهاية ٢٠١٦، إنخفضت نسبة تشارك أدوات الحقن بين مستخدمي المخدِّرات في بلد أ بـ٤٠٪.

٦. تصميم استراتيجيّة تغيير السلوك من خلال تحديد الطريقة التي سيتمّ استخدامها لتحقيق الأهداف؛ نشاطات إعلام، تدخّلات تثقيف وتواصل، بناء قدرات، كسب تأييد، خلق بيئة ممكنة (القوانين، الخدمات، الدعم المجتمعيّ).

٧. تطوير أدوات التواصل من خلال تطوير المفهوم والرسائل والمواد، واختبارها ميدانيّاً ومن ثم إنتاجها وتوزيعها أونشرها وبثها وتقييمها.

٨. التخطيط للمتابعة والتقييم بتحديد من سيقوم بجمع أيّة معلومات ومؤشّرات، متى، كيف، ومن أين سيتم جمع هذه المعلومات؟

الفصل الثاني كسب التأييد

ماذا نعني بكسب التأييد؟

عموماً هي «عمليّة منظّمة تشاركيّة على كافة المستويات، تؤمن بالحقوق، وتتبنّى قضيّة وتحشد لها التأييد بهدف إحداث تغيير مجتمعيّ يشمل السياسات والقوانين والممارسات والتأثير على المعنيّين والمستهدفين»[xxiv].

«جهد مشترك لمجموعة من الأفراد أو المنظّمات لإقناع أفراد وجماعات ومنظّمات مؤثّرة من خلال أنشطة متنوعة، لتخطّ نهجًا فعالًا لمواجهة فيروس نقص المناعة البشريّ / الإيدز بين مستخدمي المخدِّرات بالحقن في أسرع وقت ممكن. ويهدف كسب التأييد أيضًا إلى البدء بأنشطة محدّدة والاستمرار بها أو رفع مستواها إلى مقياس بحيث أنّها سوف تمنع،وبشكل فعّال انتقال فيروس نقص المناعة البشريّ بين مستخدمي المخدِّرات بالحقن وتساعد في علاج ورعاية ودعم مستخدمي المخدِّرات بالحقن المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشريّ / الإيدز»[xxv].

وبهدف أن تنجح عملية كسب التأييد يجب أن تكون القضيّة شرعيّة، عاجلة وأولويّة، تطالب بأمور من الممكن تنفيذها تقنيًّا وسياسيًّا وماديًّا. كما يجب أن يتمتّع الأشخاص الذين يطرحون القضيّة بالمصداقيّة، أن يكون المؤيّدون أقوياء بالعدد والمهارات والمواقف، وأن تكون الاستراتيجيّات والطرق المستخدمة فعّالة ومناسبة، والخطة مدروسة بتفاصيلها والتحضير جيد، دقيق وشموليّ. فهل تنطبق هذه الأمور على قضيتنا؟

في مجال المخدِّرات وفيروس نقص المناعة المكتسب، تُحدِث عمليه كسب التأييد للحدّ من المخاطر فرقاً، إذ تساهم في:

- زيادة الموارد لمعالجة هذه الأوبئة ومشاكل أخرى ذات علاقة؛
- توفير العلاجات كالعلاج بالبدائل للمواد الأفيونيّة، علاج مضادات الفيروس القهقريّة وغيرها؛
- تغيير السياسات لجعلها أكثر فعاليّة والقوانين فتصبح أكثر تطورًا ومناسبة بحيث لا تجرم مستخدم المخدِّرات؛
- التخفيف من الوصم والتمييز تجاه مستخدمي المخدِّرات كما تعزّز إحقاق حقوقهم كبشر؛
- تعزيز التضامن بين مستخدمي المخدِّرات ومجتمعاتهم؛
- مشاركة مستخدمي المخدِّرات في مختلف المراحل ممّا يعزّز مهاراتهم ومعارفهم، وبالتالي ثقتهم بأنفسهم وقد يكون لذلك أثر إيجابيّ في علاجهم وشفائهم.

يستهدف كسب التأييد، حول سياسات الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات، متّخذو القرار في المؤسّسات والمنظّمات، راسمو السياسات، قادة المجتمع بمن فيهم رجال الدين، مقدّمو الخدمات، مستخدمو المخدِّرات أنفسهم، وعموم الناس.

أفكار حول طرق كسب التأييد

- توجيه رسائل إلى المعنيّين من قبل شخص واحد أو عدة أشخاص؛ مثلاً توجيه رسالة إلى وزير الصحّة العامّة.
- إعداد بطاقات تحوي رسائل قصيرة تحدّد المطلوب من قارئ البطاقة توجّه إلى متّخذ قرار أو عدّة متّخذي قرار، إما عبر البريد أو شخصيًّا خلال حدث معين.
- جمع التواقيع حول رسالة واحدة من قبل أفراد داعمين للقضيّة أو منظّمات.
- تنظيم حدث دينيّ لجمع أعضاء المجتمع وتوجيه دعوة إلى متّخذ القرار مثلاً حول أهمّية عدم وصم وتمييز مستخدمي المخدّرات أو توفير الخدمات الوقائيّة والعلاجيّة لمستخدمي المخدّرات. من الممكن أن يتضمّن هذا الحدث قراءات دينيّة وصلوات على علاقة بالموضوع. من الممكن مشاركة مستخدمي المخدّرات في تنظيم هذا الحدث وترك القرار لهم بالإفصاح عن هويّتهم.
- الطلب من قائد دينيّ في منطقة ما تقديم عظة أو خطبة بحيث يتخلّلها رسالة موجهة إلى متّخذي القرار وواضعي السياسات. من الممكن تسجيل هذه العظة أو الخطبة وبثّها عبر الإعلام و/أو مواقع التواصل الاجتماعيّ أو في مراكز دينيّة أخرى.
- تنظيم تظاهرات لإيصال الرسالة والتعبير علنيًّا عن المطالب ومن الممكن استخدام الإعلام لتغطية هذا الحدث وتوزيع مواد إعلاميّة على المشاركين في التظاهرة.
- تخصيص يوم للقضية؛ مثلًا يوم حول سياسات الحدّ من المخاطر حيث يشارك الحضور في نشاطات تفاعليّة مختلفة لإيصال رسالة معينة حول الحدّ من المخاطر من خلال عروض مسرحيّة أو عرض أفلام وإلقاء الكلمات وغيرها. من الممكن بدء اليوم بصلوات وقراءات دينيّة.
- توزيع شعار الحملة والطلب من المؤيّدين ارتداءه.

ما خطوات عمليّة كسب التأييد؟

١. **نحدّد المشكلة:** بعد تجميع المعلومات وتحليلها، نحدّد المشكلة التي سنعمل عليها.

٢. **نجمع المعلومات والوقائع** حول استخدام المخدِّرات ونُحلّل الوضع لجهة مستويات التأثير، الفئات التي تعاني من المشكلة، خصائصها، أسباب ذلك، من هم المناهضون والمؤيدون و ذوو المواقف غير الواضحة، السياسات والقوانين المؤدّية إلى هذه المشكلة وتلك التي قد تشكّل عنصرًا داعمًا لحلّ مشكلتنا ؟ نحدّد من هم صانعو القرار المعنيّون، مواقفهم وكيف يمكن الوصول إليهم والتأثير بهم. نتّفق على التغيير المطلوب؛ ما هي متطلّباته، الفائدة منه على مستوى الأشخاص، المجموعات والمجتمع. نحلّل ما إذا كان بالإمكان كسب القضيّة في الوقت الراهن، وفيما إذا كانت القضية تستحق الجهد الذي سيبذل لها. ندرس الخبرات السابقة ونتائجها.

٣. **نحدّد الغاية والأهداف لعملية كسب التأييد:**
   - أ. ما هو التغيير المنشود على المستوى البعيد؟
   - ب. إلى أين نريد أن نصل من خلال عملية كسب التأييد؟
   - ج. هل هذا مناسب للفئة التي تعاني من الأمر؟
   - د. هل للهدف علاقة بالموضوع؟
   - هـ. هل يمكن تحقيق ذلك؟
   - و. بعد كم من الوقت نريد أن نحقّق ذلك؟

٤. **نحدّد المستهدفين من عملية كسب التأييد** والمؤيّدين والمشاركين بالعملية أي الأفراد، المجموعات، المؤسّسات/المنظّمات، ونقرّر كيف ستتمّ مشاركتهم، وما هي احتياجاتهم لضمان مشاركة فعالة؟ من المهمّ مشاركة مستخدمي المخدِّرات في عملية كسب التأييد. ثمّ نبني التحالفات.

٥. **نختار استراتيجيّات وطرائق العمل** مثلاً تغيير معلومات ومواقف ومعتقدات الناس حول استخدام المخدِّرات وسياسات الحدّ من المخاطر، و/أو تحفيز على أهميّة أن يلعبوا دوراً في عملية كسب التأييد، و/أو نشاطات موجّهة إلى صانعيالقرار، و/أو مواجهتهم من خلال وسائل الإعلام و/أو المظاهرات و/أو وسائل الضغط المباشرة، أم الدعاوى القضائيّة. نحدّد الرسالة التي سنوجّهها، مضمونًا، وشكلًا، وما هي القناة/القنوات التي ستستعمل لبث الرسالة؟

٦. **نحدّد التوقيت:** قد يكون التوقيت استراتيجيًّا قبل وبعد انتخابات ما، أو مثلاً قبل اجتماع دوليّ كالجمعيّة العامّة للامم المتّحدة، أو بالتماشي مع اليوم العالميّ لمكافحة المخدِّرات (الواقع في ٢٦ حزيران/يونيو) أو الإيدز (١ كانون الأول/ديسمبر) أو حقوق الإنسان (١٠ كانون الأول/ديسمبر) حدث أو عطلة دينيّة معينة.

٧. **نحدّد الموارد** الماديّة والبشريّة.

٨. **نضع خطّة عمل مفصّلة** تتضمّن الأنشطة، الفئة المستهدفة من كلّ نشاط، المدّة، المهام ذات العلاقة، المسؤولين، أماكن وتاريخ تنفيذ الأنشطة، الموارد البشريّة والماليّة.

٩. **نُنفّذ الخطّة.**

١٠. **نُتابع ونقيّم** ونُعدّل الخطوات والأهداف ونتابع العمل.

العلاج بالبدائل برنامج وزارة الصحّة العامّة في لبنان

كسب التأييد – دراسة حالة

في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١١، بدأت وزارة الصحّة في لبنان بتقديم العلاج بالبدائل للمواد الأفيونيّة من خلال مستشفى رفيق الحريري الجامعيّ في بيروت ومستشفى ضهر الباشق الحكوميّ، وذلك بالتعاون مع عدد من الجمعيّات الأهليّة التي تقدّم مروحة متكاملة من الخدمات الداعمة والمكملة لهذا العلاج.

كيف تمّ الوصول إلى هذا الإنجاز في منطقة يُجرّم فيها مستخدمو المخدّرات وينبذون من المجتمع ويعتبر الحديث عن الموضوع أمرًا محرّمًا ويعتمد الأكثرية من الأخصائيين الإمتناع عن استخدام المخدّرات كعلاج شائع الاستخدام على اختلاف النهج المعتمد في تطبيقه؟

منذ أواسط التسعينات، بدأت جمعيّة العناية الصحّيّة في لبنان وهي جمعية ناشطة في مجال المخدّرات ومكافحة فيروس نقص المناعة البشريّ بطرح مفهوم الحدّ من المخاطر. إنطلاقاً من عملها في الشارع مع مستخدمي المخدّرات لحمايتهم من فيروس نقص المناعة البشريّ وفيروس التهاب الكبد ب و ج، نظّمت الجمعيّة ورشات عمل مع منظّمات المجتمع الأهليّ حول برامج الوصول لمستخدمي المخدّرات والحدّ من المخاطر. ضمن إطار هذه البرامج تابعت الجمعيّة عملها وبادرت في تشكيل شبكة وطنيّة مؤلّفة من الجمعيّات العاملة على موضوع المخدّرات فعملت بين عام ١٩٩٦ و١٩٩٩ على المناصرة لتعديل قانون المخدّرات في لبنان. وسعت الشبكة إلى مناصرة حقوق مستخدمي المخدّرات وتنسيق العمل بين الجهات المعنيّة لتحسين الوضع الصحّيّ الاجتماعيّ والقانونيّ لمستخدمي المخدّرات. ومن أهمّ الإنجازات التي قامت بها الشبكة هو الضغط على صانعي القرار في لبنان من نوّاب ووزراء لقبول تعديل قانون المخدّرات الذي يقضي بإضافة صفة المريض لمستخدم المخدّرات الذي هو بحاجة لعلاج ممّا حصل فعلاً عام ١٩٩٨. ولكن للأسف لم يتمّ العمل على مراسيم تطبيقيّة لهذا القانون من قبل اللجان النيابيّة، الأمر الذي تمّ العمل عليه واقتراحه لاحقاً من قبل جمعيّة سكون والجمعيّات كافة العاملة على الموضوع وضمناً جمعيّة العناية الصحيّة في عام ٢٠١١.

مع مرور الوقت، نشأت جمعيّة سكون سنة ٢٠٠٣، وتماشى طرحها حول سياسة مواجهة آفة المخدّرات واستراتيجيّات الحدّ من المخاطر مع طرح جمعيّة العناية الصحّيّة. كما تمكّن الأطباء العاملون في هذه الجمعيّة من توفير العلاج بالبدائل لبعض المرضى الذين فشلت البرامج العلاجيّة في إخراجهم من دائرة التبعيّة للهيروين.

وبالموازاة كان هنالك لقاءات تشاوريّة، بين البرنامج الوطنيّ لمكافحة الإيدز وجمعيّتي سكون والعناية الصحّيّة، بهدف مناقشة السياسات الواجب اتبّاعها في لبنان لحماية مستخدمي المخدّرات من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ وفيروس التهاب الكبد ب وج، بالإضافة إلى البحث عن دلائل في لبنان ومنطقة شرق المتوسّط وشمال إفريقيا تشير إلى فعاليّة بعض البرامج المعمول بها عالميّاً.

على المستوى الإقليميّ، نشطت منظّمة الصحّة العالميّة – المكتب الإقليميّ لشرق المتوسّط بطرح موضوع الحدّ من المخاطر ضمن اجتماعات اللجنة الإقليميّة المكوّنة من وزراء الصحّة بهدف الخروج بتوصية توجّه إلى دول المنطقة لاعتماد استراتيجيّة الحدّ من المخاطر. ووزير الصحّة اللبنانيّ كان أحد الوزراء الحاضرين خلال هذه الاجتماعات.

محليّاً، تزامن الأمر مع تنظيم جمعيّة سكون لمؤتمر حول سياسات الحدّ من المخاطر بمشاركة خبرات عالميّة وبحضور وزير الصحّة اللبنانيّ الذي وعد آنذاك بالعمل على اعتماد وزارة الصحّة لهذه السياسات.

ممّا ساهم أيضاً بتقبل هذا الأمر من قبل متّخذي القرار وواضعي السياسات، نشأت جمعيّة مينارة التي من أهدافها تعزيز قدرات منظّمات المجتمع الأهليّ في الحدّ من المخاطر وكسب تأييد أصحاب القرار حول هذه السياسات.

ونظمّت جمعيّة العناية الصحّيّة حملة إعلاميّة بهدف الضغط على متّخذي القرار والمجتمع عمومًا للقبول بسياسات الحدّ من المخاطر؛ فوزعت كتيّبًا وملصقات ساهم مستخدمو المخدرات بتحديد رسائلهم التيُ تعرّف بحقوق مستخدم المخدرات وهي عدم الوصم والحصول على العلاج بالبدائل وأدوات الحقن النظيفة. أرسل هذا الكتيّب إلى شريحة من متّخذي القرار ومنظّمات المجتمع المدنيّ وإلى كافة النوّاب في البرلمان الذين قاموا بدورهم وبالتعاون مع الجمعيّات الأهلية ذات العلاقة بمتابعة هذا الأمر مع فريق عمل رئيس مجلس الوزراء.

ودفع المؤتمر الإقليميّ حول الحدّ من المخاطر الذي تمّ تنظيمه عام ٢٠٠٩ من قبل شبكة مينارة، عملية الضغط هذه الى الأمام، إذ قام وزير الصحة بتعيين لجنة مؤلفة من فريق عمل متعدّد الاختصاصات ضم الأطباء الأخصائيّين والبرنامج الوطنيّ لمكافحة الإيدز ومنظّمات المجتمع المدنيّ وممثلي عن مشروع ميدنت - جورج بومبيدو المشترك مع وزارة الداخليّة ووزارة الصحّة وغيرهم. كانت مهام هذه اللجنة دراسة كيفيّة إدراج برنامج العلاج بالبدائل للمواد الأفيونيّة ضمن برامج وزارة الصحّة. وقد دعم المكتب الإقليميّ لشرق المتوسط - منظّمة الصحّة العالميّة بلورة الإرشادات التوجيهيّة لتطبيق مثل هذا البرنامج حيث قام فريق العمل بأقلمة هذه الإرشادات لمناسبة المجتمع اللبنانيّ. والجدير ذكره أنه لم يكن هنالك مستوى قناعة موحّدة بين كافة أعضاء فريق العمل بما يتعلّق بالعلاج بالبدائل، لكنّ وجود منظّمات المجتمع المدنيّ العاملة على أرض الواقع والأكثر دراية بمعاناة مستخدمي المخدرات ساهم في التعامل مع الموضوع في إطار أوسع ممّا أدّى إلى أن تشمل الخدمات المقدمة في إطار العلاج بالبدائل مروحة متكاملة من الخدمات الاجتماعيّة والنفسيّة والطبيّة.

بعد سنة ونصف من العمل، صدر مرسوم وزاريّ لتشريع العلاج بالبدائل للمواد الأفيونيّة في لبنان، في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١١. ولا يزال فريق العمل مستمر في متابعة وتقييم تطبيق هذا البرنامج. حالياً، يدرس فريق العمل إمكانيّة وكيفيّة إدخال دواء آخر؛ الميثادون كخيار آخر للبيبرونورفين، وتوفير العلاج في السجون، بالإضافة إلى توسيع رقعة هذا البرنامج لتشمل مناطق أخرى في لبنان.

تحليل سريع: على الرغم من عدم وجود فريق عمل مختص بعملية كسب التأييد في مختلف مراحلها، إلّا أنّ الجمعيّات الأهليّة المتخصّصة في لبنان، قامت بتنسيق جهودها لجعل قضية المخدّرات وسياسات الحدّ من مخاطرها أولويّة على الأجندة الوطنيّة. وقد ساهمت عمليّات الضغط الداخليّة والإقليميّة التي استخدمت استراتيجيّات وقنوات متعدّدة ومنها المؤتمرات والاجتماعات واللقاءات والحملات الإعلاميّة ونشاطات بناء القدرات بالإضافة إلى توفير الخدمات ولو بطريقة محدودة إلى تحقيق أهدافها.

ادّعاءات يمكن مواجهتها بالحجّة والواقع ! [xxvi]

قد يواجهنا متّخذو القرار وواضعو السياسات والقادة الدينيّون ببعض الحجج الرافضة لبرامج الحدّ من المخدِّرات للوقاية من عدوى فيروس نقص المناعة البشريّ وغيرها من الأوبئة ذات العلاقة. وفي ما يلي بعض الإجابات التي من الممكن استخدامها لمواجهة هذه الحجج. كما بالإمكان أقلمة هذه الإجابات بحسب الجهة التي تطرحها.

ادّعاء: ليس هنالك من مشكلة فالأعداد المسجلة للإصابات بفيروس نقص المناعة البشريّ بين مستخدمي المخدِّرات قليلة.

رد: تدلّ الخبرة على أنّ البلدان التي يوجد فيها حقن مخدّرات معرّضة لأن يكون هنالك إصابات بفيروس نقص المناعة البشريّ وفيروسي التهاب الكبد ب وج بين صفوف مستخدمي المخدِّرات وشركائهم، والتي بإمكانها أن تتفشّى بسرعة في حال عدم تواجد تدابير وقائيّة. الوقاية المبكرة أكثر فعاليّة في إنقاذ الأرواح وأقلّ تكلفة. من المهمّ القيام بتقييم سريع لتحديد مدى انتشار حقن المخدِّرات والسلوكيّات الخطرة ذات العلاقة وفيروس نقص المناعة البشريّ والتهاب الكبد. في حال وجدت المطلوب تحرك سريع وعلى نطاق واسع لحماية مستخدمي المخدِّرات من العدوى أو للسيطرة على الوباء وبالتالي حماية أفراد المجتمع الآخرين. .

ادّعاء: مستخدمو المخدِّرات غير مهمّين فهم أشخاص سيّئون ومن غير المهمّ تزويدهم بالخدمات.

رد: مستخدمو المخدِّرات هم أفراد من المجتمع ومن واجب الدول أن تحمي صحّة كافة أفراد المجتمع دون تمييز. فلا أحد يستحق المرض أو الموت لانّه يستخدم المخدِّرات خصوصًا أنّنا نعرف طرق الوقاية من فيروس نقص المناعة البشريّ والتهاب الكبد ج وكيفية إدارة الجرعة الزائدة. كما أن مستخدمي المخدِّرات قد يكونون أبناءنا وأغلبيّتهم بعمر الشباب يختبرون المخدِّرات. وقد يتوقفون عن استخدام المخدِّرات لاحقًا خلال مراحل الحياة. الشباب مستقبل البلاد. فهل نريد أن تدمر المخدِّرات و/أو الإيدز هذا الجيل من الشباب؟ فالحدّ من المخاطر تنقذ حياة هؤلاء الشباب، ومن هنا تمنع التغييرات الديموغرافيّة والمشاكل الاجتماعيّة. الله يحب الجميع ولا يفرّق أو يميّز. كما أنّ الله دعانا إلى المسامحة والغفران وتقديم المساعدة والرعاية والعناية للمرضى ومستخدمي المخدِّرات المرتهنين لها، باعتبار هؤلاء مرضى.

ادّعاء: هنالك مشاكل صحّيّة أكثر أهميّة.

رد: ما تقوله صحيح. لكنّ وباء فيروس نقص المناعة البشريّ/الإيدز والتهاب الكبد الفيروس ب وج سيشكّلان عبئًا ثقيلًا على النظام الصحّيّ خلال سنوات من دخول الوباء إلى بلد ما، دون ذكر الأثار السلبيّة على المستوى الإقتصاديّ والاجتماعيّ وغيرها. الطريقة الوحيدة للحدّ من انتشار هذه الأوبئة هي منع انتشار هذه الأمراض الآن كجزء من استجابة متوازنة تعالج أيضا امراضًا كالملاريا والسل وغيرها من الأمراض.

ادّعاء: إن برامج توفير الإبر والحقن قد تشجّع على استخدام المخدِّرات وحقنها.

رد: لقد تم دراسة برامج وأنشطة الحدّ من المخاطر بطريقة معمّقة، ولم تشر أي من الدراسات والأبحاث إلى أنّها تؤدّي إلى نتائج سلبيّة كزيادة في استخدام المخدِّرات أو في حقنها. بل النتيجة كانت عكسيّة، إذ استطاعت هذه البرامج أن تجذب إليها، بشكل طوعيّ، مستخدمي المخدِّرات الذين يريدون التخلّص من تبعيّتهم وذلك نتيجة لبناء الثقة بين هذه البرامج ومستخدم المخدِّرات.

ادّعاء: الشرطة يجب أن تتشدّد في تطبيق القانون وتلقي القبض على مستخدمي المخدِّرات.

رد: بالطبع فالشرطة باستطاعتها أن تحدّد كيف ومتى وأين تطبق القانون؟ لكنّ الأدلة تشير إلى أن الخوف من أن يتمّ القبض عليهم من قبل الشرطة أقوى من إمكانيّة التعرّض والإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ. ممّا قد يدفعهم إلى مخاطرة أكبر عند حقن المخدِّرات. كما أنّ الخوف من أن يتمّ إيقافهم من قبل الشرطة يمنعهم من طلب المساعدة والمعرفة والاستفادة من خدمات الوقاية ومنها التثقيف، ويؤثّر سلبًا على عملية بناء الثقة مع مقدّمي الخدمات.

ادّعاء: إنتشار فيروس نقص المناعة البشريّ/الإيدز بين مستخدمي المخدِّرات ليس من مجال عملي.

رد: فيروس نقص المناعة البشريّ/الإيدز ليس مرضًا، ومن مهام وزارة الصحّة فقط. لهذا الفيروس آثار سلبية على الحياة الاقتصاديّة (تخفيض القوى العاملة والتنمية الاقتصاديّة) الاجتماعيّة (الطلاق، العزل، المشاكل العائليّة والزوجيّة) أيضاً. من هنا أهمّية أن تتكافل جهود كافة القطاعات لمواجهة هذا الوباء.

ادّعاء: إنّ مساندة أو اعتماد برامج الحدّ من المخاطر يعطي رسالة عكسيّة لمساعي الدولة في حربها على المخدِّرات.

رد: إنّ تنفيذ برامج الحدّ من المخاطر لا يدلّ على ضعف الدولة في محاربة المخدِّرات بل العكس. كافة البلدان التي اعتمدت هذه البرامج تتابع عملها في الحدّ،ولديها سياسات قويّة في الحدّ من العرض والطلب. لقد أثبتت السياسات التي تعتمد على العقاب فشلها. لذلك، هنالك حاجة إلى اتّباع نهج متوازن يؤمّن سيطرة الدولة على تفشّي استخدام المخدِّرات من قبل مواطنيها، وبالوقت عينه يمنع أضرار استخدام المخدِّرات كوباء فيروس نقص المناعة البشريّ والتهاب الكبد الفيروسي ب وج بين مستخدمي المخدِّرات وغيرهم من أفراد المجتمع.

ادّعاء: لا يجب تقديم مساعدة خاصة لمستخدمي المخدِّرات.

رد: إنّ تقديم خدمات الحدّ من المخاطر إلى مستخدمي المخدِّرات لا يعني معاملة هؤلاء معاملة خاصة. إنّها تعني أنّ المجتمع يولي أهمية إلى الوقاية من فيروس نقص المناعة البشريّ وغيره من الأمراض ذات العلاقة بين هذه المجموعة، لحماية صحّة أفراد المجتمع ككل. إذ يضمن ذلك عدم ارتفاع أقساط التأمين واستخدام أسرّة المستشفيات، وكافة موارد المجتمع لرعاية مستخدمي المخدِّرات والمصابين بالإيدز.

ادّعاء: لا يمكن تطبيق أفكار وبرامج من الدول المتطورة في بلدنا، فهي غير مناسبة.

رد: لقد أثبتت برامج الحدّ من المخاطر فعاليّتها في مختلف البلدان على اختلاف دخلها. ربما قد يرغب متّخذو القرار بتطبيقها كبرامج تجريبية في البدء، واعتمادها عندما تظهر فعاليّتها في التخفيف من وباء فيروس نقص المناعة البشريّ وغيره من الأوبئة ذات العلاقة في البلد المعني. حينها، يجب توفير الالتزام السياسيّ لتعزيز هذه البرامج وتوسيع انتشارها.

ملحق معلومات عن بعض الأمراض التي قد يصاب بها مستخدم المخدرات

كما ذكرنا سابقًا، قد يكون مستخدم المخدِّرات عرضة لمجموعة من الأمراض والمخاطر. وهنالك أسباب عدة تجعل مستخدمي المخدرات أكثر عرضة لفيروس نقص المناعة البشريّ وفيروسي عدوى الكبد «ب» و«ج» وغيرها من الجراثيم. من هذه الأسباب: التشارك بأدوات الحقن بين مستخدمي المخدِّرات بالحقن، إعادة استخدام حقن غير معقمة حتى ولو كانت تلك الحقن شخصيّة، القيام بممارسات جنسيّة من دون وقاية بسبب تأثير المخدِّرات، تعدّد الشركاء الجنسيّين، العمل في تجارة الجنس، ممارسة العنف نتيجة لاستخدام بعض أنواع المخدِّرات، أو التعرّض للعنف وخصوصاً النساء وذلك بسبب البيئة المحيطة باستخدام المخدِّرات، السجن، التعامل مع تجار المخدِّرات أو الاتجار بالمخدّرات وغيرها من الممارسات والسلوكيّات. أضف إلى ذلك العوامل الاجتماعيّة والثقافيّة، فلغاية الآن وعلى الرغم من التطوّر الذي شهدناه في مجتمعاتنا إلّا أنّ هذه الأخيرة تنبذ مستخدم المخدِّرات وتهمّشه وتحرمه من أبسط حقوقه ومن ضمنها الحقوق الصحّيّة والاجتماعيّة.

١. عدوى الكبد الفيروسي «ج» (Hepatitis C)

أ. تعريف

- هو التهاب في الكبد يسببه فيروس قويّ جداً عادة ما يعجز عن التغلب عليه جهاز المناعة وهو فيروس أقوى بثلاث مرات من فيروس نقص المناعة البشريّ.
- يتواجد الفيروس في كافة سوائل الجسم ما عدا اللعاب والعرق والدمع والبراز.
- في حال ظهرت تشمل عوارض الإصابة بهذا الفيروس: التعب الشديد، ألم في البطن، آلام مفصلية، فقدان الشهيّة، ارتفاع في الحرارة. نادراً ما تتطوّر إلى اصفرار في الجلد والعين وتكون أخف منه في حالة عدوى الكبد الفيروسي «ب». لكن في معظم الأحيان لا تظهر أي عوارض أو ربما يختبر المصاب عوارض خفيفة كالرشح. من هنا، خطورة نقل الفيروس إلى آخرين من دون قصد.
- تصبح العدوى مزمنة في ٨٠٪ من الحالات وتتطوّر إلى تشمع في الكبد، سرطان الكبد والموت بسبب مضاعفات في الكبد وفي مختلف الأعضاء الحياتيّة الأخرى.

ب. طرق الانتقال

- ينتقل الفيروس بطريقة رئيسيّة من خلال الاحتكاك بالدم عبر الممارسات/السلوكيّات التالية: مشاركة أدوات استخدام المخدِّرات بما فيها أدوات التحضير والحقن، والوسائل المستخدمة لشم أو استنشاق المخدِّرات أو تدخينها، عملية نقل دم أو مشتقاته، الجروح الجلديّة، مشاركة شفرات وآلات الحلاقة، أخوية الدم، الأدوات غير المعقّمة عند القيام بالوخز والوشم، الأدوات الجراحيّة وغيرها.
- نادرًا ما ينتقل من خلال السوائل الجنسيّة عن طريق العلاقات الجنسيّة.
- نادراً من الأم إلى الجنين خلال الحمل وخصوصاً عند الولادة.
- **لا ينتقل الفيروس** من خلال القبل أو التشارك بأدوات الطعام أو استخدام المرحاض من خلال مصافحة شخص مصاب أو حضنه أو الجلوس بقربه والقيام بنشاطات اجتماعيّة ورياضيّة معه أو من خلال العطس والسعال.

ج. طرق الوقاية

- عدم استخدام المخدرات بالحقن.
- الإمتناع عن التشارك بأدوات التحضير وأدوات الحقن أوالشم أو الاستنشاق.
- استخدام أدوات الحقن أو الشم الشخصيّة لمرة واحدة فقط.
- النظافة الشخصيّة عبر استخدام أدوات شخصيّة (موس وشفرات وآلات الحلاقة، وغيرها).
- تغطية الجروح في حال تواجدها.
- أخذ لقاح عدوى الكبد الفيروسي «ب».
- استخدام الجنس الآمن بما فيه وسائل الوقاية خلال العلاقة الجنسيّة.
- استشارة الطبيب لاتخاذ قرار بالإنجاب من عدمه.

د. اكتشاف الإصابة والعلاج

- يتمّ إجراء اختبار دم لكشف الأجسام المضادة للفيروس. تؤكّد نتيجة الفحص، إيجابيّة أم سلبيّة المصل كانت من خلال فحص دم ثانٍ. في حال أتت النتائج إيجابيّة المصل، تجرى فحوص أخرى لتأكيد وجود الفيروس وتحديد تعداده وقِدم الإصابة وغيرها من الأمور. النتيجة السلبيّة قد لا تعني أنّ الشخص غير مصاب بالضرورة إذ تحتاج الأجسام المضادة في بعض الأحيان من ٦-٩ أشهر للظهور.
- يهدف العلاج إلى القضاء على الفيروس، منع تطوّر الإصابة إلى تليّف في الكبد أو سرطان الكبد، إطالة عمر المصاب وتحسين نوعية حياته. ويتوقّف نجاح العلاج والشفاء على نمط الفيروس والبدء بالعلاج في مرحلة مبكرة. كما أنّه ليس هنالك من لقاح للوقاية من هذا الفيروس.

٢. فيروس نقص المناعة البشريّ / الإيدز (HIV/AIDS)

أ. تعريف

- هو فيروس يصيب خلايا الجهاز المناعي وتحديدًا الخلايا التائية ٤ فيدّمرها أو يضعف وظيفتها ممّا يؤدّي إلى إضعاف وتدمير الجهاز المناعي تدريجيّاً وصولاً إلى فقدان المناعة. حينها يصبح الأشخاص عرضة للأمراض والالتهابات التي تعتبر بمعظمها نادرة لدى الأشخاص الذين يتمتّعون بجهاز مناعي سليم وتعرف بالأمراض الإنتهازيّة.
- يتسبب فيروس نقص المناعة البشريّ بمتلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) وهي مجموعة من العلامات والعوراض والسرطانات التي تنتج عن عجز الجهاز المناعي عن القيام بوظيفته.
- تختلف العوارض من شخص إلى آخر، إلّا أنّ معظم المصابين بفيروس نقص المناعة البشريّ، في حال عدم خضوعهم للعلاج ستظهر لديهم عوارض مرتبطة بإصابتهم بالفيروس خلال ٥-١٠ سنوات. كما قد تمر ٥ إلى ١٠ سنوات أو أكثر قبل أن تظهر لديهم عوارض الإيدز. قد يمر المصاب بعدة مراحل:

- **مرحلة البداية** (Primary Infection): يطوّر الجسم الأجسام المضادة للفيروس (seroconversion). وفي معظم الأحيان لا تظهر العوارض لسنوات عديدة ولكنّها في حال ظهرت تقتصر على حمى والتهاب البلعوم والحنجرة وتعب وصداع وغيرها بعد ٢ إلى ٤ أسابيع من التعرّض للفيروس.
- **المرحلة الأولى** (Clinical stage 1): عدم ظهور عوارض أيضاً،ولكن في بعض الأحيان قد تتضخّم الغدد الليمفاويّة.
- **المرحلة الثانية** (Clinical stage 2): تتضمّن فقدان وزن بشكل خفيف، وأمراض جهاز تنفسيّ بشكل متكرّر.
- **المرحلة الثالثة** (Clinical stage 3): يعاني المصاب من إسهال مزمن لا تفسير له، وحرارة مرتفعة مستمرّة وسلّ رئويّ وفطريّات والتهابات فمويّة حادة وبقع بيضاء في الفم، وعدوى بكتيرية قويّة. قد يصبح لدى بعض الأشخاص الإيدز.
- **المرحلة الرابعة** (Clinical stage 4): تتدنّى المناعة كثيراً فيعاني المصاب من سرطانات وعدوى انتهازيّة، لا تصيب عادة الأشخاص الأصحّاء. كافة المصابين في هذه المرحلة لديهم الإيدز.

ب. طرق الانتقال

عند الإصابة يتواجد الفيروس في كافة سوائل الجسم بما فيها الدم والسوائل الجنسيّة الذكريّة والأنثويّة وحليب الرضاعة، والعرق والدموع واللعاب وغيرها، لكنّه لا ينتقل إلّا من خلال الدم والسوائل الجنسيّة وحليب الرضاعة.

ينتقل فيروس نقص المناعة البشريّ من خلال:

- الدم ومشتقاته من خلال عملية نقل دم ومشتقّاته أو جروح جلديّة، أو من خلال الغشاء المخاطي، زرع أعضاء ملوّثة، مشاركة أدوات استخدام المخدِّرات، أخوية الدم، استخدام أدوات قاطعة أو ثاقبة غير معقمة كالأدوات الجراحيّة أو أدوات الوخز والوشم، مشاركة الأدوات الشخصيّة في حال وجود دم عليها (شفرات وآلات الحلاقة، فرشاة الأسنان...) والقبلة فقط في حال تواجد دم وتشقّقات (التهاب باللثة، نزيف اللثة، إلخ.)
- العلاقات الجنسيّة دون حماية.
- الأم إلى الجنين عند الحمل والولادة والرضاعة.
- **لا ينتقل الفيروس** عن طريق المصافحة والمعانقة، العطس والسعال، مشاركة أدوات الطعام والشراب والثياب أو الفراش، التشارك باستخدام الهاتف والمرحاض وحوض السباحة أو من خلال لدغة البعوض أو الحشرات الأخرى أو استخدام وسائل النقل العامة، العمل أو إقامة علاقات اجتماعيّة مع متعايشين مع الفيروس.

تعتبر النساء أكثر عرضة للفيروس نتيجة لعدة عوامل بيولوجيّة واجتماعيّة واقتصاديّة.

ج. طرق الوقاية

إلى الآن لم يتم إيجاد علاج شاف أو لقاح، من هنا أهمية الوقاية:

- عدم استخدام المخدِّرات على أنواعها.
- عدم التشارك بأدوات تحضير وحقن المخدِّرات واستنشاقها
- تخصيص أدوات حقن أو استنشاق أو شم شخصيّة واستخدمها لمرة واحدة فقط.
- عدم التشارك بأدوات النظافة الشخصيّة (أمواس وشفرات لحلاقة، وغيرها).

- التأكد من سلامة الدم والأعضاء.
- التأكد من سلامة الأدوات الثاقبة والقاطعة ومنها. الأدوات الجراحيّة وأدوات الوشم وغيرها.
- عدم ممارسة الجنس إلّا في إطار الزوجيّة مع الإخلاص المتبادل بين الزوجين غير المصابين.
- استخدام الجنس الآمن ومن ضمنه وسائل الوقاية بالطريقة الصحيحة وبانتظام أي عند كل علاقة جنسيّة.
- ختان الذكور؛ فحديثاً تم إثبات أن الختان يساهم في الوقاية إلى حد ما.
- إجراء المشورة والفحص الطوعي.
- استشارة الطبيب لاتخاذ قرار بالحمل أو إرضاع المولود.
- الالتزام بالعلاج في حالة الحمل وإعطاء المولود العلاج بحسب تعليمات الطبيب المختص.

د. اكتشاف الإصابة والعلاج

- الطريقة الوحيدة لمعرفة ما إذا كان الشخص مصابًا بفيروس نقص المناعة البشريّ هي إجراء اختبار يكشف الفيروس أو الأجسام المضادة له.
- بإمكان الاختبارات الجديدة كشف وجود الأجسام المضادة للفيروس بعد فترة ٢١ يوماً من دخول الفيروس إلى الجسم. لكنّ أغلبية الأشخاص تحتاج إلى ٣ أشهر لتطوير الأجسام المضادة ونادراً إلى ٦ أشهر. وهذا ما يعرف بالفترة الشباكيّة. خلال هذه الفترة لا تظهر الاجسام المضادة في الاختبار إلّا أنّ الشخص لديه كميات عالية من الفيروس في سوائل جسمه وبإمكان العدوى أن تنتقل بدرجة عالية في حال القيام بالممارسات التي ذكرناها أعلاه.
- يتم تأكيد نتيجة الاختبار، باختبار آخر لتثبيت الإصابة من عدمها؛ النتيجة الإيجابيّة للاختبار تعني أن الشخص مصاب بالفيروس وعليه إتباع طرق الوقاية واستشارة الطبيب. أما النتيجة السلبيّة فتتضمّن احتمالين:
  - عدم الإصابة حاليًا.
  - الإصابة لكنّ الأجسام المضادة للفيروس لم تظهر في الاختبار إذ لم يتوفر لها الوقت الكافي للتطوّر.
- بالرغم من تطور العلاجات منذ بداية الوباء إلّا أنّها لغاية الآن لا تشفي من المرض. يتضمّن العلاج أدوية العلاج بمضادات الفيروسات القهقريّة (Anti-Retroviral Therapy) التي تمنع الفيروس من التكاثر داخل خلايا الجسم. ومن هنا تحمي الخلايا المناعيّة وبالتالي الجسم من الامراض الانتهازيّة والسرطانات ممّا يجعل المتعايش يعيش حياة جيدة ومنتجة لفترات مطوّلة.
- إنّ التجاوب مع العلاج والالتزام بتناوله يبطئ و يوقف، إلى حدّ ما نمو الفيروس في الجسم. من هنا، يعتبر العلاج واحدًا من أساليب الحدّ من انتشار فيرس نقص المناعة البشريّ.

ما يلي الاستراتيجيات التي يوصي بها مركز مراقبة الأمراض والوقاية منها (CDC)، وهي تتسلسل من الأكثر إلى الأقل أهميّة ووقاية وحماية:

- التوقّف عن استخدام المخدّرات بالحقن؛ الطريقة الأفضل للوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ والتهاب الكبد الفيروسي "ب" و"ج"
- اتّباع العلاج من المخدّرات والالتزام به إذ يساعد على تخفيف أو التوقف عن الحقن ممّا يقلّل من إمكانيّة الإصابة
- أخذ لقاح عدوى الكبد الفيروسي "أ" و"ب"
- في حال عدم القدرة على التوقّف عن حقن المخدّرات، من المهمّ أن:
  - استخدام ماء معقم عند تحضير المخدّرات وحقنة وإبرة جديدة للحقن في كلّ مرّة
  - الامتناع منعاً باتاً عن تشارك أدوات الحقن.
  - الامتناع عن استعمال مخدّرات باقية في حقنة استخدمها شخص آخر أو مستخدم المخدّرات نفسه

٣. عدوى الكبد الفيروسي «ب» (Hepatitis B)

أ. تعريف

- هو التهاب في الكبد الذي يعتبر عضوًا حيويًّا ومهمًّا، يسبّبه فيروس عدوى الكبد «ب». يتواجد الفيروس في الدم والإفرازات الجنسيّة ونادرًا في اللعاب. قدرة هذا الفيروس على العدوى أكبر بـ ٥٠ إلى ١٠٠ مرة من قدرة فيروس نقص المناعة البشريّ.
- في معظم الأحيان ليس هنالك من عوارض، من هنا خطورة انتقال العدوى من دون معرفة أو قصد. قد تظهر على بعض الأشخاص عوارض تدوم عدة أسابيع مثلاً: التعب الشديد، اصفرار في الجلد والعين، بول غامق اللون وبراز فاتح اللون، غثيان وتقيّؤ، ألم في البطن، آلام مفصليّة، فقدان الشهيّة.
- من الممكن الشفاء خلال أشهر أو سنة. أمّا في حال أصبحت الإصابة مزمنة فتؤدي إلى تشمع في الكبد ومن ثم سرطان في الكبد (٥-١٠٪ من الحالات التي أصيبت بالفيروس في الكبر).

