جمهورية مصر العربية

معهد التخطيط القومى

الدراسات العليا

دور الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان

(برنامج مقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى)

رسالة مقدمه لاستكمال متطلبات نيل درجة ماجستير التخطيط والتنمية

إعداد

محفوظ عبد الرحمن محفوظ الباجورى

إشراف

أ. د/ مجدة إمام حسانين

أستاذ علم الاجتماع بمعهد التخطيط القومى

مدير مركز التخطيط الاجتماعى والثقافى

أ. د/ نها أحمد صبرى

أستاذ الطب النفسى بكلية الطب – جامعة القاهرة

رئيس وحدة أبحاث الإدمان

الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان

١٤٤٢هـ – ٢٠٢١م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

قَالَ تَعَالَىٰ: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ
وَالْأَنصَابُ وَالْأَزْلَامُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ
لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ ﴿٩٠﴾ إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَن يُوقِعَ بَيْنَكُمُ
الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَنْ
ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ ۖ فَهَلْ أَنتُم مُّنتَهُونَ ﴿٩١﴾﴾

المائدة: ٩٠ - ٩١

صَدَقَ اللهُ العَظِيمُ

إهـــداء

إلى من أرسله الله رحمة للإنسانية ومعلمًا للبشرية سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم خير من رفع لواء العلم والعمل وفتح باب الرجاء والأمل.

إلى والدى ووالدتى رحمة الله عليهما اللذان لهما الفضل بعد الله عز وجل فى كل ما وصلت إليه، والتى تعجز الكلمات عن ذكر أفضالهما ومآثرهما، ولن أوفيهما حقهما مهما حاولت.

إلى زوجتى وبناتى إلى من قدمت لى الدعم المعنوى وساندتنى فى مختلف الظروف وظلت حاضرة بجانبى فى مختلف مراحل البحث مهما كانت حالتها أدام الله وجودها بجانبى، وحفظ الله بناتنا قرة عين لنا وذخرًا للوطن.

إلى أخى وأخواتى وأهلى وأحبائى جميعًا الذين قدموا ما فى استطاعتهم من دعم وأتمنى لهم دوام النجاح والتوفيق.

أهدى للجميع هذا الجهد المتواضع.

واسأله سبحانه أن يوفقنا إلى كل خير، إنه ولى ذلك والقادر عليه.

شكر وتقدير

" رَبِّ أَوْزِعْنِى أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِى أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِى بِرَحْمَتِكَ فِى عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ " "سورة النمل آية ١٩".

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين، أما بعد، فلا أملك فى هذا المقام، إلا أن أسجد لله شاكرًا على ما منحنى من فضله، لإتمام هذه الرسالة، وأشكره سبحانه على ما وهبنى من العون، ومن صبر وعناء تخطيت بهم ما واجهنى من صعاب، بنفس راضية، لإتمام هذه الرسالة، والتى أطمع أن تفيد وطنى الغالى مصر، إذ أهديها هذه الرسالة، كما أهديها إلى عائلتى عرفانًا منى بالجميل إليهم.

ومن هذا المنطلق الأصيل، ووفاءً لذوى الفضل والقدر الجليل، فإنى أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الأستاذة الدكتورة/ **مجدة إمام حسانين**، أستاذ علم الاجتماع بمعهد التخطيط القومى، ومدير مركز التخطيط الاجتماعى والثقافى بالمعهد، التى لم تبخل علىَّ أبدًا بعلمها وتوجيهاتها ووقتها، وإنى أشهد الله أنها أكرم من رأيتهم وتعلمت منهم الخلق الكريم، قبل العلم النافع، فجزاها الله عنى خيرًا على ما قدمته لى من عون ومساندة فى العديد من الضغوط والكبوات التى قابلتنى أثناء إعداد هذا الرسالة المتواضعة، وأدعو الله أن يجعلها من أهل البصيرة والعلم الذى ينتفع به إلى يوم الدين إن شاء الله ، وأن يجزيها عنى خير الجزاء فى الدنيا والآخرة.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الأستاذة الدكتورة/ نها أحمد صبرى، أستاذ الطب النفسى بكلية الطب جامعة القاهرة، ورئيس وحدة أبحاث الإدمان بالأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان بوزارة الصحة والسكان، التى لم تبخل علىَّ أبدًا بعلمها وتوجيهاتها ووقتها، وإنى أشهد الله على عظم جهدها لإتمام هذا العمل، وأشكرها شكرًا خاصًا على ما قدمته لى من عون لأصل لتلك اللحظة، فاللهم اجزها عنى خير الجزاء فى الدنيا والآخرة.