ب. طرق الانتقال

- العلاقات الجنسيّة من خلال الاحتكاك مع السوائل الجنسيّة.
- الدم ومشتقّاته من خلال مشاركة شفرات وآلات الحلاقة، مشاركة أدوات تحضير وحقن المخدِّرات وأدوات شم أو استنشاق أو تدخين المخدِّرات، نقل دم ملوث أو مشتقّاته، جروح جلديّة، أخوية الدم، استخدام أدوات غير معقمة عند القيام بالوخز والوشم، والقبلة الحميمة في حال وجود دم (التهاب باللثة، نزيف اللثة).
- الأم إلى الجنين خلال الحمل وعند الولادة.
- اللعاب (نادراً) من خلال التشارك في أدوات الطعام وتنظيف الأسنان.
- **لا ينتقل الفيروس** من خلال مصافحة شخص مصاب أو حضنه أو الجلوس بقربه والقيام بنشاطات اجتماعيّة ورياضيّة معه أو من خلال العطس والسعال.

ج. طرق الوقاية

- أخذ اللقاح فهو فعّال بنسبة ٩٥٪ للوقاية من فيروس عدوى الكبد «ب».
- عدم ممارسة الجنس إلّا في إطار الزوجيّة مع الإخلاص المتبادل بين الزوجين غير المصابين.
- استخدام الجنس الآمن ومن ضمنه وسائل الوقاية بالطريقة الصحيحة وبانتظام أي عند كلّ علاقة جنسيّة.
- عدم استخدام المخدِّرات على أنواعها.
- عدم التشارك بأدوات تحضير وحقن المخدِّرات واستنشاقها.
- تخصيص أدوات حقن أو استنشاق أو شم شخصيّة واستخدامها لمرّة واحدة فقط، لمن لم يستطع الامتناع.
- عدم التشارك بأدوات النظافة الشخصيّة كموسى وشفرات وآلات الحلاقة، وغيرها.
- التأكّد من سلامة الدم والأعضاء.
- التأكّد من سلامة الأدوات الثاقبة والقاطعة ومنها الأدوات الجراحيّة وأدوات الوشم وغيرها.
- تلقيح المولود من أم مصابة كما بالإمكان إرضاعه على أن لا يكون هنالك جروح أو تقرّحات على حلمة الثدي.
- الإمتناع عن مشاركة كافة الأدوات التي تحتك بالفم مثلا فرشاة الأسنان، أدوات تناول الطعام وغيرها.

د. اكتشاف الإصابة والعلاج

- فقط من خلال فحص دم يكشف الفيروس والأجسام المضادة له.
- في مرحلة العدوى الحادة، يقتصر العلاج على الرعاية والراحة والتغذية المتوازنة بما في ذلك إعادة السوائل التي يفقدها الجسم بسبب التقيؤ والإسهال. أما في مرحلة العدوى المزمنة هنالك علاج بالانترفرون والأدوية المضادة للفيروس. ويتمّ معالجة سرطان الكبد من خلال عمليّة جراحيّة والعلاج الكيميائيّ. وأما تليّف الكبد فيتمّ زرع كبد بنسب نجاح متفاوتة.

٤. الالتهابات المنقولة جنسيّاً (Sexually Transmitted Infections)

أ. تعريف

- هي أمراض تسبّبها أكثر من ٣٠ جرثومة مختلفة (بكتيريا، فيروسات، طفيليّات). تصيب النساء والرجال بغض النظر عن عمرهم ومستواهم التعليميّ، الاجتماعيّ أو الاقتصاديّ. إن الإصابة بأحدى الالتهابات المنقولة جنسيّاً يزيد من إمكانية انتقال فيروس نقص المناعة البشريّ.
- تكمن خطورة هذه الالتهابات في أن بعضها لا تظهر له أيّة عوارض. تشمل عوارض هذه الالتهابات إفرازات غير اعتياديّة من الأعضاء التناسليّة، احمرار وتشقّقات وظهور تقرّحات أو ثآليل وحكّة على الأعضاء التناسليّة، حرقة وألم عند التبول وعند الجماع، إلخ. في كثير من الأحيان، تظهر العوارض عند الرجال أكثر منه عند النساء.
- في حال لم تتمّ معالجة العوارض، تحدث المضاعفات التالية: العقم، تأثّر شرايين القلب والأعصاب، إجهاض تلقائيّ، حمل خارج الرحم، سرطان عنق الرحم، الوفاة. بالإضافة إلى مضاعفات لدى المولود من أم مصابة، مثلا: فقدان البصر، إمكانية الإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ أو الوفاة.
- تعتبر النساء أكثر عرضة بيولوجيًّا وبسبب الفروقات على أساس النوع الاجتماعيّ.
- تعاني النساء جسديًّا من الإصابة بالالتهابات المنقولة جنسيًّا أكثر من الرجل لأن معدّل الانتقال من الرجل إلى المرأة أكثر منه من المرأة إلى الرجل. كما تبقى العوارض غير مرئيّة لدى النساء إلى أن يصبح متأخّراً معالجة الأمر، وفي حال قدرت المرأة على تخطي الحواجز وإجراء الفحوص اللازمة، فإن النتيجة الإيجابيّة ستعرضها للوصم والتمييز والعنف من المجتمع والشركاء.

ب. طرق الانتقال

- الإفرازات الجنسيّة خلال العلاقات الجنسيّة غير المحميّة مع شخص مصاب، مثلاً: السيلان أو التعقيبة، التهاب الكبد الفيروسي «ب»، قمل العانة، السفلس، الإيدز، الهربس التناسليّ، ثؤلول الأعضاء التناسليّة، التراخوما، البكتيريّة المتدثّرة.
- الدم ومشتقّاته من خلال عملية نقل دم ملوّث، مشاركة أدوات استخدام المخدِّرات، استخدام أدوات قاطعة أو ثاقبة غير معقمة كالأدوات الجراحيّة أو أدوات الوخز والوشم، مشاركة الأدوات الشخصيّة في حال وجود دم عليها، القبلة فقط في حال تواجد دم وتشققات (التهاب باللثة، نزيف اللثة وغيرها)، مثلاً: الإيدز، التهاب الكبد الفيروسي «ب» والسفلس.
- الأم إلى الجنين خلال الحمل، أثناء الولادة والرضاعة، مثلاً: الإيدز، التهاب الكبد الفيروسي «ب»، الهربس التناسليّ، السفلس، ثؤلول الأعضاء التناسليّة، والسيلان أو التعقيبة.
- التشارك في مقاعد المراحيض وشراشف السرير أو المناشف أو الملابس الداخليّة الملوّثة بجرثومة المرض، مثلاً: قمل العانة.

ج. طرق الوقاية

إنّ طرق الوقاية مماثلة لفيروس نقص المناعة البشريّ بالإضافة إلى الطرق التالية للوقاية من الالتهابات الأخرى:

- الامتناع عن التشارك في المناشف والثياب الداخليّة مع أحد.
- التأكد من نظافة شراشف السرير.
- التأكد من نظافة المرحاض قبل استعماله.
- إجراء كشف طبّي دوري حتى بعدم وجود عوارض.
- إجراء الفحوصات اللازمة في حال الحمل أو النيّة في ذلك.

د. اكتشاف الإصابة والعلاج

- استشارة الطبيب في حال ظهور أحد الأعراض المذكورة أعلاه و/أو الشك في أنّ الشخص قد أصيب بالعدوى لإجراء كشف طبّيّ و/أو لإجراء فحوص مخبريّة معيّنة.
- معالجة هذه الالتهابات ممكنة وشافية لمعظمها، ما عدا الإيدز والهربس التناسليّ بواسطة المضادات الحيويّة في أغلبيّتها عندما تتمّ من قبل الطبيب المختص وعند الالتزام بأخذ العلاج بالكمية والوقت المحدّدين. لنجاح العلاج من المهم، إبلاغ الشريك ومراجعة مقدّمي الرعاية الصحّيّة للتأكّد من عدم إصابته.

٥. السل (Tuberculosis)

أ. تعريف

- هو مرض تسبّبه جرثومة (بكتيريا) تصيب عادة الرئتين وأجزاء أخرى من الجسم وتحديدًا الدماغ والكلية والعمود الفقري، لكن في هذه الحالة يكون المرض غير معدٍ.
- نتحدث عن السل في هذا الدليل، لأنّ هنالك رابط بينه وبين استخدام المخدِّرات والإيدز:
  - غالباً ما يرتبط استخدام المخدِّرات عموماً، وبالحقن خصوصاً، بأسلوب وأوضاع حياتيّة معينة كالفقر والسجن والعيش في أماكن مكتظة ودون مأوى ممّا يسهل انتشار جرثومة السل. فمثلاً إنّ معدل الإصابة بالسل في السجون يصل إلى ٣٠ مرة أكثر منه خارج السجن.
  - أدى تفشّي الإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ بين مستخدمي المخدِّرات نتيجة لتشارك أدوات الحقن والممارسات الجنسيّة غير المحميّة، إلى ازدياد كبير في حالات السل حيث تنشط جرثومة السل نتيجة لضعف جهاز المناعة وتتطوّر العدوى إلى مرض السل. كما أنّ المصابون بالسل يطوّرون الإصابة بالإيدز سريعًا، في حال تعرّضوا إلى فيروس نقص المناعة البشري..
- عند دخول جرثومة السل إلى الجسم، إمّا أن تتواجد بكميات قليلة دون أن تتكاثر ودون عوارض (مرحلة الكُمون) أو أن تتغلّب هذه الجراثيم على جهاز المناعة وتتكاثر فيصاب الشخص بمرض السل (مرحلة السل الناشط). يمكن أن يعاني المريض بالسل في الرئة من إحدى أو جميع العوارض التالية: التعب، فقدان الوزن، فقدان الشهيّة، الحمى، التعرّق الليلي، ضيق في النفس، ألم في الصدر، وسعال مع دم. أما المصاب بسل خارج الرئة فقد تظهر عليه، بصفة عامّة، الأعراض التالية: فقدان الوزن، الحمى والتعرّق الليليّ وأعراض أخرى تبعاً لمكان الإصابة، مثلاً: تورّم بالغدد الليمفاويّة ونزح قيحي عند إصابتها، ألم وتورم عند إصابة المفاصل، وصداع وحمى وتيبس العنق ونعاس عند الإصابة بعدوى السل السحائي.

ب. طرق الانتقال

- تنتقل جرثومة السل عبر الهواء.
- **لا تنتقل جرثومة السل** من خلال المصافحة، القبلات الحميمة، التشارك بأدوات الطعام والشرب والتشارك بالمراحيض.

ج. طرق الوقاية

- تهوئة الأماكن وتعريضها للأشعة الشمس.
- تجنب التعرّض لرذاذ العطس أو السعال.
- إجراء اختبار السل في حال الشك بالتعرض للجرثومة.

د. اكتشاف الإصابة والعلاج

- إجراء اختبار جلديّ أو اختبار دم أو فحوصات أخرى (المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشريّ). في حال كانت النتيجة إيجابيّة لأحد الاختبارين، يتمّ إجراء اختبارات أخرى لتحديد مرحلة الإصابة.
- يمكن الشفاء من السل في مرحلة الكمون أو مرحلة السل الناشط من خلال تناول علاج يعتمد على المضادات الحيويّة حيث من المهم تناول الأدوية بانتظام وبحسب الوصفة الطبّيّة وعدم إيقاف العلاج قبل الأوان (خصوصاً من قبل المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشريّ).

مراجع وقراءات إضافيّة

i. World Drug Report, UNODC, 2019.

ii. Assessment of Situation and Response of drug use and its harms in the Middle East and North Africa 2017, MENAHRA, INCAS, ROBERT CARR FUND

iii. Lexicon of Alcohol and drug terms, WHO, Geneva 1994, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en

iv. الاتفاقيّةالوحيدة للمخدِّرات لسنة ١٩٦١، بصيغتها المعدَّلة ببروتوكول سنة ١٩٧٢ واتفاقية المؤثِّرات العقليّة لسنة ١٩٧١ واتفاقية الأمم المتّحدة لمكافحة الاتِّجارغيرالمشروع في المخدِّرات والمؤثِّرات العقليّة لسنة ١٩٨٨، الأمم المتحدة ٢٠١٣.
الاتفاقيّات الدوليّة لمراقبة المخدِّرات، جداول الاتفاقيّة الوحيدة للمخدِّرات لسنة ١٩٦١، بصيغتها المعدَّلة ببروتوكول سنة ١٩٧٢، كماهي في ٢٥ أيلول/سبتمبر، ٢٠١٣. الأمم المتّحدة، أيلول ٢٠١٣
الاتفاقيّات الدوليّة لمراقبة المخدِّرات، جداول اتفاقيّة المؤثِّرات العقليّة لسنة١٩٧١كماهي في٢٥أيلول/سبتمبر٢٠١٣، الأمم المتحدة، أيلول ٢٠١٣.

v. الرابطة المحمّديّة للعلماء دليل العلماء الوسطاء في الحد من مخاطر استخدام المخدّرات،أكتوبر ٢٠١٤.

vi. مقتبس من معجم مصطلحات الكحول والمخدّرات،منظّمة الصحّةالعالميّة (١٩٩٤).

vii. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence, WHO, 2004.

viii. Regier et al., 1990.

ix. Women injecting drug users in the MENA, Context, service needs and factors influencing service uptake – operational research, MENAHRA 2013.

x. Petition Report Support Drug Users' rights in the MENA region, 2010.

xi. http://www.menahra.org/ar/about/what-is-harm-reduction, checked on September 2014.

xii. Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use-Policy brief: Provision of sterile injecting equipment to reduceHIV transmission, WHO, UNAIDS, UNODC, 2004.

xiii. Needle and syring program: a review of the evidence, Australian government, department of Health and Ageing, 2005.

xiv. http://www.avert.org/needle-exchange.htm, accessed March 2013.

xv. WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users, 2012 Revision.

xvi. Assessment of situation and response of drug use and its harms in the Middle East and North Africa, 2012.

xvii. http://www.harm-reduction.org/opioid-substitution-therapy.html, accessed March, 2013.

xviii. Operational guidelines for themanagement of OPIOID DEPENDENCE in the South-East Asia Region, WHO- Regional Office for South-East Asia, 2008.

xix. HIV Counselling Handbook for the Asia-Pacific, UNICEF, FHI, WHO South-East Asia Region Western Pacific Region.

xx. Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic HTC policy framework, WHO, 2012.

xxi. Position Statement-Condom and HIV prevention, WHO, UNFPA, UNAIDS, originally published in 2004 and updated in 2009.

xxii. Behavior change communication for HIV/AIDS- A strategic framework, Family Health International - Institute for HIV/AIDS, USAID, September 2002.

xxiii. J. Prochaska & Carlo DiClemente. Transtheoretical Model, 1984.

xxiv. المناداة بحقوق الطفل في العالم العربيّ: المفهوم والخبرات تقريرعن ورشة عمل إقليميّة لورشة الموارد العربيّة والمنظّمة السويديّة لرعاية الأطفال- قبرص ٢٠٠٢

xxv. Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users, WHO, UNODC, UNAIDS, 2004.

xxvi. Adapted from: Advocacy Guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users, World Health Organisation, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Office on Drugs and Crime (2004), http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf

xxvii. Women and harm reduction Global State of Harm Reduction ٢٠١٨ briefing, Harm Reduction International

xxviii. Assessment of Situation and Response of drug use and its harms in the Middle East and North Africa ٢٠١٢, MENAHRA

xxix. Women Injecting Drug Users in the Middle East & North Africa Region (MENA). MENAHRA, 2013

xxx. Harm Reduction Report, Harm Reduction International, 2019.

دليل
القادة الدينيين
حول الحدّ من مخاطر
استخدام المخدّرات

الجزء الثالث

دور القادة الدينيّين

الجزء الثالث:
دور القادة الدينيّين

مقدّمة ٤

رسالة إلى القادة الدينيّين ٥

الفصل الأول نصوص داعمة للقادة الدينيّين في مشكلة المخدّرات والحد من مخاطر استخدامها ٦

الفصل الثاني دور القادة الدينيّين في مشكلة المخدّرات والحد من مخاطر استخدامها ١٤

إعلان بيروت ٢١

الفصل الثالث خبرات...خبرات...خبرات..... ٢٣

ملحق لائحة البرامج الوطنيّة لمكافحة الإيدز في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ٣٠

مراجع وقراءات إضافيّة ٣٢

أهداف الجزء الثالث

يهدف هذا الجزء إلى توفير معلومات حول الأدوار التي من الممكن أن يقوم بها القادة الدينيّون في مجال الحد من مخاطر استخدام المخدّرات محدّدا بعض التحدّيات التي قد يواجهونها في مسيرتهم الإنسانيّة هذه، وكيفية التعامل معها لإتمام دورهم في هذا المجال.

مضمون الجزء الثالث

يتضمّن هذا الجزء من الرزمة:

- رسالة إلى القادة الدينيّين حيث تتوجّه مجموعة القادة الدينيّين التي شاركت في بلورة هذه الرزمة إلى أقرانها سائلة إيّاهم المشاركة الفعليّة في استراتيجيّات الحد من مخاطر استخدام المخدّرات.
- نصوص داعمة للقادة الدينيّين للاطلاع عليها بهدف اعتماد مواقف إيجابيّة في أدوارهم، وتعزيز حججهم في اقناع القادة الدينيّين الآخرين للمساهمة في الوقاية من مشكلة المخدّرات والحد من مخاطر استخدامها.
- دور القادة الدينيّين فيحدّد هذا الفصل مختلف الأدوار التي من الممكن أن يقوم بها القادة الدينيّون للمساهمة في الاستجابة لاحتياجات مستخدمي المخدّرات للحد من مخاطر استخدام المخدّرات.
- إعلان بيروت الذي أطلقته مجموعة من القادة الدينيّين حدّدت من خلاله كيفيّة تحرّكها في قضية المخدّرات على ثلاثة محاور وهي؛ الوقاية، العلاج والتأهيل والحد من المخاطر، وإعادة الاندماج.
- خبرات...خبرات...خبرات حيث يتمّ الإشارة إلى تجارب ناجحة في مجالي: الحد من المخاطر، ومواجهة فيروس نقص المناعة البشريّ/الإيدز.

من الممكن استخدام هذا الجزء من الرزمة لتعزيز معلومات القادة الدينيّين المسلمين والمسيحيّين الفاعلين في مجتمعات بلدان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، لجهة الأدوار التي من الممكن أن يقوموا بها وبلورة مواقفهم الشخصيّة من جهة، أو لإعداد مضمون جلسات حوار مع المسؤولين في المؤسسات الدينيّة والقادة الدينيّين الآخرين من جهة أخرى. كما بالإمكان أن يشكّل هذا الجزء مضمون التدريب، في حال تنظيم ورشات تدريب حول الموضوع، إلّا أنّه يحتاج إلى تصميم طرق تدريبيّة لإيصال الرسائل والمعلومات الى المشاركين والمشاركات.

رسالة إلى القادة الدينيّين

قد يتساءل بعض قراء هذه الرزمة «لماذا مناصرة قضيّة الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات؟؟».

وربما قد يعترضون على العمل مع مستخدمي المخدِّرات، بالرغم من أهمّيّته ومنافعه على مختلف المستويات.

فالموضوع مرفوض اجتماعيًّا، والذين يعانون منه منبوذون ومكروهون من قبل عائلاتهم ومجتمعاتهم، ونحن جزء من هذا المجتمع نشعر بهمومه ومشاكله، ولذا قامت شبكة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا للحد من مخاطر استخدام المخدِّرات «مينارة» باجتماع إقليميّ للقادة الدينيّين مسلمين ومسيحيّين، ومن كافة الطوائف من الأردن والبحرين والمغرب وتونس ومصر وسوريا ولبنان في بيروت في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٢ وذلك برعاية وزارة الصحّة العامّة في لبنان. وأظهر الجميع اهتمامًا كبيراً، وتمَّ التعبير عن المخاوف، وبنهاية الاجتماع خرج المجتمعون بـ «إعلان بيروت للقادة الدينيّين للحد من مخاطر استخدام المخدِّرات».

واستمر التواصل بيننا كقادة دينيّين وكفريق عمل مينارة، حيث تمّ تبادل الأفكار بشأن تفعيل دور القادة الدينيّين للحد من مخاطر إستخدام المخدّرات، والمساهمة في التخفيف من انتشارها، ومناصرة مستخدمي المخدّرات في عيش حياة إنسانيّة كريمة، مع تخفيف تعرّضهم للمخاطر والوصم والتمييز.

ويأتي هذا الدليل تلبية للتوصيات التي تمّ طرحها خلال اجتماعنا لتعزيز قدرات القادة الدينيّين للحد من مخاطر استخدام المخدّرات.

وحيث إن الأديان تهتمّ بالإنسان جسداً ونفساً وعقلاً وروحاً، فهذا ما يجعلنا، نحن القادة الدينيّون ، ندعم كلّ محاولات الوقاية والعلاج والتأهيل لمستخدمي المخدّرات، وكلّ ما يراه الأخصائيّون في المجال الصحّيّ، ومسؤولو المنظّمات والهيئات الصحّيّة في بلداننا العربيّة، ممّا يؤدّي الى الحد من مخاطر إستخدام المخدّرات. فرسالتنا كقادة دينيّين رسالة الرحمة والوقوف بجانب الأشخاص الضعفاء، الذين دفعت بهم الصعوبات الى استخدام المخدّرات.

فلنكتشف سوياً عالماً يتوق لجهودنا من التخفيف من ألم هؤلاء، ولاحتضانهم والرقي بهم الى أعلى مستويات القيم الإنسانيّة والأخلاقيّة والدينيّة، وليوفقنا الله في مهمتنا الإنسانيّة هذه.

القادة الدينّيون

اجتماع بيروت، تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٤

الفصل الأول نصوص داعمة للقادة الدينيّين في مشكلة المخدّرات والحد من مخاطر استخدامها

نصوص من الدين الإسلاميّ

إن الكرامة الإنسانيّة ليست حكرًا على بعض الناس، بل إنّ كلّ إنسان يبقى له حظٌّ من التكريم الإلهيّ، ولا يحقّ لأحد من البشر أن يدعّي لنفسه سلطة منح هذا التكريم أو حجبه، بحجّة أن الشخص مستخدم مخدّرات.

إنّ التزامنا – كقادة دينيّين- بتعاليم الدين الذي ننتمي إليه، لا ينبغي أن يكون مدعاة تفاخر وتعالٍ على مستخدمي المخدّرات والمرتهنين لها، فندّعي أنّنا خيرٌ منهم وأنّنا أهل التقى والصلاح، وهم جميعًا ليسوا كذلك. فمن واجباتنا عدم جعل المبتلين بآفة المخدّرات محلّ وصم وتمييز فنزيدهم ألمًا وتعاسة، وما يدرينا لعلّ من بين هؤلاء من هو أفضل منّا ونحن لا نعلم حقيقة أمره. بالإضافة إلى عدم لعن وطرد واقصاء مستخدمي المخدّرات، فلعلّ في قلوبهم من الإيمان والخير أكثر ممّا نظنّ، ولعلّ ضعف مستخدمي المخدّرات وألمهم، وحاجتهم للمساعدة تجعلهم في حال ضراعة، تقرّبهم من الله وتشفع لهم عند مولاهم.

المربّي الناجح والقائد الدينيّ الصالح هو الذي يستوعب مستخدمي المخدّرات، ويتقبّلهم على حقيقتهم ويغمرهم بحبّه ويكون معهم داعيًا لا قاضيًا، ومساعدًا لا جلادًا.

إنّ جوهر الدين الحنيف، وروح الشريعة الغرّاء يؤكّدان على وجوب التفكير الإيجابيّ الذي يترجم ممارسة عمليّة وتطبيقًا فعليًّا وينتج أثرًا إيجابيًّا واقعيًّا.

إنّ آفة المخدّرات وما ينتج عنها من مخاطر، تستدعي توظيف دور القائد الدينيّ على مستويات: منها وقائيّ كالتحذير والتنبيه من مخاطر المخدّرات، ومنها علاجيّ جذريّ مثل الحثّ على اللجوء إلى برامج العلاج بهدف الإقلاع عن استخدام المخدّرات، ومنها علاجيّ بشكل جزئيّ مثل الحد من مخاطر استعمال المخدّرات. فمن القواعد الشرعيّة «ارتكاب أخف الضررين، ما لا يدرك كلّه لا يترك جلّه».

النصوص الداعمة لعمل القادة الدينيّين

النص الشرعيّ	الشاهد
"وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُم مِّنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلاً" [سورة الإسراء آية ٧٠]	الكرامة الإنسانيّة ليست حكرًا على بعض البشر دون غيرهم بل كلّ الناس سواء في هذه الكرامة بما في ذلك هذه الشريحة، لأنّهم عبيد الله.
"الَّذِينَ يَجْتَنِبُونَ كَبَائِرَ الإِثْمِ وَالْفَوَاحِشَ إِلاَّ اللَّمَمَ إِنَّ رَبَّكَ وَاسِعُ الْمَغْفِرَةِ هُوَ أَعْلَمُ بِكُمْ إِذْ أَنشَأَكُم مِّنَ الأَرْضِ وَإِذْ أَنتُمْ أَجِنَّةٌ فِي بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ فَلا تُزَكُّوا أَنفُسَكُمْ هُوَ أَعْلَمُ بِمَنِ اتَّقَى" [سورة النجم آية ٣٢]	لا يصحّ أن نمدح أنفسنا ونزكيها وننظر إلى غيرنا بما في ذلك هذه الشريحة نظرة دونيّة وتصنيفهم على أنّهم دوننا، بل لعلّ منهم من هو أفضل منا.
"وَمَنْ أَحْسَنُ قَوْلا مِّمَّن دَعَا إِلَى اللَّهِ وَعَمِلَ صَالِحًا وَقَالَ إِنَّنِي مِنَ الْمُسْلِمِينَ" [سورة فصلت آية ٣٣]	الكلمة الطيّبة صدقة، وخاصّة حينما تكون في حق من يعيشون وضعيّات صعبة كما هو الشأن بالنسبة لمستخدمي المخدّرات.

النصوص الداعمة لعمل القادة الدينيّين (تابع)

النص الشرعيّ	الشاهد
"يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّن قَوْمٍ عَسَى أَن يَكُونُوا خَيْرًا مِّنْهُمْ وَلا نِسَاء مِّن نِّسَاء عَسَى أَن يَكُنَّ خَيْرًا مِّنْهُنَّ وَلا تَلْمِزُوا أَنفُسَكُمْ وَلا تَنَابَزُوا بِالأَلْقَابِ بِئْسَ الاِسْمُ الْفُسُوقُ بَعْدَ الإِيمَانِ وَمَن لَّمْ يَتُبْ فَأُولَئِكَ هُمُ الظَّالِمُونَ" [سورة الحجرات آية ١١]	لا ينبغي التعامل مع هذه الشريحة باستخفاف واستهزاء واستهتار. فهم بشر مثلنا بل لعلّ منهم من هو خير منّا.
"وَالَّذِينَ يُؤْذُونَ الْمُؤْمِنِينَ وَالْمُؤْمِنَاتِ بِغَيْرِ مَا اكْتَسَبُوا فَقَدِ احْتَمَلُوا بُهْتَانًا وَإِثْمًا مُّبِينًا" [سورة الأحزاب آية ٥٨]	كلّ من نطق بالشهادتين فهو مؤمن له حرمته وعلينا ألّا نسيء إليه. ومستخدمو المخدّرات مؤمنون مرضى.
"وَلا تَسْتَوِي الْحَسَنَةُ وَلا السَّيِّئَةُ ادْفَعْ بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ فَإِذَا الَّذِي بَيْنَكَ وَبَيْنَهُ عَدَاوَةٌ كَأَنَّهُ وَلِيٌّ حَمِيمٌ" [سورة فصلت آية ٣٤]	قد تكون الدعوة بالحسنى والكلمة الطيّبة سببًا لمستخدمي المخدّرات للإقلاع أو لطلب التعافي.
"وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفْ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الأَمْوَالِ وَالأنفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ*الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُم مُّصِيبَةٌ قَالُواْ إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ* أُوْلَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ" [سورة البقرة، الآيات ١٥٥، ١٥٦، ١٥٧]	إن استخدام المخدّرات، في معتقدنا نحن المسلمين، قد يكون ابتلاء من الله، وعلى مستخدمي المخدّرات أن يقبلوا هذا الابتلاء ليخرجوا من هذه التجربة ورحمة الله تكلؤهم.

النص الشرعيّ	الشاهد
"يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُواْ اسْتَعِينُواْ بِالصَّبْرِ وَالصَّلاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ" [سورة البقرة آية ١٥٣]	على مستخدمي المخدّرات ألّا يزهدوا في أنفسهم وأن يقدّروا ذواتهم، لأنّ في ذلك صلاحًا لهم وارتقاء لمعنويّاتهم.
"قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَى أَنفُسِهِمْ لا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ" [سورة الزمر آية ٥٣]	مهما عظمت خطيئات المؤمن، فالله كفيل بأن يغفر. ومهما ساءت سلوكيّات مستخدمي المخدّرات، فإنّ ذلك لن يضعف من تكريم الله لهم، إن هم طلبوا المغفرة.
جيء برجل يومًا إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم وقد شرب الخمر، فقال رجل: اللّهم العنه... فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: لا تلعنوه، فإنّه يحب الله ورسوله. "كنز العمال ١٣٧٤٨"	حتى مستخدمو المخدّرات والمرتهنون لها لا ينبغي لعنهم ووصمهم ونبذهم فإن في قلوبهم شيء من إيمان.
فَبِمَا رَحْمَةٍ مِنَ اللَّهِ لِنْتَ لَهُمْ وَلَوْ كُنْتَ فَظًّا غَلِيظَ الْقَلْبِ لَانْفَضُّوا مِنْ حَوْلِكَ [سورة آل عمران (٣)، الأية (١٥٩)]	من صفات الداعية والمربّي أنّه طيّب القلب ليّن الجانب، ولا هو بفظّ ولا غليظ القلب. وهذا مدعاة لإقبال الناس عليه، وتقبّلهم له، وانتفاعهم به.
فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَةَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لا يَعْلَمُونَ.	نحن كقادة دينيّين، من المحافظين والملتزمين بتعاليم الدين الذي يحاكي الفطرة السليمة. وعليه، فنحن لا نبيح المخدّرات ولا العلاقات الجنسيّة خارج إطار الزواج.

الفصل الأول

نصوص من الدين المسيحيّ

للكنيسة دور فعَّال في الوقاية من استخدام المخدّرات والارتهان لها، ويمكن إدراك أهميّة وعظم دور الكنيسة من خلال الآتي:

١. تزرع الكنيسة في أبنائها الإيمان، والإيمان يمثّل قوة جبّارة تحفظ الإنسان، وتجعله يجابه متاعب ومشاكل وصدمات الحياة ولا ينوء تحتها إنّما يسمو فوقها.

٢. تزرع الكنيسة في أبنائها الفضائل الإلهيّة والقيَم المسيحية والأخلاقيّة السامية التي تجعل الإنسان ينأى بنفسه بعيدًا عن أصدقاء السوء الذين يمثّلون الخيط الأول للسقوط في الارتهان.

٣. تقدّم الكنيسة لأبنائها الجو الروحيّ الملائم، مع دفء العلاقة بين الإكليروس والمؤمنين. وأيضًا تقدّم الكنيسة لأبنائها الأنشطة واللقاءات الروحيّة والثقافيّة والرياضيّة والفنيّة، إلخ. ممّا يشغل أوقات فراغ الشباب. كما أن الاندماج التنشئة الروحيّة والخلوات والحفلات والمؤتمرات والجوقات الكنسيّة، إلخ، يقضي على الفراغ الخارجيّ والداخليّ، وأيضًا ما تقدّمه الكنيسة من خدمات إجتماعية متخصصة على الصعيد: الطبّي والتعليمي والتربوي، وبيوت للمسنّين والمشردين وذوي الحاجات الخاصة، مما يستوعب طاقات الشباب في أعمال مفيدة.

٤. يتقدم المؤمن من سر التوبة والاعتراف، وما أعظمه سرّ!!.. يحاسب الإنسان نفسه ويقدّم توبة عن خطاياه، ويعترف بها أمام الله في حضور الكاهن، والكاهن هو الأب المختبر المحبّ، الذي ينصح يوجِّه ويرشد، ويحكم على الأمور بدون مجاملة، ويوجّه النظر للمخاطر المتوقّعة، ويفضح خداع الشياطين، ويكون معينًا لابنه التائب من خلال سر الإعتراف، فاثنان خير من واحد، ويحفظ كلّ ما يقال له في سريّة كاملة. الكاهن أيضًا، بخبرته واتصالاته يُسهّل لابنه طريق العلاج عن طريق المراكز المتخصّصة داخلية كانت ام خارجية، ومنها ما يقدّم برامج الحد من مخاطر استخدام المخدّرات إلى جانب العلاج الروحي.

٥. يهتم المتخصصون من رجال الدين والأخصائيين في رعاياهم في شؤون موضوع استخدام المخدرات بتقديم الوقاية لأبنائهم من هذا الخطر ، فالأولاد في بيئات معيّنة يبدأون التدخين منذ الثامنة من العمر. كما أن مشكلة استخدام المخدّرات والارتهان لها في ازدياد مطّرد. وفي طريق الوقاية نُدخِل في مناهج التنشئة الكنسيّة لتشمل الكثير من المتغيّرات مثل الاستخدام الشائع للدش والكمبيوتر وشبكة المعلوماتية. كما استجدّ كثير من المشاكل مثل استخدام المخدّرات وغيرها، وهذه الأمور تحتاج إلى توعية.

٦. دراسة مشكلة الارتهان بأبعادها المختلفة، والاستفادة بما نشر وما ينشر من مراكز البحوث التربويّة والجنائيّة والمنظّمات العالميّة وما ينشر في الصحف والمجلات، وما يصدر من الكتب، وتكوين فرع خاص بالمكتبات الاستعاريّة يختصّ بمشكلة الارتهان.

النصوص الداعمة لعمل القادة الدينيّين:

- وحده الله يستطيع أن يحرّر الإنسان: «الرب ينقذ المسكين المستغيث والبائس الذي لا ناصر له. يرثي للكسير والمسكين ويخلّص نفوس المساكين» (مز ٧١: ١٢-١٣)
- «لا تدينوا لكي لا تدانوا، لأنّكم بالدينونة التي بها تدينون تدانون، وبالكيل الذي به تكيلون يُكال لكم. ولماذا تنظر القذى الذي في عين أخيك، وأمّا الخشبة التي في عينك فلا تفطن لها؟ أم كيف تقول لأخيك: دعني أخرج القذى من عينك، وها الخشبة في عينك؟ يا مرائي أخرج أولًا الخشبة من عينك، وحينئذ تبصر جيدًا أن تخرج القذى من عين أخيك» (مت٧: ١-٥)
- «أخرج أولًا الخشبة من عينك، وحينئذ تبصر جيدًا أن تخرج القذى من عين أخيك» (مت٧: ٥)
- «فيجب علينا نحن الأقوياء، أن نحتمل أضعاف الضعفاء، ولا نرضي أنفسنا، فليُرضِ كل واحدٍ منّا قريبه للخير لأجل البنيان، لأنّ المسيح أيضًا لم يرضِ نفسه، بل كما هو مكتوب تعييرات معيّريك وقعت عليّ» (روم١٥: ١-٣)
- «أتكلم إنسانيّاً من أجل ضعف جسدكم، لأنّه كما قدّمتم أعضاءكم عبيداً للنجاسة والإثم للإثم، هكذا الآن قدّموا أعضاءكم عبيداً للبر والقداسة» (روم ٦:١٩)
- «تعالوا إلي يا جميع المتعبين والثقيلي الأحمال وأنا أريحكم (مت ١١: ٢٨)
- مازال صوت المخلص يرنّ عبر التاريخ « أنا أشفي ارتدادهم (هوشع ١٤: ٤)
- من يقبل إليَّ لا أخرجه خارجًا» (يو ٦: ٣٧) ونحن نثق أنّ «الله لم يعطنا روح الفشل بل روح القوة والمحبة والنصح» (٢تي١:٧)
- «لأنّي جعت فأطعمتموني. عطشت فسقيتموني. كنت غريبًا فآويتموني.عريانًا فكسوتموني. مريضًا فزرتموني. محبوسًا فأتيتم إلي» (مت ٢٥ : ٣٥-٣٦)
- «الحق أقول لكم : بما أنّكم فعلتموه بأحد إخوتي هؤلاء الأصاغر، فبي فعلتم» (مت ٢٥ :٤٠)
- «ويل للقائلين للشرّ خيراً ، وللخير شرّاً الجاعلين الظلام نوراً والنور ظلاماً. الجاعلين المرّ حلواً ، والحلو مرّاً « (أش٥: ٢٠)
- إن الله هو «ديّان الأرض كلّها» (تك ١٨: ٢٥)
- لأنّه بالاضافة إلى سلطانه الإلهيّ، يوجد عدل في دينونته لأنّها قائمة على أساس من المعرفة الشاملة الأكيدة، فهو العارف بكلّ شيء، وهو الفاحص القلوب، والقارئ الأفكار، ويعلم ما يجول في مشاعر الإنسان ونيّاته، ويعرف الخفيّات والظاهرات .

النصوص الداعمة لعمل القادة الدينيّين (تابع)

- قال السيد المسيح للمرأة الخاطئة « ولا أنا أدينكِ. اذهبي ولا تخطئي أيضاً» (يو ٨ : ١١). وكما قال أيضاً»لم آت لأدين العالم، بل لأخلّص العالم» (يو ١٢ : ٤٧). «ومن كان منكم بلا خطيّة، فليرميها أولاً بحجر» (يو ٨ : ٧)
- «لا تدينوا لكي لا تدانوا. لأنّه بالدينونة التي بها تدينون تدانون. وبالكيل الذي به تكيلون يُكال لكم» (متّى ٧: ١-٢)
- الله هو وحده الديّان،أيضاً لأنّه هو وحده القدّوس (رؤ ١٥: ٤)
- قال القديس الأنبا إشعيا: «إذا أبصرت إنساناً قد أخطأ ، فلا تحتقره ، ولا تزدر به ، لئلّا تقع في أيدي أعدائك».
- وقال القديس دورثيئوس أيضاً: «إنّ سمّ الإدانة أحياناً يخرج من إنسان، لكي يصبّ في آخرين».نلاحظ إنّه وصف الإدانة بسمّ، أي إنّها تُميت مَن تصل إليه. وكأنّه بهذا يشبه الذي يدين غيره بحيّة تنفث سمّها ...
- وقال القديس الأنبا باخوميوس: «لا تحتقر أحداً من الناس ولا تدنه، ولو رأيته ساقطاً في الخطيّة».
- قال القديس بولس السينائي: «تنهد على قريبك إذا أخطأ، كما تتنهّد على نفسك، لأنّنا كلّنا تحت الزلل». ذلك لأنّك بهذا تعامله بترفّق المحبة، وليس بقسوة الحكم. إنّه أخوك وقريبك مهما سقط. عن الآب السماويّ قال في رجوع ابنه الضال « إبني هذا كان ميتاً فعاش، وكان ضالاً فوجد» (لو ١٥ : ٢)
- وقال القديس مقاريوس الكبير:لا تضعوا في ذهنكم، ولا تقبلوا في فكركم إن إنساناً ما شرير.
- «قد أراني الله أن لا أقول عن إنسان ما أنّه دنس أو نجس» (اع ١٠ : ٢٨).
- قال القديس مار افرام: «أن التلذّذ بعيوب الاخرين، يدلّ على أنّنا ممتلئون بغضًا .وقال كذلك «من يشمت بسقطة أخيه، يسقط هو أيضاً سقطة مثلها». وقال «لا تترفع على أخيك في ذهنك، لأنّك لا تعلم ماذا سيحدث في اليوم المقبل، فمن الجائز أنه يتوب وتسقط أنت».وقال مار افرام أيضاً: إنّ الذي يسبّ رفيقه له صفتان: الوقيعة والبغضة» «ومثل هذا يعتبر فاقداً للتحنّن وعادماً الرحمة».
- الذي يريد أن يصلح الآخرين، ينبغي أن يصلحهم بطريقة صالحة. ويأتي ذلك بالحب وبالاتضاع، وبالكلمة اللطيفة الهادئة، وعدم جرح شعور أحد فيما تريد صلاحه. وأيضاً عدم كشف عيوبه أمام الناس. ولا يمكن أن يصلح أحد بتغييره أو مسك سيرته. وفي هذا الأمر ما أجمل قول الربّ « فيما بينك وبينه وحدكما» (متى ١٨ : ١٥).
- يقول القديس يوحنا ذهبيّ الفم في تأمّلاته حول هذه الآية «اسمعوا ما يقول المسيح ... وبّخه فيما بينك وبينه، ولم يقل بينك وبين كلّ المدينة، ولا بين كلّ الشعب... إنّه توبيخ في السرّ، لكي يكون الاصلاح سهلاً».

- المحبة تستر الكثير من الخطايا. إن المحبّة المسيحيّة الحقيقيّة تستر الخطايا، لكنّها لا تتستّر عليها. إنّها تكره الخطية لكنّها تحبّ الخاطئ. إنّ المحبّة المسيحيّة تعلّمنا أن نرحم الآخرين كما رحمنا الربّ، أن نحبّهم كما أحبّهم الربّ، وأن نعمل كي نبنيهم ونقوّيهم لا أن نهدمهم ونضعفهم.
- «شجعوا صغار النفوس. أَسندوا الضعفاء. تأنّوا على الجميع».
- إن الربّ يسوع يسند الضعيف، ويتأنّى على الإنسان الخاطئ، حتى يتجاوب مع دعوة محبّته، ويأتي اليه معترفًا بخطيّته وطالبًا غفرانه.
- أتى ليخلص شعبه من خطاياهم(متى ١/ ٢١). فيبذل نفسه فداء عن كثيرين... (مرقس ١٠) .
- عند يسوع مواقف مهمة في العهد الجديد مع الخطأة: (مرقس ٢): كان يجالسهم ويأكل معهم ممّا أثار غضب الكتبة فأجاب(ليس الأصحاء بحاجة إلى طبيب بل المرضى)، علّمنا يسوع في مثل الإبن الشاطر رحمة الآب وكان يتعامل بكلّ حبّ ورحمة ورأفة مع الخطأة: مريم المجدليّة، السامريّة، زكّا، بطرس، لِص اليمين، حتى مع صالبيه.
- هو الراعي الصالح الذي يفتّش عن الخروف الضال. يسوع تعامل مع الخطأة وأعطانا دواء هو الغفران ورحمة الله. علينا أن نطلب الغفران فيعطينا الله إيّاه بدون شرط. إذهب ولا تعد إلى الخطيئة من بعد. كرّر يسوع هذا الكلام. توبوا، هذه دعوة يسوع الدائمة. عودوا إلى الآب السماوي، لننبذ الخطيئة ولنعد الى الطفولة ولنرنّم بثقة بين يديّ الله ولنلبس الإنسان الجديد ولنولد الى النور.
- «أنتم هياكل الله وروح الله ساكن فيكم مع الشاهد. والروح القدس هو الذي يبكت على الخطيّة (يو١٦:٨) ويدفع الخاطئ للتوبة لذلك نصلي «توّبني يا رب فأتوب» (أر٣١:١٨). وهو يعين ضعفاتنا (رو٨:٢٦) أي بعد أن يبكت يعطي قوّة ومعرفة. وكأنّ المسيح يقول لهذه الكنيسة ما عليكم إلّا أن تطلبوا مني الامتلاء من الروح وأنا أعطيكم فتحيوا. فالروح القدس يعطي لمن يسألونه (لو ١١:١٣) ومن يسأل يعطى له الروح، ومن يتجاوب مع عمله تعود حواسه الداخليّة للعمل. هذه الحواس يدرّبها الروح القدس فتتّصل بالسماويات (عب ٥:١٤).
- الإيمان والثقة في عمل الله مع النفوس التي تحطّمت وفقدت إرادتها فما زال صوت الله ينادي جميع مستخدمي المخدّرات والمرتهنين لها» تعالوا إليّ يا جميع المتعبين والثقيلي الأحمال وأنا أريحكم» (مت ١١: ٢٨) ومازال صوت المخلّص يرنّ عبر التاريخ « أنا أشفي ارتدادهم» (هو ١٤: ٤) «من يقبل إليَّ لا أخرجه خارجًا» (يو ٦: ٣٧) ونحن نثق إن «الله لم يعطنا روح الفشل بل روح القوّة والمحبّة والنصح» (٢تي ١: ٧).

الفصل الثاني دور القادة الدينيّين في مشكلة المخدّرات والحد من مخاطر استخدامها

في بعض الأحيان، قد تتحدّى بعض الأمراض كفيروس نقص المناعة البشريّ ومشكلة المخدِّرات المجتمعات الدينيّة. إذ تعرض قضايا معقّدة لجهة الأسباب والنتائج، مثل الحياة والموت، والممارسات المرفوضة من الدين، والحياة الجنسيّة خارج إطار الزواج. وبالرغم أنّ التضامن والرحمة هما من مبادئ معظم الديانات، إلّا أنّ كثيراً من الأشخاص الذين يعانون من مشكلة المخدِّرات والمتأثّرين بها يجدون أنفسهم معزولين من قبل مجتمعاتهم بما فيها الدينيّة.

الله يحبّ البشر بالمطلق...الله يحبّ كلّ انسان مهما كان ما ارتكبه من أعمال خاطئة، ومن أحياها فكأنما أحيا الناس جميعًا.

فالأديان كرّست قيمًا عدّة منها: العدالة والتضامن والرحمة والمساواة والكرامة الإنسانيّة. ومن واجبنا أن نطبّق هذه القيم ونعيشها مع كافة الأشخاص وخصوصًا المرضى منهم. أَوَليسَ مستخدم المخدِّرات إنسانًا مريضًا وليس مجرمًا؟

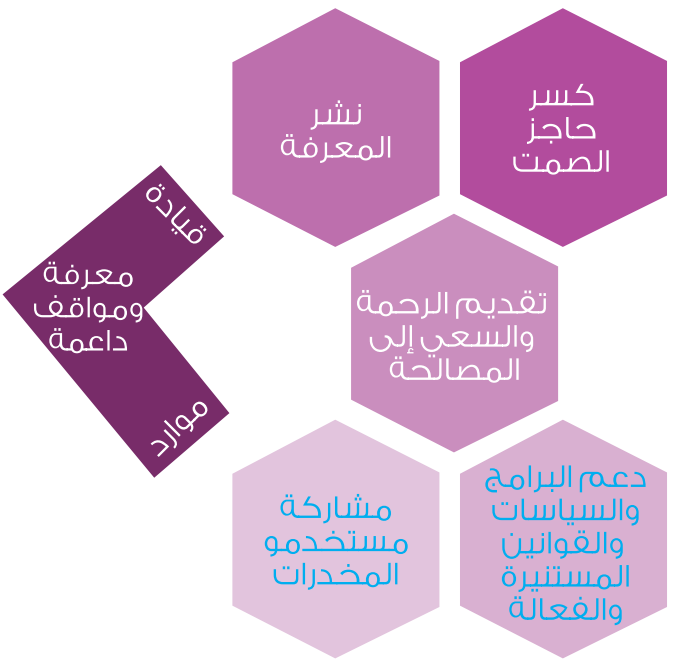
من هنا، إنّ النظرة إلى برامج الحد من المخاطر من خلال المبادئ الإسلاميّة والمسيحيّة على السواء هي نظرة حفاظ وحماية للدين والحياة والعقل، والنسل وغيرها، ويجعلها مقبولة إذ أنّها في الواقع، توفّرحلًا عمليًا لمشكلة يمكن أن تؤدي إلى ضرر أشدّ على المجتمع ككلّ إذا تركت دون معالجة. وكأهل إيمان، نحن مدعوّون للدفاع عن استراتيجيّات الحد من المخاطر وتعزيز حقوق الإنسان، ومنع انتشار استخدام المخدِّرات، والحد من انتقال الأمراض المرتبطة بذلك، كفيروس نقص المناعة البشريّ ودعم مستخدمي المخدِّرات والمتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشريّ.

لذلك بهدف نجاح خروج مستخدم المخدِّرات من المشكلة، وعدم تعريضه وأسرته والمجتمع عمومًا للأذى، من المهمّ أن تتكامل الجهود، ويكون هنالك شراكة مجتمعيّة حيث تتكامل أدوار الطبيب المعالج والأسرة والقائد الدينيّ في آن واحد؛ بحيث أنّ دائرة النجاح لا تتجزّأ ولا تقتصر على جهة واحدة.

ما هي أدوارنا؟

تتعدّد الآراء بين علماء الدين حول مفهوم الحد من المخاطر؛ ففي البلدان التي يشكّل فيها فيروس نقص المناعة البشريّ/الإيدز تهديدًا متزايدًا، مثل أوغندا وأندونيسيا، يتّخذ علماء الدين موقفًا أكثر مرونة مستخدمين الآيات الإنجيليّة، والآيات والسور القرآنيّة، والأحاديث النبويّة الشريفة لتبرير توفير واستخدام الواقي الذكريّ وأدوات الحقن النظيفة. فقدسيّة الحياة تتعالى على بعض إستراتيجيّات الوقاية[i]، وبالتالي، لتكون برامج الوقاية والرعاية والعلاج من المخدِّرات والأمراض المرتبطة بها ناجحة، يعتبر التعاون مع القادة الدينيّين عنصرًا أساسيًّا. لكن لماذا الانتظار إلى تفاقم المشكلة؟ لماذا لا نبدأ منذ الآن بالاعتراف بها، وبتحديد دورنا في ا لاستجابة لها، لحماية مجتمعاتنا وأفرادها؟

تتعدّد الأدوار التي من الممكن أن نقوم بها كقادة دينيّين وتشمل المستوى الشخصيّ، المؤسّساتيّ والمجتمع بمختلف مستوياته. ويمكن تقسيمها على الشكل التالي:



»
من حق مستخدمي المخدّرات حماية أنفسهم والاستفادة من الخدمات الصحّيّة المتاحة والبرامج والاستراتيجيّات المعتمدة للحد من مخاطر استخدام المخدّرات.

من حق مستخدمي المخدّرات الحصول على كافة حقوق الإنسان، ووصولهم إلى الخدمات الصحّيّة والعلاجيّة والرعاية الاجتماعيّة والنفسيّة والروحيّة.

إعلان بيروت للقادة الدينيّين للحد من مخاطر استخدام المخدّرات، لبنان ١٢ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٢
«

الفصل الثاني

١. كسر حاجز الصمت

أ. العمل من دون كلل على الحد من الوصم والتمييز، حتى يتمّ إعادة دمج مستخدم المخدِّرات داخل المجتمع.

ب. إجراء حوارات داخل أماكن العبادة، وفي المجتمع مستخدمين مثلاً: المقاربة الإيجابيّة من على المنبر، والعظة التي تتضمّن المحبة والإحتواء.

ج. الإصغاء الجيّد إلى مستخدم المخدِّرات من خلال الاطّلاع على معاناته، والسعي إلى فهم احتياجاته وأوضاع مختلف المجتمعات المتضرّرة من استخدم المخدِّرات. وذلك بغض النظرعن حالة مستخدم المخدّرات والمرتهن لها، فيحافظ على أسراره. ولا يحلّ للقائد الدينيّ أن يجعل هذه الأسرارمضغة بين الأفواه، بينما هو يتفاخر بخدمته.

د. الإعتراف بحقوق الأطفال والشباب الذين يعانون من مشكلة المخدِّرات أو المتأثرين بها، بما في ذلك الحق بالصحّة والتعليم والدعم.

هـ. الإصغاء إلى احتياجات الشباب، ومساعدتهم في بناء قيمهم وعلى حماية أنفسهم من السلوكيّات الخطرة والعنف والقمع وتمكينهم من المشاركة وتيسير ذلك لهم.

و. العمل على تأمين الخدمات التي تحتاجها النساء والفتيات للوقاية والعلاج والرعاية والدعم، وتمكين المرأة مِنَ الحصول عليها مدركين خصائص النساء والفتيات وأدوارهنّ في بناء الأسر والمجتمع.

٢. نشر المعرفة - البدء من أنفسنا

أ. الإطّلاع بالموضوع من مختلف جوانبه؛ الروحيّة، الصحّيّة، النفسيّة، الإجتماعيّة، الإقتصاديّة، إلخ.

ب. تقبل مستخدم المخدِّرات ورفض كلّ ما له علاقة بالوصم والتمييز، وما له من أفكار سلبيّة داخل المجتمع.

ج. نشر المعرفة بين صفوف القادة الدينيّين الآخرين والمسؤولين والعاملين في المؤسسة الدينيّة التي ننتمي إليها، لمساعدتهم على معرفة الموضوع، أسبابه وتبعاته على مختلف المستويات.

د. العمل داخل المجتمع مع كافة أفراده؛ بهدف تعريفهم على إشكاليّة استخدام المخدِّرات وارتباطها بأمراض أخرى لتوعيتهم، وتغيير الثقافة المجتمعيّة، وتعديل السلوكيّات للحد من الوصم والتمييز تجاه مستخدمي المخدِّرات.

هـ. إقامة الندوات وإصدارالنبذات التي تمدّ الأسرة بالمعلومات التي تساعد في اكتشاف مستخدم المخدّرات في وقت مبكر، وكيفيّة التعامل مع مستخدم المخدّرات والمرتهن لها.

و. تفهّم حالات الارتهان والنظرة الدينيّة الصحيحة للمواد المخدّرة، فالدين المسيحيّ والمسلم لا يحاربا المادة، ولكنّهما يحاربا استخدامها السيّىء، فالعيب ليس في النار ولا السكين، ولكن العيب في سوء استخدامهما، وهذا من الأمور البديهيّة، ولا يوجد نصّ صريح في أي دين يحرم الشمّ، أو الحقن بالمخدّر، ولكن، من المعروف خطورة هذا الأمر الذي يقضي على الثروة والصحّة والحرّيّة والإرادة.

ز. فتح خطوط تواصل جيّدة بين القائد الدينيّ ومستخدم المخدّرات والمرتهن لها وأسرة هذا الأخير، فيدرك القائد الدينيّ ما يريدون أن يقولوه، ويوجّه رسائله في الأوقات المناسبة فيستطيع أن يصل إلى قلبهم. وحينها تصل رسائله إليهم في أقصر وقت ممكن، وبنفس التأثير الذي يريده.

ح. العمل مع مجتمع مستخدمي المخدِّرات بهدف توفير المعلومات الوقائيّة لهم، والمساعدة على تغيير معاييرهم الاجتماعيّة ممّا يسهّل ويدعم تغيير السلوكيّات.

ط. الدعوة إلى احترام النساء والفتيات وتوفير مساحة لهن، لإيصال أصواتهنّ وإعطائهنّ الفرص، وتمكينهن من لعب دور القيادة في مجتمعاتنا.

ي. تشجيع الرجال والفتيان على عدم إساءة استخدام موقعهم في المجتمع، والتواصل باحترام وحب مع ضمان كرامة الجميع، واتخاذ القرارالصائب.

٣. المعاملة برحمة والسعي إلى المصالحة (مع الذات، والله، والآخر)

أ. الاعتراف بمستخدم المخدِّرات كأيّ شخص من المجتمع له حقوق.

ب. التعاطف مع مستخدم المخدّرات والمرتهن لها، وقبوله كما هو، واحترامه، وتقدير مشاعره وأحاسيسه، إلى الدرجة التي يعتبر فيها القائد الدينيّ مشكلة الارتهان كأنها مشكلته هو، فيهتم بكلّ جوانبها، لأنه يعلم تمامًا قيمة نفس المؤمن لدى الله.

ج. فتح باب المسامحة والشفاء، وتوفير الدعم الروحيّ، وإعطاء الأمل لمستخدمي المخدِّرات كي يعيشوا حياة كريمة إيجابيّة ومنتجة. فمستخدمو المخدِّرات يحتاجون إلى الحب والتعاطف والرحمة والغفران والدعم غير المشروطين.

د. القيام بدور المثال الذي يحتذى به وذلك بالتعامل باحترام مع مستخدمي المخدِّرات، وبعدم الوصم والتمييز، واستخدام اللباقة والرأفة، مع الحرص على عدم الإساءة واستبعاد الأشخاص وتشجيع المجتمع على القيام بالمثل والالتزام في الاستجابة لمشكلة المخدِّرات بما في ذلك الدعوة إلى الوقاية والعلاج والرعاية والدعم وتوفّر خدمات الحد من المخاطر.

لماذا من واجب القادة الدينيّين مناصرة الحد من المخاطر؟

- كافة التعاليم الدينيّة تشجع الرحمة والعدل وتبجيل الحياة.
- إنّ قدسيّة الحياة البشريّة هو مبدأ مشترك بين كافة الأديان والطوائف والمذاهب. فعندما لا يتمّ المحافظة على الالتزام بتأمين برامج الحد من المخاطر إلى جميع من يحتاجها، فهذا يعني تقويض قيمة الحياة البشريّة.
- بإمكان المؤسّسات الدينيّة الوصول إلى أعداد كبيرة من الناس مقارنة بأيّ مؤسسة أخرى في العالم؛ فأعداد الأشخاص المنتمون إليها في تزايد مستمرّ.
- القادة الدينيّيون مبادرون، يقدمون الخدمة المجتمعيّة ويتعاملون في قضايا المخدّرات.
- العديد من القادة الدينيّين يحظى باحترام واسع ولديهم تأثير كبير. لذلك فإن الدعوة إلى توفّر برامج الحد من المخاطر سيكون لها تأثير هائل.
- تركز معظم الديانات الكبرى في العالم على معالجة الشخص بشكل جامع. إنّ تلبية الاحتياجات الروحيّة للشخص يعني أيضًا ضمان الاحتياجات الماديّة والعاطفيّة والنفسيّة. إذًا الدعوة لتأمين خدمات الحد من المخاطر لمستخدمي المخدّرات كأنّما هي تلبية لمختلف احتياجات هؤلاء.

... بعض خصائص القائد الدينيّ للعمل في مجال مكافحة المخدرّات والحد من مخاطرها:

- مؤهل علميًّا لمعرفة سيكولوجيّة مستخدم المخدّرات والمرتهن لها وكيفية التعامل معه. فمستخدم المخدّرات والمرتهن لها، قد يكون فقد الأمل في الحياة الطبيعيّة والروحيّة. هو قريب من الفشل واليأس، وقد يصل إلى حد النقمة على كلّ من حوله حتى على الله ذاته، فيلقي بالمسؤوليّة على من حوله، ويتّهم الآباء والأمهات بالجحود، والمؤسسة الدينيّة والقادة الدينيّين بالتقصير، إلخ.
- متمتّعٌ بالهدوء والصبر وطول الأناة والاحتمال، ولاسيما أنّه بعد بذل جهد جهيد مع مستخدم المخدرات، قد يعود ثانية وثالثة إلى الانتكاسة، ويحتاج إلى مجهود جديد.
- مُلِمٌّ بكافة جوانب حياة مستخدم المخدّرات والمرتهن لها، بما في ذلك أسباب ارتهانه.
- ملتزمٌ جدّيًّا و محترم للمواعيد، حتى لا يشعر مستخدم المخدّرات والمرتهن لها، أنّه كمٌّ مُهمَل بالنسبة للقائد الدينيّ. فلا بد أن يشعر مستخدم المخدّرات والمرتهن لها بقيمته وقدره لدى القائد الدينيّ وبمحبته حتى يستجيب، ويكون صادقًا مع القائد الدينيّ.
- النظر إلى المدمن على أنّه إنسان مريض، وليس إنسانًا مجرمًا ويحتاج لتُمد إليه يد المساعدة... يحتاج للحماية من المخاطر وللدواء والعلاج وليس للعصا والتأديب.

هـ. التمتّع بالقدوة الروحيّة حتى يرى مستخدم المخدّرات والمرتهن لها في القائد الدينيّ صورة الله المحبّ الذي يبحث عن الخروف الضال.

و. تعزيز السلوك المسؤول الذي يحترم ويضمن كرامة الجميع ويحميها.

ز. استخدام التعاليم الدينيّة وخصوصًا النصوص المساعدة والداعمة لأهمية التعامل بإيجابية مع مستخدمي المخدِّرات وتقديم الدعم لهم(لهن).

ح. العمل مع القادة الدينيّين الآخرين لإيجاد معتقدات مشتركة للوقاية من المشكلة وتحسين حياة مستخدم المخدِّرات.

ط. السعي إلى عملية المصالحة ضمن العائلات المنقسمة والمجتمعات مثلاً، من خلال تيسير الحوار لمساعدة الناس في التحدّث عن المخدِّرات والأمور ذات العلاقة واحتياجاتهم و/أو عقد لقاءات عامة بمشاركة مستخدمي المخدِّرات كطريقة لتعزيز المصالحة وإعادة الإندماج.

٤. دعم البرامج والسياسات والقوانين المستنيرة والفعّالة

أ. العمل بالشراكة مع المؤسّسات الأخرى في المجتمع سعيًا وراء تكامل الأدوار، وسد الثغرات وتوفير الموارد والجمع ما بين التجارب والمقاربات والخبرات واستخلاص الدروس المستفادة.

ب. تقديم الدعم الكامل لجميع الجهود المبذولة والشراكات المنسّقة، لتقديم الخدمات بما في ذلك خدمات الحد من المخاطر، والرعاية الصحّيّة والتثقيف والتوعية، بطرق تحترم الخصوصيّة والكرامة، والتي من شأنها التخفيف والحد من استخدام المخدِّرات ومن الضرر الناتج عن ذلك.

ج. حثّ متّخذي القرار والمسؤولين لإدماج سياسة الحد من المخدِّرات،ضمن الخطة الإستراتيجيّة الوطنيّة لمكافحة فيروس نقص المناعة البشريّ، أو تلك المرتبطة بمكافحة المخدِّرات، وتوفير الموارد لوضعها موضع التنفيذ.

د. تشجيع المجتمعات والمنظمات غيرالحكوميّة لتلعب دورًا فاعلًا في الدعوة، لإنشاء خدمات الحد من المخاطر، والرعاية والعلاج، والدعم النفسيّ والاجتماعيّ لمستخدمي المخدِّرات.

٥. إشراك مستخدمي المخدِّرات - لتعود الفائدة على الجميع

من المهم إشراك مستخدمي المخدِّرات في:

أ. البرامج والحوارات الدينيّة والحملات، للتأكيد على قبولهم في المجتمع وعلى كرامتهم.

ب. تحديد مضامين وصيغ الرسائل التي سيتمّ التوجه بها إلى المجتمع، خلال حملات التوعية المجتمعيّة وأنشطة المناصرة، وكسب التأييد بما فيها الآيات القرآنية والرسائل في الإنجيل، بإعتبار أنّ القرآن الكريم مُنزَل، والإنجيل هو البشرى السارّة وتعاليمهم لا يجوز مخالفتها بل التقيّد بها.

ج. عملية التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقييم للوقاية من مشكلة المخدِّرات والحد من مخاطرها.

ما هي التحدّيات وكيفيّة مواجهتها؟

بالرغم من رغبتنا كقادة دينيّين في المساهمة بالحد من مخاطر استخدام المخدِّرات، إلّا أنّ هنالك بعض التحدّيات التي من الممكن أن نواجهها ومنها:

- عدم فهم بعض شرائح المجتمع للرسالة الحقيقيّة وراء دعوتنا لتقبّل مستخدم المخدِّرات، وتوفير برامج الحد من المخاطر.
- العمل والشراكة مع المجموعات الأكثر عرضة، ومع المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشريّ قد يكون صعباً في البداية إلى أن يتمّ بناء عملية الثقة.
- نظرة المجتمع إلى شراكتنا مع الشباب والعمل على إعادة الثقة إليهم.
- عدم وضوح النظرة الشموليّة التكامليّة المرتبطة باستخدام المخدِّرات والمخاطر المرتبطة به وبسياسات الحد من المخاطر لدى بعض المؤسّسات الدينيّة. أضف على ذلك عدم الجرأة والرغبة بطرح مثل هذه القضية.
- صعوبة التوجّه إلى جذور عدم المساواة على أساس النوع الاجتماعيّ، والتي تكون عادة متأصّلة في تقاليد وعادات وقيم ومفاهيم المجتمعات التي ننتمي إليها.

إنّ تغيير الحاضر والاستثمار في المستقبل، يتطلّب المبادرة والشجاعة، والالتزام والمثابرة، والقيادة على مختلف المستويات.

وعليه، في حال أرادت المؤسّسات الدينيّة الإسلاميّة والمسيحيّة المشاركة في مكافحة المخدِّرات والحد من مخاطرها، يكون من المهم تطوير ما يعرف بالكفاءة الداخليّة والكفاءة الخارجيّة كما يشير الرسم أدناه:

الفصل الثاني

عملية تطوير الكفاءة الداخلية

- البدء بمناقشات داخليّة ضمن المؤسّسة الدينيّة حول المخدّرات والمخاطر ذات العلاقة وسياسات الحد من هذه المخاطر.
- الاعتراف بمشكلة استخدام المخدّرات كواقع في المجتمع الذي نعنى به.
- الإقرار، بطريقة منفتحة وصادقة، بأسباب استخدام المخدّرات واستيعاب أثرها على مختلف المستويات وعلى المدى القريب والطويل.
- تقييم العوامل التي تزيد من إمكانيّة تعرّض مستخدمي المخدّرات لمخاطر ومشاكل أخرى مثلاً فيروس نقص المناعة البشريّ وغيرها.
- التوجه للمساهمة في سياسات الحد من المخاطر وإدماجها ضمن عمل وتعاليم المؤسّسة .

عملية تطوير الكفاءة الخارجية

- بناء قدرات القادة الدينيّين في مجال الادمان والمخدّرات والحد من المخاطر لتعزيز معارفهم وتمكينهم من طرح اسئلة حول السياسات العامة.
- إعداد رجال دين متخصّصين لتقديم الوقاية من استخدام المخدّرات والحد من مخاطرها.
- دراسة الكتب الدينيّة لتطوير سياسات اجتماعيّة ومقاربات ورسائل مرتبطة بالمخدّرات ومستخدميها وسياسات الحد من المخاطر تضمّن الملاءمة الاجتماعيّة والشموليّة وبناء التماسك الاجتماعيّ.
- التهيئة النفسيّة للقيادات الدينيّة.
- تطوير الكفاءة الفنّيّة للمؤسسات الدينيّة لتخطيط وتنفيذ ومتابعة وتقييم وتنسيق بفعاليّة ، برامج للتوعية حول المخدّرات وتطوير مهارات التواصل مع مختلف الفئات
- تبادل الخبرات محليًّا من خلال المؤتمرات التي تُعقد على مستوى المؤسّسة الدينيّة بكافة فروعها.
- التشبيك والتعاون مع المؤسّسات والجمعيّات العاملة في هذا المجال بهدف زيادة تغطية التدخّلات واستدامتها.
- كسب التأييد واتخاذ الدور المبادر للمؤسّسة الدينيّة في الطروحات المقدامة لحلّ المشاكل ذات الطابع الاجتماعيّ والصحّيّ والاقتصاديّ.

إعلان بيروت للقادة الدينيّين
للحد من مخاطر استخدام المخدِّرات

نحن مجموعة القادة الدينيّين من المسلمين والمسيحيين، العاملين في مجال الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات المجتمعين في بيروت - لبنان يومي ١١ و١٢ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٢ بمبادرة من شبكة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا للحد من مخاطر استخدام المخدِّرات - مينارة.

اتّفقنا على ما يلي:

المنطلقات العامة :

- انطلاقاً من مبادئنا الدينيّة وإدراكا منّا لقيمة الإنسان الذي كرّمه الله مهما كانت وضعيّته وأحواله وخلفيّاته، نرى من واجبنا العمل الجاد من أجل الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات الذي يتنامى بشكل متسارع في منطقة الشرق الاوسط وشمال افريقيا.
- تفعيل دور القادة الدينيّين في مواجهة الخطر الداهم للمجتمع من جراء انتشار استخدام المخدِّرات.
- أنه من الضروري حفاظ الإنسان على ذاته جسداً ونفساً وروحاً وعقلاً.
- قبول الآخر نظراً لقيمته كإنسان ووفقاً لمبادىء المحبة والتسامح والرحمة التي تعلّمنا إياها أديانا.
- إن مستخدم المخدِّرات هو إنسان يتمتّع بكامل حقوقه دون تمييز، كما تنصّ على ذلك مواثيق حقوق الإنسان.

وسنتحرّك في هذه القضية من خلال ثلاثة محاور: الوقاية، العلاج والتأهيل والحد من المخاطر، وإعادة الاندماج.

الوقاية:

- التشديد على أهمية دور الأسرة والمؤسّسات التربويّة في تنشئة وحماية الشباب من كلّ ما يعرّضه للانزلاق وراء المخدِّرات.
- ضرورة اهتمام القادة الدينيّين مسلمين ومسيحيّين بتوعية الشباب تحصيناً لهم من الوقوع في استعمال المخدِّرات.
- فتح باب الحوار والنقاش والإصغاء المتمعّن للشباب وإعداد منشورات وملصقات ومطويات، وإطلاق مواقع إلكترونيّة للتواصل الاجتماعيّ بهدف رفع درجة الوعي لخطورة الإدمان.
- التركيز على دور وسائل الإعلام المختلفة للحد من مخاطر المخدِّرات.
- تنظيم لقاءات لتبادل الخبرات بين العاملين في مجال الحد من انتشار مخاطر الإدمان.
- إشراك الهيئات الحكوميّة وغير الحكوميّة للمناصرة والحد من مخاطر انتشار المخدِّرات، وما ينتج عنها من أمراض كالإيدز/ السيدا والتهاب الكبد الوبائيّ...
- من حق مستخدمي المخدِّرات حماية أنفسهم والاستفادة من الخدمات الصحّيّة المتاحة والبرامج والاستراتيجيّات المعتمدة للحد من مخاطر استخدام المخدِّرات.

العلاج والتأهيل والحد من المخاطر:

- مصالحة مستخدم المخدرات مع الذات والله والآخر.
- تأمين الدعم النفسيّ والاجتماعيّ والاقتصاديّ للمستخدمين وأسرهم.
- إنشاء مراكز استقبال وتوعية وإرشاد لمستخدمي المخدِّرات.
- تأسيس مجموعات دعم لمستخدمي المخدِّرات.
- حق مستخدمي المخدِّرات في الحصول على كافة حقوق الإنسان، ووصولهم إلى الخدمات الصحّيّة والعلاجيّة والرعاية الاجتماعيّة والنفسيّة والروحيّة.

إعادة الاندماج:

- الدعوة لإزالة كلّ الحواجز لمساعدة مستخدمي المخدِّرات، والمتعايشين منهم مع فيروس نقص المناعة البشريّ، على إعادة الاندماج في مجتمعاتهم.
- العمل على تذليل كلّ العوائق القانونيّة والاجتماعيّة في سبيل عودة مستخدم المخدّرات المتعافي إلى المجتمع فاعلاً ومنتجاً ومسؤولاً.

الفصل الثالث خبرات... خبرات... خبرات

نتشارك مع القارئ في هذا الجزء خبرات تشير إلى مشاركة القادة الدينيّين بمبادرات وبرامج منها ما هو على علاقة بالحد من مخاطر استخدام المخدّرات، ومنها ما هو مرتبط بمواجهة فيروس نقص المناعة البشريّ. والهدف واحد في الحالتين ألا وهو حماية مستخدم المخدّرات والمجتمع ككل من المخاطر ذات الصلة باستخدام المخدّرات، خصوصًا عن طريق الحقن.

خبرتي... كقائد دينيّ!

شخصيّاً، أعتبر استخدام المخدِّرات مرض...والمريض يحتاج إلى تخفيف المخاطر عنه وعدم جعله عرضة لأمراض أخرى...كما أنّه من واجبنا كقادة دينيّين حماية كافة أفراد مجتمعنا، ومستخدم المخدِّرات والمرتهن إليها من أفراد هذا المجتمع. إذًا من مهامنا أولًا حمايته، ومن ثم توجيهه نحو التوقّف عن استخدامها.

في البداية، كان مستخدمو المخدِّرات يتفادون التوجّه إلي بصفتي قائد دينيّ، مفضّلين الذهاب مباشرة إلى المعالج النفسيّ...لكن عندما علموا أني متقبّل لهم ومتضامن معهم تغيّر الوضع. كنت دائما مؤمنًا، ولا أزال، أن مستخدم المخدِّرات إنسان...لكنّه إنسان مريض، متعب، يائس، يشعر أنّه منهزم، يفتقد القدرة على القيام بشيء، يعاني من مشكلة عدم الانتماء والعزل، مستقيل من نفسه، عائلته ومجتمعه... يضطرّ إلى الكذب واستغلال الآخرين...عندما تعرّفت على مستخدمي المخدِّرات وعايشتهم عن قرب أصبح لدي قناعة شخصيّة أنّني أريد العمل معهم لحمايتهم. ومنذ التزمت بذلك أصبح من غير المسموح لي بالتفكير، ولو بيني وبين نفسي، أنّ هذا الفرد من المجتمع «لا يهمني». شعرت بالعجز في التخفيف عنهم؛ حينها سألت نفسي لماذا لا أحاول أن أحلّ المشكلة مرحليًّا، من خلال توفير خدمات الحد من المخاطر أي أدوات الحقن مثلا و/أو الواقي الذكريّ، الذي يعتبر استخدامه مقبولًا في الإطار المرضيّ ومستخدم المخدِّرات يعاني من حالة مرضية؟

مستخدم المخدِّرات بحاجة إلى عاطفة إذ تنقصه...إيمانه متزعزع لذلك، كقادة دينيّين، من الواجب أن نقول له، أو لها، أنّ الله معكم ، وانّ بإمكانكم الاتّكال عليه. إذا علينا أن نفهمهم مسبقًا ونستجيب لاحتياجاتهم على اختلافها، ومن ثمّ نحدّثهم روحيًّا وإيمانيًّا.

من مهام القائد الدينيّ الأساسيّة «أن يحمل مستخدم المخدِّرات معه خلال صلاته» أي أن يصلّي لأجله. ولكي يتمكّن من ذلك،

على القائد الدينيّ أن يؤمن بهذا الشخص وبقدرة الله على تغييره وحمايته. فمن المهمّ أن يعلم مستخدم المخدِّرات أنّك تحمل قضيّته، تشعر معه، وأنّك شريك في معركته. فهنالك التزام من قبل القائد الدينيّ :» فأنا أشعر به و أتعاطف معه وأسعى لتوفير المساعدة والدعم لكنّي لا أجعله يسيطر على حياتي. وعند الاستجابة لاحتياجاته، يصبح ملتزمًا معي. لكن يجب أن تكون الاستجابة بطريقة شموليّة أي أردّ على مختلف احتياجاته(ها) مثلاً: تأمين عمل، مسكن، ملبس، إدخاله بنظام معين، تأمين صورة الأب وأن يعرف أنّي مرجعه». فالقائد الدينيّ هو الأب الروحيّ لمستخدم المخدِّرات وعليه أن ينقل العلاقة من التعاطف والدعم إلى الروحانيّة. الاستجابة لاحتياجاته مهمّة، فهي تساهم في بقائه في برامج الحد من المخاطر وضمن هيكليّة معيّنة.

«متى بدأت العلاقة مع مستخدم المخدِّرات لا أقطعها أبدا حتى عند الإنتكاسة، أو قيامه بسلوك سلبيّ. لكنّي أشعره بإنزعاجي عند فشله. أقطعها في حالة واحدة، عندما أريد حماية الآخرين. ولكن، حتى في هذه الحالة، أتأكد من استمرار الدعم له من أشخاص آخرين».

العلاقة بين القائد الدينيّ ومستخدم المخدِّرات تصبح أقوى، عندما يعرف هذا الأخير أنّك ستعطيه أدوات حقن معقّمة بهدف حمايته. وبحسب خبرتي، إن تأمين أدوات الحماية هذه هو مدخل لبناء عملية الثقة، ستكون ثقة عمياء تدفعه مع الوقت لأن يتشارك بمكنونات نفسه ومشاكله ويطلب العلاج. بالطبع، هنالك حاجة للمتابعة وعقد اتفاق معه وتقييمه دوريّاً وتشجيعه دائمًا.

كلّنا نعرف أنّ العلاج الذي يهدف إلى الامتناع عن استخدام المخدِّرات غير كاف، لأنّ الكثير من الأشخاص الذين يعانون التبعيّة للمخدّرات جرّبوه مرّات عديدة ولم يستجيبوا له. لذلك نحن مجبرون على إعطاء أدوات حقن معقّمة والواقي الذكريّ لحمايتهم وحماية الآخرين، لكنّ هذه الأمور موقّتة، وهي مدخل إلى العلاج بالبدائل، ومن ثم الامتناع عن تناول المخدِّرات.

وختامًا، في حال أردنا، كقادة دينيّين، مساعدة مستخدمي المخدِّرات والمرتهنين لها، يجب اختبار تطبيق برامج الحد من المخاطر ومن ثمّ، تقييم الأمر واتخاذ قرار بالاستمرار أم عدمه.

الكنيسة ودورها في مكافحة فيروس نقص المناعة البشريّ على المستوى العالميّ [ii]

للعديد من الكنائس في أمريكا الشمالية وأوروبا، وكالات تنمية وطنيّة تدعم المشاريع الدوليّة، فضلًا عن تعزيز الدعوة والتثقيف حول قضايا الفقر وفيروس نقص المناعة البشريّ. بالإضافة إلى ذلك، للعديد من الكنائس «مكتب» أو نقطة اتصال لفيروس نقص المناعة البشريّ لكلّ من المذاهب المسيحيّة. ويوفّر هذا المكتب المدرّبين والمستشارين لدعم الكنائس المحلّيّة في تطوير استجابتها الخاصة بفيروس نقص المناعة البشريّ والإيدز. كما وضع مجلس الكنائس العالميّ، المؤلّف من ٣٤٩ من الكنائس المسيحيّة، مبادئ توجيهيّة للكنيسة تدعو إلى الكفاءة اللاهوتيّة والتقنيّة المختصّة بفيروس نقص المناعة البشريّ. وفي إفريقيا، تعمل العديد من المؤسّسات اللاهوتيّة على إدراج فيروس نقص المناعة البشريّ والإيدز في مناهجها على الصعيد العالميّ.

برنامج الرابطة المحمديّة للعلماء (المغرب) في الحد من مخاطر استخدام المخدرات

تعتبر تجربة الرابطة المحمديّة للعلماء بالمغرب، في موضوع الحد من مخاطر استخدام المخدّرات تجربة رائدة في هذا الموضوع، على مستوى منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا،إذ عملت، بدءًا من عام ٢٠١٠، على وضع برنامج دقيق للحد من مخاطر استخدام المخدّرات، تمّ إعداده على أسس علميّة، واستنادًا إلى الإستراتيجية الوطنيّة التي وضعتها وزارة الصحّة المغربيّة، في ضوء استشارة واسعة مع كلّ الشركاء العاملين في مجال الحد من مخاطر استخدام المخدّرات، من الهيئات الحكوميّة ومنظّمات المجتمع المدنيّ.

وتتجلّى جدّة تجربة الرابطة المحمديّة للعلماء بالمغرب، في كونها اعتمدت على القيادات الدينيّة في الحد من مخاطر استخدام المخدّرات، حيث عملت على تدريب ١٥٠ عالم دين، تم انتقاؤهم من جهتين (محافظتين)، هما جهة المغرب الشرقي (وجدة، جرادة، الناظور، والحسيمة)، وجهة الشمال (طنجة، تطوان، والعرائش). وقد جاء اختيار هاتين الجهتين في البداية، على أساس تعميمه تدريجيًّا على باقي جهات المملكة المغربيّة لاحقًا، لسبب إستراتيجيّ، هو أن هاتين الجهتين تعتبران، بناء على الدراسات الرصديّة، الموقع الأكثر انتشارًا لاستخدام المخدّرات الصلبة، واستخدام المخدّرات عن طريق الحقن، وارتفاع عدد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشريّ/ الايدز.

وقد تمّ تدريب هذه القيادات الدينيّة من لدن علماء وخبراء في ورشات عمل، مدّة كلّ ورشة ٣ أيام، بمعدل ٢٥ قائدًا دينيًّا في كلّ ورشة. وفي هذه الورشات تمّ الجمع بين النظريّ والمنهجيّ والعمليّ على الشكل التالي:

- الجانب النظريّ والمنهجيّ:
  ١. مفهوم برنامج الحد من استخدام المخدّرات مكوّناته؛
  ٢. التعريف بالمخدّرات والارتهان؛
  ٣. أنواع المخدّرات وأسس تصنيفها؛
  ٤. نموذج مخطّط إدراج الأدوية البديلة (الميثادون)؛
  ٥. الترابطات بين استخدام المخدّرات والأيدز والتهاب الكبد الفيروسي «ب» و «ج»؛
  ٦. كيفية بناء الخطاب الدينيّ للحد من مخاطر استخدام المخدّرات.
- الجانب العمليّ: تضمن توزيع المشاركين إلى مجموعات؛ حيث تعمل كلّ مجموعة على مناقشة وعرض إحدى المواضيع التالية:
  ١. رصد واقع الحال لاستخدام المخدّرات في الجهة؛
  ١. دور القيادات الدينيّة في الحد من مخاطر استخدام المخدّرات ؛
  ٣. التشبّك أو التداخل بين منظّمات المجتمع المدنيّ والسلطات الصحّيّة.

وفي نهاية كلّ ورشة عمل، يتمّ وضع خطة عمل لمساهمة القيادات الدينيّة في الحد من مخاطر استخدام المخدّرات.

كاريتاس - مصر

تعمل جمعية كاريتاس مصر المنتمية إلى هيئة كاريتاس الدوليّة، من خلال رؤية تنمية كلّ انسان، دون النظر إلى اللون أو العرق أو النوع أو الدين، وذلك من خلال برامج تنمية متكاملة و شاملة موجّهة خاصّة إلى الأكثر احتياجاً وإلى المُهمشين.

من بين هؤلاء الأشخاص الذين توجّه اليهم البرامج مستخدمي المخدّرات بالحقن، وذلك نظراً لمخاطر هذا السلوك ومردوده السلبيّ على الشخص والأسرة والمجتمع. وتعمل الجمعيّة فى هذا المجال من خلال منظومة متكاملة تعتني بالمكوّنات المختلفة المعنيّة بهذا الموضوع؛ بدءًا من برامج وقائيّة للحد من استخدام المخدّرات، امتداداً إلى برامج تدخّل مباشرة مع مستخدم المخدّرات والمرتهن لها فى الميدان. تتبنّى كاريتاس منهجيّة تقليل الضرر التي تتدرّج فيها البدائل المختلفة لمنع إنتقال العدوى بأيّ من الأمراض المرتبطة بهذا السلوك بدءاً من الإقلاع عن الإدمان ككلّ إلى تبنّي سلوكيّات أكثر أمناً وأماناً للشخص. وتعمل فى هذا المجال من خلال فرق عمل ميدانيّ للوصول إلى المدمنين بالحقن.

وقام فرع كاريتاس مصر بالإسكندرية بتنمية هذا البرنامج، عن طريق بؤر حواريّة مع مجموعة من رجال الدين الإسلاميّ والمسيحيّ، ومجموعة من المرتهنين للمخدّرات بالحقن، للتعرّف على مدى فاعليّة دور الدين والقصور والإحتياجات، وذلك

لتفعيل دور رجل الدين في تبنّي هذه المنهجيّة والمساعدةعلى تغييرالسلوك، وذلك من خلال برامج تدريبيّة لرجال الدين الإسلاميّ و المسيحيّ عن منهجيّة العمل مع الشباب بصفة عامّة، والشباب مستخدمي المخدّرات للحدّ منها.