كما أتقدم بخالص وأسمى الشكر والتقدير إلى الأستاذ الدكتور/ دسوقى عبد الجليل. أستاذ التخطيط بمركز التخطيط الاجتماعى والثقافى بمعهد التخطيط القومى، وتفضله بالموافقة على مناقشة هذا البحث المتواضع أمام غزير علمه، لأتشرف باسمه على رسالتى، فاللهم اجزه عنى خير الجزاء واجمع له من الفضل والخير كله إن شاء الله.

كما أتقدم بخالص وأسمى الشكر والتقدير إلى الأستاذة الدكتورة/ إيناس الجعفراوى، أستاذ الكيمياء الحيوية بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ومقرر المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، وتفضلها بالموافقة على مناقشة هذا البحث المتواضع أمام غزير علمها، لأتشرف باسمها على رسالتى، فاللهم اجزها عنى خير الجزاء واجمع لها من الفضل والخير كله إن شاء الله.

كما أتقدم بخالص وأسمى الشكر والتقدير إلى الأستاذ الدكتور/ أحمد جمال ماضى أبو العزايم، رئيس الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات للوقاية من الإدمان، ورئيس الاتحاد العربى للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان، على ما قدمه لى من دعم ومساندة فى هذه الرسالة فاللهم بارك فيه، واجزه عنى خير الجزاء فى الدنيا والآخرة، واجمع له من الفضل والخير كله إن شاء الله.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذة الدكتورة/ وفاء سمير نعيم، والأستاذة الدكتورة/ هند فؤاد. أساتذة علم الاجتماع بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، والأستاذة الدكتورة/ هويدا عدلى أستاذ علم السياسة بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، والأستاذ الدكتور/ عبد السلام شرف، رئيس وحدة تقييم الأثر، والمشرف على برنامج دعم منظمات المجتمع المدنى فى مجال الوقاية من وعلاج الإدمان بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، والأستاذ الدكتور/ محمد جمال ماضى أبو العزايم الأستاذ بالمركز القومى للبحوث، وعضو مجلس إدارة الاتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الأهلية، والأمين العام للجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية، على ما قدموه لى من دعم ومساندة فى هذه الرسالة، فاللهم بارك فيهم واجزهم الخير كله فى الدنيا والآخرة.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى كل أعضاء هيئة التدريس بمعهد التخطيط القومى على ما قدموه لنا خلال فترة الدراسة من معلومات ومعارف، متمنيًا من الله لهم الصحة ودائم العطاء.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى زوجتى العزيزة التى لم تبخل علىَّ بالدعم والمساندة لانتهى من هذه الرسالة المتواضعة.

وأسأل الله عز وجل أن تكون هذه الرسالة علمًا نافعًا لكل من يقرؤها.

وختـامًا فما كان فى هذه الرسالة من صواب فبتوفيق من الله وبفضله ثم بفضل السادة المشرفين بينما تظل الأخطاء غير المقصودة مسئولية الباحث وحده والله من وراء القصد.