وقد لوحظ بعد التدريب، أنّ رجل الدين العامل بالبرنامج أصبح على دراية أكثر بالظاهرة كظاهرة إجتماعيّة وليس كظاهرة إجراميّة، كذلك لوحظ تبنّيه لمنهجيّة أكثر قبولاً للفئات المستهدفة، وأصبح لديه تفهّم أكبر لمستخدمي المخدّرات والمرتهنين لها، ووعي لقضية الوصم الذاتيّ وشعورهم بالذنب. كما أتت نتيجة استطلاع آراء المنتفعين من الخدمة المقدّمة لهم من رجال الدين بالقبول والرضا.

وتأمل كاريتاس أن يشارك في هذا البرنامج عدد أكبر من رجال الدين المقتنعين بأهمية دورهم المحوريّ في تغيير سلوك مستخدم المخدّرات بالحقن بصفة خاصّة والأشخاص الأكثر عرضة بصفة عامّة.

تُدعم هذه الخدمة بخدمات فحص طوعيّ، ومشورة متعلّقة بالأمراض التي قد تنتج عن هذا السلوك، وكذلك الأمراض النفسيّة وتأثيرها السلبي على المجتمع، مع توفّر قائمة إحالة تحتوي على رجال دين متطوّعين ممّن تمّ تدريبهم لتقديم الخدمة عند الإحتياج.

ماليزيا [iii] – قسم التنمية الإسلاميّة

يتم تنفيذ عدة برامج في مجال الوقاية من فيروس نقص المناعة البشريّ والحد من المخاطر:

- بهدف إدخال التعليم حول فيروس نقص المناعة البشريّ/الإيدز في التدريب الرسميّ للقادة الدينيّين المسلمين، ينظم قسم التنمية الإسلاميّة في ماليزيا ورشًا تدريبيّة حول فيروس نقص المناعة البشريّ والإسلام لتوعية مسؤولي المجالس الدينيّة في الولايات وقادة دينيّين آخرين، وقادة مجتمع على المستوى الوطنيّ. وقد أطلق المشروع في ٢٠١٠، بالتعاون مع مجلس الإيدز الماليزيّ ووزارة الصحّة العامّة.

- منذ ٢٠١١، بدأ تنفيذ برنامج تدريب للمتحوّلين لتمكينهم من المهارات المهنيّة بالإضافة إلى دروس روحيّة ودينيّة وتثقيف حول الإيدز لحمايتهم من التوجّه نحو العمل الجنسيّ بحيث أنّهم مرفوضون اجتماعيًّا، وعاطلون عن العمل. ينفذ المشروع بالتعاون مع شركة أطعمة «Dagang Halal» ومجلس الإيدز الماليزيّ. وبناء على تقييم المشروع سيعاد تطبيقه مع فئات أخرى كمستخدمي المخدِّرات والمساجين.

- كما نفّذ قسم التنمية الاسلاميّة بالتعاون مع منظّمات مجتمعيّة، برامج وصول لعاملات الجنس والمتحولين ومستخدمي المخدِّرات وبرامج روحيّة، ممّا أدى إلى التقارب بين هذه المجموعات وقسم التنمية الإسلاميّ، وانتشار لرسائل الوقاية ووسائلها بين هذه المجموعات.

الحاجة إلى كسب التأييد المتواصل!

كلّ صباح يوم الاثنين والخميس، يركب رجل الحافلة، لمدة ساعة ونصف من منزله في ضواحي كولالمبور إلى مسجد الرحمن. بعد تلاوة صلواته، يصعد إلى الطابق العلويّ للمسجد، حيث المركز الصحّيّ فيعاينه الطبيب ويجري له الفحوصات اللازمة ومن ثمّ يأخذ جرعة الميثادون من الصيدليّ بهدف مساعدته على التخلص من ارتهانه للهيروين. يقول هذا الرجل: «الميثادون يمنعني من أخذ الهيروين في الشارع ويجعلني قادرًا على العمل».

والجدير ذكره أنه في عام ٢٠٠٥، بدأت ماليزيا، بتمويل من الحكومة، بتقديم الميثادون كعلاج لمستخدمي الهيروين. وفي العام التالي، تم إدخال برنامج توفير الإبر والحقن.

كما أنه منذ إدخال برنامج العلاج بالبدائل وتوفير الإبر والحقن، انخفض عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشريّ إلى النصف تقريبًا، حيث بلغ في عام ٢٠٠٩ - ٣،٠٨٠ إصابة - أدنى مستوى منذ عام ١٩٩٣.

في البداية، واجه الأطباء معارضة قويّة من قبل لجنة المسجد، وقسم التنمية الإسلاميّة في الحكومة، وذلك بسبب خشية السلطات أن يكون «الميثادون» محرمًا في الإسلام. عندها، أوضح الأطباء أنّ الميثادون دواء يختلف عن المخدِّرات، كونه لا يعطي شعور الهيروين نفسه. فوافقت اللجنة على السماح بتجربة البرنامج شرط أن ينفّذ تحت إشراف طبيّ، وبعد أخذ الإذن من مجلس الفتوى الوطنيّ. البرنامج، الذي بدأ في عام ٢٠١٠، يُعنى الآن بـ٥٠ مريضًا تتراوح أعمارهم بين ١٨ و ٦٠ سنة ويقدم أيضا العلاج الروحيّ. وبحسب منظّمة الصحّة العالميّة، يعتبر مسجد الرحمن الأول في العالم من حيث تقديمه لهذا البرنامج. ويقول أمين صندوق المسجد: «بالفعل هناك الكثير منهم بصحة جيدة، ولديهم وظيفة مناسبة، كما أنّ البعض منهم متزوج ولديه عائلة. أعتقد أنّ ما تقوم به المؤسسة هو خطوة جيدة».

لكن برنامج مسجد الرحمن، واجه تحدّيات بعد عامين من بدء تقديم علاج الميثادون. وتمثّلت هذه التحدّيات بعدم وجود صيادلة للعمل في عيادة المسجد، بالإضافة إلى قرار لجنة المسجد المنتخبة حديثًا بإقفال العيادة. لذلك تمّ إيقاف البرنامج في أيلول ٢٠١٢، وتمّ نقل العيادة إلى مركز رعاية في مدينة أخرى[iv].

من هنا أهمّيّة متابعة عملية كسب التأييد لضمان توفّر واستمرارية برامج الحد من المخاطر لمستخدمي المخدّرات.

أوغندا - الجمعيّة الطبّيّة الإسلاميّة [ii]

بعد سنتين من المشروع، ازدادت نسبة المعرفة الدقيقة المرتبطة بانتقال فيروس نقص المناعة البشريّ وطرق الوقاية والمخاطر المرتبطة بغسل الأموات والختان باستخدام أدوات غير معقّمة. بالإضافة إلى انخفاض هام في عدد الشركاء الجنسيّين، المبلّغ عنهم بين الأشخاص الذين يتراوح عمرهم تحت ٤٥ سنة، وازدياد في استخدام الواقي الذكريّ بين الذكور في المدن. ويشير تقرير حديث إلى إنخفاض نسبة الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشريّ بين أعضاء الجالية الإسلاميّة في أوغندا من ١٨٪ في التسعينات إلى ٦٪ حاليًّا. تضمّنت أنشطة المشروع، الذي بدأ في ١٩٩٢، قيام أكثر من ٣ آلاف من القادة الدينيّين ومساعديهم تمّ تدريبهم على تثقيف المجتمعات حول فيروس نقص المناعة البشريّ، من خلال زيارات منزليّة والتجمّعات الدينيّة. وتم تطوير رسائل ذات صلة ومقبولة ثقافيًّا حول فيروس نقص المناعة البشريّ تستخدم تعاليم عن الإخلاص المتبادل والمسؤولية الأخلاقيّة الفرديّة وعدم تعريض الآخرين.

ملحق: لائحة البرامج الوطنيّة لمكافحة الإيدز في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

(نوفمبر/تشرين الثاني ٢٠٢٠)

البلد	الإسم	أرقام الهاتف	البريد الالكترونيّ
أفغانستان	د.احسانالله احسان	هاتف: 750 162 700 93+	drehsanullahehsan@gmail.com
البحرين	د.عادل سلمان الصياد	مكتب: 17279234 (973+)	ASayyad@health.gov.bh
		فاكس: 17279268 (973+)	
		خلوي: 39687214 (973+)	
جيبوتي	السيدة أمينة فرح الطاره	هاتف: 00253 21 353786	hilllamedawaleh@yahoo.fr
		خلوي: 00 253 77 87 0159	
مصر	د.هبة السعيد		
إيران	د. بارفين أفسار قزروني	مكتب: 98 21 8145 5055+	p.afsar50@gmail.com
		خلوي: 98 917 315 7513+	
العراق	د. نجوه كاظم حمدان		Naajahhamdan2000018@gmail.com
الأردن	د.هيام مقطش		heyam_mukattash@yahoo.com
الكويت	د.فجر خالد عبد المحسن	هاتف: 965 -97869724+	drfajr@gmail.com
لبنان	د. مصطفى النقيب	هاتف: 00961 3620 435	docstevee@gmail.com
		هاتف: 00961 -1- 566100	
ليبيا	د. حسين بن عثمان	هاتف: 2189253798 91+	hussein_benothman@hotmail.com
المغرب	د. ابتسام خضري		ibtissamkhoudri@gmail.com
سلطنة عمان	د.سيف العبري	هاتف: 0255 /9935 22357529	salabri@gmail.com
			dgdsc2014@gmail.com
	السيد بدر الرواحي	هاتف: 4777 9281 / 7504 2235	baderalrawahi4@gmail.com
			director@cdscoman.org
			dgdsc2014@gmail.com
باكستان	د. عبد البصير خان عشقزاي - اسلام آباد		achakzaibk@gmail.com
	د. منير أحمد مالك- بونجاب		drmunirahmadjee@gmail.com
	د. ساقيب علي شيخ -Sindh		drsaqibalishaikh@gmail.com

البلد	الإسم	أرقام الهاتف	البريد الالكترونيّ
فلسطين	د. ضياء حجاجي		pmdmoh@yahoo.com
	ماريا يوسف الأقرع	مكتب نابلس: 00972 9 2387275	alaqra@yahoo.com
		مكتب رام الله: 00972 2 2955066	
		خلوي: 00972 562 40 22 41	
قطر	د.عبد اللطيف الخال		aalkhal@hamad.qa
المملكة العربية السعودية	د.سناء مصطفى فيلمبان	هاتف: 00966504511100	sfilemban@moh.gov.sa
السودان	د. مصاب صديق	هاتف: +249912288269	mousabsiddig@gmail.com
الصومال	د.سعدية شيخ عبد الصمد		sacdiaas@hotmail.com
سوريا	د.جمال خميس	فاكس: 00963 11 2758109	jamal.khamis@gmail.com
		عيادة: 00963 11 6513516	
		خلوي: 00963 (0) 933788290	
		خلوي: 00963 11 6513516	
		عيادة: 00963 (0) 933788290	
تونس	د.فوزي عابد	خلوي: 23707089	drfaouziabid@yahoo.fr
الإمارات العربية المتحدة	د.ندى المرزوقي	خلوي: 00 9715-06624994	nada.almarzouqi@moh.gov.ae
اليمن	د.محمد الدولا		aldawla79@gmail.com

مراجع

i. Cultural Approach to HIV/AIDS Harm Reduction in Muslim Countries, Memoona Hasnain, Harm Reduction Journal 2005, 2:23 doi:10.118623-2-7517-1477/.

ii. Faith Advocacy Toolkit – Advocacy for Universal Access: A Toolkit for Faith-Based Organisations. Emily Davila, supported by UNAIDS, Ecumenical Advocacy Alliance.

iii. HIV & Islam – ISLAM Responsible Religious Response to HIV & AIDS in Malaysia, Malaysian AIDS Council Brief, 2011.

iv. Malaysian Mosque Is Also a Methadone Clinic, the New York Times-Asia Pacific, by Liz Gooch. March 28, 2012. Malaysian mosque halts facility for drug addicts, by Grace Chen for Khabar Southeast Asia in Kuala Lumpur. October 17, 2012.

قراءات إضافية

Drug Policy Training Toolkit: Facilitation Guide, International Drug Policy Consortium, in collaboration with the Eurasian Harm Reduction Network.

HIV and AIDS Advocacy & Media Relations – Training Manual for Religious Leaders, the World Conference of Religions for Peace, 2006.

HIV and Stigma in Australia - A Guide for Religious Leaders, Australian Federation of AIDS Organisations, June 2014.

What Religious Leaders Can Do About HIVAIDS - Action for Children and Young People, UNICEF, 2003

دليل
القادة الدينيين
حول الحدّ من مخاطر
استخدام المخدّرات

الجزء الرابع

دليل التدريب حول الحد

من مخاطر استخدام المخدِّرات

الجزء الرابع:

دليل التدريب
حول الحدّ من مخاطر
استخدام المخدِّرات

مقدّمة ٤

الفصل الأول مهارات التدريب: من التخطيط إلى التقييم ٥

الفصل الثاني خطط الجلسات التدريبية ٦٠

ملاحق ١٠٠

أهداف الجزء الرابع

يهدف هذا الجزء إلى توفير مادة تدريبية تمكّن القادة الدينيين من العمل مع أقرانهم بهدف بناء أو تعزيز معارفهم ومواقفهم الإيجابية ومهاراتهم المرتبطة بالتواصل وكسب التأييد حول الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات.

مضمون الجزء الرابع

يتألف هذا الجزء من فصلين؛ يُعنى الفصل الأول بالشق النظري للتدريب. أما الفصل الثاني فيتناول الشق العملي من التدريب من خلال اقتراح خطط لجلسات تدريبية.

الفصل الأول: مهارات التدريب - من التخطيط إلى التقييم

يتناول الفصل الأول مواضيع ذات علاقة بتخطيط وتنفيذ وتقييم التدريب ويقترح نماذج لبرنامج تدريب ولأدوات التقييم. بالإضافة إلى تعريف التدريب التفاعلي ومبادئه وأدوار وخصائص القائد الديني المُدرّب ومهارات إدارة الجلسة التدريبية.

الفصل الثاني: خطط الجلسات التدريبية

يشمل هذا الفصل تصاميم لجلسات تتناول مواضيع الأجزاء الثلاثة من رزمة القادة الدينيين حول الحد من استخدام المخدِّرات وتحديدا: المخدِّرات، مستخدم المخدِّرات والمخاطر التي يتعرّض لها، الأمراض التي قد يصاب بها مستخدم المخدِّرات، الوصم والتمييز، الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات، التواصل لتغيير السلوك، كسب التأييد ودور القادة الدينيين في مشكلة المخدِّرات والحدّ من مخاطر استخدامها. تُفصّل خطة كل جلسة موضوع الجلسة، أهدافها، مدتها، خطوات تنفيذها، مستندات العمل، والمواد اللازمة للتنفيذ.

كيفية استخدام هذا الجزء

من الممكن استخدام هذا الجزء لتخطيط، وتنظيم، وتنفيذ، وتقييم تدريب حول الموضوع بحسب استراتيجية التدخل التي تم اختيارها (الرجاء، أنظر الفصل الأول). من المهم، قراءة الفصل الأول الذي يعطي معلومات مساعدة لتخطيط التدريب، ومن ثم الاطلاع بتمعن على خطط الجلسات في الفصل الثاني والتي تساعد أيضا على التجهيز للتدريب. كما أنه قبل تنفيذ التدريب، على القائد الديني المُدرّب أن يراجع مضمون المواضيع التي ستطرح خلال التدريب والموسّع في الأجزاء الثلاثة الأولى من الرزمة.

الفصل الأول مهارات التدريب: من التخطيط إلى التقييم

إنّ تدريب القادة الدينيين حول الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات بهدف بناء قدراتهم لتأدية دور فعّال في هذه الجائحة، يتضمّن خطوات أي مشروع وهي التخطيط، التنظيم، التنفيذ والمتابعة والرصد والتقييم.

التخطيط لتدريب القادة الدينيين: ماذا؟ من؟ لماذا؟ متى؟ أين؟ كيف؟

يتضمن التخطيط تحديد احتياجات المشاركين والمشاركات من التدريب بما يتعلق بالحد من مخاطر استخدام المخدَّرات، وبناء عليه تحديد الاهداف من التدريب وصولا إلى اختيار استراتيجية التدخل الأفضل. في هذه المرحلة أيضاً يتم الإجابة على الأسئلة التالية: ماذا؟ لمن؟ متى؟ كيف؟ مع من؟ لماذا؟

المشاركون والمشاركات

تحديد من هم القادة الدينيين الذين سيتم العمل معهم(هن) لبناء قدراتهم(هن)، وما هي احتياجاتهم(هن) وكيف سيتم اختيارهم(هن).

- تعيين معايير اختيار المشاركين والمشاركات مثلاً: العمر، الجنس، مكان العمل، المستوى التعليمي، الخبرات، الإنتماء إلى مؤسسة دينية من عدمه، المركز الوظيفي في المؤسسات وغيرها من المعايير.
- دراسة احتياجات الفئة التي تم اختيارها لجهة المعلومات والمهارات والمواقف المرتبطة بالمواضيع المطروحة في الرزمة. يمكن القيام بذلك من خلال إجراء مقابلات مع المختصين، مجموعات نقاش هادفة مع القادة الدينيين، الإطلاع على دراسات ووثائق متوفرة، تعبئة استمارة وغيرها.
- في حال تم استخدام استمارة:
  - يتم ملئ الاستمارة من قبل المشاركين والمشاركات قبل التدريب
  - تجمع وتفرز ويتم تحليلها
  - يتم قبول من تنطبق عليهم المعايير
  - كما يُعدّل البرنامج والمضامين لتكون ملائمة للاحتياجات.

- تحديد عدد المشاركين/ات على أن لا يتعدى 20 مشارك(ة) لضمان التفاعل وتطبيق الطرق التدريبية الناشطة واحترام توقيت الجلسات كما ورد في الفصل الثاني من هذا الدليل.

الأهداف

تُظهر التغيير المنتظر بنهاية التدريب يتم تحديدها بناء على دراسة احتياجات المشاركين والمشاركات. تُحدد الأهداف على مختلف المستويات:

- **الهدف العام للتدريب:** بناء قدرات القادة الدينيين لتمكينهم من لعب دور فعّال في آفة المخدّرات ودعم استراتيجية الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات وبرامجها والترويج لها.
- **الأهداف الخاصة:**
  - تعزيز معلومات القادة الدينيين بما يتعلق بالمخدِّرات؛ أصنافها، أنواعها، أسباب استخدامها ونتائج ذلك بما فيها الأمراض التي قد يصاب بها مستخدمي المخدِّرات، طرق انتقالها وطرق الوقاية منها وغيرها.
  - بلورة مواقف واتجاهات القادة الدينيين من مستخدمي المخدِّرات ومحاولة جعلها أكثر إيجابية وتبيان أثر الوصم والتمييز على مختلف الأصعدة.
  - تعزيز معلومات القادة الدينيين المرتبطة باستراتيجية الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات وبرامجها.
  - تعزيز قدرات القادة الدينيين للقيام بتدخّلات التواصل لتغيير السلوك.
  - تعزيز مهارات القادة الدينيي للقيام بكسب التأييد للحد من مخاطر استخدام المخدرات.
  - تحفيز القادة الدينيي على لعب دور فعّال في مشكلة المخدِّرات والحدّ من مخاطر استخدامها.
- **الأهداف التعليمية:** مرتبطة بالتغيير المرغوب بعد كل جلسة من الجلسات (الرجاء، مراجعة خطط الجلسات التدريبية في الفصل الثاني). ما يلي جدول بالأهداف التعليمية لكل موضوع من المواضيع المطروحة في الدليل.

المواضيع	الأهداف التعليمية
المخدِّرات	• تعريف المخدّرات، أصنافها وأنواعها والمصطلحات ذات العلاقة؛ • تحديد طرق الاستخدام وأثر وتأثير والارتهان/التبعية كل صنف من الأصناف؛ • تعريف الجرعة الزائدة وعلاماتها بحسب كل صنف من الأصناف.
مستخدم المخدِّرات والمخاطر التي يتعرّض لها	• تعريف مستخدم المخدِّرات؛ • تحليل اسباب استخدام المخدِّرات؛ • تعداد نتائج ومخاطر استخدام المخدّرات على مختلف الأصعدة.
الأمراض التي قد يصاب بها مستخدم المخدرات	• تعريف الالتهابات المنقولة جنسيًّا، عدوى الكبد الفيروسي «ج» و«ب»، فيروس نقص المناعة البشريّ/الإيدز، والسل؛ • تحديد طرق الانتقال وطرق الوقاية؛ • تحديد كيفية اكتشاف الإصابة والعلاج.
الوصم والتمييز	• تعريف الوصم والتمييز؛ • تحديد أسباب الوصم؛ • تحليل الترجمة الفعلية للوصم؛ • تعداد آثار الوصم والتمييز على عدة مستويات.
الحد من مخاطر استخدام المخدّراتِّ	• تعريف الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات؛ • تحليل أهمية وغاية الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات؛ • تعداد برامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات ومبادئها؛ • تفصيل بعض هذه البرامج؛ • تحليل شروط نجاح الحدّ من المخاطر.

التواصل لتغيير السلوك	• تعريف التواصل لتغيير السلوك؛ • تحديد أهمية التواصل لتغيير السلوك ومعايير ضمان فعاليّة هذه البرامج؛ • تعريف السلوك الصحي؛ • تعداد مراحل تغيير السلوك الشخصيّ واستراتيجيات وقنوات التواصل ذات العلاقة؛ • تحليل عملية التواصل الفعّال ورسائل التواصل الفعّالة؛ • تحديد خطوات القيام بتدخّلات التواصل لتغيير السلوك.
كسب التأييد	• تعريف كسب التأييد؛ • تحديد خطوات عملية كسب التأييد؛ • الرّد بالحجج والوقائع على ادّعاءات وحجج رافضة لبرامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات؛ • استخدام النصوص الدينية الداعمة خلال قيامهم بمواجه الإدعاءات.
دور القادة الدينيين في مشكلة المخدِّرات والحد من مخاطر استخدامها	• تحديد دور القادة الدينيين في مشكلة المخدِّرات والحدّ من مخاطر استخدامها؛ • تحليل إعلان بيروت للقادة الدينين للحد من استخدام المخدِّرات.

تنقسم الأهداف التعليمية إلى أهداف على صعيد المعرفة، وأخرى على صعيد المهارات وأخرى على صعيد المواقف.

أهداف المعارف: تشير إلى المعلومات التي سيتم تزويد المشاركين/ات. مثلاً: في نهاية الجلسة، سيتمكّن كافة المشاركين/ات من تعداد برامج استراتيجية الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات.

أهداف المهارات (مهارات حس حركية ومهارات حياتية): تُمكّن المشاركين/ات من القيام بعمل ما أو تطبيق المعارف المكتسبة. مثلاً: عند الانتهاء من الجلسة، سيتمكن 80% من المشاركين/ات من استخدام اللوح القلاب بالشكل الصحيح إذا ما أعطيوا المعدات المطلوبة. أو عند الانتهاء من الجلسة، سيتمكن 60% من المشاركين/ات من التواصل بفعّالية خلال التدريب.

أهداف المواقف: تتعلق بالمواقف/الاتجاهات التي سيتم تغييرها أو تعزيزها لدى المشاركين/ات. مثلاً: عند الانتهاء من الجلسة، سيتمكن 50% من المشاركين من إتخاذ موقف إيجابي من استراتيجية الحد من مخاطر استخدام المخدّرات.

تتميز بأنها مفصّلة ويجب أن تكون ذكية (SMART) أي:

- محددة (Specific): تطلب عملاً محدداً عبر استخدام أفعال محددة وغير قابلة لعدة تفسيرات عند الصياغة.
- قابلة للقياس (Measurable): وذلك عبر استخدام مؤشرات تمكننا من قياس مدى تحقيق الهدف.
- مناسبة (Appropriate): تتلاءم والمشاركين والمشاركات والغاية من التدريب.
- واقعية (Realistic): من الممكن تحقيقها بشكل موضوعي.
- محددة زمنياً (Time Bound): مرتبطة بزمن محدد لتتحقق.

المضمون

المعلومات التفصيلية والمتعلقة بالأهداف التعليمية للمواضيع التي يتطرق لها التدريب. تم ترتيب المضمون بشكل متسلسل ومنطقي ليتماشى مع الأهداف التعليمية. وتتناول الأجزاء 1 إلى 3 مضامين المواضيع المطروحة في خطط الجلسات.

الطرائق والوسائل التدريبية

عادة، ما يتم اختيار طرائق التدريب المناسبة بعد تحديد الأهداف والمضمون المتعلق بهذه الأخيرة. وتفصّل خطط الجلسات في الفصل الثاني خطوات وطرائق التدريب التي تم اختيارها.

سير الجلسات

تسلسل مراحل الموضوع والطرق التدريبية المستخدمة لكل مرحلة والوقت المخصص لكل منها. ويضمن سير الجلسة انتقال المشاركين/ات من مرحلة العجز غير الواعي إلى العجز الواعي فالقدرة الواعية وذلك من خلال طرق التدريب المعينة. أما المرحلة الأخيرة والتي تعرف بالقدرة غير الواعية فيصل إليها المشارك(ة) حين تترجم المعارف والمواقف والمهارات بسلوكيات يمارسها في حياته اليومية بطريقة تلقائية.

الموارد لتنفيذ الجلسات

عبارة عن لائحة بالموارد البشرية والمواد والمنشورات التي نحتاجها لتنفيذ التدريب وجلساته. وما يلي لائحة أساسية بالمواد والوسائل التي تحتاجها الورشة التدريبية التي نحدد بصددها:

- أقلام للمشاركين/ات، ملفات المشاركين/ات.
- شريط لاصق صديق للحائط/البيئة، بطاقات ملونة مختلفة الأحجام والأشكال، بطاقات الأسماء، مقص، كبّاسة، خرامة، إلخ.
- اللوح القلاب والأوراق والأقلام المناسبة له.
- حاسوب، جهاز عرض وشاشة للعرض في حال توفرت، وصلة كهربائية.
- المواد الأخرى التي نحتاجها لتنفيذ مختلف الجلسات (الرجاء، مراجعة الفصل الثاني من هذا الجزء).
- الأدبيات/المراجع/القراءات التي سيتم توزيعها على المشاركين/ات.

استراتيجية التدخل

أي الطريقة التي ستتبع لتحقيق النتائج. فيما يلي عدة اقتراحات لاستراتيجيات مختلفة يمكن اعتمادها.

1. الاحتمال الأول: ورشة تدريبية واحدة تتناول كافة المواضيع المطروحة.
2. الاحتمال الثاني: ورشتين تدريبيتين؛ الأولى تتناول المواضيع المرتبطة بالمخدِّرات والثانية حول التواصل وكسب التأييد وأدوار القادة الدينيين.
3. الاحتمال الثالث: جلسات تدريبية منفصلة.

من المهم، التفكير بالمعايير أدناه لاختيار أنسب الاستراتيجيات وهي:

- ظروف المشاركين والمشاركات: إمكانية الالتزام، إمكانية التفرغ، احتياجاتها لجهة الموضوع.
- ظروف المدرّب(ة) وفريق العمل: توفرهم وتواجدهم في نفس أوقات تواجد المشاركين والمشاركات والقدرة على التنظيم المتكرر.
- اللوجيستيات المتوفرة: القاعة، المساعدات السمعية البصرية، النقل وغيرها.
- الموارد المالية المتاحة.

والأخذ بالإعتبار أنه عندما تكون أيام التدريب متتالية، يصبح هنالك ضخ لكمّ كبير من المعلومات في فترة زمنية قصيرة مقارنة بإمكانية التعمق بالموضوع والتمرس على المهارات والمعلومات المكتسبة في حال كانت أيام التدريب متباعدة قليلاً.

الاحتمال الأول: ورشة تدريبية واحدة تتناول كافة المواضيع المطروحة

المدة: يومان ونصف اليوم بمعدل 6 ساعات عمل يومياً يضاف إليها مدة الاستراحات.

برنامج العمل:

التوقيت	اليوم الأول	اليوم الثاني	اليوم الثالث
9:00-8:30	حضور وتسجيل	الافتتاح اليومي	
10:30-9:00	جلسة الافتتاح (ساعة ونصف)	الوصم والتمييز (ساعة ونصف)	كسب التأييد (ساعتان)
10:30	استراحة		
13:00-11:00	المخدِّرات (ساعتان)	الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات (ساعة ونصف)	كسب التأييد - تابع (نصف ساعة)
			دور القادة الدينيين في مشكلة المخدِّرات والحدّ من مخاطر استخدامها (ساعة)
		التواصل لتغيير السلوك (نصف ساعة)	اختتام الورشة التدريبية (نصف ساعة)
13:00	استراحة غداء		

15:00-14:00	مستخدم المخدِّرات والمخاطر التي يتعرض لها (ساعة)	التواصل لتغيير السلوك – تابع (ساعتان ونصف) يتخلل هذه الجلسة استراحة مدتها *15* دقيقة	
16:45–15:00	الأمراض التي قد يصاب بها مستخدم المخدِّرات (ساعة ونصف) يتخلل هذه الجلسة استراحة مدتها *15* دقيقة		
16:45	اختتام وتقييم اليوم	اختتام وتقييم اليوم	

الاحتمال الثاني: ورشتين تدريبيتين؛ الأولى تتناول المواضيع المرتبطة بالمخدِّرات والثانية حول التواصل وكسب التأييد وأدوار القادة الدينيين.

المدة: يوم ونصف للورشة الأولى ويوم كامل للورشة الثانية بمعدل 6 ساعات عمل يومياً يضاف إليها مدة الاستراحات.

برنامج عمل الورشة الأولى:

التوقيت	اليوم الأول	اليوم الثاني
9:00-8:30	حضور وتسجيل	الافتتاح اليومي
10:30-9:00	جلسة الافتتاح (ساعة ونصف)	الوصم والتمييز (ساعة ونصف)
10:30	استراحة	

13:00-11:00	المخدِّرات (ساعتان)	الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات (ساعة ونصف) اختتام وتقييم اليوم
13:00	استراحة غداء	
15:00-14:00	مستخدم المخدِّرات والمخاطر التي يتعرض لها (ساعة)	
16:45–15:00	الأمراض التي قد يصاب بها مستخدم المخدِّرات (ساعة ونصف) يتخلل هذه الجلسة استراحة مدتها *15* دقيقة	
16:45	اختتام وتقييم اليوم	

برنامج عمل الورشة الثانية:

التوقيت	اليوم الثالث
9:00-8:30	افتتاح اليوم
10:30-9:00	التواصل لتغيير السلوك (ساعة ونصف)
10:30	استراحة
12:30-11:00	التواصل لتغيير السلوك – تابع (ساعة ونصف)
13:00-12:30	كسب التأييد (نصف ساعة)
13:00	استراحة غداء
15:30-14:00	كسب التأييد – تابع (ساعة ونصف)

15:45-15:30	استراحة
16:45-15:45	دور القادة الدينيين في مشكلة المخدِّرات والحدّ من مخاطر استخدامها (ساعة)
16:45	اختتام الورشة التدريبية (نصف ساعة)

الاحتمال الثالث: جلسات تدريبية منفصلة.

من الممكن، تنظيم جلسات تدريبية منفصلة غير متباعدة كثيرا لضمان تراكم المعرفة وتخفيف التسرب على مستوى الحضور والمكتسبات.

المدة: جلستان على الأقل أسبوعياً مقسّمة على أربعة أسابيع كحد أقصى.

المواضيع	المدّة
افتتاح الجلسات	ساعة ونصف
المخدِّرات	ساعتان
مستخدم المخدِّرات والمخاطر التي يتعرّض لها	ساعة
الأمراض التي قد يصاب بها مستخدم المخدرات	ساعة ونصف
الوصم والتمييز	ساعة ونصف
الحد من مخاطر استخدام المخدّراتِّ	ساعة ونصف
التواصل لتغيير السلوك	3 ساعات
كسب التأييد	ساعتان
دور القادة الدينيين في مشكلة المخدِّرات والحد من مخاطر استخدامها	ساعة
اختتام الجلسات	نصف ساعة

مكان وزمان ومدة التدريب

يتم تحديد متى ستنعقد الورشة التدريبية و/او جلسات التدريب، مكان إنعقادها، المدة وغيرها من الأمور ذات العلاقة. من المهم، أن يكون زمان انعقاد التدريب/الجلسات مناسب للمشاركين والمشاركات.

الميزانية

تُعد ميزانية مفصلة لمختلف الأنشطة للقيام بهذا التدريب بحسب النماذج المستخدمة من قبل المؤسسة/المنظمة أو الممولين.

التنظيم

يساعد التنظيم المؤسسة/المنظمة على القيام بالتدريب بأقل كلفة وأقصر وقت وأكبر إنتاجية. يشمل التنظيم:

- اختيار فريق العمل وتوزيع الأدوار وتحديد الوصف الوظيفي لكل شخص ولهيكلية العلاقات. قد يتألف فريق العمل لتدريب القادة الدينيين من المدرّب ومنسق التدريب والمسؤول اللوجيستي. يعتبر هذا التكوين أساسي وقد ترغب المؤسسة/المنظمة في إشراك أشخاص آخرين بحسب أهدافها، طريقة عملها وقدراتها ومتطلبات الشركاء الآخرين. يتم اختيار مختلف أعضاء الفريق بناء على معايير محددة تضمن نجاحهم في الأدوار المستقبلية المناطة بهم في تخطيط وتنظيم وتنفيذ وتقييم التدريب.

- إرسال ملخص عن الورشة التدريبية، أهدافها، مقارباتها، تاريخ ومدة ومكان إنعقادها، البرنامج أو الخطوط العريضة للبرنامج التدريبي، معايير اختيار المشاركين وشروط المشاركة وغيرها من الأمور إلى المنظمات والجمعيات والمؤسسات المعنية. ويتم ارفاق استمارة المشاركة (ملحق رقم 1) بهدف تعبئتها من قبل المرشحين وإرسالها قبل التدريب.

- تجمع استمارات المرشحين وتفرز ويتم تحليلها وقبول من تنطبق عليهم معايير الاختيار.

- الاتصال بالمشاركين/ات الذين تم اختيارهم والتأكيد على حضورهم مع إعطاء تفاصيل الأمور اللوجيستية والبرنامج النهائي وما إلى ذلك من أمور تساعدهم على حضور التدريب.

- عقد اجتماعات تحضيرية من قبل فريق العمل.

- حجز القاعة وتحضيرها وتجهيزها لتكون مريحة ومناسبة للتدريب وفعالياته. اختيار طريقة جلوس تساهم في تفاعل المشاركين والمشاركات (حرف الـ U أو طاولة مستديرة أو طاولات دائرية على شكل نضوة حصان). ويتم إحضار كافة المواد

والوسائل التدريبية التي يحتاجها التدريب.

- التأكد من جهوزية كافة الأمور اللوجيستية بما فيها مكان إقامة المشاركين (في حال انطبق ذلك) والتنقلات والاستراحات ووصول واستقبال المشاركين والمشاركات.

- اتخاذ قرار مع المعنيين بإقامة افتتاح و/أو اختتام رسمي للتدريب. التحضير لذلك بتحديد برنامج كلمات المعنيين بالتسلسل المطلوب وغيرها من الأنشطة، بالإضافة إلى الاتصال بالمعنيين ودعوتهم ثم التأكيد على حضورهم.

- في حال دعوة الإعلام لتغطية الفعالية، الإتصال به مسبقاً. والاتفاق على المطلوب «تغطية إعلامية»، و/أو «المشاركة في برنامج معين للتحدث عن التدريب»، «طرح موضوع الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات من قبل مختصين ضمن النشرة الإخبارية أو برنامج معين». تحضير ملفات لتوزّع على الإعلاميين والإعلاميات عند حضورهم. قد يتضمن الملف نشرة إعلامية تُعرّف عن التدريب وعن المؤسسات المُنظِّمة بإيجاز، بعض المنشورات ذات العلاقة بالمواضيع المطروحة، معلومات مختصرة وحديثة عن الموضوع ولائحة بالرسائل الهادفة لنشرها وبأخصائيين ممكن الاتصال بهم. من المهم التعامل مع الإعلام بطريقة مخطط لها مسبقا ومن قبل أشخاص ذو خبرة بالعمل في هذا المجال، لأن الإعلام قد يكون سيفا ذو حدين.

- تحضير وطباعة وإمضاء شهادات المشاركة لتوزيعها على المشاركين/ات في جلسة الاختتام.

تنفيذ التدريب

نعني بذلك تنفيذ التدريب بناء لخطة العمل المتفق عليها ومتابعة الأمور لحسن سير العمل أثناء التنفيذ. كما تتم متابعة التنفيذ بالتأكد من:

- جهوزية مكان عقد التدريب بما في ذلك المواد اللازمة للتنفيذ.
- توفر أجواء داعمة لتنفيذ العمل.
- التزام المدربين/ات بالحضور وأداء الأدوار المناطة بهم.
- التزام المشاركين والمشاركات (القادة الدينيين) بالحضور.
- تنفيذ الورشة التدريبية/الجلسات في الأوقات المخطط لها وبحسب الاستراتيجية المتبعة.
- إدخال تعديلات مناسبة ومتابعة تنفيذها.

تعريف التدريب التفاعلي

التدريب هو عملية توجيه الأفراد لتنمية قدراتهم في مجال معين كي يصبحوا أكثر فعالية. يُكسب التدريب المعارف والمهارات بما فيها المهارات الحياتية ويؤدي بشكل عام إلى تغيير السلوك والمواقف مما يؤمّن فرص أكبر للتطور والنجاح على المدى القريب أو البعيد.

يأخذ التدريب والتطوير عدة أشكال منها الورش التدريبية، ورش العمل، والتوجيه والإرشاد/المرافقة، أو فرص التعلم الأخرى للأشخاص لإلهامهم وتحدّيهم وتحفيزهم على أداء مهام منصبهم/عملهم بأفضل ما لديهم من قدرات وفي حدود المعايير التي يضعها المسؤولون. ويمكن تعريف الورشة التدريبية على أنها:"حلقة أو أكثر يتم خلالها تبادل المعلومات والخبرات وتطوير مهارات ومواقف الأفراد والمجموعة المشاركة في سبيل تحقيق الأهداف المحددة بغية استخدام المكتسبات بعد الورشة في عملهم، دراستهم، وحياتهم".

والتدريب عملية مستمرة تجري داخل ورشات التدريب والجلسات وأيضاً خارج الإطار الرسمي. يتدّرب الأشخاص من خلال المشاهدات اليومية، العلاقات مع الآخرين، الممارسات والأوضاع التي تواجههم في حياتهم اليومية.

يحاول كل برنامج تدريبي إحداث تغيير إيجابي في:

- إضافة المعرفة والمهارة
- تغيير في الموقف والسلوك
- تحسين أداء العمل واستمرارية أداء أفضل للعمل

يرتكز نجاح تحقيق التدريب لأهدافه على:

- مدى رغبة المشارك/ة في حضور التدريب والالتزام بذلك وتفاعله وبذل الجهد خلال عملية التعلّم والتطور
- البيئة التدريبية المادية والمعنوية المناسبة والتفاعلية والتي تعزز عملية التعلّم وغيرها
- قدرات ومعارف ومواقف المدرّب(ة) وأسلوب التدريب.

أهمية التدريب التفاعلي

تكمن فوائد التدريب في:

- رفع مستوى الأداء كماً ونوعاً مما يعزّز الثقة بالنفس
- تحسين العلاقات بين الأفراد
- استخدام أفضل للوقت والموارد
- زيادة مرونة الأشخاص في التأقلم مع المتغيرات
- تنظيم آلية وأساليب العمل وتعزيز شروط السلامة
- تحديد أفضل للأولويات
- إيجاد لغة ومفاهيم مشتركة داخل الفريق/المجموعة
- تمكين المؤسسات من تلبية حاجات المجتمعات بطريقة أفضل
- التحفيز للعمل والمشاركة
- زيادة الإنتاجية وتوفير منتجات وخدمات عالية الجودة.

تعود فوائد التدريب على جميع المعنيين بشكل مباشر أو غير مباشر؛ فمثلاً: تدريب القادة الدينيين في مؤسسة ما على استراتيجية الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات ودورهم في ذلك سيؤثر بشكل إيجابي، إضافةً إلى تأثيره على المشاركين/ات، على المؤسسة التي في حال اعتمدت المناصرة و/أو ساهمت في توفير برامج الحد من استخدام المخدِّرات في المجتمعات حينها ستتمكن القوة المجتمعية من تلبية حاجات مستخدمي المخدرات وبالتالي وقايتهم من الأمراض التي يتعرضون لها مما يساهم في انخفاض هذه الامراض في المجتمعات وعلى المستوى الوطني ويعزز من ثقة مستخدمي المخدّرات بأنفسهم.

مبادئ التدريب التفاعلي

يعتمد التدريب التفاعلي على المشاركين والمشاركات كشركاء في عملية التعلّم من خلال الخبرات التعلّمية بما فيها التجربة الشخصية وذلك بتوجيه من المدرب(ة). ويجعل المشارك/ة يفكر، يحلل، يكتشف، يقرر، يتفاعل ويتواصل ضمن بيئة تدريبية سليمة يؤمنها المدرب(ة) ويعمل من خلالها على توجيه وتصويب الأمور.

تتوفر في التدريبات التي تعتمد الأسلوب التفاعلي الناشط المبادئ التالية:

- اشراك الحضور في كافة مراحل ومستويات التدريب.
- البناء على معارف، مهارات وخبرات المشاركين/ات.
- اعتماد المرونة والطرائق المتنوعة للوصول لأكبر عدد من المشاركين/ات.
- توسيع خيارات المشاركين/ات وليس تزويدهم بوصفات وحلول جاهزة.
- اكتشاف طاقات المشارك(ة) ومساعدته على بلورتها.
- حث المشارك(ة) على تدريب ذاته عبر اكتشاف طاقاته وتحديد النقاط الواجب العمل على تطويرها والقيام بذلك.
- مرافقة المشاركين/ات داخل وخارج الجلسات التدريبية.
- حث المشاركين/ات على النجاح و/أو خلق فرص لذلك بهدف تحفيزهم على الاستمرارية والتقدم في العمل.
- اعتبار التدريب فرصة تعلم للمدرب(ة) كما للمشاركين/ات.

إذا، يعتبر التدريب أحد القنوات التي تؤمن عملية التعلّم. ويرتكز التدريب التفاعلي وطرقه الناشطة على نظريات علمية ملخصها أن:

- هنالك عدة فئات من المتعلمين/ات فمنهم من يُعرف بالمتعلم السمعي، ومنهم بالنظري وآخرون بالمتعلّم التجريبي.

- هنالك تسّرب للمعلومات والمهارات في أي عملية تدريب، فما يقوله المدرب(ة) فعليا هو أقل مما أراد قوله. والمشارك(ة) لا يسمع كل ما يقال كما أنه لا يصغي بانتباه إلى كل ما يسمع. زد على ذلك أن المشارك(ة) لا يفهم كل ما أصغى إليه ولا يكتسب كل ما فهمه. هنالك أيضا تسرب بين ما اكتسبه المشارك(ة) وبين ما يستطيع إعادته وتكراره لتبقى في النهاية كمية ضئيلة جدا من المعلومات والمهارات يستطيع المشارك(ة) استعمالها في حياته اليومية.
- المشاركون/ات يتذكرون ويستخدمون 10% من ما قرأوه، 20% من ما سمعوه، 30% من ما راؤه، 50% من ما سمعوه ورأوه، 80% من ما قالوه و90% من ما قالوه وفعلوه.

من هنا، أهمية التنوع في الخبرات التعلّمية بين المرئي والمسموع والتجربة بهدف الوصول إلى أكبر عدد ممكن من المشاركين/ات وبهدف خفض نسبة التسرّب قدر المستطاع وتمكيّن المشاركين/ات من تذكّر واستخدام الأمور التي اكتسبوها من التدريب.

من دون شك أن اعتماد الأسلوب التفاعلي والطرائق الناشطة في التدريب والمرتكز على تعلم المشارك(ة) من خلال التجربة معتمداً على خبراته الشخصية السابقة يتطلب جهداً أكبر من المدرب(ة) والمشاركين/ات مقارنة بالأساليب الأخرى المرتكزة على التلقين.

مبادئ تعلم الكبار

عادة، يمتلك الكبار خبرة وافرة ويتمتعون بمفهوم ذاتي واضح وناضج مدركين لقدراتهم وللمعارف والمهارات والمواقف التي يحتاجونها للقيام بعمل ما و/او تحسين أدائهم في مجال معين. من هنا، يكون الكبار أكثر استعداداً للتعلم. لذلك، يريد الكبار تطبيق المعرفة والمهارة المكتسبتين مباشرة لأن طلبهم نابع عن حاجة محسوسة حالية.

من هنا، عند تدريب الكبار، من المهم جداً:

- احترام وتقدير هذه الخبرات واستثمارها والبناء عليها.
- الإصغاء.
- عدم التعامل بفوقية، وعدم الحكم المسبق وعدم الإحراج.
- السعي إلى أن يشاركوا خبراتهم.
- العمل على اكتساب اهتمامهم والاستمرار بذلك.
- تبادل الأدوار خلال عملية التدريب.

- التزويد بالمعرفة بشكل عملي وقابل للاستخدام المباشر وليس فقط نظري.
- استخدام وسائل التدريب السمعية البصرية والأمثلة الواقعية والتجربة لنعزز عملية اكتساب النظري.
- تخصيص الجزء الأكبر من عملية التدريب للتطبيق والتمرن والتوجيه عند الطلب.
- المساعدة على تطبيق النظري على أوضاع الحياة اليومية.

عملياً، الالتزام بمبادئ تعلّم الكبار، يكون عند:

- استخدام مقدمّة مشوقة.
- عرض أهداف الجلسة في بدايتها.
- ربط موضوع الجلسة ومضمونها بجلسات أو خبرات سابقة.
- شرح خطوات القيام بعمل ما وعرض كيفية تنفيذ هذه الخطوات ومن ثم الطلب من المشاركين/ات تنفيذ هذه الخطوات.
- الطلب من المشاركين/ات تطبيق العمل واستخلاص الدروس وتحديد النقاط الواجب العمل على تحسينها.
- التقييم ومدح الأعمال الجيدة.
- التلخيص في نهاية الجلسة والتركيز على النقاط الأساسية.

طرائق ووسائل التدريب الناشط

تتعدد وتتنوع الطرائق الناشطة للتدريب التفاعلي. لكننا، سنتناول في هذا الجزء فقط طرائق التدريب وأدواته المستخدمة في الفصل الثاني بحيث يتم شرح خطوات استخدامها وبعض النصائح لاستخدام أمثل.

يلّخص الجدول أدناه خطوات استخدام طرائق تدريبية محدّدة

طرائق التدريب: الطرائق المستخدمة من قبل المدرب(ة) للوصول إلى أهداف محددة لموضوع معين يتم التدريب عليه	
العصف الذهني	1. يطرح المدرب(ة) سؤالاً محدداً وواضحاً حول الموضوع الذي يتم بحثه، مثلاً: «ما هي استراتيجية الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات؟» 2. يدوّن المدرب(ة) الإجابات كما ترد من المشاركين/ات على اللوح القلاب دون إبداء أي رد فعل ودون مناقشة الأفكار الواردة 3. يكرر السؤال بصيغة أخرى في حال كانت إجابات المشاركين/ات خارجة عن الموضوع 4. يقرأ كل الأفكار أو الكلمات التي دوّنها ويصنّفها أو يرتّبها ويصيغها بحسب هدف العصف الذهني مثلاً إيجاد تعريف أو تصنيف لأفكار معينة وغيرها. يصحح ما ذكر وليس على علاقة بالموضوع بطريقة إيجابية ودون إحراج ومن غير أن يطلب من صاحب الفكرة التعريف عن نفسه.
عمل المجموعات	1. يوضّح المدرب(ة) هدف عمل المجموعات وطريقة العمل ومراحله (مثلاً: العمل ضمن المجموعات ومن ثم عرض العمل) مع الوقت المخصص لكل مرحلة. يتأكد من أن التعليمات واضحة للجميع 2. يكوّن مجموعات من المشاركين/ات (4 إلى 6 أشخاص في المجموعة الواحدة) وذلك طوعاً أو إلزاماً بحسب الهدف والوضع التدريبي 3. يطلب من المجموعات إختيار ميسراً للنقاش (تنظيم النقاش، ضبط الوقت، تلخيص الأفكار، إلخ.) ومقرراً (تدوين ما يتم التباحث به وعرضه أمام المجموعة الكبرى فيما بعد) 4. تبدأ المجموعات عملها ويتنقل المدرب(ة) بينها للإجابة عن الأسئلة والتوجيه في الاتجاه المطلوب، والتأكد من مشاركة الجميع وتشجيعهم على ذلك. كما يزود المجموعات بأدوات لعرض نتائج عملها 5. عند انتهاء فترة العمل، يعرض مقرر كل مجموعة نتائج العمل 6. يدير المدرب(ة) النقاش إما بعد عرض كل مجموعة أو في نهاية العروض في حال عملت المجموعات كافة على نفس الموضوع ويساعد في الوصول إلى النتائج المرجوة.

دراسة الحالة	1. يشرح المدرب(ة) الهدف من دراسة الحالة وطريقة ومراحل العمل ويحدّد المدة الزمنية لكل من هذه المراحل بحسب الطريقة المستخدمة. من الممكن استخدام دراسة الحالة فرديا، أو ضمن عمل مجموعات أو ضمن المجموعة الكبرى 2. بحسب الطريقة المستخدمة، يتم قراءة الحالة إما من قبل المشاركين/ات أو المدرب(ة) والتأكد من فهمها 3. يتم مناقشة الحالة والإجابة على الأسئلة ضمن المجموعة الكبرى أو ضمن مجموعات صغيرة 4. تعرض نتائج العمل (في حال تم العمل ضمن مجموعات صغيرة أو فرديا) وتناقش ضمن المجموعات الصغيرة 5. من الممكن خلال النقاش وبحسب الموضوع، البناء على دراسة الحالة ومن ثم التوسع لمناقشة أفكار من خارجها ومن خبرات المشاركين/ات 6. يتمّ استخلاص الأفكار الرئيسية.
المناقشة	1. تحضّر مسبقاً طريقة عرض موضوع المناقشة والأسئلة المتعلقة به 2. يعرض المدرب(ة) الموضوع ويطرح أسئلة النقاش بالتسلسل ويناقش كل منها 3. من الممكن كتابة (اختياري) ما يتم طرحه من أفكار وآراء على اللوح القلاب للتمكّن من تلخيصها لاحقاً وإبراز مراحل تطور النقاش في المجموعة 4. يشجع المدرب(ة) المشاركين/ات على المشاركة والتفاعل ويعمل على أن يسود جو من الاحترام للآراء التي يتم التعبير عنها وعدم حصول تعليقات سلبية على الأشخاص وإنما مناقشة للأفكار التي تطرح 5. من المهم أن يعي المدرب(ة) أنه أحيانا قد لا يكون هنالك توافق بين جميع المشاركين/ات حول الأفكار المطروحة أو نتيجة المناقشة. لذلك من المهم إيضاح هذا الأمر للمجموعة واعتباره أمرا صحيا يدل على نضج في المجموعة.

جرائد الحائط	1. يحضّر المدرّب(ة) جرائد الحائط مسبقا فيكتب عليها الأسئلة والتمارين وتعلق الجرائد على الحائط في أماكن متباعدة في القاعة 2. يشرح أهداف جرائد الحائط ومراحلها ومدة كل مرحلة، كما يلي: أ. يوجد في مختلف أنحاء القاعة (الإشارة إليها)، أوراق بيضاء كتب عليها أسئلة وتمارين ب. المطولب التحرّك في القاعة ومحاولة الإجابة عن هذه الاسئلة والتمارين بشكل فردي دون مناقشة الإجابة مع أحد ج. من الممكن الإجابة عن أكثر من سؤال في الجريدة الواحدة حتى ولو تم الإجابة عليه من قبل الآخرين. ليس بالضرورة الإجابة عن كلّ الأسئلة في الجريدة الواحدة 3. يحدد وقت العمل 4. يتحرك الجميع في القاعة للإجابة على الأسئلة 5. يتجول المدرب(ة) في القاعة للتأكد من وضوح الأسئلة، وعدم مناقشة الإجابات، كافة الأسئلة تمت الإجابة عنها، عدم اكتظاظ المشاركين/ات عند جريدة واحدة بينما الجرائد الأخرى فارغة 6. عند انتهاء المهلة المحددة يعود الجميع إلى أماكنهم. يتم جمع الجرائد بالتسلسل الذي يخدم أهداف الجلسة وتعلّق على اللوح القلاب أو الحائط 7. يقرأ المدرب الأسئلة والإجابات، يصحح إذا احتاج الأمر دون طلب معرفة صاحب الإجابة، يشرح، ويناقش 8. تستخلص النقاط الأساسية من كل جريدة.
التمارين	1. يشرح المدرب(ة) بوضوح هدف التمرين وتسلسل خطواته وتعليماته 2. ينفذ التمرين مع المشاركين/ات ويتأكد من مشاركة الجميع 3. يتم إيقاف التمرين في الوقت المحدد أو عندما الوصول إلى الهدف منه 4. يشكر المشاركين/ات 5. يتم مناقشة مضمون التمرين واستخلاص الأفكار الرئيسية.

عرض الأفلام والمواد المرئية	1. يبحث المدرب(ة) مسبقاً عن فيلم أو تنوية تلفزيوني أو ملصق مناسب لموضوع الجلسة جيد النوعية 2. يشاهد الفيلم مسبقاً أو الملصق بهدف: أ. التأكد من النوعية من حيث وضوح الصورة والصوت كي لا تتأثر عملية التعلّم ب. التعرّف إلى محتواه ومدى ملائمته للمشاركين/ات والموضوع ج. تحديد النقاط التي سيتم تركيز النقاش عليها 3. يتم تجهيز وتجربة اجهزة ومكان العرض مسبقاً 4. يطلب المدرب(ة) من المشاركين/ات مراقبة العرض أو الملصق وتدوين ملاحظاتهم حول الموضوع 5. يعرض الفيلم أو الملصق 6. تناقش الأسئلة المحضرة مسبقاً والمستجدة 7. تستخلص الأفكار الرئيسية وفقاً لأهداف الجلسة.

وسائل التدريب: المواد والأجهزة والأدوات والوسائل الداعمة التي تحتاجها بعض طرائق التدريب؛ مثلاً: اللوح القلاب، الشرائح الضوئية، الأفلام، الحاسوب وآلة وشاشة العرض، النماذج والعينات الحقيقية وغيرها.

اللوح القلاب	• الكتابة عليه بخط كبير مقروء عن بعد • استخدام الألوان الغامقة (الأزرق أو الأسود) والألوان الفاتحة للترقيم أو التسطير (الأحمر أو الأخضر أو البرتقالي...) • ترقيم العبارات التي نكتبها • تمييز العنوان بكتابته بخط أكبر أو بلون مختلف أو بوضع خط تحته • توسيع عنوان واحد على كل ورقة • من الممكن تعليق الأوراق المكتوبة على الحائط للعودة إليها في ما بعد • عند الكتابة على اللوح أمام المشاركين/ات أو القراءة عنه، الوقوف إلى جانب اللوح القلاب دون إعطاء الظهر للحضور وتفادى التكلم إليه ومحاولة الإبقاء على الاتصال النظري مع الحضور.

جهاز عرض المعلومات والحاسوب	• التأكد مسبقاً من عمل الجهازين والتمرن على استخدامهما
	• التأكد من وضوح الصورة والرؤيا والحجم مناسب لحجم الشاشة
	• تجهيز الشرائح:
	  ○ استخدام أحرف نافرة (Bold) للعناوين و/أو الكلمات التي نريد إبرازها
	  ○ استخدام صوراً أو رسوماً وألوان مختلفة للعناوين والأرقام
	  ○ تفادي استخدام الألوان الغامقة على خلفية غامقة
	  ○ جعل الشرائح بسيطة من حيث عدد الكلمات وعدد الأسطر والأفكار
	  ○ ترك فراغات بين الفقرات ومسافة للهوامش
	• استخدام الشرائح:
	  ○ الوقوف في مكان لا يؤثر على رؤية الحضور وتفادي إدارة الظهر للحضور
	  ○ القرآءة مباشرة من الشاشة والنظر بين الحين والآخر إلى الحضور
	  ○ استخدام المؤشر الـLazer للإشارة إلى نقطة معينة في الشريحة أو للانتقال من نقطة إلى أخرى أو للدلالة على ما نقرأه
	  ○ إظهار أسطر الشريحة بالتتالي وتركها وقتاً كافياً كي يتمكن المشاركون/ات من القراءة.

البيئة التدريبية الفعّالة

تلعب البيئة التدريبية دوراً أساسياً في الوصول إلى مخرجات التدريب وتعزز أسلوب التعلّم التفاعلي المعتمد من خلال طرائق التدريب الناشطة. وتؤمن البيئة التدريبية المساندة ظروفاً مثالية للتدريب وبالتالي لعملية التعلّم.

يمكن تصنيف البيئة التدريبية ضمن محورين:

- **البيئة التدريبية المادية:** تشمل مكان التدريب والتجهيزات المتوفرة، طريقة الجلوس، التهوئة، الإضاءة، التدفئة/التبريد وغيرها.
- **البيئة التدريبية المعنوية:** تتناول العلاقات بين المدربين/ات والمشاركين/ات وبين المشاركين/ات أنفسهم/هن.

يمكن تأمين بيئة تدريبية سليمة وداعمة وتشاركية عبر عدة أمور، منها:

- **مكان التدريب**، يتمتع بالخصائص التالية: مريح، حجمه مناسب لعدد المشاركين/ات ولاستخدام طرائق التدريب الناشطة، إضاءة وتهوئة وتدفئة جيدة، بعيد عن الضجيج، موقعه الجغرافي مناسب للمشاركين/ات، يحتوي على جميع متطلبات التدريب، إلخ.
- **طريقة جلوس المشاركين/ات** تضمن التواصل غير اللفظي مع بعضهم البعض دون وجود حواجز أو الجلوس على طريقة المسرح / الصف المدرسي. والطرائق الأكثر تداولا وخدمة للتدريب التفاعلي هي: شكل حرف الـ «U» أو شكل الدائرة (مع أو دون طاولة)، أو شكل عدة طاولات دائرية مصفوفة على شكل نضوة الحصان. يختار المدرب(ة) وفقاً لظروف التدريب وعدد المشاركين/ات، وحجم القاعة الطريقة الأمثل. ومن المهم، تشجيع المشاركين/ات على تغيير أماكنهم يوميا أو بين الفترة الصباحية وفترة ما بعد الظهر بغية تعزيز التعارف وتشجيع العمل بين مختلف المشاركين/ات، إلخ.
- تنفيذ **تمارين التعارف** في بداية التدريب، وتحديد **قواعد العمل** سوية والاطلاع على **توقعات** المشاركين/ات من التدريب وربطها بأهداف التدريب.
- القيام **بتمارين تنشيط** مناسبة للمشاركين/ات خلال التدريب وعندما يشعر المدرب(ة) بالحاجة إلى ذلك.
- اعتماد **طرائق التدريب الناشطة** للوصول إلى الأهداف التدريبية والابتعاد عن المحاضرات والأسلوب التلقيني والواعظ.
- **اشراك الحضور** في مختلف مراحل التدريب والقرارت التي تتخذ خلاله.
- اعتماد **المقاربات الإيجابية** في التعامل مع المشاركين/ات.

أدوار ومهام وخصائص القائد الديني المُدرّب

بالإضافة إلى العناصر التي ذكرت أعلاه، يعتبر المدرب(ة) من أهم العناصر التي تساهم في نجاح أو فشل التدريب. المدرب(ة) كالقائد الديني الكفوء الذي يقوم بعدة مهام في آن واحد لإيصال رعيته إلى الالتزام والأمان والصحة الروحية. بالإضافة إلى ذلك، المدرب الكفوء يجعل المادة التدريبية شيقة ومهمة للمشاركين/ات تماما كالقائد الديني الذي يتقن كيف يجذب ويحبب أفراد رعيته على اختلاف أعمارهم وأوضاعهم وتوجهاتهم بخطابه الديني.

بهدف إيصال المشاركين/ات إلى بر عمليّة التعلّم بسلام وأمان، على المدرّب(ة) القيام بعدة أدوار في فترات زمنية مختلفة؛ منها ما يسبق التدريب، منها ما يكون خلال التدريب ومنها ما يكون بعد التدريب.

قبل ورشة/جلسة التدريب	خلال ورشة/جلسة التدريب	بعد ورشة/جلسة التدريب
• التخطيط للتدريب على كافة المستويات، ليتماشى مع حاجات المشاركين/ات. • الإطلاع بشكل موسع على مضامين المواضيع التي ستطرح في التدريب (الجزء الأول والثاني والثالث من دليل القادة الدينيي حول الحد من مخاطر استخدام المخدّرات ومراجع أخرى) • التمرّس على طرائق التدريب (الفصل الثاني من هذا الجزء) وأقلمتها مع خصائص المشاركين/ات وظروف التدريب من زمان ومكان وموارد متوفرة. • تحضير الوسائل الضرورية لتنفيذ طرائق التدريب (الفصل الثاني من هذا الجزء). • تحضير نسخ من المنشورات الداعمة التي ستوزع خلال التدريب. • اختيار مكان مناسب من حيث الموقع والسعة ووسائل الراحة.	• كسر الحواجز بين المدرب(ة) والمشاركين/ات والمشاركين/ات مع بعضهم من خلال أنشطة التعارف والاطلاع على توقعات الحضور وربطها بأهداف الورشة/الجلسة وشرح هذه الأخيرة. • توضيح أسلوب وطرائق عمل الورشة والاتفاق على قواعد تضمن مشاركة واحترام وراحة الجميع. • المحافظة على مستوى جيد من نشاط المشاركين/ات. • صقل معلومات ومهارات المجموعة وتزويدهم باللازم بغية الوصول إلى أهداف التدريب. • شرح الأنشطة الواردة في خطة الجلسة وتطبيقها وإعطاء التعليمات بطريقة واضحة ومحددة. • اعتماد المنهجية في العرض. • إدارة النقاش وتيسير التواصل بين المشاركين/ات. • تشجيع ومساعدة المشاركين/ات على المشاركة والتعبير عن آرائهم. • الإصغاء للمداخلات وربط الأفكار ببعضها أو توجيهها، مستخدمين أسلوب إيجابي. • عدم الاسترسال أو الخروج عن الموضوع.	• تقييم المضمون والأسلوب والأمور اللوجيستية وتحديد الأمور التي تحتاج إلى تحسين في الأيام التدريبية القادمة أو التدريبات اللاحقة. • تقيّم الأداء الشخصي للمدرّب(ة). • متابعة نتائج التدريب في الميدان.

• تجهيز المكان بمتطلبات التدريب. • الاتصال بالجهات المعنية لترشيح المشاركين/ات وتعبئة استمارة المشاركة. • اختيار بناء لمعايير معينة الأشخاص الذين سيشاركون في الورشة/ الجلسة التدريبية. • توجيه الدعوة لمن تم اختيارهم من المشاركين/ات لحضور الورشة/ الجلسة وتزويدهم بالمعلومات اللازمة عن هدفها، والفترة الزمنية، والمكان وغيرها من التفاصيل.	• البدء من حيث المجموعة صعوداً إلى حيث يهدف التدريب إلى أن تكون دون تعقيد الأمور. لذلك يتم تسهيل المفاهيم في البدء وزيادة درجة الصعوبة بالتدرج وبحسب حاجات المجموعة. • ممارسة المثال للرسالة التي يتم بثها. فعكس ذلك يفقد المصداقية وبالتالي تقبل واقتناع والتزام الآخرين بها. • قراءة ردات فعل المشاركين/ات وتغيير في مضمون وقناة وشكل الرسالة بحيث تجيب على حاجاتهم ومخاوفهم دون الخروج عن أهداف الجلسة. • تفهم شعور المشاركين/ات في مواقف معينة وإظهار التعاطف لهم. • توجيه المشاركين/ات إلى تطوير أفكارهم وقدراتهم وتقبل المعلومات والمهارات والمواقف والأفكار الجديدة. • متابعة تطور المجموعة وتكييف التدريب معها. • التأكد من وصول الرسائل إلى المجموعة باعتماد طرائق مختلفة للشرح والاستفسار. • استخلاص النقاط الأساسية التي وردت في الجلسة. • ضبط وقت التدريب والالتزام به. • التعامل بإيجابية مع الأطباع المختلفة للمشاركين/ات. • إدارة النزاعات التي قد تحدث في المجموعة.	

خلاصة، يهتم المدرّب(ة) بالأمور التقنية من مضمون وأسلوب واللوجيستيات والعلاقات مع المشاركين/ات وبين المشاركين/ات أنفسهم.

خصائص القائد الديني المُدرّب

كي يتمكن المدرّب(ة) من القيام بالأدوار المذكورة أعلاه، من المهم أن يتمتع بالخصائص التالية على مستوى المعارف والمواقف والمهارات.

المعارف	المهارات	المواقف
• يمتلك المعلومات الموسعة والحديثة المتعلقة بالمواضيع المطروحة. • لديه معرفة كافية ومفصلة عن المشاركين/ات في الورشة/ الجلسة التدريبية.	• التخطيط والتنظيم والمتابعة والتقييم. • التوجيه والمرافقة. • ادارة المجموعات. • التيسير. • التواصل. • اتخاذ القرار وادارة المشاكل. • المراقبة والتحليل والربط. • التفكير المبدع والناقد. • استعمال طرائق ووسائل التدريب التفاعلي. • مهارة الإقناع.	• مقتنع بمضمون وطروحات التدريب بهدف تأمين المصداقية. • غير متحيّز ولا يميّز. • يمتنع عن الاحكام المسبقة. • يحترم ويُقدّر مداخلات وأفكار المشاركين/ات. • مرن. • منفتح على الآخرين ويتقبل مختلف وجهات النظر. • إيجابي في التعامل مع المواقف الصعبة. • يحترم الآخرين ورافض للفوقية في التعامل معهم.

مراحل العمل على الذات

من المهم أن يكتشف المدرب(ة) معارفه ومواقفه ومهاراته ويعمل على تطويرها. من الممكن اتباع الخطوات التالية في تطوير الذات وتعزيز القدرات. الأهم أن يكون لديه الرغبة والاستعداد للعمل على تطوير ذاته.

1. تحديد الأمور التي تحتاج إلى العمل على تغييرها وتطويرها وتعيين نسبة التغيير والمدة المتوقعة لهذا التغيير أن يحصل. من الممكن القيام بذلك من خلال مقارنة الآداء في موقف معين مع الأهداف التي تم تحديدها وذلك لاستخلاص الأمور الواجب العمل على تحسينها.
2. القيام بأنشطة تساعد على اكتساب المعلومات و/أوالمهارات و/أو المواقف المقرر تطويرها (الإطلاع على مراجع، اتباع دورات تدريبية، مناقشات مع آخرين في المجال أو متخصصين في المواضيع المطروحة، التفكير الفردي وتحليل الأمور ودراسة تبعات المواقف والقرارات المرتبطة بالموضوع المعين، وغيرها). يساعد ذلك في الجهوزية التامة للتصرف وفق القرار المُتخذ في الحالات والأوضاع القادمة ذات العلاقة.
3. محاولة تطبيق القدرات والمواقف المكتسبة عند القيام بالتدريب، و/أو التواجد في موقف معين و/أو في المواقف الحياتية عموما ومقارنة الآداء والتصرف في هذا الموقف مع التصرف الأول والأهداف المحددة لمعرفة مدى التقدم.
4. عند تكرار التصرف الجيد: تدعيم هذا التصرف وتحويله الى سلوك جديد وثابت.
5. نشر فكرة العمل على الذات مع الأخرين.

مهارات ادارة الجلسة التدريبية والتعامل مع الطباع المختلفة والحالات الصعبة

تتضمّن مهارات إدارة الجلسة التدريبية استخدام مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، التعامل مع الطباع المختلفة والمقاربات الإيجابية في التعامل مع الأوضاع الصعبة.

مهارات التواصل في التدريب

عموماً، يتمتع القادة الدينيين بمهارات الإلقاء أمام الجماهير إذ إنّ عملهم قد يتطلب هذه المهارات. بالإضافة إلى ذلك، هنالك مجموعة من القادة الدينيين الذين يتمتعون بمهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي المستخدمة في جلسات المشورة وغيرها من الأنشطة التي يقومون بها.

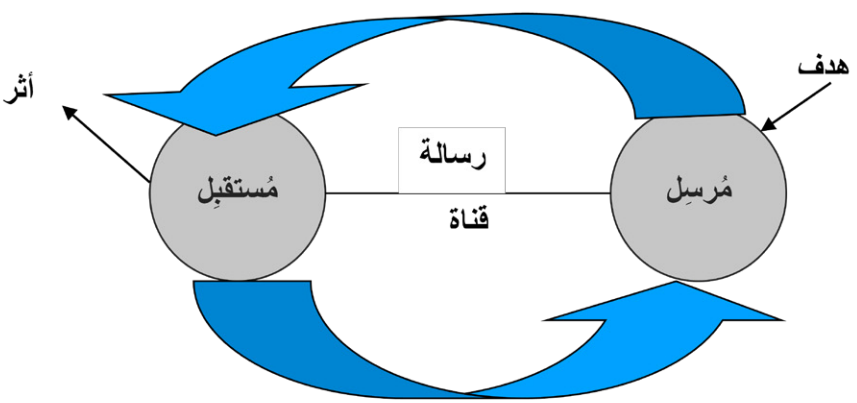
سيتناول هذا الجزء من الدليل مهارات التواصل في التدريب التي قد تتقاطع بعض الأحيان مع مهارات القادة الدينيين وتختلف في أحيان أخرى كونها مرتبطة بالتدريب التفاعلي.

تعريف التواصل بين الأشخاص (Interpersonal communication)

التواصل هو عملية تفاعلية يتم خلالها تبادل الأفكار والمشاعر والمعلومات بين شخصين أو أكثر من خلال الرسائل اللفظية وغير اللفظية. تحمل في طياتها هدف معين وتحدث أثراً على الأطراف المعنية.

لا يقتصر التواصل بين الأشخاص على ما يقال بالفعل - اللغة المستخدمة - ولكن كيف يقال والرسائل غير اللفظية المرسلة من خلال لغة الجسد وتعبيرات الوجه والإيماءات والصوت.

عناصر عملية التواصل



- **المُرسل** شخص يصيغ أفكاره ومشاعره ومعلوماته ومواقفه وغيرها أو يرمزها في ما يُعرّف **بالرسالة** يبعث بها إلى طرف آخر هو **المُستقبِل** مستخدماً طريقة معينة تعرف **بالقناة**.
- **المُستقبل** يحاول فهم الرسالة أو فك رموزها ويتفاعل معها ويعطي ردة فعل عليها ويعرف ذلك **بالصدى المرتجع أو إرجاع الأثر أو التغذية الراجعة**. من هنا، يتبادل المُرسِل والمُستقبِل الأدوار خلال عملية التواصل؛ إذ إنّ المُستقبِل يتحول إلى مُرسِل عندما يقوم بالتغذية الراجعة.
- المُرسل لديه هدفاً من وراء رسالته. وتترك الرسالة أثراً في المُستقبِل.
- يتوقف حصول عملية التواصل على إمكانية ترميز الرسائل وحل أو فك رموزها. بالإضافة إلى القدرة على أقلمة الرسائل لتتناسب مع المُستقبِل والبيئة المحيطة على مختلف أنواعها ولمواجهة الضوضاء المتواجدة خلال عملية التواصل.
- يتأثر المُرسِل والمُستقبِل بثقافتهما وبيئتهما ومواقفهما وقيمهما ومعلوماتهما المرتبطة بموضوع الرسالة.
- يلعب المستقبل دوراً أيضاً في نجاح عملية التواصل. إذ إنّ مدى اهتمامه وانفتاحه وتقبله للموضوع ومهاراته في التواصل وخبرته وثقته بالمرسل قد يشكلون دعماً أو عائقاً لعملية التواصل.
- **القناة** قد تكون وجاهية أي مباشرة بين المرسل والمستقبل أو من خلال الوسائل السمعية البصرية المستخدمة في تقنيات التدريب إضافة إلى وسائل الإعلام الجماهيري كالراديو والتلفزيون، إلخ. بالإضافة إلى القناة الشفهية-السمعية (الكلمات) والقناة الحركية-النظرية (لغة الجسد واللباس) والقنوات التي تعتمد حاستي الشم واللمس. بالإمكان استخدام أكثر من وسيلة.
- تؤثر **الضوضاء** على ترميز وحل رموز الرسائل المرسلة و/أو المستقبلة. قد تكون الضوضاء مادية (أشخاص آخرين يتكلمون بصوت مرتفع)، فيزيولوجية (مشاكل في حاسة السمع أو النظر أو اللفظ أو في الذاكرة)، نفسية كالأفكار المسبقة والتفكير المتحجر والمنمط والتوقعات الخاطئة أو غير الواقعية والحالات العاطفية كالحزن والغضب والكره والحب وغيرها. بالإضافة إلى الضوضاء الناتجة عن التفسير المغاير لبعض الكلمات والإشارات وعن تركيبة الجملة وتصريف الفعل المستخدم مثلاً.
- كما يؤثر **المحيط** حيث تحدث عملية التواصل على الرسائل والأثر الذي تتركه. ويتضمن عدة أبعاد كالبعد المادي (مكان حدوث عملية التواصل وخصائص هذا المكان)؛ البعد الزمني (توقيت حدوث عملية التواصل زمنيا وتسلسل الرسائل خلالها)؛ البعد النفسي – الاجتماعي (نوع وقوة العلاقة التي تجمع أطراف عملية التواصل) والبعد الثقافي (المعتقدات والعادات الثقافية لأطراف عملية التواصل، ما هو مقبول وغير مقبول من عبارات، طرائق التعامل، طرائق التدريب والتواصل، مواضيع ممكن طرحها، الاختلافات في الإدراك ووجهة النظر).

لتكون عملية التواصل فعّالة خلال التدريب

...في التواصل اللفظيّ

1. استخدام لغة وكلمات:

- صحيحة ومحددة وواضحة؛
- مناسبة للمستوى التعليميّ للمشاركين/ات؛
- مفهومة من قبل الحضور؛ غير تقنيّة أي مصطلحات علميّة في حال كانت غير مناسبة للحضور أو شرحها أو إعطاء البديل المتعارف عليه؛
- مقبولة اجتماعيًّا ومؤثّرة في المشاركين/ات «العائلة»، «أولادنا»، «شبابنا»، «مجتمعنا»، وغيرها؛
- تظهر الاحترام للآخر؛ «لو سمحت»، «عن إذنك»، «من فضلك»؛
- جامعة كـ«نحن» بعيدة عن التمييز والإبعاد كـ «هم»؛
- إيجابيّة مشجّعة، تثني على الإنجازات؛
- بعيدة من وصم وتمييز الأشخاص المختلفين فكرياً وعقائديا وحياتيا وجسديا وغيرها من الاختلافات؛ مثلاً: الخاطئ، الجاهل، الكافر، العقاب وغيرها. من الممكن أن يتواجد مستخدمو مخدّرات بين الحضور، فهذه الكلمات قد تشكل حاجزًا يمنع وصول الرسائل.

2. استخدام عبارات:

- قصيرة تتضمّن فكرة ورسالة واحدة؛
- توضح الهدف؛ «هدفي أن...»، «دافعي من القيام بذلك هو....»، وغيرها؛
- محدّدة بدل الآراء والتعميمات؛ نستبدل بـ «لقد رأيت فلانًا يستبدل الحقنة النظيفة بجرعة هيروين» (عبارة محددة) مقارنة بـ «برأيي، أغلبيّة مستخدمي الهيروين بالحقن يستبدلون المحاقن النظيفة بجرعات من المخدِّرات» (عبارة رأي وتعميم)؛
- تستند إلى الوقائع بدلاً من الإستنتاجات؛ «بحسب الدراسة الحديثة 30% من مستخدمي المخدِّرات يتشاركون الحقن» (عبارة وقائع) مقابل «اعتقد أنّ هنالك تبادلًا لأدوات الحقن بين مستخدمي المخدِّرات بالحقن» (عبارة استنتاجيّة)؛
- تبدأ بالـ«أنا» عند الحاجة إلى التعبير عن مشاعر سلبيّة بطريقة إيجابيّة؛ «لقد شعرت بالإهانة البارحة عندما تصرّفت على

هذا النحو مع الفتاة، لأنّ هذا يدلّ على وصم وتمييز مستخدمي المخدِّرات».

- متنوعة المداخل بين المداخل العاطفية (الإنسانية، التخويف، إلخ.)، الحجج العلمية، الإيجابيات والسلبيات، وغيرها.
- تطلب من المشاركين/ات القيام بعمل معين مع شرح كيفية القيام به وتبيين النتائج المرجوة التي يجب توقعها.
- الانتباه إلى نوع الأسئلة المستخدمة بحسب أهداف الحوار وتفادي الأسئلة الطويلة، الأسئلة الموجهة والأسئلة الثنائية.
  - الأسئلة المغلقة: تكون الإجابة عنها بـ«نعم أو لا» ممّا يعطي معلومات محدودة. مثلاً: هل يتشارك مستخدمو المخدِّرات بالحقن أدوات الحقن؟
  - الأسئلة المفتوحة: تشمل الأسئلة التي تبدأ بـ «ماذا؟»، «متى؟»، «كيف؟»، «لماذا؟» و«أين؟». توفّر معلومات نوعيّة معمّقة وموسّعة. مثلاً: كيف يتم استخدم المخدِّرات بالحقن في مجتمعكم؟
  - الأسئلة الموجهة: مُصاغة بطريقة تدفع المجيب للإجابة تتضمّن إجابات يختار منها المجيب. مثلاً: هل توافقون أن استخدام المخدّرات مؤذ للشخص؟
  - الأسئلة الثنائية: تتناول تقييم لأمرين في الوقت ذاته. مثلاً: هل تعتقدون أن برامج الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات فعّالة ويمكن تنفيذها بسهولة؟

3. إعطاء أمثلة ملموسة، واقعيّة ومناسبة للمشاركين/ات.
4. تكرار الأفكار الأساسيّة لأنّ ذلك يساعد على ترسيخها.
5. سؤال المحدّث أو الحضور عن وضوح الرسالة وإعادة الصياغة إذا تطلّب الأمر عبر اختيار مفردات مختلفة. التأكد من أن فهم الرسالة من خلال طرح الأسئلة المفتوحة أو طلب إنجاز عمل معين، إلخ.
6. تلخيص ما تمت مناقشته بهدف التوضيح، التأكيد على اتفاق، مراجعة التقدّم الحاصل، والانتقال إلى نقطة أخرى.
7. الكتابة بخطّ كبير وواضح ومفهوم عن بعد، وباستخدام ألالوان.
8. عكس القناعة بالموضوع أو الموقف المطروح ممّا يعطي مصداقيّة ويساهم في عملية الإقناع والتبنّي.
9. احترام الخصوصيّة.
10. الابتعاد عن الصور النمطيّة أو الافتراضات أو الأحكام المسبقة وفرض الأحكام القيميّة.
11. إعطاء النقد البناء وتقبّل نقد الآخرين أو الصدى المرتجع مهما كان بتفهّم وليونة وإيجابيّة.

...في التواصل غير اللفظيّ:

1. الابقاء على تواصل العينين مع المشاركين/ات ضمن الحدود المقبولة اجتماعيّا.
2. المحافظة على تعابير الوجه مرتاحة وطبيعية والابتسام.
3. استخدام إيماءات اليدين والوجه، المساعِدة والمتناغمة مع التواصل اللفظيّ.
4. تفادى القيام بحركات أو بأصوات تشتّت الانتباه؛ اللعب بالقلم مثلا.
5. تفادى وضع الحواجز بين المشاركين/ات وبيننا، والوقوف أو الجلوس على مرأى من الجميع، وعدم وجود أحد يجلس أو يقف وراء المدرّب(ة).
6. تفادى شبك اليدين أو تكتيف الذراعين لعدم إظهار انغلاقاً تجاه المشاركين/ات.
7. التحرّك أمام المشاركين/ات بوتيرة مناسبة وعدم إدارة الظهر لهم.
8. محاولة قراءة لغة الجسد لدى المشاركين/ات.
9. التكلم بمستوى صوت مناسب للقاعة والحضور والموضوع، وتغيير المستوى والنبرة ووتيرة خروج الكلمات، مع لفظ كافة الأحرف بوضوح والتأكد من مخارج الحروف.
10. الإصغاء باهتمام.

عملية الإصغاء

- التفرغ تماماً للمرسل وإعارته انتباهاً كاملاً.
- التركيز على الفكرة الرئيسية من الحديث دون التفاصيل.
- مراقبة تعابير المتحدّث غير اللفظية.
- الامتناع عن إنهاء عبارات المتحدث وإعطاءه الفرصة للإنتهاء من كلامه قبل الرد.
- تحليل أقوال المتحدث وتحديد مشاعر المصغي و/أو مواقفه(ها) تجاه الحديث دون استباق ما قد يقوله المتحدّث.

- استخدام التواصل غير اللفظي؛ مثلاً النظر إلى المتحدّث، هز الرأس، تغيير تعابير الوجه.
- الابتعاد عن الأفكار المسبقة المتعلقة بالموضوع أو بالمتحدث نفسه.
- تفادي التعميمات والتحيز الشخصي.
- استخدام التواصل اللفظي للدلالة على الإصغاء؛ مثلاً: «الحق معك أو أفهم مشاعرك أو ما تقوله مهم جداً». من الممكن أيضا طرح الأسئلة للاستفسار أو طلب التوضيح؛ أو إعادة صياغة ما قاله المتحدّث.

مهارات التعامل مع الطباع المختلفة للمشاركين/ات

يلخّص الجدول أدناه أبرز الطباع التي قد تتواجد بين صفوف المشاركين/ات خلال التدريب ويقترح بعض الإجراءات التي من الممكن اتخاذها للتعامل بإيجابية مع هذه الطباع دون إحراج الأشخاص أو التقليل من احترامهم وضمان أن لا تؤثر سلبا على تفاعل المشاركين/ات الآخرين.