الباحث

محفوظ عبد الرحمن محفوظ الباجورى

المستخلص

عنوان الدراسة	دور الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان (برنامج مقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى)
الباحث	محفوظ عبد الرحمن محفوظ الباجورى
المشرفون	أ. د/ مجدة إمام حسانين أ. د/ نها أحمد صبرى
الدرجة العلمية	ماجستير التخطيط والتنمية
الجامعة	معهد التخطيط القومى
السنة	٢٠٢١م

تتمثل مشكلة الدراسة فى أن مشكلة الإدمان تمثل أخطر التحديات الراهنة التى تواجه عالمنا المعاصر، وتهدد استقرار البشرية وأمنها وتقدمها وذلك بعد أن اجتاح وباء الإدمان وما يرتبط به من ظواهر إجرامية أخرى مختلف المجتمعات المتقدمة والنامية، وسبب لها العديد من المشكلات الصحية والاجتماعية والأمنية والاقتصادية الخطيرة، ووصل الإنتاج العالمى من المخدرات إلى أرقام قياسية غير مسبوقة، ولابد من تضافر وتكاتف جميع الجهود فى مواجهة مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات بما فيها جهود المجتمع المدنى وعلى رأسها جهود الجمعيات الأهلية فى الوقاية من تعاطى وإدمان المخدرات، وهناك دور محدود للجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان ، ولا يرقى ولا يتلائم مع حجم مشكلة الإدمان أو التعامل معها، وذلك لندرة عدد الجمعيات العاملة فى الوقاية من الإدمان، وضعف إمكانياتها.

واتساقًا بمشكلة الدراسة فقد استهدفت الدراسة التعرف على دور الجمعيات الأهلية والجهات المعنية فى الوقاية من الإدمان، والتعرف على المشكلات والعقبات التى تواجه هذه الجمعيات فى مواجهة ظاهرة الإدمان، ووضع تصور مقترح لآلية للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والجهات الحكومية فى الوقاية من الإدمان.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج ومن أهمها: ضعف التنسيق بين الجهات المعنية، حيث إن مشكلة بهذا التشعب لا يمكن لجهة واحدة أن تلم بكل أبعادها، مما يستلزم التواصل النشط المستمر وتبادل المعلومات وتسلسل الأدوار وتكاملها بين كافة الجهات المعنية الحكومية منها والأهلية.

الكلمات الدالة: الإدمان، البرنامج، الجمعية الأهلية، الدور، الوقاية

ملخص الدراسة باللغة العربية

أصبحت مشكلة الاعتماد على المواد المخدرة تمثل أخطر التحديات الراهنة التى تواجه عالمنا المعاصر، وتهدد استقرار البشرية وأمنها وتقدمها وذلك بعد أن اجتاح وباء الإدمان وما يرتبط به من ظواهر إجرامية أخرى مختلف المجتمعات المتقدمة والنامية، وسبب لها العديد من المشكلات الصحية والاجتماعية والأمنية والاقتصادية الخطيرة، ووصل الإنتاج العالمى من المخدرات إلى أرقام قياسية غير مسبوقة، وأخذت أجهزة المكافحة، خاصة فى ظل المتغيرات التى يموج بها العالم الآن، تواجه صعوبات متزايدة فى الحد من عمليات إنتاج المخدرات والاتجار غير المشروع بها.

ولابد من تضافر وتكاتف جميع الجهود فى مواجهة مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات بما فيها جهود المجتمع المدنى وعلى رأسها جهود الجمعيات الأهلية فى الوقاية من تعاطى وإدمان المخدرات.

وبالنسبة لهذا النمط من الجمعيات العاملة فى مجال الوقاية من الإدمان لم ينل الإهتمام البحثى الكافى حتى وقتنا الراهن، على الرغم من تعامله مع قضية فى غاية الخطورة وذات ارتباط بالأمن القومى المصرى، وبالتنمية البشرية معًا.