طباع المشاركين/ات	بعض النصائح للتعامل معه(ها)
المجادل • يعارض دائماً • يعتقد دائماً بسلامة آرائه • لديه هواية المقاطعة والمناقشة في كل كلمة • تخرجه اهتماماته الشخصية عن طوره • سهل الغضب	• حاول استخلاص النواحي الجيدة في تدخلاته • اشرح له رأي الآخرين المعارضين له • أقنعه بإبراز أدلة وبراهين حقيقية • حاول مجابهة الرفض بالإيجابية والليونة. مثلاً: قل له أنه على حق، لكن علينا العمل بجهد ضمن الظروف المتوفرة والسعي إلى التغيير

الصامت • شخص يميل إلى الانطواء ويصعب عليه التعبير عن آرائه • لا يظهر أية علامات بالموافقة أو عدم الموافقة عما تقوله • من الصعب أن تكتشف ما يدور في ذهنه • ربما ينتج صمته عن ضجر/ملل أو لا مبالاة/عدم الاهتمام أو الخجل أو ربما يلجأ إلى الصمت حتى لا يتفوه بما قد يؤثر على علاقته بالآخرين	• حفزه على الكلام • حاول إثارة إنتباهه بطلب رأيه في موضوع يعرفه • امتنع عن توجيه أسئلة تتطلب الإجابة عليها «بنعم» أو «لا» بل أسئلة مفتوحة تحتاج إلى إجابة مطولة • اعتمد استراتيجيات التواصل غير اللفظي؛ مثلاً: اطرح سؤالاً وحرك نظرك بين الحضور مع التركيز على الشخص المعني بعض ثوانٍ، أو أرسم على وجهك علامات توقُّع الإجابة، كأن ترفع حاجبك قليلاً، أو الميل إلى الأمام باتجاهه • الإشادة بجهوده في المشاركة عندما يتكلم • الجأ للنقاش في المجموعات الصغيرة حيث يسهل عليه التعبير • حاول معرفة سبب الصمت وعدم المشاركة
المتعجل • غير صبور • يميل بطبيعته إلى الثقة الزائدة بالنفس • لا تسيره دوافع ضدك لكن يتلخص هدفه الرئيسي في إنهاء المهمة في أسرع وقت وأفضل طريقة • يعتقد في الناس الكسل وعدم المواءمة مع ظروف العصر	• أشعر هذا المشارك(ة) بسرعتك في التجاوب معه • تماسك واحتفظ برباطة جأشك وهدوئك واتركه يقول ما يود قوله • امتنع عن استخدام أية نبرة أو حركة عدوانية حتى تحصل على انتباهه • لخص في جملتين قصيرتين ردك العملي على مداخلاته مسبوقاً بجملة «هذه هي وجهة نظرك الشخصية في الموضوع» • أعطه فرصة للتراجع بكرامة • إذا كان محقاً في غضبه، إعترف له بالخطأ... واذكر أنك ستتفادى تكرار هذا الخطأ مستقبلاً

الذي يخرج عن الموضوع • يطرح أمور وأفكار لا تتعلق بالموضوع المطروح • قد يؤدي ذلك إلى تشتيت أفكار المشاركين/ات أو إلى تغيير وجهة النقاش	• امتنع عن انتقاده • اظهر التقدير إلى الأفكار والآراء المطروحة، ووجه هذه الأفكار إلى مكانها الصحيح، ثم عد إلى مسار الموضوع أو النقاش • قل «الأفكار المطروحة مهمة جداً وتستوجب مناقشتها في جلسة أخرى» أو «الأفكار المطروحة جيدة، لكن دعونا نعود إلى الموضوع الذي نحن في صدده» أو «ما تقوله صحيح، لكنه ينطبق على ...» • ذكر بأهمية البقاء ضمن أهداف الجلسة • اقترح عليه اللجوء إلى الأماكن التي من الممكن أن تساعده في الأمر الذي يطرحه
العالم ببواطن الأمور • يتميز بالمعرفة العميقة والكفاءة الكبيرة • شديد الثقة بالنفس • يعبر عن آرائه بوضوح • يحاول أن يعطيك نصائحه مفتخراً بقدرته على ذلك • لا يصغي للرأي الآخر ولا يستمع إلى من يعارضه لأنه يعتبر المعارضة تحدياً لمعرفته	• يسهل التعامل معه بشيء من الصبر والمثابرة • يحتاج إلى إطراء لاهتماماته ومعلوماته القيّمة • تقبل تعليقاته دون غضب • عند عرض فكرتك عليه أطلب منه باختصار واحترام شديدين رأيه بالموضوع حتى تؤكد احترامك له واقتناعك بما يقوله • استخدم ألفاظاً مثل «ربما، يحتمل ...» لتشعره بأنك لا تحاول فرض رأيك • استخدم كلمة «نحن» بدلاً من «أنا» حتى لا يبدو الموقف كما لو كان تحدياً بينك وبينه

المتذمر • كثير الشكوى ويتذمر لأقل الأسباب • قد يعود تذمره إلى عدم رضاه عن وضعه الحالي وعدم معرفته لكيفية إثارة الأمر فلا حيلة له إلا الشكوى • غير راض عن الأمر الواقع لأنه ربما يكون غير قادر للوصول إلى «المثالية» أو «الكمال المطلق»	• أحسن الإصغاء في صبر واهتمام • كن موضوعياً ومتعاوناً ووديّاً مهما كانت الشكوى • بيّن له أن لا أحد يستطيع حل مشكلات الآخرين رغماً عنهم أو دون مساعدتهم ولكن لا تجعله يظهرك بأنك تتهرب من مساعدته • وجهه إلى استنباط الحلول الممكنة لشكواه • لا تتسرع في الرد على تذمره بل أطلب مهلة للرد عليه • اجمع الحقائق حول ما يتذمر منه قبل الإدلاء برأيك وحاول إزالة أي سوء فهم • قاطع عملية سرد الشكوى في بعض المراحل واطرح أسئلة توضيحية لتحدد المشكلة • إذا طرح حلولاً غير منطقية قل له «هذا غير ممكن» ووضح الأسباب واطلب منه أن يقترح حلولاً أخرى
الذي يدير أحاديث جانبية • غير قادر على ضبط نفسه عن التعليق عن أمر أو التحدث للشخص الذي يجلس بقربه وقد يكون حديثه الجانبي ضمن الموضوع • يكون مصدر إلهاء و/أو إزعاج للمشاركين/ات الآخرين • قد ينتج حديثه الجانبي عن الملل/عدم المشاركة	• امتنع عن إحراجه أو التصادم معه • تجول في القاعة وقف بالقرب منه • توقف عن الكلام للفت انتباهه ومن ثم تابع • ذكّر بـ»قواعد العمل معاً» • اطلب منه القيام بعمل ما بعيداً عن الشخص الآخر • عند تكرار الأحاديث الجانبية، أنظر مباشرة إليه أو اطلب منه، بطريقة إيجابية، اطلاع المجموعة عما يدور • إذا كثرت هذه الأحاديث بين أكثر من شخصين، توقف عن الكلام واسأل عن السبب

الذي يتكلم ولا يفسح المجال لغيره • لديه دائماً تدخل أو إجابة • يتحدث دون أخذ الإذن • يقاطع الآخرين • يؤثر على مشاركة المشاركين/ات الآخرين سلبياً	• امتنع عن إحراجه أو مهاجمته بتهكّم كي لا تخسر مشاركته • تفادى النظر إليه عند طرح سؤال على المجموعة • امتنع عن إعطائه الكلام في كل مرة يطلب ذلك وتفادى اختياره في حال احتجت إلى متطوعين/ات • قاطعه بلطف قائلاً:»إنّ ما تقوله مهم، لذلك سنسأل باقي المشاركين/ات عن رأيهم في ذلك» • انتبه إلى عدم الوقوع في فخ المجادلة وتحويل النقاش إلى نقاش بين شخصين
العصبي • يتميز بسرعة رد الفعل واتخاذه قرارات متسرعة • تهز مشاعره الحوادث التي إذا مرّ بها إنسان آخر قد لا يعيرها انتباهاً • تزعجه أبسط المضايقات، فهو شخص شديد الحساسية • إذا واجهته صعوبة كأنما حلت به كارثة • لا يرضى بالحلول المنصفة فأما أن تستجيب له أو أنت مخطئ وبالتالي فإن معاييره ورغباته هي الصحيحة وغيرها خطأ محض.	• عامله بالصبر واللطف والمرونة ووساعة الصدر لتطفئ ثورته وتمنع استفزازه • ليس أسهل من استمالة العصبي إلى رأي أو فكرة • العصبي إذا غضب فإن نوبة الغضب هذه تعقبها فترة هدوء يستعيد خلالها توازنه • عليك مساعدته في العودة إلى هدوئه وذلك من خلال إظهارك سرورك من الحديث • بعضهم تفتح قلبه الابتسامة الهادئة وعبارات الثناء وبعضهم تجديه العناية الخاصة • إذا واجهك فعليك أن تفكر في دوافع الموقف ونزعات المشارك(ة)، لا المشارك(ة) نفسه

كثير المنازعات • يحب أن يحرج الآخرين • يعمل على اصطياد أخطاء الناس • قد يحاول الحصول على اهتمامك وجذب انتباهك	• امتنع عن إظهار أنك تشعر بالحرج • حافظ على هدوئك وابق واقعياً • امتنع عن استخدام السخرية في حديثك • أصغ إليه جيداً • امتنع عن الرد بنفس الطريقة • زوده بأية معلومات قد تزيل ما التبس عليه من مواقف، أو اعتذر له لو كانت بالفعل مخطئاً في حقه • أظهر استعدادك لحل مشكلاته على إنفراد وعالج الموقف بينك وبينه • كن حازماً

المقاربات الإيجابية للتعامل مع الأوضاع الصعبة

قد تواجه القائد الديني المدرّب خلال التدريب بعض الأوضاع الصعبة. مثلاً قد يقول أحد المشاركين/ات «ليس هنالك من مشكلة فالأعداد المسجلة للإصابات بفيروس نقص المناعة البشريّ بين مستخدمي المخدِّرات قليلة» أو «إن برامج توفير الإبر والحقن قد تشجّع على استخدام المخدِّرات وحقنها» أو «هذا التدريب ممل جدا ولا معنى له» وغيرها من الأمور.

من المهم جدا التعامل بطريقة إيجابية مع هذه الأوضاع الصعبة. ما يلي بعض الاقتراحات لمواجهتها.

- الاعتراف ضمنيا أنه من الطبيعي أن يكون لدى الأشخاص مشاعر وأفكار وآراء وتصرفات مختلفة. يضع المدرّب(ة) نفسه في موقع المشارك(ة) ويتفهم ردة فعله(ها).
- أخذ نفس عميق والمحافظة على الهدوء والبقاء على الحياد والمحافظة على الاحترام، وعدم رفع الصوت، أو الغضب، أو السخرية أو استفزاز الشخص الآخر أو محاولة إذلاله أو العدائية تجاهه أو المدافعة أو المجادلة.
- الانتباه إلى لغة الجسد ونبرة ومستوى الصوت المستخدم من قبل المدرّب(ة) وإظهار لغة جسد إيجابية (الابتسام المناسب

والإيماء والتواصل البصري، واحترام المساحة الشخصية وغيرها).

- الامتناع عن ردة الفعل وعدم الموافقة ولكن التروي والتفكير قبل التصرف.
- عدم أخذ ملاحظة المشارك(ة) وغضبه ورفضه وطريقة تحدثه بشكل شخصي.
- سنح الفرصة للآخر لأن يهدأ في حال كان يصرخ.
- الإصغاء باحترام وإظهار ذلك للآخر وعدم المقاطعة.
- استخدام اسم الشخص بالطريقة المقبولة اجتماعيا.
- الاعتراف بفهم رأي الآخر «يمكنني أن أرى أنك غير مقتنع تماما بـ...» وتحليل الأمر واستخدام أسئلة مفتوحة لشرح الأسباب وراء رأيه «هل يمكنك أن تخبرني ما سبب شعورك بهذه الطريقة، من فضلك؟» وإعطاء الحجج العلمية والمقنعة وشرح الظروف وغيرها من الأمور.
- محاولة توضيح أي خلاف: «يبدو أن لدينا أفكارًا مختلفة إلى حد ما فيما يتعلق بـ...».
- الاستعانة ببيان الحقائق المحايد لمعالجة الوضع وإيجاد حل أو نتيجة مقبولة للطرفين. كما بالإمكان تقديم خيارات معينة «هل ترغب في... أم ...؟».
- رفض المطالب غير المعقولة، ولكن الاستعداد لإدارة أي رد فعل سلبي.
- عدم السماح بأن تؤثر تجربة سيئة مع أحد المشاركين/ات على المدرب(ة) وعلى تعامله مع المشاركين(ات) الآخرين وعلى مسار الورشة التدريبية بل المحافظة على الموقف المهني.

تقييم التدريب

عند القيام بتدريب مجموعة من الأشخاص، هنالك حاجة إلى معرفة ما إذا كان التدريب فعّال، وهل يتم تطبيق المعرفة والمهارات والمواقف المكتسبة من هذا التدريب وهل أثر ذلك إيجابيا على المشروع وعلى تحقيق أهدافه.

ينطبق هذا الأمر على تدريب القادة الدينيين حول الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات بهدف معرفة فعالية التدريب، والإجابة على أسئلة مثل هل يقوم القادة الدينيين بتطبيق ما اكتسبوه من هذا التدريب وهل أثر ذلك على القيام بدورهم في آفة المخدّرات ودعم استراتيجية الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات وبرامجها والترويج لها.

للحصول على إجابات، من المهم القيام بعمليتي الرصد والتقييم:

- الرصد عملية جمع المعلومات وتحليلها بشكل روتيني من أجل رصد التقدم المحرز والتحقق من الامتثال واتخاذ قرارات مستنيرة من أجل إدارة أفضل للتدريب وجلساته.
- التقييم عملية منهجية وموضوعية تهدف إلى تحديد ملاءمة وفعالية الأهداف والأساليب في التغيير المنشود من خلال التدريب.

التخطيط للرصد والتقييم

من المهم وضع خطة الرصد والتقييم للتدريب خلال مرحلة التخطيط لضمان أن تكون المؤشرات والأساليب ووسائلها جاهزة عند البدء بالتنفيذ. تُفصِّل هذه الخطة ما الذي سيتم رصده وتقييمه، من المسؤول عن القيام بكل مرحلة من المراحل وتوقيت ذلك، وما هي الأساليب والأدوات المستخدمة.

نموذج لخطة الرصد والتقييم للورشة التدريبية:

الرصد والتقييم				
النشاط	المؤشر	المسؤول	التوقيت	الأسلوب والأداة
مثلا: ورشة تدريب القادة الدينيين	عدد الذين أنجزوا الورشة التدريبية	منسق الورشة	• نهاية كل يوم • نهاية اليوم الأخير من الورشة	تفقد استمارة الحضور
	تغيير المعارف والمواقف والمهارات	• مسؤول(ة) التقييم في المؤسسة أو • المدرّب(ة)	• قبل البدء بالتدريب • بنهاية التدريب	• استمارة فردية تملأ ذاتيا • ملاحظات

أنواع وخطوات وطرائق وأدوات تقييم التدريب

بحسب نموذج كيركباتريك[1] لتقييم التدريب، هنالك أربعة مستويات للتقييم وهي التفاعل، والتعلّم، والسلوك، والنتائج.

تساعد هذه المستويات في تحليل تأثير التدريب بشكل موضوعي، ومعرفة مدى تعلم المشاركين/ات، وتحسين تعلمهم في المستقبل. يمثل كل مستوى متتالي من النموذج مقياسًا أكثر دقة لفعالية برنامج التدريب.

يلخّص الجدول أدناه، المراحل الأربع، أهدافها، خطواتها توقيتها، والطرائق والأدوات التي من الممكن استخدامها للحصول على المعلومات.

	الهدف	الخطوات	الطرائق والأدوات	التوقيت
المستوى 1: رد الفعل	• معرفة مدى استجابة/ تلقي المشاركين/ات للتدريب. • يساعد قياس مدى الالتزام والمشاركة النشطة، وكيفية التفاعل مع التدريب وما إذا توفّرت شروط عملية التعلّم على فهم مدى تلقي المشاركين/ات له.	1. تحديد الأمور التي سيتم قياسها 2. تطوير أداة القياس 3. القياس 4. تحليل نتائج الاستمارات أو الملاحظات أو المداخلات 5. تحديد التغييرات التي من الممكن إجراؤها	— ملاحظة/مشاهدة لغة جسد المشاركين/ات — طلب ملاحظات شفهية — استطلاعات الرضا	— أثناء الجلسة/ التدريب — نهاية الجلسة و/ أو اليوم التدريبي — نهاية التدريب

1 دونالد كيركباتريك ، أستاذ فخري سابق في جامعة ويسكونسن ، نشر نموذجه لأول مرة في عام 1959. قام بتحديثه في عام 1975 ، ومرة أخرى في عام 1993

	• يمكّن من إجراء تحسينات على البرامج المستقبلية من خلال تحديد الموضوعات المهمة التي قد تكون مفقودة مثلاً.	أمثلة عن الأسئلة التي تطرح على المشاركين/ات: هل استحق التدريب وقتك؟ ما هي نقاط القوة والضعف في التدريب؟ ما هو رأيك بالأسلوب المتبع؟ هل استجاب التدريب لأنماط التعلم الشخصية الخاصة بك؟ هل عززت الأنشطة التدريبية المشاركة؟ ما أهم ثلاثة أشياء تعلمتها من هذا التدريب؟ ماذا تنوي أن تطبق في عملك من الأمور التي تعلمتها؟ ما هو الدعم الذي قد تحتاجه لتطبيق ما تعلمته؟ ما هو رأيك بمكان أو مدة أو توقيت التدريب؟		
المستوى 2: التعلّم	— يوضح كيف طور التدريب مهارات ومواقف ومعارف المشاركين/ات، بالإضافة إلى ثقتهم والتزامهم. — يقيس ما تعلمه المشاركون/ات وما لم يتعلموه وما يعتقدون أنهم سيكونون قادرين على القيام به بشكل مختلف، ومدى ثقتهم	1. تحديد ما سيتم تقييمه بالإرتكاز على الأهداف التعليمية للجلسات التدريبية (المعرفة ومستويات المهارات والاتجاهات) 2. تطوير أداة القياس 3. القياس 4. تحليل النتائج ومقارنة نتائج ما قبل التدريب بما بعد التدريب	• تختلف طرائق التقييم بناء على الأهداف التي يحاول التدريب تحقيقها • الاختبار القبلي والبعدي، المقابلات أو التقييمات الشفهية الجماعية أو التقييمات العملية	• القياس يتم قبل وبعد التدريب للتمكّن من تحديد التغيير الناتج من التدريب.

	في قدرتهم على القيام بذلك، ومدى اندفاعهم لإجراء التغييرات	5. تحديد التغييرات التي من الممكن إجراؤها والخطوات المستقبلية. من المهم، عدم إهمال هذه الملاحظات ونتائج التقييمات القبلية والبعدية السيئة والعمل وبحسب الثغرات على إيجاد طريقة لإيصال المعلومة الصحيحة مرة أخرى والتأكد من فهم المشاركين لها وتمكنهم من التعامل معها بسهولة وتطبيقها.	• الملاحظة من خلال عرض عمل المجموعات، أو خلال المراجعات الصباحية أو مداخلات المشاركين/ات حول موضوع معين تم تناوله أو أسئلتهم حوله	
المستوى 3: السلوك	• يساعد على فهم مدى تطبيق المشاركين/ات لتدريبهم • اكتشاف المساعدة التي قد يحتاج اليها بعض الأشخاص • التنبه إلى أن السلوك يتغيّر عندما تكون الظروف مواتية من هنا، أهمية: ○ تغيير الثقافة التنظيمية أو ثقافة الفريق لتسهيل التغيير السلوكي	1. تحديد الأمور التي سيتم قياسها 2. تطوير أداة القياس 3. القياس 4. تحليل النتائج 5. تحديد التغييرات التي من الممكن إجراؤها أمثلة عن الأسئلة التي تطرح على المشاركين/ات: هل استخدم المشاركون/ات أيًا من تعلمهم؟ هل هم قادرون على نقل معارفهم أو مهاراتهم أو	• تقييمات ذاتية يملأوها المشاركين/ات • مقابلات مع المشاركين/ات • الطلب من المسؤول تقييم المشاركين/ات رسميًا • ملاحظة الأداء • دمج استخدام المهارات الجديدة في مهام المشاركيين/ات بعد التدريب	• قياس السلوك بشكل فعّال يتم بعد فترة زمنية طويلة من التدريب

	○ سنح الفرص والوقت الكافي لتطبيق المعرفة والمهارات الجديدة ○ تطوير العمليات التي تشجع وتعزز وتكافئ التغييرات الإيجابية في السلوك (الدوافع المطلوبة للتغيير) ○ تسليط الضوء على من يستخدم مهارة جديدة بفاعلية والثناء عليه(ها)	مواقفهم الجديدة لآخرين؟ هل يدركون أنهم غيروا سلوكهم؟		
المستوى 4: النتائج	— تحليل النتائج النهائية للتدريب بما فيها النتائج المحددة التي تعتبر جيدة للأعمال ولأعضاء فريق العمل والتي تظهر عائدًا جيدًا على الاستثمار (ROI) — هنالك تحدي كبير في تحديد النتائج أو الفوائد أو النتائج النهائية الأكثر ارتباطًا بالتدريب، والتوصل إلى طريقة فعالة لقياس هذه النتائج على المدى البعيد — هذا المستوى هو الأكثر تكلفة واستهلاكًا للوقت	• نفس الخطوات المذكورة أعلاه • بعض النتائج التي يجب مراعاتها، اعتمادًا على أهداف التدريب: زيادة الاحتفاظ بالمشاركين/ات المدربين، زيادة الإنتاج، معنويات أعلى، تقليل الهدر، زيادة المبيعات، تصنيفات أعلى جودة، زيادة رضا المستفيدين/عملاء، شكاوى أقل من الموظفين، برامج الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات متوفرة بنوعية جيدة.	• سلسلة من الملاحظات والقياسات قصيرة المدى للتحقق من أن التغييرات في السلوك • بسبب التدريب تحدث فرقًا ذا قيمة (المؤشرات الرائدة). • طرائق قياس الفرق بين كلفة التدريب ونتائج التدريب.	• دورية • المدى القصير والبعيد

أهمية التقييم

تعتبر عملية التقييم مهمة لأنها:

- تساعد المُدرّب(ة) على تطوير أدائه
- تساعد الجهة المنظمة و/أو المستفيدة على تحسين ظروف التدريب
- تحدد ملاءمة وفعالية الأهداف والمعلومات والمهارات وطرائق التدريب للمشاركين/ات
- تسمح باكتشاف الصعوبات على مختلف المستويات
- تلقي الضوء على نقاط القوة
- تسمح لمختلف المعنيين بالتعبير عن رأيهم
- تطمئن الجهة المنظمة و/أو المستفيدة الى حسن سير العمل والتقدم الحاصل.

نماذج أدوات تقييم

نقترح فيما يلي نماذج لتقييم رد الفعل (العملية) وتقييم التعلّم على الشكل التالي:

تقييم رد الفعل

استمارة التقييم

1. يتم استخدام أحد الاستمارات أدناه أو بلورة استمارة تتضمن المعايير التي يجب قياسها لمعرفة المستوى الأول من نموذج كيركباتريك (رد الفعل).
2. توزيع الاستمارة على المشاركين/ات في نهاية الجلسة، اليوم التدريبي ونهاية التدريب أو إرسالها إليهم عبر الانترنت (مثلاً: Google forms).
3. يجيب المشاركين/ات على أسئلة الاستمارة دون ذكر الأسماء.
4. تُفرز الإجابات وتحلل.
5. تُعرض النتيجة على الحضور في الجلسة التدريبية أو اليوم التدريبي اللاحق. وتناقش إذا لزم الأمر.
6. يعمل فريق العمل و/أو المدرّب(ة) على تنفيذ ما هو متوفر ومستطاع لتحسين الوضع التدريبي.

نماذج استمارة التقييم اليومي

نموذج 1

عنوان اللقاء

تاريخ ومكان اللقاء

استمارة التقييم اليومي

تم تصميم استمارة التقييم اليومي بهدف عرض آراءك وملاحظاتك حول التدريب يومياً.

إن ملاحظاتك سوف تسمح بإجراء التعديلات والتحسينات اللازمة للجلسات والتدريبات المقبلة.

يرجى وضع علامة (X) في الخانة المناسبة للبنود التالية المتعلقة بكل جلسة:

اليوم الأول

الجلسة الأولى

النطاق	كافٍ	محايد	غير كافٍ
المحتوى			
إدارة الوقت			
الطرائق التدريبية			
المواد التدريبية			
الصلة بالموضوع			

ملاحظات:

الجلسة الثانية

النطاق	كافٍ	محايد	غير كافٍ
المحتوى			
إدارة الوقت			
الطرائق التدريبية			
المواد التدريبية			
الصلة بالموضوع			

ملاحظات:

نموذج 2

عنوان اللقاء
تاريخ ومكان اللقاء
استمارة التقييم اليومي

تم تصميم استمارة التقييم اليومي بهدف عرض آراءك وملاحظاتك حول التدريب يومياً.
إن ملاحظاتك سوف تسمح بإجراء التعديلات والتحسينات اللازمة للجلسات والتدريبات المقبلة.

1. اختر الإجابة المناسبة لك لكل من العبارات التالية:

	سيئ جداً	سيئ	لا بأس	جيد	ممتاز
تحققت أهداف اليوم التدريبي					
المحتوى جيد					
الطرق التدريبية المستخدمة مناسبة					
إدارة الوقت جيدة					
تمكنت من المشاركة والتعبير					

2. ما هو أكثر أمر جذبك في هذا اليوم التدريبي؟
3. ما هو أكثر أمر أزعجك في هذا اليوم التدريبي؟
4. ما هي اقتراحاتك لتحسين الأيام التدريبية المتبقية؟

نماذج استمارة التقييم اليومي

نموذج1

عنوان اللقاء

تاريخ اللقاء

مكان انعقاد اللقاء

إستمارة تقييم اللقاء

تاريخ التقييم: _____

	اختر الإجابة المناسبة لك لكل من العبارات التالية:	نعم	بعض الشيء	كلا
جودة المضمون	1. هل تم تحقيق أهداف الإجتماع؟			
	2. هل أثار إهتمامك البرنامج؟			
	3. هل كانت المواضيع مهمة لعملك؟			
	4. هل كان البرنامج منظّم؟			
	5. هل كانت الموارد المُقدّمة قيّمة؟			
مقدمو العروض	6. هل كان الميسر مرجع قيّم للمعلومات؟			
	7. هل كان الميسّر واضح في شرحه؟			
	8. هل كانت المناقشات مناسبة ومفيدة؟			
	9. هل كان محتوى الجلسات مناسب لهدف الإجتماع؟			
الأمور اللوجستية	10. هل كان مكان ملائم ومريح؟			
	11. هل كانت وجبات الطعام والمشروبات المقدمة ذات نوعية جيدة؟			
	12. هل كانت أوقات الجلسات مناسبة؟			
	13. هل كانت الأمور اللوجستية مسهّلة؟			
المكاسب الشخصية	14. هل وجدت الاجتماع مفيدا ويعكس عمل منظمتك؟			
	15. هل وجدت الاجتماع مفيدا في تحديد المجالات التي تحسّن العمل وأساليب القيام بذلك؟			
	16. هل كان الإجتماع بحسب توقعاتكم بشكل عام؟			

2. برأيك، ما هي نقاط القوة / الجوانب الأكثر لهذا الاجتماع؟
3. برأيك، ما هي نقاط الضعف / الجوانب الأقل إفادة لهذا الاجتماع؟
4. هل لديكم اقتراحات للمزيد من التحسينات؟

نموذج 2

عنوان اللقاء

تاريخ اللقاء

مكان انعقاد اللقاء

إستمارة تقييم اللقاء

تاريخ التقييم: _____

تم تصميم استمارة تقييم اللقاء بهدف الحصول على آراءك وملاحظاتك حوله.
إن ملاحظاتك سوف تسمح بإجراء التعديلات والتحسينات اللازمة للتدريبات المقبلة. شكراً

1. اختر الإجابة المناسبة لك لكل من العبارات التالي:

	سيئ جدا	سيئ	لا بأس	جيد	ممتاز
كانت الورشة التدريبية بمستوى توقعاتي					
تحققت أهداف الورشة التدريبية					
تطورت معارفي نتيجة لهذه الورشة التدريبية					
تعززت مهاراتي التدريبية نتيجة لهذه الورشة التدريبية					
ساعدت الورشة التدريبية في تطوير مواقفي إيجابياً					
الطرق والوسائل التدريبية المستخدمة مناسبة					
علاقة المشاركين/ات بعضهم ببعض جيدة					
علاقة المشاركين/ات بالمدربين جيدة					
مدة الورشة التدريبية كانت مناسبة					
سمحت لي الورشة التدريبية بتبادل الخبرات مع بقية المشاركين/ات					
أوصي أقراني بالمشاركة في دورة تدريبية مشابهة لهذه					
ستساعدني الورشة التدريبية في القيام بدوري كمدرب/ة					

2. ما هي الأمور التي أعجبتك في هذه الورشة التدريبية؟ الرجاء تبرير الإجابة
3. ما هي الأمور التي أزعجتك في هذه الورشة التدريبية؟ الرجاء تبرير الإجابة
4. ما هي التوصيات التي تقترحها لتحسين الورشات التدريبية القادمة؟

أداة النجمة

تساعد هذه الأداة على الحصول على معلومات كمية حول معايير مختلفة متعلقة بالمدرب/ة، تحقيق الأهداف والبرنامج، طرائق التدريب، المشاركة، وغيرها.

1. يتم استخدام النموذج أدناه وشرح كيفية تعبئته كالتالي: تتألف الأداة من 8 معايير، على كل مشارك اختيار رقم من 1 (سيء جداً) إلى 10 (ممتاز) من سلّم التقييم للتعبير عن رأية بكل معيار من المعايير الثمانية.
2. توزع أداة النجمة على المشاركين/ات في نهاية الجلسة، أو اليوم التدريبي أو إرسالها إليهم عبر الانترنت.
3. يقيّم المشاركين/ات دون ذكر الأسماء.
4. تُفرز الإجابات على الشكل التالي:

أ. توضع إجابات كافة المشاركين/ات لكل معيار من المعايير. تُتبع العملية الحسابية التالية: ضرب عدد إجابات المشاركين بكل رقم من الأرقام التي تم اختيارها على سلّم التقييم للمعيار الواحد. ومن ثم جمع نتائج عملية الضرب وتقسيمها على 10 للحصول على معدل نتيجة المعيار الواحد.

ب. تكرر العملية للمعايير الثمانية.

ج. تجمع كافة معدلات المعايير الثمانية وتقسم على رقم 8 للحصول على المعدل العام.

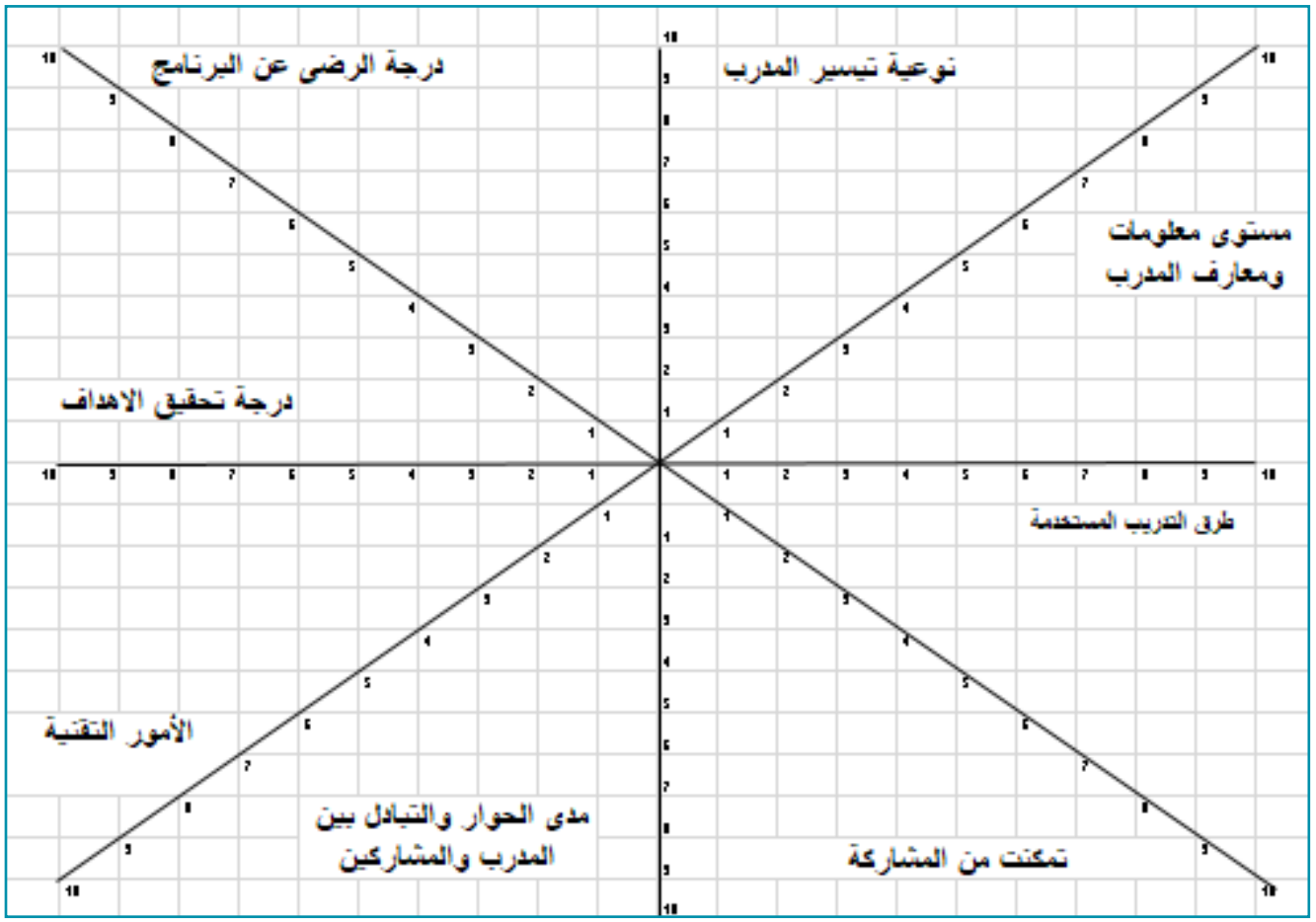
د. يتم تحديد معدل كل معيار على أداة النجمة وتستخدم الخطوط الأفقية والعامودية لوصل كافة المعدلات ببعضها للحصول على شكل نجمة.

5. تُعرض النتيجة على الحضور في الجلسة التدريبية أو اليوم التدريبي اللاحق.

أ. في حال كانت النجمة غير متوازنة يتم البحث عن أسباب عدم هذا التوازن والمعايير المتأثرة بذلك ومناقشة الحلول الممكنة.

ب. في حال كانت متوزانة، بالإمكان طرح سؤال على المشاركين/ات للحصول على اقتراحات عن كيفية تحسين الأمور.

6. يعمل فريق العمل و/أو المدرّب(ة) على تنفيذ ما هو متوفر ومستطاع لتحسين الوضع التدريبي.



جولة طاولة

بالإمكان أيضا في نهاية الجلسة او اليوم التدريبي أو نهاية الورشة، القيام بالتقييم وجاهيا وشفهيا من خلال طرح أسئلة على المشاركين الحصول على أجوبتهم عبر جولة طاولة لتأكد أن الجميع أبدى رأيه.

بالإمكان، استقصاء الأسئلة من نماذج الاستمارات أعلاه أو استخدام أسئلة أخرى لقياس ردة فعل المشاركين/ات. مثلا: الرجاء إعطاء أمر أعجبكما اليوم وأمر آخر يمكن تحسينه للجلسات/الأيام التدريبية المقبلة.

تقييم التعلّم

بهدف تقييم التغيير على مستوى معلومات المشاركين/ات، الرجاء الإطلاع على مستند 2 من جلستي الافتتاح والاختتام. ما يلي نموذج استمارة تقييم الأثر التي من الممكن إستخدامها كليتها أو استخدام أقسام منها بحسب استراتيجية التدخّل المستخدمة.

استمارة التقييم القبلي/البعدي

عنوان وتاريخ اللقاء | استمارة تقييم التعلّم

☐ القبلي ☐ البعدي

الإسم أو الرقم: _____

1. **ما هو تعريف المخدرات؟**
2. **أعط مثلين لكل صنف من أصناف المخدّرات أدناه:**

الصنف	المثل
المواد المنشّطة/المنشّطات	- -
المواد المسكّنة/المثبّطة	- -
المواد المهلوسة	- -

3. **الرجاء إيجاد تعريف كل من المصطلحات التالية**

1. **الاستخدام الضار (Harmful use)**		أ. حالة تتبع تناول مادة ذات تأثير نفسانيّ تؤدي إلى اضطرابات في مستوى الوعي، الإدراك، الفهم، العاطفة ، السلوك، أو الوظائف النفسيّة الفيزيولوجيّة الأخرى. يعود الجسم إلى طبيعته مع الوقت، إلّا في حال أتلفت الأنسجة أو كان هنالك مضاعفات أخرى.
2. **التسمّم (Intoxication)**		ب. الحاجة إلى مزيد من المخدِّرات للحصول على نفس قوة الشعور.

3. الإرتهان (Dependence)		ج. حالة نفسيّة وغالباً جسديّة، تتميز أيضًا بتصرفات وردود فعل خاصّة، وتشتمل على إكراه في أخذ المخدِّرات بشكل مستمرّ، وذلك للحصول على مفعولها بالإضافة إلى تجنّب عوارض نقصها من الجسم.
4. التحمل (Tolerance)		د. استخدام أيّ نوع من المخدِّرات بكميّة معيّنة تحدث آثارًا جسديّة أو عقليّة سلبيّة حادة. قد تؤدي إلى آثار عابرة أو دائمة، أو إلى الوفاة. يتوقف احتمال حدوثها وعوارضها وفداحة نتائجها على نوع المخدِّرات المستخدمة.
5. الجرعة الزائدة (Overdose)		هـ. نمط من أنماط استخدام المواد ذات التأثير النفسانيّ التي تسببّ أضرارًا صحّيّة بدنيّة أو عقليّة.

4. **الرجاء، الإجابة بـ «صح» أو «خطأ» على العبارات أدناه**

	صح	خطأ
أ. عند الإصابة يتواجد فيروس نقص المناعة البشريّ في كافة سوائل الجسم بما فيها الدم والسوائل الجنسيّة الذكريّة والأنثويّة وحليب الرضاعة، والعرق والدموع واللعاب وغيرها، وينتقل من خلالها		
ب. فيروس عدوى الكبد "ب" يصيب خلايا الجهاز المناعي وتحديدًا الخلايا التائية 4 فيدّمرها أو يضعف وظيفتها ممّا يؤدّي إلى إضعاف وتدمير الجهاز المناعي تدريجيّاً فيصبح الأشخاص عرضة للأمراض والالتهابات.		
ج. تعتبر عدوى الكبد الفيروسي "أ" من الالتهابات الأكثر انتشاراً بين مستخدمي المخدرات بالحقن		
د. جميع الالتهابات المنقولة جنسياً تنتقل فقط عن طريق العلاقات الجنسية		
هـ. الالتهابات المنقولة جنسياً تصيب النساء فقط		
و. من الممكن الشفاء من جميع الالتهابات المنقولة جنسياً		
ز. السلوك الصحّيّ عملية تفاعليّة مع المجتمعات لتطوير نهج ورسائل مناسبة مصمّمة باستخدام مجموعة متنوعة من قنوات التواصل لتطوير السلوكيّات الإيجابيّة، وتعزيز وإدامة تغيير السلوك على مستوى الفرد والمجتمع والحفاظ على السلوكيّات المناسبة		
ح. التواصل لتغيير السلوك يتوجّه نحو الوقاية وتخفيض خطر الإصابة بالمرض والموت المبكر. يتضمّن المعتقدات والتوقّعات، والقيم والعادات والنشاطات، والأنماط السلوكيّة المرتبطة بالمحافظة على		
ط. الصحّة، واستعادتها وتحسينها، والشفاء من المرض أو التعايش معه من منطلق تحقيق القدرات		

ي. بحسب النموذج الإيكولجي، يتأثر السلوك الصحي بعدة عوامل على ثلاثة مستويات فقط وهي: العوامل الشخصية، العوامل الإجتماعية والسياسات والتشريعات		
ك. يشير نموذج التغيير التدريجيّ/مراحل تغيير السلوك إلى أن المراحل تتبع تقدمًا خطيًا لا يتضمن الارتداد إلى المستويات السابقة		
ل. تتألف الرسالة من مكونان وهما المضمون ومصدر الرسالة		
م. تكون عملية التواصل فعّالة عندما تدعو للقيام بعمل محدد		
ن. يعتبر الإعلام الجماهيري قناة فعّالة حين يكون الأشخاص في مرحلة تبنيّ السلوك		
س. تعتبر المشورة قناة فعّالة عندما يكون الشخص في مرحلة التأمل المسبق		
ع. الوصم: المواقف السلبيّة المهينة من قبل الأفراد أو المجتمع والتي تحطّ من قيمة وكرامة شخص أو أشخاص بسبب انتمائهم إلى مجموعة معيّنة بسبب سمة أو صفة معيّنة		
ف. في مجتمعاتنا يعاني الرجل مستخدم المخدِّرات من الوصم أكثر من المرأة التي تستخدم المخدِّرات ويتأثر به أكثر منها		
ص. يقل تأثير الوصم والتمييز على مستخدمي المخدِّرات في حال كانوا أيضًا متعايشين مع فيروس نقص المناعة البشريّ		

5. **يشمل التمييز المستويات التالية:**

أ. مستخدم المخدِّرات، العائلة والمجتمع، المؤسّسات، والدولة

ب. مستخدم المخدِّرات، العائلة والمجتمع

ج. مستخدم المخدِّرات، والمؤسّسات

د. مستخدم المخدِّرات

5. **عدد 2 من آثار الوصم والتمييز على كل من المستويات التالية:**

مستوى مستخدمي المخدِّرات	
مستوى المجتمع	
مستوى جهود مكافحة انتشار استخدام المخدِّرات والأوبئة ذات العلاقة	

7. **الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات هو** _____

8. **تتضمن برامج الحدّ من المخاطر، البرامج التالية؛ أجب بـ«صح» أم «خطأ»**

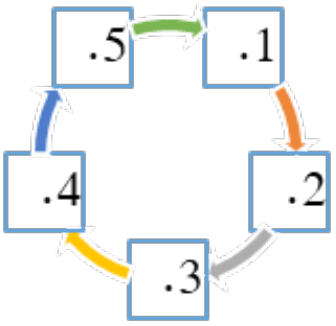
	صح	خطأ
أ. برامج تبادل / توفير الإبر والحقن		
ب. علاج التبعيّة وخاصة العلاج بالبدائل		
ج. المشورة واختبار فيروس نقص المناعة البشريّ		
د. العلاج بمضادات الفيروسات القهقريّة		
هـ. الوقاية والعلاج من الالتهابات المنقولة جنسيّاً		
و. برامج توفير وتوزيع الواقي الذكري		
ز. برامج المعلومات والتثقيف والتواصل		
ح. الوقاية والمعالجة من التهاب الكبد الفيروسي والتلقيح ضد التهاب الكبد الفيروسي "ب".		
ط. الوقاية من السل وتشخيصه ومعالجته.		
ي. برامج توفير النالوكسون		
ك. برامج الدعم الاجتماعي والنفسي		

9. **عدد 4 من شروط نجاح إستراتيجيّة الحدّ من المخاطر؟**

10. **عدد 4 من خصائص الرسالة الفعّالة:**

11. **عدد الخطوات العشر لعمليّة كسب التأييد:**

12. **ضع في المكان المناسب إسم المرحلة بحسب نموذج التغيير التدريجيّ/مراحل تغيير السلوك:**



التأمّل/القبول/الموافقة (Contemplation)

التحضير/النيّة (Preparation)

الاستمرار/التبنّي (Maintenance)

التأمّل المسبق/المعرفة (Pre-contemplation)

الممارسة (Action)

الفصل الثاني خطط الجلسات التدريبية

يلخّص الجدول أدناه مواضيع خطط الجلسات التي سيتم تفصيلها في هذا الفصل والأهداف التعليمية والمدّة الزمنية لكل خطة.