ويوجد عدد ضئيل للغاية من هذا النمط من الجمعيات ولا يتماشى مع خطورة الظاهرة من ناحية، ولا مع طبيعتها التى تحتاج لمزيد من الجمعيات المتخصصة من ناحية أخرى، وحتى بالنسبة للعدد الإجمالي للجمعيات محل الدراسة الحالية (١٤٠) جمعية تقريبًا فهو عدد ضئيل جدًا بالنسبة لجمعيات أخرى، فهذا العدد لا يمكن مقارنته بالانتشار الواسع لأنماط أخرى من الجمعيات، وربما أبرزها جمعيات تنمية المجتمع المحلى.

وقد واجهت هذه الدراسة عددًا من الصعوبات، أبرزها وأهمها عدم توافر قاعدة بيانات كافية ودقيقة عن الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال المكافحة والوقاية من التعاطى والإدمان، فكل ما توافر لديها قائمة بيانات – يفتقر بعضها للدقة أو عدم التحديث – من وزارة التضامن الاجتماعى، وهذه مسألة لا تقتصر فقط على هذا النمط من الجمعيات ولكنها تمتد إلى أنماط أخرى عديدة، فالعمل الأهلى بصفة عامة يعانى من هذا النقص، وهذه مسألة تحتاج إلى جهد بحثى دؤوب من قبل عديد من المؤسسات والمراكز البحثية المعنية بالجمعيات الأهلية، فأى تخطيط لتفعيل دور هذه الجمعيات فى خدمة المجتمع لا يمكن أن يتم دون توفير قاعدة بيانات دقيقة ووافية عنها.

إن هذا النمط من الجمعيات لم ينل الاهتمام الكافى الموجه من قبل المجتمع والمجتمع المدنى بشخصياته العامة ونشطائه بإنشاء هذا النمط من الجمعيات رغم أهميته البالغة، مما دفع الدولة إلى أن تضطلع بالدور بصورة شبه كاملة.

إن أغلب الجمعيات العاملة فى مجال الوقاية من الإدمان ليست حديثة العهد، مما يفترض خبرتها الطويلة فى التعامل مع قضية مكافحة الإدمان وإلمامها بكافة تفاصيلها، وكذلك معرفتها بمعظم الفاعلين الآخرين سواء كانوا فاعلين محليين أو دوليين، ومع ذلك فإن التفاعل الإقليمى والدولى لهذه الجمعيات ما زال محدودًا للغاية.

وقد تبين للباحث صعوبة حصر الجمعيات الأهلية التى تعمل فى مجال الوقاية من الإدمان حيث أنه لا توجد ميادين عمل محددة وواضحة عند البحث عن الجمعيات العاملة فى هذا المجال، ولكن الجمعيات تعمل في مجال الوقاية من الإدمان كأنشطة فرعية لميادين عمل أخرى كثيرة ومتنوعة مما يصعب معه الحصر.

وحيث إن ظاهرة الإدمان تهدد استقرار المجتمع وأمنه وتقدمه وتؤثر على إنتاجه، وتسبب له العديد من المشكلات المختلفة، ومع ذلك فإن هناك دور محدود للجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان، ولا يرقى ولا يتلائم مع حجم مشكلة الإدمان أو التعامل معها، وذلك لندرة عدد الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان، وضعف إمكانياتها، ومن هذا يمكن القول إن هناك مشكلة تستوجب الدراسة والتشخيص وإيجاد الحلول لها.

أهداف الدراسة:

يمكن إجمال أهداف الدراسة على النحو الآتى:

١ –التعرف على الدور الحالى للجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان بمصر.

٢ –التعرف على الدور الحالى للجهات الحكومية المعنية بالوقاية والعلاج من الإدمان بمصر.

٣ –دراسة بعض نماذج النجاح لجمعيات أهلية فى برامج عمل للوقاية من الإدمان.

٤ –دراسة بعض نماذج النجاح لجهات حكومية معنية فى برامج عمل للوقاية من الإدمان.

٥ –التعرف على المشكلات والعقبات التى تواجه الجمعيات الأهلية فى مواجهة ظاهرة الإدمان.

٦ –وضع تصور لآلية مقترحة للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان.

منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفى الذى يتلاءم مع طبيعة الموضوع حيث تم استخدام المعلومات لوصف الخلفية النظرية للموضوع، وجمع البيانات الخاصة ثم تبويبها وتفسيرها بهدف الإجابة على تساؤلات الدراسة، ومن ثم استخلاص النتائج والتوصيات.

انتظمت الدراسة الراهنة فى خطوات متتالية ومنتظمة، وذلك على النحو التالى:

تم تقسيم الدراسة إلى ستة فصول، بالإضافة إلى قائمة المراجع وقائمة الملاحق، حيث خصص الفصل الأول: الإطار العام للدراسة، فى حين يتناول الفصل الثانى: الإطار النظرى لعوامل انتشار المخدرات فى مصر، أما الفصل الثالث: فيهتم بتقديم الإطار النظرى لدور الجمعيات الأهلية والمؤسسات المختلفة فى الوقاية من الإدمان فى مصر، بينما يعرض الفصل الرابع: بعض التجارب الدولية – الإقليمية – الوطنية فى الوقاية من الإدمان بغرض الاستفادة منها، والفصل الخامس خصص: لاستطلاع الرأى، أما الفصل الختامى: فيتناول النتائج والتوصيات والتصور المقترح للبرنامج التنسيقى بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج ومن أهمها ما يلى:

- لم يتسم تنفيذ الاستراتيجيات والبرامج السابقة بالجدية المطلوبة، وبالتالى غاب التقييم الموضوعى للبرامج، فى حين تقتضي المواجهة العلمية اعتبار المخدرات قضية تنموية فى المقام الأول والتعامل معها فى سياق أوسع يشمل كافة الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.
- ضعف التنسيق بين الجهات المعنية، حيث إن مشكلة بهذا التشعب لا يمكن لجهة واحدة أن تلم بكل أبعادها، مما يستلزم التواصل النشط المستمر وتبادل المعلومات وتسلسل الأدوار وتكاملها بين كافة الجهات المعنية الحكومية منها والأهلية.
- قصر برامج المواجهة على بعض الفئات التى شملتها البرامج أو بالنسبة للمناطق الجغرافية التى تغطيها وتعلق الأمر بمدى التيسيرات الإدارية التى توفرها المحافظات أو المدارس ... إلخ، وبالتالى لم تأخذ البرامج المفهوم الشمولى المتكامل ولم تغط جميع الفئات.
- ضعف التشبيك مع الشركاء المحليين فى تصميم وتنفيذ وتقييم ومتابعة البرامج، وبالتالى فقدت هذه البرامج عنصرى الاستمرارية والمتابعة.
- محدودية الموارد المالية والبشرية التى تقوم بتخصيصها الجهات المعنية لتنفيذ أدوارها المحددة بهذه الاستراتيجيات.

- الغالبية العظمى من القائمين بالتجارب لم يهتموا بتقييم البرامج والأنشطة التى تقدمها، كما أنها لا تطلب التغذية العكسية من المجتمع والمؤسسات الأخرى والشباب ووسائل الإعلام لمعرفة أسلوب سير البرامج والأنشطة فى تحقيق الأهداف، والتغييرات الضرورية التى ينبغى إجراؤها.
- معظم التجارب لم تعطى لدور الأسرة فى عملية الوقاية من مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات الاهتمام الملائم والمكافئ لها فى عملية المكافحة المطلوبة.
- ندرة عدد الجمعيات الأهلية التى تعمل فى هذا المجال.
- تفرع أنشطة هذه الجمعيات وعدم تركيزها على مجال الوقاية من التعاطى والإدمان للمخدرات.
- عدم وجود ميدان عمل أساسى للجمعيات فى هذا المجال حيث توجد ميادين عمل متعددة.
- تواريخ إنشاء وقيد عدد من هذه الجمعيات قديم جدًا، وبالرغم من ذلك لا يوجد خبرة لديها، ولم تستطيع الاستمرار فى ممارسة أنشطتها، وتوقفت عن العمل.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات ومن أهمها ما يلى:

- وضع دليل تنفيذى يوضح دور كل وزارة أو مؤسسة أو هيئة أو مؤسسة أو جمعية أهلية فى تنفيذ البرامج، مع ربط ذلك بتنفيذ وتطوير مؤشرات قياس الأداء التى وضعها المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان.
- عقد اتفاقات شراكة بين جميع الجهات المشاركة بالبرنامج سواء الجهات الحكومية أو الأهلية لضمان تنفيذ برامج الخطة واستدامة أنشطتها.
- تشكيل لجان مركزية من الجهات المشاركة فى المواجهة لتصميم ومتابعة البرامج المنبثقة عن الخطة، بهدف تعميق وتعظيم سبل التعاون مع هذه الجهات.
- إدماج مكون الوقاية من التدخين والمخدرات فى جميع البرامج التنموية التى تصمم للتعامل مع القضايا الاجتماعية والصحية وبرامج التثقيف الصحى والبرامج الاقتصادية التى تقوم بها الجهات الحكومية.
- إنشاء وحدة لمناهضة التدخين والمخدرات داخل كل وزارة أو جهة حكومية معنية بالمشكلة وكافة الجامعات المصرية أسوة بوحدة مناهضة التدخين والمخدرات داخل وزارة التربية والتعليم، وتكون من مهامها تنسيق الجهود بين الجهة الحكومية والمجلس وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، على أن يكون لها تمويل خاص من الجهة الحكومية أو الوزارة التابعة لها حتى يتسنى لها تنفيذ المهام الموكل إليها أداؤها باعتبار أن قلة التمويل من أهم معوقات تطبيق الإستراتيجية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر.
- الارتقاء بالجانب الكمى والكيفى للجمعيات الأهلية المعنية.

- التدعيم الفنى للجمعيات الأهلية من خلال تنظيم دورات تدريبية لبناء قدرات الكوادر البشرية والعاملين بالجمعيات وصقل مهاراتهم الإدارية والفنية وتدريبهم على أساليب ومناهج الوقاية الموجهة للشباب والأسر والفئات الأكثر عرضة للمشكلة.
- إنشاء وحدة داخل الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان تكون مهمتها متابعة الجمعيات الأهلية والإشراف الفنى عليها فيما يخص البرامج والمشروعات التى تنفذها الجمعيات فى مجال الوقاية والعلاج والتأهيل من التعاطى والإدمان للمخدرات.
- المزيد من التشبيك مع الشركاء المحليين فى تصميم وتنفيذ وتقييم ومتابعة البرامج.

محتويات الدراسة

الموضوع	الصفحة
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	٢ – ١٥
المقدمة	٢
أولًا: الدراسات السابقة	٣
ثانيًا: أهمية الدراسة، وأسباب اختيار موضوع الدراسة	٩
ثالثًا: مشكلة الدراسة	١٠
رابعًا: أهداف الدراسة	١١
خامسًا: تساؤلات الدراسة	١٢
سادسًا: حدود الدراسة	١٢
سابعًا: منهجية الدراسة	١٢
ثامنًا: مصطلحات الدراسة	١٢
تاسعًا: أدوات الدراسة	١٥
عاشرًا: الهيكل التنظيمى للدراسة	١٥
الفصل الثانى:عوامل انتشار المخدرات فى مصر	**١٦ – ٣٠**
المبحث الأول: المحكات التشخيصية للإعتماد على المواد التى تسبب الإدمان	١٩
المبحث الثانى: العوامل المختلفة التى تساهم فى انتشار تعاطي وإدمان المخدرات وسمات الشخصية الإدمانية ما قبل مرحلة الإدمان.	٢١
١ – العوامل البيولوجية والبيئية	٢١
٢ – العوامل الاجتماعية والاقتصادية	٢٢
٣ – تراجع دور بعض المؤسسات الاجتماعية	٢٢
٤ – العوامل الخاصة بالمواد المسببة للإدمان	٢٣
٥ – العوامل الخاصة بشخصية المعتمد علي المواد المسببة للإدمان	٢٣
سمات الشخصية الإدمانية ما قبل مرحلة الإدمان	٢٤
المبحث الثالث: النظريات المفسرة للإعتماد على المواد المسببة للإدمان	٢٦
١) النظرية البيولوجية Biological Theory	٢٦
٢) نظرية التحليل النفسي Psychoanalysis Theory	٢٧