المواضيع	الأهداف التعليمية	المدّة
افتتاح الجلسات	• كسر حاجز الخوف والخجل نتيجة لتعرّفهم على الآخرين؛ • تحديد أهداف اللقاء واستجابتها لتوقعاتهم؛ • تحديد معارفهم ومواقفهم ومهاراتهم المرتبطة بمواضيع اللقاء.	ساعة ونصف
المخدِّرات	• تعريف المخدّرات، أصنافها وأنواعها والمصطلحات ذات العلاقة؛ • تحديد طرق الاستخدام وأثر وتأثير والارتهان/التبعية كل صنف من الأصناف؛ • تعريف الجرعة الزائدة وعلاماتها بحسب كل صنف من الأصناف.	ساعتان
مستخدم المخدِّرات والمخاطر التي يتعرّض لها	• تعريف مستخدم المخدِّرات؛ • تحليل اسباب استخدام المخدِّرات؛ • تعداد نتائج ومخاطر استخدام المخدّرات على مختلف الأصعدة.	ساعة
الأمراض التي قد يصاب بها مستخدم المخدرات	• تعريف الالتهابات المنقولة جنسيًّا، عدوى الكبد الفيروسي «ج» و«ب»، فيروس نقص المناعة البشريّ/الإيدز، والسل؛ • تحديد طرق الانتقال وطرق الوقاية؛ • تحديد كيفية اكتشاف الإصابة والعلاج.	ساعة ونصف
الوصم والتمييز	• تعريف الوصم والتمييز؛ • تحديد أسباب الوصم؛ • تحليل الترجمة الفعلية للوصم؛ • تعداد آثار الوصم والتمييز على عدة مستويات.	ساعة ونصف

الحد من مخاطر استخدام المخدّراتٍ	• تعريف الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات؛ • تحليل أهمية وغاية الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات؛ • تعداد برامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات ومبادئها؛ • تفصيل بعض هذه البرامج؛ • تحليل شروط نجاح الحدّ من المخاطر	ساعة ونصف
التواصل لتغيير السلوك	• تعريف التواصل لتغيير السلوك؛ • تحديد أهمية التواصل لتغيير السلوك ومعايير ضمان فعاليّة هذه البرامج؛ • تعريف السلوك الصحي؛ • تعداد مراحل تغيير السلوك الشخصيّ واستراتيجيات وقنوات التواصل ذات العلاقة؛ • تحليل عملية التواصل الفعّال ورسائل التواصل الفعّالة؛ • تحديد خطوات القيام بتدخّلات التواصل لتغيير السلوك.	3 ساعات
كسب التأييد	• تعريف كسب التأييد؛ • تحديد خطوات عملية كسب التأييد؛ • الرّد بالحجج والوقائع على ادّعاءات وحجج رافضة لبرامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات؛ • استخدام النصوص الدينية الداعمة خلال قيامهم بمواجه الإدعاءات.	ساعتان
دور القادة الدينيين في مشكلة المخدِّرات والحد من مخاطر استخدامها	• تحديد دور القادة الدينيين في مشكلة المخدِّرات والحدّ من مخاطر استخدامها؛ • تحليل إعلان بيروت للقادة الدينين للحد من استخدام المخدِّرات.	ساعة
اختتام الجلسات	• إبداء رأيهم باللقاء لجهة توقعاتهم والمضمون والأسلوب والتنظيم؛ • تبيّن مدى تقدّم معارفهم ومواقفهم ومهاراتهم المرتبطة بمواضيع اللقاء.	نصف ساعة

الفصل الثاني **خطط الجلسات التدريبية**

افتتاح التدريب

خطة الجلسة

الموضوع	الإفتتاح
الأهداف	في نهاية الجلسة سيتمكن المشاركون/ات من: ● كسر حاجز الخوف والخجل نتيجة لتعرّفهم على الآخرين؛ ● تحديد أهداف اللقاء واستجابتها لتوقعاتهم؛ ● تحديد معارفهم ومواقفهم ومهاراتهم المرتبطة بمواضيع اللقاء.
المضمون	أنظر الفصل الأول من هذا الجزء
المدّة	ساعة ونصف
خطوات التنفيذ	1. استقبال الحضور والترحيب بهم/بهن (5 دقائق) 2. تنفيذ تمرين تعارف لكسر حاجز الخوف والقلق والحياء: تمرين قصة حياتي (مستند رقم 1) (20 دقيقة) 3. عرض أهداف اللقاء. (10 دقائق) 4. التعرّف على توقعات المشاركين والمشاركات من خلال تمرين البطاقات اللاصقة حيث يتم توزيع بطاقة لاصقة على كل مشارك(ة) ويطلب منها(ها) كتابة توقعاتهم من التدريب. ثم قراءة البطاقات وربط مضمونها بأهداف اللقاء. (15 دقيقة) 5. عرض برنامج العمل. (10 دقائق) 6. توزيع استمارة التقييم القبلي (مستند رقم 2) على المشاركين/ات كي يملؤها. ومن ثم يتم جمعها وتصحيحها خارج إطار الجلسة. (30 دقيقة)

المواد اللازمة للتنفيذ	• حاسوب + آلة عرض + شاشة/حائط • لوح قلاب + أقلام للكتابة على اللوح القلاب • أوراق لاصقة • أوراق بيضاء • نسخ من استمارة التقييم القبلي
التقييم	• تقييم رد الفعل (العملية): استمارة تقييم اللقاء - أنظر الفصل الأول – أدوات التقييم • تقييم التعلّم: استمارة التقييم التعلّم - أنظر الفصل الأول – أدوات التقييم

مستندات العمل

مستند رقم 1: تمرين "قصة حياتي"

1. الغلاف: عنوان الكتاب.
2. الصفحة 2: الاسم، المؤسسة/الجمعية، مجال العمل.
3. الصفحة 3: نقطة قوة ونقطة ضعف لدى المشارك.
4. الصفحة الخارجية: إنجاز حققه في مجال الحد من مخاطر استخدام المخدرات.

مستند رقم 2: استمارة التقييم التعلّم

أنظر صفة 88

المخدِّرات

خطة الجلسة

الموضوع	المخدِّرات
الأهداف	في نهاية الجلسة سيتمكن المشاركون/ات من: ● تعريف المخدّرات، أصنافها وأنواعها والمصطلحات ذات العلاقة؛ ● تحديد طرق الاستخدام وأثرها وتأثيرها حسب كل صنف من الأصناف؛ ● تعريف الارتهان/التبعية والجرعة الزائدة وعلاماتها بحسب كل صنف من الأصناف.
المضمون	دليل القادة الدينيين حول الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات الجزء الأول الفصل الأول
المدّة	ساعتان
خطوات التنفيذ	1. تلاوة أهداف الجلسة على الحضور. (5 دقائق) 2. تنفيذ مسابقة حول معلومات مرتبطة بموضوع المخدِّرات. (110 دقائق) أ. شرح قواعد المسابقة حيث سيتم توزيع المشاركين/ات على مجموعات ستتبارى للإجابة على الأسئلة (مستند). تُسجّل كل مجموعة الإجابة أمامها ومن ثم تقرأها على الحضور بناء على طلب المدرّب(ة). يتم تصحيح الإجابات. تربح المجموعة التي تسجّل أكبر حصيلة من العلامات. ب. توزيع الحضور إلى مجموعات صغيرة من أربعة أو خمسة أشخاص. ج. قراءة الأسئلة بحسب تعليمات المستند. د. تعطي المجموعات الإجابات، يتم مناقشة الإجابات وعرض الإجابات الصحيحة. 3. تختتم الجلسة بتذكير لأهم المعلومات. (10 دقائق) **ملاحظة:** من الممكن استبدال المسابقة بعمل مجموعات حيث تعطى كل مجموعة عدد من الأسئلة (مستند) مختلفة عن الأخرى تعمل على إيجاد إجابة لها ومن ثم تعرضها أمام المجموعات الأخرى. يتم تصحيح الإجابات من خلال الاستعانة بالعرض النظري.

المواد اللازمة للتنفيذ	• حاسوب + آلة عرض + شاشة/حائط • لوح قلاب + أقلام للكتابة على اللوح القلاب • أوراق لاصقة • أوراق بيضاء • نسخ من استمارة التقييم القبلي
التقييم	تقييم رد الفعل (العملية): أنظر الفصل الأول – أدوات التقييم

مستندات العمل

مستند

المرحلة الأولى: المخدّرات: تعريف، ومصطلحات

السؤال 1: ما هو تعريف المخدرات؟ (علامة واحدة)

السؤال 2: ما هو تعريف كل مصطلح من المصطلحات أدناه. الرجاء وضع الحرف الأبجدي المناسب أمام كل مصطلح من المصطلحات (6 علامات)

1. الاستخدام الضار (Harmful use)		أ. حالة تتبع تناول مادة ذات تأثير نفسانيّ تؤدي إلى اضطرابات في مستوى الوعي، الإدراك، الفهم، العاطفة ، السلوك، أو الوظائف النفسيّة الفيزيولوجيّة الأخرى. يعود الجسم إلى طبيعته مع الوقت، إلّا في حال أتلفت الأنسجة أو كان هنالك مضاعفات أخرى.
2. التسمّم (Intoxication)		ب. الحاجة إلى مزيد من المخدِّرات للحصول على نفس قوة الشعور.
3. الإرتهان (Dependence)		ج. حالة نفسيّة وغالباً جسديّة، تتميز أيضًا بتصرفات وردود فعل خاصّة، وتشتمل على إكراه في أخذ المخدِّرات بشكل مستمرّ، وذلك للحصول على مفعولها بالإضافة إلى تجنّب عوارض نقصها من الجسم.

4. التحمل (Tolerance)		د. استخدام أيّ نوع من المخدِّرات بكميّة معيّنة تحدث آثارًا جسديّة أو عقليّة سلبيّة حادة. قد تؤدي إلى آثار عابرة أو دائمة، أو إلى الوفاة. يتوقف احتمال حدوثها وعوارضها وفداحة نتائجها على نوع المخدِّرات المستخدمة.
5. الجرعة الزائدة (Overdose)		هـ. مجموعة من الأعراض (توعّك، وجع مفاصل، تشنّجات، غثيان، رجفة، تعرّق...) تحدث عند التخفيف من استخدام المواد ذات التأثير النفسانيّ أو التوقّف عنها بعد أخذها بتكرار، أو لفترات طويلة، أو بجرعات عالية.
6. الأعراض الإنسحابيّة Withdrawal) (symptoms		و. نمط من أنماط استخدام المواد ذات التأثير النفسانيّ التي تسببّ أضرارًا صحّيّة بدنيّة أو عقليّة.

المرحلة الثانية: المخدّرات: أصناف وأنواع وطرق الاستخدام

السؤال رقم 3: عل كل مجموعة تحديد صنف المخدِّرات المسؤول عن التغييرات التالية وإعطاء 3 أمثلة عن أنواع هذا الصنف. (يتم قراءة العبارات الواحدة تلوة الأخرى وعلى المجموعات أن تحدد الصنف: مواد مُنشّطة - مواد مُهلوسة - مواد مُثبِطة (6 علامات)

أقلل الشهية للطعام
أوسّع حدقة العين
أجعل الشخص يكثر من الكلام
أتسبّب باضطرابات في النوم
إذا تعاطوني بكثرة ولفترة طويلة، اتسبب بالقلق، الرعب، أوجاع في الرأس، تشنجات في المعدة، العدوان والذعر
أشعر المتعاطي بارتفاع ثقته بنفسه آنياً وبأنه أصبح مقبولاً اجتماعياً
أزيد من نشاط الجهاز العصبي المركزي، فأعطي شعور بالنشاط والتيقظ
أزيد في سرعة دقات القلب وضغط الدم والتنفس وارتفاع في حرارة الجسد

أتسبب بسوء في التقدير والحكم على الأمور
أجعل الأشخاص مشوشين وقليلي التركيز
أجعلهم قلقين وبحيرة من أمرهم
أتسبب بمشاكل في الذاكرة
أتسبب بمشاعر الفرح الزائد دون مبرر والمؤقت
قد أتسبب بغيبوبة، غثيان، تقيؤ، والموت أحياناً بسبب جرعة زائدة
أفقد الأشخاص إحساسهم
أجعلهم ينامون أكثر
أسكن آلامهم
أتسبب بمشاكل في التناسق الحركي وردود فعلهم على الأحداث المفاجئة
أبطئ من نشاط الجهاز العصبي المركزي
أخلف آثار جسدية: توسع حدقة العين، فقدان الشهية، تشنجات في المعدة، غثيان، تعرق، وجع في الرأس، وعدم القدرة على النوم، تشنجات وضرر على الدماغ
أتسبب بتغير في المزاج والأفكار: ردة فعل بين فرح ورعب كبيرين
أغير من قدرة الفهم والإدراك والتفكير والمشاعر
أجعل الشخص يشعر أنه فقد حدود جسمه
أجعل الشخص يرى أو يسمع أمور لا تحدث حقيقةً

السؤال 4: كيف يختلف تأثير المخدرات من شخص إلى شخص؟ (علامتان)

السؤال 5: ما هي طرق استخدام المواد المُنشّطة؟ (علامة واحدة)

السؤال 6: ما هي طرق استخدام المواد المُثبطة؟ (علامة واحدة)

السؤال 7: ما هي طرق استخدام المواد المُهلوسة؟ (علامة واحدة)

المرحلة الثالثة: المخدّرات: الإرتهان/التبعية، الأعراض الإنسحابية، الجرعة الزائدة

السؤال رقم 8: عدد 4 من الأعراض الانسحابية للمنشّطات؟ (علامتان)

السؤال رقم 9: عدد 4 من أعراض الجرعة الزائدة للمنشّطات؟ (علامتان)

السؤال رقم 10: عدد 2 من الأعراض الانسحابية للهيروين؟ (علامة)

السؤال رقم 11: عدد 4 من أعراض الجرعة الزائدة للمواد المثبطة؟ (علامتان)

مستخدم المخدِّرات والمخاطر التي يتعرّض لها

خطة الجلسة

الموضوع	مستخدم المخدِّرات والمخاطر التي يتعرّض لها
الأهداف	في نهاية الجلسة سيتمكن المشاركون/ات من: • تعريف مستخدم المخدِّرات؛ • تحليل اسباب استخدام المخدِّرات؛ • تعداد نتائج ومخاطر استخدام المخدّرات على مختلف الأصعدة.
المضمون	دليل القادة الدينيين حول الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات الجزء الأول الفصل الثاني
المدّة	ساعة
خطوات التنفيذ	1. تلاوة أهداف الجلسة على الحضور. (5 دقائق) 2. شرح الهدف من دراسة الحالة وطريقة ومراحل العمل ضمن المجموعة الكبرى وتحديد المدة الزمنية لكل منها. (2 دقائق) 3. يقرأ المشاركون/ات الحالة و/أو تقرأ الحالة من قبل المدرّب ويتم التأكد من وضوحها للحضور. (5 دقائق) 4. تُطرح الأسئلة وتتم مناقشتها ضمن المجموعة الكبرى. 5. يتم شرح النموذج الإيكولوجي لتصنيف أسباب استخدام المخدِّرات التي لا تنحصر فقط بالمستوى الشخصي. بالإضافة إلى تصنيف نتائج ومخاطر استخدم المخدِّرات على الأصعدة التالية: المستوى الصحي، المستوى الاقتصادي، المستوى الاجتماعي، المستوى القانونيّ والأمنيّ. من الممكن إعطاء الإجابات من خلال العرض أيضا. (45 دقيقة) 6. يتم استخلاص الأفكار الرئيسية. (3 دقائق)
المواد اللازمة للتنفيذ	• حاسوب + آلة عرض + شاشة/حائط • لوح قلاب + أقلام للكتابة على اللوح القلاب • نسخ من مستند العمل
التقييم	تقييم رد الفعل (العملية): أنظر الفصل الأول – أدوات التقييم

مستندات العمل

مستند

قصة حياة شابة مع المخدِّرات

بدأت بتناول المخدِّرات في عمر الثلاثة عشر. أخي الأكبر علّمني على استخدام المخدِّرات، كان ذلك يسلينا في أوقات فراغنا. أنا اليوم عمري 27 سنة. لم أعرف نفسي على طبيعتها...وفي عمر الـ14 سنة كنت أشتري حبوبًا من الصيدليّة وأتناولهم مع الأصدقاء. وفي إحدى المرات شربت زجاجتين من دواء السعال. كنّا نستخدم المخدّرات لمدة شهر ومن ثم نتوقّف وهكذا. لكن عندما استخدمت crystal meth (نوع من المنشّطات من الأمفيتامينات والميتامفيتامينات) كنت استمرّ لفترة أطول، وبشكل متواصل، وأصبح لدي مشاكل نفسيّة كثيرة. فصرت أتخيّل أمورًا وأسمع أصوات وفقدت القدرة على النوم وغيرها من الأمور.

طلبت مساعدة طبيب نفسيّ، فوصف لي الكثير من الأدوية فقرّرت أن لا أستمر بهذا العلاج. لجأت حينها إلى الهيروين واستخدمته تقريبًا لمدة سنتين. لكنّ شعوري بالوحدة دفعني إلى التغيير، وقرّرت التوقّف عن استخدام المخدِّرات وطلب العلاج. من خلال المركز، خضعت لفحوصات وعلمت أنّي مصابة بفيروس نقص المناعة البشري وفيروس عدوى الكبد ج. تحت تأثير المخدرات ما همني أي إبرة استخدمت ومين وكم واحد استخدمها قبلي. منتشارك الإبر لأن مع الاستعمال بنبطل نهتم، وكمان ما منعرف عن الأمراض، وبسبب الكرايز، وما منعرف وين فينا نحصل على أدوات جديدة. ومرات كنت فتش بزوايا غرفة البناية المهجورة على الإبرة يلي رميتها من جمعة واستعملتها. كان دائمًا عندي التهابات جلديّة في أماكن الحقن. كنت دائمًا أخاف أن أكون مصابة بمرض ما. كنت أكيده أنّي مصابة بأمراض، وأعرف أنني لست بخير، وأقول لنفسي «خليني كفي بحياتي العاطلة وسأرحل بالنهاية». وكنا نمارس جنس من دون وقاية وتحت تأثير المخدرات...نمارس العنف ونتعرض للعنف الجسدي وعلاقات جنسية بالقوة.

توفّي ستّة من أصحابي بسبب الـ«overdose» (جرعة زائدة)، تراوحت أعمارهم بين 20 و27 سنة. يذكّرني ذلك كم هو من السهل أن ينتقل شخص من الحياة النابضة إلى الموت المؤبّد في غضون ساعات. لم يقم أحد بأي شيء؛ توعية...الإصغاء لنا... لدينا الكثير من الأفكار في حال نفّذناها نساعد أنفسنا وأمثالنا. لكنّهم «بيستحوا فينا كأن نحنا مش من هالعالم». عندما تحدث حالة الجرعة الزائدة لأحد منّا نخاف أن نأخذ هذا الشخص إلى المستشفى ممّا يؤدّي إلى خطر على حياته. أمّا في حال أخذناه إلى المستشفى هنالك خطر على حياة كلّ المجموعة؛ فمن الممكن أن تعتقلهم الشرطة، وأن يصبحوا رسميًّا خارجين عن القانون ومحرومين من حقوقهم.

نحن دائما نتحدّث عن مستخدم المخدِّرات كأنه شخص آتٍ من كوكب آخر...أوافق أن هنالك أشخاصًا، أصبح الأمر جليًّا على

مظهرهم الخارجيّ، بسبب رفضهم وعدم تمكنهم من تأمين حياة جيدة. ليس عندنا مصداقية في المجتمع، فالخيار الذي اتخذناه (استخدام المخدِّرات) لا يخوّلنا أن نكون بشرًا، وأن نتمتع بحقوق كسائر البشر. يجب أن نتبع خطى المجتمع والحلّ الوحيد إما السجن أو تغيير كامل أي التخلّي عن نفسي كي أعاود الإندماج في المجتمع. لذلك المجتمع يضع علينا علامة X حمراء. بالنسبة إلى الناس، ليس هنالك من فرق بين أن أكون متعاطية حالية أو سابقة: «أنت شخص غير قادر على اتّخاذ القرارات السليمة، غير مسؤول».

أسئلة النقاش:

1. استنادا إلى قصة الحياة، برأيكم من هو مستخدم المخدرات؟ هل هنالك تعريفات أخرى من خبرتكم؟
2. برأيكم، ما هي أسباب استخدام المخدِّرات؟ كيف يمكن تصنيف هذه الأسباب؟
3. ما هي نتائج ومخاطر استخدام المخدّرات؟

الأمراض التي قد يصاب بها مستخدم المخدِّرات

خطة الجلسة

الموضوع	الأمراض التي قد يصاب بها مستخدم المخدِّرات
الأهداف	في نهاية الجلسة سيتمكن المشاركون/ات من: ● تعريف الالتهابات المنقولة جنسيًّا، عدوى الكبد الفيروسي «ج» و«ب»، فيروس نقص المناعة البشريّ/الإيدز، والسل؛ ● تحديد طرق الانتقال وطرق الوقاية؛ ● تحديد كيفية اكتشاف الإصابة والعلاج.
المضمون	دليل القادة الدينيين حول الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات الجزء الثاني ملحق
المدّة	ساعة ونصف
خطوات التنفيذ	1. تلاوة أهداف الجلسة على الحضور. (5 دقائق) 2. شرح تعليمات ومراحل جرائد الحائط ضمن مجموعات وتحديد المدة الزمنية لكل منها. تقسيم المشاركين/ات إلى 5 مجموعات صغيرة (5 دقائق) 3. تتجوّل كل المجموعات في ارجاء القاعة بحيث تذهب كل مجموعة إلى جرائد الحائط التي تتناول أحد المواضيع الخمسة. تحاول كل مجموعة الإجابة على أسئلة جرائد الحائط خاصتها (20 دقيقة) 4. عند انتهاء المهلة المحددة تُجمع الجرائد بالتسلسل بحسب الموضوع وتُعلّق على مرأى من الحضور 5. تقرأ كل مجموعة الأسئلة والإجابات حول موضوعها. يقوم المدرّب(ة) بالتصحيح إذا احتاج الأمر والشرح وإدارة النقاش. (55 دقيقة) 6. يتم استخلاص الأفكار الرئيسية. (5 دقائق)

المواد اللازمة للتنفيذ	• حاسوب + آلة عرض + شاشة/حائط • لوح قلاب + أقلام للكتابة على اللوح القلاب • جرائد الحائط مكتوب عليها الأسئلة مسبقاً ومعلّقة على الحائط في أماكن متباعدة من القاعة • شريط لاصق غير مؤذ للحائط
التقييم	تقييم رد الفعل (العملية): أنظر الفصل الأول – أدوات التقييم

مستندات العمل

مستند

أسئلة جرائد الحائط

موضوع 1: عدوى الكبد الفيروسي «ج»

جريدة الحائط رقم 1 : أسئلة «صح» – «خطأ»

	صح	خطأ
• عدوى الكبد الفيروسي "ج" يسببها فيروس يصيب خلايا الجهاز المناعي فيضعفها تدريجياً وصولاً إلى فقدان المناعة حيث تظهر مجموعة من العلامات والعوارض والسرطانات		
• هو التهاب في الكبد يسببه فيروس أقوى بثلاث مرات من فيروس نقص المناعة البشريّ		
• يتواجد الفيروس في كافة سوائل الجسم ما عدا اللعاب والعرق والدمع والبراز		
• تصبح العدوى مزمنة في 10% من الحالات وتتطوّر إلى تشمع في الكبد، سرطان الكبد والموت بسبب مضاعفات في الكبد وفي مختلف الأعضاء الحياتيّة الأخرى		
• هنالك لقاح للوقاية من فيروس عدوى الكبد الفيروسي "ج"		
• في معظم الأحيان لا تظهر أي عوارض أو ربما يختبر المصاب عوارض خفيفة كالرشح		
• يهدف العلاج إلى القضاء على الفيروس، منع تطوّر الإصابة، إطالة عمر المصاب وتحسين نوعية حياته		

جريدة الحائط رقم 2 : عدد طرق انتقال فيروس عدوى الكبد الفيروسي «ج»

جريدة الحائط رقم 3 : عدد طرق الوقاية من عدوى الكبد الفيروسي «ج»

جريدة الحائط رقم 4: كيف يتم اكتشاف الإصابة؟

موضوع 2: عدوى الكبد الفيروسي «ب»

جريدة الحائط رقم 1 : أسئلة «صح» – «خطأ»

	صح	خطأ
• عدوى الكبد الفيروسي "ب" هو التهاب في الكبد يسببه فيروس عدوى الكبد "ب" الذي لديه قدرة على العدوى أكبر بـ 50 إلى 100 مرة من قدرة فيروس نقص المناعة البشري		
• من الممكن الشفاء خلال أشهر أو سنة		
• تصبح الإصابة مزمنة لدى 5-10% من الحالات التي أصيبت بالفيروس في الكبر وتؤدي إلى تشمع في الكبد ومن ثم سرطان في الكبد		
• في معظم الأحيان هنالك عوارض خطيرة تظهر على المصاب		
• تدوم العوارض عدة أسابيع ومنها التعب الشديد، اصفرار في الجلد والعين، بول غامق اللون وبراز فاتح اللون، غثيان وتقيّؤ، ألم في البطن، آلام مفصليّة، فقدان الشهيّة		
• يختلف العلاج بحسب مرحلة العدوى		

جريدة الحائط رقم 2 : عدد طرق انتقال فيروس عدوى الكبد الفيروسي «ب»

جريدة الحائط رقم 3 : عدد طرق الوقاية من عدوى الكبد الفيروسي «ب»

جريدة الحائط رقم 4: كيف يتم اكتشاف الإصابة وما هو العلاج؟

موضوع 3: فيروس نقص المناعة البشريّ

جريدة الحائط رقم 1 : أسئلة «صح» – «خطأ»

	صح	خطأ
• فيروس نقص المناعة البشري (HIV) لديه قدرة على العدوى 3 مرات أكثر من فيروس عدوى الكبد "ج"		
• يتسبب HIV بالتهاب الكبد حيث تظهر العوارض التالية تعب شديد، ألم في البطن، آلام مفصلية، فقدان الشهية، ارتفاع في الحرارة ونادراً ما تتطور العوارض إلى اصفرار في الجلد والعين		
• تختلف العوارض من شخص إلى آخر، إلّا أنّ معظم المصابين بفيروس نقص المناعة البشريّ، في حال عدم خضوعهم للعلاج ستظهر لديهم عوارض مرتبطة بإصابتهم بالفيروس خلال 5-10 سنوات		

• أدى تفشّي الإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ بين مستخدمي المخدِّرات نتيجة لتشارك أدوات الحقن والممارسات الجنسيّة غير المحميّة، إلى ازدياد كبير في حالات السل		
• عند الإصابة يتواجد الفيروس في كافة سوائل الجسم (الدم والسوائل الجنسيّة الذكريّة والأنثويّة وحليب الرضاعة، والعرق والدموع واللعاب وغيرها) وينتقل من خلالها جميعا		
• تعتبر النساء أقل عرضة للفيروس نتيجة لعدة عوامل بيولوجيّة واجتماعيّة واقتصاديّة		
• هنالك علاج شاف يتضمّن أدوية وهي مضادات الفيروسات القهقريّة		

جريدة الحائط رقم 2 : عدد طرق انتقال فيروس نقص المناعة البشري

جريدة الحائط رقم 3: عدد طرق الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري

جريدة الحائط رقم 4: كيف يتم اكتشاف الإصابة وما هي مراحل الإصابة؟

موضوع 4: الالتهابات المنقولة جنسيا

جريدة الحائط رقم 1 : أسئلة «صح» - «خطأ

	صح	خطأ
• الإلتهابات المنقولة جنسيا هي أمراض سرطانية		
• تصيب النساء والرجال على حد سواء		
• تكمن خطورتها في أن بعضها لا تظهر له أية عوارض، كما أنها تترك أثر سلبي طويل الأمد على الصحة وقد تؤدي إلى الموت		
• الإصابة بأحدى الالتهابات المنقولة جنسيّاً لا يزيد من إمكانية انتقال فيروس نقص المناعة البشريّ		
• الجراثيم المسببة للإلتهابات المنقولة جنسيا تكون موجودة داخل جسم الانسان وتسبب له المرض حين تضعف مناعته		
• تعاني النساء جسديًّا من الإصابة بالالتهابات المنقولة جنسيًّا أكثر من الرجل لأن معدّل الانتقال من الرجل إلى المرأة أكثر منه من المرأة إلى الرجل		
• إن النتيجة الإيجابيّة لفحوص الالتهابات المنقولة جنسيا تعرض المرأة للوصم والتمييز والعنف من المجتمع والشركاء		

• استشارة الطبيب في حال ظهور أحد الأعراض المذكورة أعلاه و/أو الشك في أنّ الشخص قد أصيب بالعدوى لإجراء كشف طبّيّ و/أو لإجراء فحوص مخبريّة معيّنة		
• معالجة هذه الالتهابات ممكنة وشافية لمعظمها، ما عدا الإيدز والهربس التناسليّ عندما تتمّ من قبل الطبيب المختص وعند الالتزام بأخذ العلاج بالكمية والوقت المحدّدين		
• لنجاح العلاج يتم الاكتفاء بمعالجة أحد الشريكين		

جريدة الحائط رقم 2 : عدد طرق انتقال الالتهابات المنقولة جنسياً

جريدة الحائط رقم 3 : عدد طرق الوقاية من الالتهابات المنقولة جنسياً

جريدة الحائط رقم 4: تصنيف الجمل في خانة الأعراض والمضاعفات وبحسب من قد يعاني منها

افرازات مهبلية غير اعتيادية مع أو دون رائحة كرهة	اجهاض تلقائي
الوفاة	حك في الاعضاء التناسلية الخارجية
تأخر في النمو	قروح على الاعضاء التناسلية
قذف مؤلم	سرطان عنق الرحم
ألم عند التبول	افراز قيحي غير اعتيادي
ألم في القسم السفلي من البطن	تأثير على شرايين القلب والاعصاب
ألم في المهبل خلال المجامعة	حمل خارج الرحم
احمرار في العضو الذكري	العمى للمولود الجديد من ام مصابة بالسيلان
العقم	رمد في العيون

الأعراض			المضاعفات		
النساء	الرجال	الاطفال	النساء	الرجال	الاطفال

موضوع 5: السل

جريدة الحائط رقم 1 : أسئلة «صح» - «خطأ»

	صح	خطأ
• السل مرض تسبّبه جرثومة (بكتيريا) تصيب عادة الرئتين وأجزاء أخرى من الجسم وتحديدًا الدماغ والكلية والعمود الفقري		
• تتم معالجة السل من خلال تناول علاج يعتمد على المضادات الحيويّة		
• يكون السل مُعدٍ دائما		
• يتم اكتشاف الإصابة بجرثومة السل من خلال إجراء اختبار جلديّ أو اختبار دم أو فحوصات أخرى في حال كان الشخص متعايش مع فيروس نقص المناعة البشريّ		
• ليس هنالك من طرق وقاية من جرثومة السل		
• لا يمكن الشفاء من السل في أي مرحلة كان		
• ليس هنالك من رابط بين السل وبين استخدام المخدِّرات والإيدز		

جريدة الحائط رقم 2 : عدد طرق انتقال جرثومة السلّ

جريدة الحائط رقم 3 : عدد العوارض التي قد يعاني منها مريض السل في الرئة

جريدة الحائط رقم 4: عدد طرق الوقاية من جرثومة السل

الوصم والتمييز

خطة الجلسة

الموضوع	الوصم والتمييز
الأهداف	في نهاية الجلسة سيتمكن المشاركون/ات من: • تعريف الوصم والتمييز؛ • تحديد أسباب الوصم؛ • تحليل الترجمة الفعلية للوصم؛ • تعداد آثار الوصم والتمييز على عدة مستويات.
المضمون	دليل القادة الدينيين حول الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات الجزء الأول الفصل الثالث
المدّة	ساعة ونصف
خطوات التنفيذ	1. تلاوة أهداف الجلسة على الحضور. (5 دقائق) 2. تنفيذ تمرين «مسار السُلطة» (Power Walk) كما يلي: (60 دقيقة) أ. شرح قواعد التمرين حيث سيقف المشاركون/ات خطاً مستقيما وسيعطى كل مشارك/ة بطاقة كتب عليه وصف للشخصية التي سينتحلها(مستند رقم 1). وسيتم قراءة عبارات بحيث تخطو خطوة إلى الأمام الشخصيات التي بإمكانها القيام/ تحقيق محتوى العبارة. ب. تُقرئ العبارات (مستند رقم 2) ويتحرك المشاركون/ات الذين بإمكانهم تحقيق العبارة. ج. عند الانتهاء من قراءة العبارات كافة، يسأل المدرّب(ة) الأشخاص في المواقع الأمامية ومن ثم المواقع الخلفية عن الشخصيات التي تقمصوها. د. يناقش المدرّب(ة) الأسئلة التالية:

	• لماذا هنالك أشخاص لم يتقدموا أبدأ؟ أو تقدموا بضع خطوات مقارنة بآخرين تقدموا كثيرا؟ • ماذا شعر الأشخاص الذين لم يتقدموا؟ • ما هي العوامل التي تساهم في هذه الفروقات؟ هل يعطي هذا التمرين صورة عن المجتمع؟ • أية من حقوق الإنسان لم تكن مُحققة لبعض الشخصيات؟ • مَن مِنْ المشاركين يعتقد أنه حرم من حقوقه؟ ماذا شعر؟ كيف من الممكن أن يجعله ذلك يتصرف؟ • برأيكم ما هي الأمور التي يحرم منها مستخدم المخدِّرات؟ ما قد يكون تأثير ذلك عليه؟ كيف يؤثر ذلك على وباء متلازمة نقص المناعة المكتسبة؟ 3. من الممكن الاستعانة بعرض عن الوصم والتمييز، أسبابهما ونتائجهما على مختلف المستويات. (15 دقيقة) 4. يتم استخلاص الأفكار الرئيسية. (5 دقائق) **ملاحظة:** من الممكن استبدال التمرين بتمرين «عبارات ومواقف» (مستند رقم 3)
المواد اللازمة للتنفيذ	• حاسوب + آلة عرض + شاشة/حائط • لوح قلاب + أقلام للكتابة على اللوح القلاب • طاقات كتب على كل منها إحدى شخصيات المستد رقم 1
التقييم	تقييم رد الفعل (العملية): أنظر الفصل الأول – أدوات التقييم

مستندات العمل

مستند رقم 1: شخصيات نشاط «مسار السُلطة»

• إمرأة في الأربعينيات نائب في البرلمان • مدير مدرسة • شاب يستخدم المخدِّرات بالحقن عمره 16 سنة	• شاب يذهب إلى المدرسة عمره 17 سنة • إمرأة عمرها 23 سنة حامل بمولودها وهي متعايشة مع فيروس نقص المناعة البشري

- إمرأة في الثلاثين من العمر بدون عمل تستخدم المخدِّرات
- المحافظ/الوالي
- وزير
- عاملة اجتماعية
- فتاة في مأوى عمرها 13 سنة
- رجل في العقد الخمسين يعمل في المدينة
- فتاة ريفية غير متعلمة
- فتاة ريفية عمرها 12 سنة وتعيش ضمن عائلة عدد أفرادها 10
- طفل يعيش في الشارع عمره 15 سنة
- فتاة جامعية من عائلة غنية تعيش في المدينة
- فتاة مع إعاقة جسدية عمرها 10 سنوات
- معلمة متزوجة ولديها 3 أولاد
- ضابط شرطة
- شاب يعمل في القرية ومستوى تعليمه ابتدائي
- طبيب

مستند رقم 2: عبارات نشاط «مسار السُلطة»

- بإمكاني الحصول على ملابس جديدة عندما أريد
- بإمكاني التأثير على القرارات في المجتمع الذي أعيش فيه
- بإمكاني أن أعطي طفلي ما أريد
- عندي الوقت والموارد لأشاهد التلفاز والاجتماع مع أصدقائي
- لست معرضة للعنف والاستغلال الجنسي
- بإمكاني الحصول على علاج في مستشفى خاص إذا لزم الأمر
- بإمكاني أن آكل ما أرغب به ساعة أشاء
- بإمكاني الحصول على علاج الإيدز
- بإمكاني الحصول على العلاج بالبدائل للمواد الأفيونية
- بإمكاني الحصول على إبرة وحقنة جديدة عند كل استخدام للمخدرات
- بإمكاني اختيار الشخص الذي أريد أن أتزوجه
- إذا تم توقيفي سأعامل بطريقة جيدة دون إذلال أو عنف
- أجد من يصغي إلي حين أحتاج لأبوح بما يزعجني
- ذهبت إلى مدرسة ثانوية وإلى الجامعة أو بإمكاني أن التحق بهما إذا رغبت
- أعيش في مكان تتوافر فيه كل وسائل الراحة
- أحصل على احترام من هم حولي
- بإمكاني الحصول على معلومات عن الإيدز
- بإمكاني أن أبلغ عن العنف والاستغلال الذي يتعرض له الأطفال
- بإمكاني الحصول على وسائل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري
- بإمكاني أن أبلغ عن مروج المخدِّرات دون أن أتعرض للعنف

مستند رقم 3: تمرين عبارات ومواقف

التعليمات:

1. تلصق الكلمات التالية على الحائط في أماكن متباعدة قليلا: أوافق – غير متأكد – لا أوافق
2. يطلب من المشاركين/ات اختيار الموقف المعبّر عن رأيهم بالعبارات التي ستقرأ عليهم(هن)
3. تقرأ كل أو بعض العبارات الواحدة تلو الأخرى
4. يتخذ المشاركون/ات مواقفهم وتتم مناقشة هذه المواقف بطريقة إيجابية ودون إحراج أحد من الحضور من قبل الآخرين أو التهجّم عليه/ها. فيعطي من يرغب مبررا لموقفه ومن ثم الطلب من الاشخاص الذين اتخذوا موقفاً متناقضا الرد على التبريرات.

نموذج عن العبارات

- مستخدمو المخدِّرات أشخاص فقدوا قيمهم الأخلاقية
- مستخدمو المخدِّرات أشخاص غير مسؤولين
- أرفض الاهتمام ورعاية شخص مستخدم مخدرات لأنه بالتأكيد يعاني من أمراض معدية كالإيدز
- أرفض أن أعمل في مكان يعمل به شخص أو أشخاص متعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري أو مستخدمي مخدرات
- يجب عزل مستخدمي المخدِّرات عن المجتمع
- يجب أن أعرف الطريقة التي أصيب بها الشخص بفيروس نقص المناعة البشري لأحدد ما إذا كان موقفي منه(ها) إيجابيا أم سلبيا
- النساء مستخدمات المخدِّرات هن السبب في انتشار فيروس نقص المناعة البشري.

الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات

خطة الجلسة

الموضوع	الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات
الأهداف	في نهاية الجلسة سيتمكن المشاركون/ات من: ● تعريف الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات؛ ● تحليل أهمية وغاية الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات؛ ● تعداد برامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات ومبادئها؛ ● تفصيل بعض هذه البرامج؛ ● تحليل شروط نجاح الحدّ من المخاطر.
المضمون	دليل القادة الدينيين حول الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات الجزء الأول الفصل الرابع
المدّة	ساعة ونصف
خطوات التنفيذ	1. تلاوة أهداف الجلسة على الحضور. (5 دقائق) 2. شرح تعليمات ومراحل جرائد الحائط بالقول أن هنالك أوراق بيضاء كتب عليها أسئلة مفتوحة معلّقة في مختلف أنحاء القاعة (الإشارة إليها)، ستجولون عليها وتحاولون الإجابة عنها بشكل فردي دون مناقشة الإجابة مع أحد. بالإمكان إضافة أفكاركم حتى ولو تم الإجابة عل الأسئلة من قبل الآخرين أو تأكيد الإجابة. يحدد وقت العمل. (5 دقائق) 3. يتجوّل المشاركين/ات في ارجاء القاعة محاولين الإجابة على أسئلة الجرائد المختلفة. ويتجول المدرّب/ة في القاعة للتأكد من عدم مناقشة المشاركين/ات للإجابات وبأنّه تم الإجابة على مختلف الأسئلة. (15 دقيقة) 4. عند انتهاء المهلة المحددة تُجمع الجرائد بالتسلسل وتُعلّق على مرأى من الحضور. 5. تُقرأ كل جريدة من قبل المدرّب(ة) ويقوم بالتصحيح إذا احتاج الأمر والشرح وإدارة النقاش وعرض نتيجة السؤال. يتوقف المدرّب(ة) عند الجريدة رقم 3 ويعطي شرحا مفصّلا لبرامج الحد من استخدام المخدِّرات (60 دقيقة) 6. يتم استخلاص الأفكار الرئيسية. (5 دقائق)

المواد اللازمة للتنفيذ	• حاسوب + آلة عرض + شاشة/حائط • لوح قلاب + أقلام للكتابة على اللوح القلاب • جرائد الحائط مكتوب عليها الأسئلة مسبقاً ومعلّقة على الحائط في أماكن متباعدة من القاعة • شريط لاصق غير مؤذ للحائط
التقييم	تقييم رد الفعل (العملية): أنظر الفصل الأول – أدوات التقييم

مستندات العمل

مستند

أسئلة جرائد الحائط

جريدة الحائط رقم 1: أعط فكرة تعرّف الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات

جريدة الحائط رقم 2: أعط أحد غايات الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات

جريدة الحائط رقم 3: سم أحد برامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات

جريدة الحائط رقم 4: أعط مبدأ من مبادئ برامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات

جريدة الحائط رقم 5: أعط شرط من شروط نجاح استراتيجية الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات

التواصل لتغيير السلوك

خطة الجلسة

الموضوع	التواصل لتغيير السلوك
الأهداف	في نهاية الجلسة سيتمكن المشاركون/ات من: ● تعريف السلوك الصحي؛ ● تعريف التواصل لتغيير السلوك؛ ● تحديد أهمية التواصل لتغيير السلوك ومعايير ضمان فعاليّة هذه البرامج؛ ● تعداد مراحل تغيير السلوك الشخصيّ واستراتيجيات وقنوات التواصل ذات العلاقة؛ ● تحليل عملية التواصل الفعّال ورسائل التواصل الفعّالة؛ ● تحديد خطوات القيام بتدخّلات التواصل لتغيير السلوك.
المضمون	دليل القادة الدينيين حول الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات الجزء الثاني الفصل الأول
المدّة	3 ساعات
خطوات التنفيذ	1. تلاوة أهداف الجلسة على الحضور. (2 دقائق) 2. تذكير بتعريف السلوك والنموذج الإيكولوجي. (8 دقائق) 3. شرح مراحل تغيير السلوك مع إعطاء مثال. (10 دقائق) 4. تنفيذ عمل مجموعات حول استراتيجيات، تدخلات وطرق وقنوات (40 دقيقة) أ. شرح عمل المجموعات حيث عليها إعادة ترتيب مراحل تغيير السلوك واختيار استراتيجيات وتدخلات وطرق/قنوات لكل مرحلة من المراحل. ب. توزيع الحضور إلى مجموعات صغيرة من أربعة أو خمسة أشخاص وتزويد كل مجموعة بالقصاصات الورقية. ج. يمر المدرّب/ة على كل مجموعة ويتأكد من عملها ومن ثم يصحح العمل ضمن المجموعة. د. يستخلص المدرّب/ة أبرز أفكار التمرين مركّزا على أن استراتجيات التواصل وطرقه وقنواته تتغّير بحسب المرحلة التي يتواجد بها المعنيين. وبأنه كلما تقدمنا في مراحل تغيير السلوك كلما أصبحت الطرق أكثر فردية منها جماعية. (5 دقائق)

	5. تحليل لعناصر الرسالة ضمن المجموعة الكبرى من خلال عرض رسالة إعلامية عن المخدّرات عبر تنويه تلفزيوني أو ملصق وتحليلها من خلال مناقشة الأسئلة التالية: (30 دقيقة) أ. إلى من تتوجه هذه الرسالة؟ ب. ماذا تطلب الرسالة من الجمهور؟ ج. ما هو الهدف منها؟ ولماذا؟ د. ما هي الحجج التي تستخدمها لاقناع الجمهور؟ هـ. ما هي مكونات الرسالة؟ و. من هو المرسل؟ عرض لمكونات الرسالة وخصائص الرسالة الفعّالة. 6. تنفيذ عمل مجموعات بحيث تقوم كل مجموعة ببلورة رسائل للقادة الدينين. (60 دقيقة) أ. شرح عمل المجموعات حيث عليها تطوير رسالة موجهة للقادة الدينين ب. يوزّع المشاركون/ات إلى 4 مجموعات صغيرة وتعمل كل مجموعة على بلورة رسالتها بمكوناتها وبحسب تعليمات المدرّب/ة (مستند رقم 2) ج. تعرض كل مجموعة عملها وتناقش. د. يؤكّد المدرّب/ة على خصائص التواصل اللفظي وغير اللفظي لنجاح عملية التواصل. 7. إدارة نقاش حول «ما هي خطوات القيام بتدخّلات التواصل لتغيير السلوك؟» ومن ثم عرض للخطوات وشرح لها. (20 دقيقة) 8. تختتم الجلسة بتذكير لأهم رسائل الجلسة. (5 دقائق)
المواد اللازمة للتنفيذ	• حاسوب + آلة عرض + شاشة/حائط • لوح قلاب + أقلام للكتابة على اللوح القلاب • مستند رقم واحد مجزأ بحسب مراحل التغيير، الاستراتيجيات، التدخلات والطرق/القنوات على عدد المجموعات • تنويه تلفزيوني مثلا https://www.youtube.com/user/TheMENAHRA أو ملصق مناسب للبيئة المجتمعية في البلد
التقييم	تقييم رد الفعل (العملية): أنظر الفصل الأول – أدوات التقييم

مستندات العمل

مستند رقم 1

جدول استراتيجيات وتدخلات وطرق التواصل

مراحل التغيير	الاستراتيجيّات	التدخّلات والطرق/القنوات
1. التأمل المسبق/المعرفة Precontemplation	■ زيادة الوعي من خلال إعطاء معلومات واضحة ومتماسكة حول أسباب وعواقب وعلاج استخدام المخدِّرات، بما في ذلك تبادل أدوات الحقن وخدمات الحدّ من المخاطر أو أسباب الوصم والتمييز، وأثرها على مستخدم المخدِّرات نفسه والمجتمع، وجهود مكافحة المخاطر ذات العلاقة ■ الإستثارة/التحريك العاطفيّ بهدف التفاعل العاطفيّ الإيجابيّ أم السلبيّ الذي يكون مرتفعًا في البداية، ومن ثم ينخفض عند اتخاذ الإجراء المناسب	الحملات الإعلاميّة من خلال الإعلام الجماهيريّ: ● الراديو والتلفزيون ● خطبة يوم الجمعة في الجامع وعظة يوم الأحد في الكنيسة ● قنوات التواصل الاجتماعيّ ● المنشورات والكتب والملصقات ● الدراما النفسيّة ● الشهادات الشخصيّة
2. التأمل/القبول/الموافقة Contemplation	■ التأكيد على تأثير السلوك المضرّ على البيئة الاجتماعيّة ■ التأكيد على منافع السلوك الجديد ورفع الوعي المرتبط بإمكانيّة أن يكون الشخص مثالًا إيجابيًّا أم سلبيًّا ■ توضيح القيم ومناقشة المواقف ■ ممارسة الضغط الاجتماعيّ	● التواصل ضمن مجموعات: جلسات نقاش وتثقيف، جلسات تلاوة القرآن الكريم أو الكتاب المقدس، المسرح التفاعليّ، تدريبات، مشاهدة وتحليل أفلام وثائقيّة، استخدام الصور وتحليلها ● تدخّلات مع العائلة والأصدقاء ● توفير وسائل الوقاية ومنها أدوات الحقن المعقمة

	■ زيادة الفرص الاجتماعيّة وإعطاء بدائل خصوصًا للأشخاص المهمّشين والمحرومين، من خلال كسب التأييد والتمكين واعتماد سياسات مناسبة كسياسات الحدّ من المخاطر مثلا	● توفير خدمات المعالجة النفسيّة والروحيّة وغيرها ● توفير اختبار فيروس نقص المناعة البشريّ وغيرها من برامج الحدّ من المخاطر
3. التحضير/النية Preparation	■ توفير معلومات مساعدة للتعريف بالفرص الاجتماعيّة والبيئيّة المتوفرة، والتي تُظهر أن المجتمع داعم للسلوك الصحّيّ الجديد؛ مثلاً: إعطاء عناوين أماكن الحصول على أدوات حقن جديدة ■ تعزيز المهارات مثلاً، كيفية السيطرة على المشاعر السلبيّة عند مشاهدة مستخدم مخدّرات أو التواجد معه في مكان واحد ■ إزالة محفّزات للسلوك الخطر وزيادة تلك المرتبطة بالسلوك الصحّيّ	● التواصل ضمن مجموعات: جلسات نقاش وتثقيف، جلسات تلاوة القرآن أو الكتاب المقدس ● المسرح التفاعليّ ● تفادي الاتصال والتواجد مع الأشخاص الذين يستخدمون المخدِّرات ويتشاركون الحقن ● إعادة تصميم البيئة المادّيّة؛ الذهاب إلى مكان العمل من خلال المرور أمام مركز خدمات الوقاية والعلاج لمستخدمي المخدِّرات، و/أو رمي كافة أدوات الحقن المستخدمة مثلاً ● الالتحاق بمجموعات الدعم التي بإمكانها أن تعطي محفّزات للبدء في التغيير المطلوب ومنع الانتكاسة لاحقًا
4. ممارسة السلوك Action	■ إعطاء دعم إيجابيّ وتقبل أنّه من الممكن الرجوع إلى مرحلة سابقة من مراحل تغيير السلوك لكن من المهم عدم الإنهزام والمحاولة ثانية	● جلسات وجاهيّة فرديّة ● تقديم المشورة عبر الهاتف أو وجاهيًّا ● برامج تثقيف الأقران ● حوارات مع مستخدمي مخدّرات يستخدمون العلاج بالبدائل وغيرها من خدمات الحدّ من المخاطر

	▪ تدعيم المهارات الصحيحة المرتبطة بممارسة السلوك الصحّيّ، مثلاً السيطرة على الأفكار السلبيّة المرتبطة بمستخدمي المخدِّرات وعدم الانفعال عند التعامل معهم، مواجهة ضغط الأقران بالتشارك بأدوات الحقن	
5. الاستمرار/التبنّي Maintenance	▪ التذكير بمنافع السلوك الجديد ▪ التغلب على الحواجز التي تؤدي إلى الانتكاسة ▪ التأكيد على الفاعليّة الشخصيّة بهدف تعزيز ثقة الأشخاص بأنفسهم للاستمرار بالسلوك ▪ تأمين الدعم الاجتماعيّ	● جلسات وجاهيّة فرديّة ● تقديم المشورة عبر الهاتف أو وجاهيًّا ● برامج تثقيف الأقران ● حوارات مع مستخدمي مخدّرات يستخدمون العلاج بالبدائل وغيرها من خدمات الحدّ من المخاطر

مستند رقم 2

مجموعة رقم 1: رسالة إلى القادة الدينيين حول استراتيجية الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات وهم في مرحلة «التأمل المسبق/المعرفة».

مجموعة رقم 2: رسالة إلى القادة الدينيين حول استراتيجية الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات وهم في مرحلة «التأمل/القبول/الموافقة».

مجموعة رقم 3: رسالة إلى القادة الدينيين حول استراتيجية الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات وهم في مرحلة «التحضير/النية».

مجموعة رقم 4: رسالة إلى القادة الدينيين حول استراتيجية الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات وهم في مرحلة «ممارسة السلوك».

كسب التأييد

خطة الجلسة

الموضوع	كسب التأييد
الأهداف	في نهاية الجلسة سيتمكن المشاركون/ات من: ● تعريف كسب التأييد؛ ● تحديد خطوات عملية كسب التأييد؛ ● الرّد بالحجج والوقائع على ادّعاءات وحجج رافضة لبرامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات؛ ● استخدام النصوص الدينية الداعمة خلال قيامهم بمواجه الإدعاءات.
المضمون	دليل القادة الدينيين حول الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات الجزء الثاني الفصل الثاني
المدّة	ساعتان
خطوات التنفيذ	1. تلاوة أهداف الجلسة على الحضور. (5 دقائق) 2. تنفيذ عصف ذهني حول «ما هو كسب التأييد»؟ (10 دقائق) 3. تنفيذ دراسة حالة ضمن عمل مجموعات حول خطوات عملية كسب التأييد: (60 دقيقة) أ. شرح عمل المجموعات حيث على كل مجموعة قراءة دراسة الحالة وتحديد الخطوات التي تمّ اتباعها في عملية كسب التأييد. ب. يوزّع المشاركون/ات إلى 4 مجموعات صغيرة. ج. تعمل المجموعات لمدة 20 دقيقة (مستند رقم 1). د. تعرض كل المجموعات عملها ويدير المدرّب(ة) نقاش انطلاقا من عروض المجموعات. هـ. يعرض المدرّب(ة) خطوات كسب التأييد.. 4. تنفيذ تمرين «إدعاءات وردود»: (40 دقيقة)

	أ. توزّع على كل ثلاث مشاركين/ات إحدى الإدعاءات ويطلب منهم إيجاد الرد لمواجهة هكذا إدّعاء. من الممكن أيضا توزيع نسخ من النصوص الداعمة ليستخدمها المشاركين/ات في ردودهم (مستند رقم 2) ب. تعرض كل مجموعة من 3 أشخاص ردها، يناقش الرد ويطلب إلى الآخرين من المشاركين/ات إضافة ردود أخرى. ومن ثم يضيف المدرّب(ة) إذا لزم الأمر و/أو يعرض الردود أدناه. 5. تقرأ نصوص إضافية من فصل النصوص الداعمة ويتم تفسيرها ومناقشتها. 6. تختتم الجلسة بتذكير لأهم رسائل الجلسة. (5 دقائق)
المواد اللازمة للتنفيذ	• حاسوب + آلة عرض + شاشة/حائط • لوح قلاب + أقلام للكتابة على اللوح القلاب • نسخ من مستند رقم 1 على عدد المجموعات • عبارات الإدعاءات من مستند رقم 2 مكتوب كل منها على قصاصة ورق • نسخ من الفصل الأول من الجزء الثالث على عدد المشاركين/ات.
التقييم	تقييم رد الفعل (العملية): أنظر الفصل الأول – أدوات التقييم

مستندات العمل

مستند رقم 1

العلاج بالبدائل برنامج وزارة الصحّة العامّة في لبنان

كسب التأييد – دراسة حالة

في كانون الأول/ديسمبر 2011، بدأت وزارة الصحّة في لبنان بتقديم العلاج بالبدائل للمواد الأفيونيّة من خلال مستشفى رفيق الحريري الجامعيّ في بيروت ومستشفى ضهر الباشق الحكوميّ، وذلك بالتعاون مع عدد من الجمعيّات الأهليّة التي تقدّم مروحة متكاملة من الخدمات الداعمة والمكملة لهذا العلاج.

كيف تمّ الوصول إلى هذا الإنجاز في منطقة يُجرّم فيها مستخدمو المخدّرات وينبذون من المجتمع ويعتبر الحديث عن الموضوع أمرًا محرّمًا ويعتمد الأكثرية من الأخصائيين الإمتناع عن استخدام المخدّرات كعلاج شائع الاستخدام على اختلاف النهج المعتمد في تطبيقه؟

منذ أواسط التسعينات، بدأت جمعيّة العناية الصحّيّة في لبنان وهي جمعية ناشطة في مجال المخدّرات ومكافحة فيروس نقص المناعة البشريّ بطرح مفهوم الحدّ من المخاطر. إنطلاقاً من عملها في الشارع مع مستخدمي المخدّرات لحمايتهم من فيروس نقص المناعة البشريّ وفيروس التهاب الكبد ب و ج، نظّمت الجمعيّة ورشات عمل مع منظّمات المجتمع الأهليّ حول برامج الوصول لمستخدمي المخدّرات والحدّ من المخاطر. ضمن إطار هذه البرامج تابعت الجمعيّة عملها وبادرت في تشكيل شبكة وطنيّة مؤلّفة من الجمعيّات العاملة على موضوع المخدّرات فعملت بين عام 1996 و1999 على المناصرة لتعديل قانون المخدّرات في لبنان. وسعت الشبكة إلى مناصرة حقوق مستخدمي المخدّرات وتنسيق العمل بين الجهات المعنيّة لتحسين الوضع الصحّيّ الاجتماعيّ والقانونيّ لمستخدمي المخدّرات. ومن أهمّ الإنجازات التي قامت بها الشبكة هو الضغط على صانعي القرار في لبنان من نوّاب ووزراء لقبول تعديل قانون المخدّرات الذي يقضي بإضافة صفة المريض لمستخدم المخدّرات الذي هو بحاجة لعلاج ممّا حصل فعلاً عام 1998. ولكن للأسف لم يتمّ العمل على مراسيم تطبيقيّة لهذا القانون من قبل اللجان النيابيّة، الأمر الذي تمّ العمل عليه واقتراحه لاحقاً من قبل جمعيّة سكون والجمعيّات كافة العاملة على الموضوع وضمناً جمعيّة العناية الصحيّة في عام 2011.

مع مرور الوقت، نشأت جمعيّة سكون سنة 2003، وتماشى طرحها حول سياسة مواجهة آفة المخدّرات واستراتيجيّات الحدّ من المخاطر مع طرح جمعيّة العناية الصحّيّة. كما تمكّن الأطباء العاملون في هذه الجمعيّة من توفير العلاج بالبدائل لبعض المرضى الذين فشلت البرامج العلاجيّة في إخراجهم من دائرة التبعيّة للهيروين.

وبالموازاة كان هنالك لقاءات تشاوريّة، بين البرنامج الوطنيّ لمكافحة الإيدز وجمعيّتي سكون والعناية الصحّيّة، بهدف مناقشة السياسات الواجب اتبّاعها في لبنان لحماية مستخدمي المخدّرات من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ وفيروس التهاب الكبد ب وج، بالإضافة إلى البحث عن دلائل في لبنان ومنطقة شرق المتوسّط وشمال أفريقيا تشير إلى فعاليّة بعض البرامج المعمول بها عالميّاً.

على المستوى الإقليميّ، نشطت منظّمة الصحّة العالميّة – المكتب الإقليميّ لشرق المتوسّط بطرح موضوع الحدّ من المخاطر ضمن اجتماعات اللجنة الإقليميّة المكوّنة من وزراء الصحّة بهدف الخروج بتوصية توجّه إلى دول المنطقة لاعتماد استراتيجيّة الحدّ من المخاطر. ووزير الصحّة اللبنانيّ كان أحد الوزراء الحاضرين خلال هذه الاجتماعات.

محليّاً، تزامن الأمر مع تنظيم جمعيّة سكون لمؤتمر حول سياسات الحدّ من المخاطر بمشاركة خبرات عالميّة وبحضور وزير

الصحّة اللبنانيّ الذي وعد آنذاك بالعمل على اعتماد وزارة الصحّة لهذه السياسات.

ممّا ساهم أيضاً بتقبل هذا الأمر من قبل متّخذي القرار وواضعي السياسات، نشأت جمعيّة مينارة التي من أهدافها تعزيز قدرات منظّمات المجتمع الأهليّ في الحدّ من المخاطر وكسب تأييد أصحاب القرار حول هذه السياسات.

ونظمّت جمعيّة العناية الصحّيّة حملة إعلاميّة بهدف الضغط على متّخذي القرار والمجتمع عمومًا للقبول بسياسات الحدّ من المخاطر؛ فوزعت كتيّبًا وملصقات ساهم مستخدمو المخدرات بتحديد رسائلهم التي تعرّف بحقوق مستخدم المخدرات وهي عدم الوصم والحصول على العلاج بالبدائل وأدوات الحقن النظيفة. أرسل هذا الكتيّب إلى شريحة من متّخذي القرار ومنظّمات المجتمع المدنيّ وإلى كافة النوّاب في البرلمان الذين قاموا بدورهم وبالتعاون مع الجمعيّات الأهلية ذات العلاقة بمتابعة هذا الأمر مع فريق عمل رئيس مجلس الوزراء.

ودفع المؤتمر الإقليميّ حول الحدّ من المخاطر الذي تمّ تنظيمه عام 2009 من قبل شبكة مينارة، عملية الضغط هذه الى الأمام، إذ قام وزير الصحة بتعيين لجنة مؤلفة من فريق عمل متعدّد الاختصاصات ضم الأطباء الأخصائيّين والبرنامج الوطنيّ لمكافحة الإيدز ومنظّمات المجتمع المدنيّ وممثلي عن مشروع ميدنت - جورج بومبيدو المشترك مع وزارة الداخليّة ووزارة الصحّة وغيرهم. كانت مهام هذه اللجنة دراسة كيفيّة إدراج برنامج العلاج بالبدائل للمواد الأفيونيّة ضمن برامج وزارة الصحّة. وقد دعم المكتب الإقليميّ لشرق المتوسط - منظّمة الصحّة العالميّة بلورة الإرشادات التوجيهيّة لتطبيق مثل هذا البرنامج حيث قام فريق العمل بأقلمة هذه الإرشادات لمناسبة المجتمع اللبنانيّ. والجدير ذكره أنه لم يكن هنالك مستوى قناعة موحّدة بين كافة أعضاء فريق العمل بما يتعلّق بالعلاج بالبدائل، لكنّ وجود منظّمات المجتمع المدنيّ العاملة على أرض الواقع والأكثر دراية بمعاناة مستخدمي المخدرات ساهم في التعامل مع الموضوع في إطار أوسع ممّا أدّى إلى أن تشمل الخدمات المقدمة في إطار العلاج بالبدائل مروحة متكاملة من الخدمات الاجتماعيّة والنفسيّة والطبيّة.

بعد سنة ونصف من العمل، صدر مرسوم وزاريّ لتشريع العلاج بالبدائل للمواد الأفيونيّة في لبنان، في كانون الأول/ديسمبر 2011. ولا يزال فريق العمل مستمر في متابعة وتقييم تطبيق هذا البرنامج. حالياً، يدرس فريق العمل إمكانيّة وكيفيّة إدخال دواء آخر؛ الميثادون كخيار آخر للبيبرونورفين، وتوفير العلاج في السجون، بالإضافة إلى توسيع رقعة هذا البرنامج لتشمل مناطق أخرى في لبنان.

الرجاء مناقشة السؤال التالي: ما هي الخطوات الت تم اتباعها في عملية كسب التأييد؟

مستند رقم 2

تمرين «إدعاءات وردود»

إدّعاء: ليس هنالك من مشكلة فالأعداد المسجلة للإصابات بفيروس نقص المناعة البشريّ بين مستخدمي المخدِّرات قليلة.
رد: تدلّ الخبرة على أنّ البلدان التي يوجد فيها حقن للمخدّرات معرّضة لأن يكون هنالك إصابات بفيروس نقص المناعة البشريّ وفيروسي التهاب الكبد "ب" و "ج" بين صفوف مستخدمي المخدِّرات وشركائهم، والتي بإمكانها أن تتفشّى بسرعة في حال عدم تواجد تدابير وقائيّة. الوقاية المبكرة أكثر فعاليّة في إنقاذ الأرواح وأقلّ تكلفة. من المهمّ القيام بتقييم سريع لتحديد مدى انتشار حقن المخدِّرات والسلوكيّات الخطرة ذات العلاقة وفيروس نقص المناعة البشريّ والتهاب الكبد. في حال وجدت، المطلوب تحرك سريع وعلى نطاق واسع لحماية مستخدمي المخدِّرات من العدوى أو للسيطرة على الوباء وبالتالي حماية أفراد المجتمع الآخرين.
إدّعاء: مستخدمو المخدِّرات غير مهمّين فهم أشخاص سيّئون ومن غير المهمّ تزويدهم بالخدمات.
رد: مستخدمو المخدِّرات هم أفراد من المجتمع ومن واجب الدول أن تحمي صحّة كافة أفراد المجتمع دون تمييز. فلا أحد يستحق المرض أو الموت لانّه يستخدم المخدِّرات خصوصًا أنّ طرق الوقاية من فيروس نقص المناعة البشريّ وفيروس التهاب الكبد "ج" معروفة ويمكن توفيرها والقيام بها. وكذلك الأمر بالنسبة لكيفية إدارة الجرعة الزائدة. كما أن مستخدمي المخدِّرات قد يكونون أبناءنا وأغلبيّتهم بعمر الشباب يختبرون المخدِّرات. وقد يتوقفون عن استخدام المخدِّرات لاحقًا خلال مراحل الحياة. الشباب مستقبل البلاد. فهل نريد أن تدمر المخدِّرات و/أو الإيدز هذا الجيل من الشباب؟ فالحدّ من المخاطر تنقذ حياة هؤلاء الشباب، ومن هنا تمنع التغييرات الديموغرافيّة السلبية والمشاكل الاجتماعيّة.
إدّعاء: هنالك مشاكل صحّيّة أكثر أهميّة.
رد: ما تقوله صحيح. لكنّ وباء فيروس نقص المناعة البشريّ/الإيدز والتهاب الكبد الفيروسي "ب" و "ج" سيشكّلان عبئًا ثقيلًا على النظام الصحّيّ خلال سنوات من دخول الوباء إلى بلد ما، دون ذكر الأثار السلبيّة على المستوى الإقتصاديّ والاجتماعيّ وغيرها. الطريقة الوحيدة للحدّ من انتشار هذه الأوبئة هي منع انتشار هذه الأمراض الآن كجزء من استجابة متوازنة تعالج أيضا امراضًا كالملاريا والسل وغيرها من الأمراض.
إدّعاء: إن برامج توفير الإبر والحقن قد تشجّع على استخدام المخدِّرات وحقنها.
رد: لقد تم دراسة برامج وأنشطة الحدّ من المخاطر بطريقة معمّقة، ولم تشر أي من الدراسات والأبحاث إلى أنّها تؤدّي إلى نتائج سلبيّة كزيادة في استخدام المخدِّرات أو في حقنها. بل النتيجة كانت عكسيّة، إذ استطاعت هذه البرامج أن تجذب إليها، بشكل طوعيّ، مستخدمي المخدِّرات الذين يريدون التخلّص من تبعيّتهم وذلك نتيجة لبناء الثقة بين هذه البرامج ومستخدم المخدِّرات.

إدّعاء: الشرطة يجب أن تتشدّد في تطبيق القانون وتلقي القبض على مستخدمي المخدِّرات.

رد: بالطبع فالشرطة باستطاعتها أن تحدّد كيف ومتى وأين تطبق القانون؟ لكنّ الأدلة تشير إلى أن خوف مستخدمي المخدِّرات من أن يتمّ القبض عليهم من قبل الشرطة أقوى من خوفهم من إمكانيّة التعرّض والإصابة بفيروس نقص المناعة البشريّ. ممّا قد يدفعهم إلى مخاطرة أكبر عند حقن المخدِّرات. كما أنّ الخوف من أن يتمّ إيقافهم من قبل الشرطة يمنعهم من طلب المساعدة والمعرفة والاستفادة من خدمات الوقاية، ويؤثّر سلبًا على عملية بناء الثقة مع مقدّمي الخدمات.

إدّعاء: إنتشار فيروس نقص المناعة البشريّ /الإيدز بين مستخدمي المخدِّرات ليس من مجال عملي.

رد: إنتشار فيروس نقص المناعة البشريّ/الإيدز ليس فقط من مهام وزارة الصحّة فقط. فالبلدان التي استطاعت السيطرة على انتشار هذا الفيروس تكون استجابتها شاملة لكل القطاعات ذات العلاقة. فلهذا الفيروس آثار سلبية على الحياة الاقتصاديّة (تخفيض القوى العاملة والتنمية الاقتصاديّة) والاجتماعيّة (الطلاق، العزل، المشاكل العائليّة والزوجيّة) وغيرها. من هنا أهمّية أن تتكافل جهود كافة القطاعات لمواجهة هذا الوباء.

إدّعاء: إنّ مساندة أو اعتماد برامج الحدّ من المخاطر يعطي رسالة عكسيّة لمساعي الدولة في حربها على المخدِّرات.

رد: إنّ تنفيذ برامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدِّرات لا يدلّ على ضعف الدولة في محاربة المخدِّرات بل على العكس. كافة البلدان التي اعتمدت هذه البرامج تتابع عملها في سياسة الحدّ، ولديها سياسات قويّة في الحدّ من العرض والطلب. لقد أثبتت السياسات التي تعتمد على العقاب فشلها. لذلك، هنالك حاجة إلى اتّباع نهج متوازن يؤمّن سيطرة الدولة على تفشّي استخدام المخدِّرات من قبل مواطنيها، وبالوقت عينه يمنع أضرار استخدام المخدِّرات كوباء فيروس نقص المناعة البشريّ والتهاب الكبد الفيروسي "ب" و "ج" بين مستخدمي المخدِّرات وأسرهم وغيرهم من أفراد المجتمع.

إدّعاء: لا يجب تقديم مساعدة خاصة لمستخدمي المخدِّرات.

رد: إنّ تقديم خدمات الحدّ من المخاطر إلى مستخدمي المخدِّرات لا يعني معاملة هؤلاء معاملة خاصة. إنّها تعني أنّ المجتمع يولي أهمية إلى الوقاية من فيروس نقص المناعة البشريّ وغيره من الأمراض ذات العلاقة بين هذه المجموعة، لحماية صحّة أفراد المجتمع ككل. إذ يضمن ذلك عدم ارتفاع أقساط التأمين واستخدام أسرّة المستشفيات، وكافة موارد المجتمع لرعاية مستخدمي المخدِّرات والمصابين بالإيدز.

إدّعاء: لا يمكن تطبيق أفكار وبرامج من الدول المتطورة في بلدنا، فهي غير مناسبة.

رد: لقد أثبتت برامج الحدّ من المخاطر فعاليّتها في مختلف البلدان على اختلاف دخلها. ربما قد يرغب متّخذو القرار بتطبيقها كبرامج تجريبية في البدء، واعتمادها عندما تظهر فعاليّتها في التخفيف من وباء فيروس نقص المناعة البشريّ وغيره من الأوبئة ذات العلاقة في البلد المعني. حينها، يجب توفير الالتزام السياسيّ لتعزيز هذه البرامج وتوسيع انتشارها.

دور القادة الدينيين في مشكلة المخدِّرات والحدّ من مخاطر استخدامها

خطة الجلسة

الموضوع	دور القادة الدينيين في مشكلة المخدِّرات والحدّ من مخاطر استخدامها
الأهداف	في نهاية الجلسة سيتمكن المشاركون/ات من: ● تحديد دور القادة الدينيين في مشكلة المخدِّرات والحدّ من مخاطر استخدامها؛ ● تحليل إعلان بيروت للقادة الدينين للحد من مخاطر استخدام المخدِّرات.
المضمون	دليل القادة الدينيين حول الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات الجزء الثالث
المدّة	ساعة
خطوات التنفيذ	1. تلاوة أهداف الجلسة على الحضور. (5 دقائق) 2. تحليل إعلان بيروت (مستند رقم 1) أو أحد قصص خبرات القادة الدينين (الجزء الثالث) ضمن المجموعة الكبرى: (45 دقائق) أ. يقرأ أحد المشاركين/ات إعلان بيروت ويتم التأكد من وضوحه للحضور. ب. تُطرح الأسئلة وتتم مناقشتها ضمن المجموعة الكبرى. ● إستنادا إلى إعلان بيروت، ما هي أدوار القادة الدينيين في مجال الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات؟ هل هنالك من أدوار إضافية؟ ● ماذا تتطلّب هذه الأدوار من القادة الدينيين؟ ● ما هي التحديات التي قد تواجهكم عند القيام بهذه الأدوار وكيفية مواجهتها؟ 3. يتم استخلاص الأفكار الرئيسية. (5 دقائق) **ملاحظة:** من الممكن استبدال نقاش الأسئلة بالطلب إلى المشاركين/ات تدوين على ورقتين لوح قلاب «أدوار القادة الدينيين في الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات» و «التحديات التي قد يواجهونها». ومن ثم يقرأ المدرب(ة) كل ورقة ويليها نقاش وإضافات.

المواد اللازمة للتنفيذ	• حاسوب + آلة عرض + شاشة/حائط • لوح قلاب + أقلام للكتابة على اللوح القلاب • نسخ من مستند رقم 1 على عدد المشاركين/ات
التقييم	تقييم رد الفعل (العملية): أنظر الفصل الأول – أدوات التقييم

مستندات العمل

مستند

إعلان بيروت للقادة الدينيّين للحد من مخاطر استخدام المخدِّرات

نحن مجموعة القادة الدينيّين من المسلمين والمسيحيين، العاملين في مجال الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات المجتمعين في بيروت - لبنان يومي 11 و12 كانون الأول/ديسمبر 2012 بمبادرة من شبكة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا للحد من مخاطر استخدام المخدِّرات - مينارة

اتّفقنا على ما يلي:

المنطلقات العامة :

- انطلاقاً من مبادئنا الدينيّة وإدراكا منّا لقيمة الإنسان الذي كرّمه الله مهما كانت وضعيّته وأحواله وخلفيّاته، نرى من واجبنا العمل الجاد من أجل الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات الذي يتنامى بشكل متسارع في منطقة الشرق الاوسط وشمال افريقيا.
- تفعيل دور القادة الدينيّين في مواجهة الخطر الداهم للمجتمع من جراء انتشار استخدام المخدِّرات.
- أنه من الضروري حفاظ الإنسان على ذاته جسداً ونفساً وروحاً وعقلاً.
- قبول الآخر نظراً لقيمته كإنسان ووفقاً لمبادىء المحبة والتسامح والرحمة التي تعلّمنا إياها أديانّنا.
- إن مستخدم المخدِّرات هو إنسان يتمتّع بكامل حقوقه دون تمييز، كما تنصّ على ذلك مواثيق حقوق الإنسان.

وسنتحرّك في هذه القضية من خلال ثلاثة محاور: الوقاية، العلاج والتأهيل والحد من المخاطر، وإعادة الاندماج.

الوقاية:

- التشديد على أهمية دور الأسرة والمؤسّسات التربويّة في تنشئة وحماية الشباب من كلّ ما يعرّضه للانزلاق وراء المخدِّرات.
- ضرورة اهتمام القادة الدينيّين مسلمين ومسيحيّين بتوعية الشباب تحصيناً لهم من الوقوع في استعمال المخدِّرات.
- فتح باب الحوار والنقاش والإصغاء المتمعّن للشباب وإعداد منشورات وملصقات ومطويات، وإطلاق مواقع إلكترونيّة للتواصل الاجتماعيّ بهدف رفع درجة الوعي لخطورة الإدمان.
- التركيز على دور وسائل الإعلام المختلفة للحد من مخاطر المخدِّرات.
- تنظيم لقاءات لتبادل الخبرات بين العاملين في مجال الحد من انتشار مخاطر الإدمان.
- إشراك الهيئات الحكوميّة وغير الحكوميّة للمناصرة والحد من مخاطر انتشار المخدِّرات، وما ينتج عنها من أمراض كالإيدز/ السيدا والتهاب الكبد الوبائيّ...
- من حق مستخدمي المخدِّرات حماية أنفسهم والاستفادة من الخدمات الصحّيّة المتاحة والبرامج والاستراتيجيّات المعتمدة للحد من مخاطر استخدام المخدِّرات.

العلاج والتأهيل والحد من المخاطر:

- مصالحة مستخدم المخدرات مع الذات والله والآخر.
- تأمين الدعم النفسيّ والاجتماعيّ والاقتصاديّ للمستخدمين وأسرهم.
- إنشاء مراكز استقبال وتوعية وإرشاد لمستخدمي المخدِّرات.
- تأسيس مجموعات دعم لمستخدمي المخدِّرات.
- حق مستخدمي المخدِّرات في الحصول على كافة حقوق الإنسان، ووصولهم إلى الخدمات الصحّيّة والعلاجيّة والرعاية الاجتماعيّة والنفسيّة والروحيّة.

إعادة الاندماج:

- الدعوة لإزالة كلّ الحواجز لمساعدة مستخدمي المخدِّرات، والمتعايشين منهم مع فيروس نقص المناعة البشريّ، على إعادة الاندماج في مجتمعاتهم.
- العمل على تذليل كلّ العوائق القانونيّة والاجتماعيّة في سبيل عودة مستخدم المخدّرات المتعافي إلى المجتمع فاعلاً ومنتجاً ومسؤولاً.

الاختتام

خطة الجلسة

الموضوع	الاختتام
الأهداف	في نهاية الجلسة سيتمكن المشاركون/ات من: ● إبداء رأيهم باللقاء لجهة توقعاتهم والمضمون والأسلوب والتنظيم؛ ● تبيّن مدى تقدّم معارفهم ومواقفهم ومهاراتهم المرتبطة بمواضيع اللقاء.
المضمون	أنظر الفصل الأول من هذا الجزء
المدّة	نصف ساعة
خطوات التنفيذ	1. شكر الحضور ومشاركاتهم. 2. إجراء جولة طاولة كي يتمكن المشاركين/ات من التعبير عن رأيهم باللقاء وما إذا كانت توقعاتهم قد تحققت. 3. توزيع استمارة تقييم اللقاء (مستند رقم 1) واستمارة التقييم البعدي (مستند رقم 2) على المشاركين/ات كي يملؤها. ومن ثم يتم جمعها وفرزها أو تصحيحها خارج إطار الجلسة.
المواد اللازمة للتنفيذ	● لوح قلاب + أقلام للكتابة على اللوح القلاب ● نسخ من استمارة تقييم اللقاء على عدد المشاركين/ات ● نسخ من استمارة التقييم البعدي على عدد المشاركين/ات
التقييم	● تقييم رد الفعل (العملية): استمارة تقييم اللقاء - أنظر الفصل الأول – أدوات التقييم ● تقييم التعلّم: استمارة التقييم البعدي - أنظر الفصل الأول – أدوات التقييم

مستندات العمل

مستند رقم 1: استمارة تقييم اللقاء

أنظر صفحة 53

مستند رقم ٢: استمارة تقييم التعلّم

أنظر صفحة 56

ملحق: لائحة البرامج الوطنيّة لمكافحة الإيدز في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

(نوفمبر/تشرين الثاني ٢٠٢٠)

البلد	الإسم	أرقام الهاتف	البريد الالكترونيّ
أفغانستان	د.احسانالله احسان	هاتف: 750 162 700 93+	drehsanullahehsan@gmail.com
البحرين	د.عادل سلمان الصياد	مكتب: 17279234 (973+)	ASayyad@health.gov.bh
		فاكس: 17279268 (973+)	
		خلوي: 39687214 (973+)	
جيبوتي	السيدة أمينة فرح الطاره	هاتف: 00253 21 353786	hilllamedawaleh@yahoo.fr
		خلوي: 00 253 77 87 0159	
مصر	د.هبة السعيد		
إيران	د. بارفين أفسار قزروني	مكتب: 98 21 8145 5055+	p.afsar50@gmail.com
		خلوي: 98 917 315 7513+	
العراق	د. نجوه كاظم حمدان		Naajahhamdan2000018@gmail.com
الأردن	د.هيام مقطش		heyam_mukattash@yahoo.com
الكويت	د.فجر خالد عبد المحسن	هاتف: 965 -97869724+	drfajr@gmail.com
لبنان	د. مصطفى النقيب	هاتف: 00961 3620 435	docstevee@gmail.com
		هاتف: 00961 -1- 566100	
ليبيا	د. حسين بن عثمان	هاتف: 2189253798 91+	hussein_benothman@hotmail.com
المغرب	د. ابتسام خضري		ibtissamkhoudri@gmail.com
سلطنة عمان	د.سيف العبري	هاتف: 0255 /9935 22357529	salabri@gmail.com
			dgdsc2014@gmail.com
	السيد بدر الرواحي	هاتف: 4777 9281 / 7504 2235	baderalrawahi4@gmail.com
			director@cdscoman.org
			dgdsc2014@gmail.com
باكستان	د. عبد البصير خان عشقزاي - اسلام آباد		achakzaibk@gmail.com
	د. منير أحمد مالك- بونجاب		drmunirahmadjee@gmail.com
	د. ساقيب علي شيخ -Sindh		drsaqibalishaikh@gmail.com

البلد	الإسم	أرقام الهاتف	البريد الالكترونيّ
فلسطين	د. ضياء حجاجي		pmdmoh@yahoo.com
	ماريا يوسف الأقرع	مكتب نابلس: 00972 9 2387275	alaqra@yahoo.com
		مكتب رام الله: 00972 2 2955066	
		خلوي: 00972 562 40 22 41	
قطر	د.عبد اللطيف الخال		aalkhal@hamad.qa
المملكة العربية السعودية	د.سناء مصطفى فيلمبان	هاتف: 00966504511100	sfilemban@moh.gov.sa
السودان	د. مصاب صديق	هاتف: +249912288269	mousabsiddig@gmail.com
الصومال	د.سعدية شيخ عبد الصمد		sacdiaas@hotmail.com
سوريا	د.جمال خميس	فاكس: 00963 11 2758109	jamal.khamis@gmail.com
		عيادة: 00963 11 6513516	
		خلوي: 00963 (0) 933788290	
		خلوي: 00963 11 6513516	
		عيادة: 00963 (0) 933788290	
تونس	د.فوزي عابد	خلوي: 23707089	drfaouziabid@yahoo.fr
الإمارات العربية المتحدة	د.ندى المرزوقي	خلوي: 00 9715-06624994	nada.almarzouqi@moh.gov.ae
اليمن	د.محمد الدولا		aldawla79@gmail.com

ملحق

ملحق ١: استمارة المشاركة في الورشة التدريبية

استمارة مشاركة

الرجاء ملئ هذه الاستمارة وإرسالها بالبريد الإلكتروني على العنوان التالي _____

بحد أقصاه _____

الاسم:			
الجنس:	☐ أنثى	☐ ذكر	تاريخ الولادة:
المستوى التعليمي:			المركز الوظيفي:
المؤسسة/مركز العمل والعنوان:			

1. هل سبق لك وشاركت في ورش تدريب في مجال الإيدز و/أو المخدِّرات و/أو الحد من مخاطر استخدام المخدِّرات؟

☐ نعم ☐ لا

إذا نعم، الرجاء تحديد محتوى وأسلوب كل منها؟

2. ما هي خبرتك في مجال المخدِّرات واستراتيجية الحد من مخاطر المخدِّرات؟

3. ما هي أهم التحديات التي واجهتك/تواجهك في مجال عملك في مجال الإيدز و/أو المخدِّرات؟

4. ما هي توقعاتك من المشاركة في هذه الورشة التدريبية؟

MENAHRA

شبكة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا
للحدّ من مخاطر استخدام المخدّرات
"مينارة"

مستديرة الحايك، مبنى بنك بيروت والبلاد العربية BBAC
سن الفيل، لبنان

الهاتف: + 961 1 49 32 11
البريد الإلكتروني: info@menahra.org
الموقع الإلكتروني: www.menahra.org