٣) النظرية السيكوديناميةPsychodynamic Theory	٢٧
٤) النظرية السلوكيةBehavioral Theory	٢٨
٥) نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory	٢٩
الفصـل الثالث: دور الجمعيات الأهلية وبعض المؤسسات المختلفة فى الوقاية من الإدمان فى مصر	**٣١-٨٨**
المبحث الأول: الجمعيات الأهلية والدولة – نظرة تاريخية تحليلية	٣٤
أولًا: نبذة مختصرة عن بعض قوانين الجمعيات والمؤسسات الأهلية	٣٥
ثانيًا: أهم الجمعيات الأهلية التى كانت منتشرة فى جمهورية مصر العربية	٣٧
ثالثًا: تحليل أوضاع الجمعيات الأهلية فى مصر فى المراحل السياسية المختلفة	٣٨
رابعًا: النشاط الأهلى	٤١
خامسًا: التنوع فى مجالات أنشطة الجمعيات الأهلية	٤٢
سادسًا: التوزيع الجغرافى والجمعيات الأهلية	٤٣
سابعًا: الجمعيات الأهلية بعد ثورة ٢٥ يناير ٢٠١١م	٤٤
ثامنًا: نبذة مختصرة عن الاتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الأهلية مع التركيز على دور الاتحاد بعد ثورة ٢٥ يناير ٢٠١١م	٤٥
المبحث الثانى: الجمعيات الأهلية ودورها فى تدعيم التنمية الشاملة	٤٩
أولًا: التنمية الشاملة	٥٠
ثانيًا: أهداف التنمية الشاملة	٥١
ثالثًا: المعوقات التى تواجه الجمعيات الأهلية فى تدعيم التنمية الشاملة	٥٢
رابعًا: الوسائل التى يمكن من خلالها تفعيل دور الجمعيات الأهلية فى تحقيق التنمية الشاملة	٥٣
خامسًا: العلاقة بين الحكومة والجمعيات الأهلية	٥٣
سادسًا: دور الجمعيات فى تدعيم التنمية الشاملة	٥٤
سابعًا: رؤية مستقبلية للجمعيات الأهلية والتخطيط للتنمية الإقليمية	٥٧
ثامنًا: متطلبات تطبيق المنهج الجديد للتخطيط (المشاركة أو الشراكة الفعالة)	٥٨
المبحث الثالث: الوقاية من الإدمان ودور بعض مؤسسات التنشئة الاجتماعية فى الوقاية من الإدمان	٦٠
أولًا: مستويات الوقاية من الإدمان	٦٠
ثانيًا: دور بعض مؤسسات التنشئة الاجتماعية فى الوقاية من الإدمان	٦١
١- دور الأسرة فى الوقاية من التعاطى والإدمان	٦١

٢- دور المدرسة فى الوقاية من الإدمان	٦٣
٣- دور أماكن العبادة فى الحد من التعاطى والإدمان	٦٤
٤- وسائل الإعلام ودورها فى مشكلة التعاطى والإدمان للمخدرات	٧١
المبحث الرابع: دور الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان	٧٦
أولًا: خلفية عن الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال الوقاية والعلاج من الإدمان	٧٧
ثانيًا: أهداف الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال الوقاية والعلاج من الإدمان	٧٨
ثالثًا: الفئات المستفيدة من نشاط الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال الوقاية والعلاج من الإدمان	٧٨
رابعًا: أهم التحديات والمعوقات التى تواجه الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال الوقاية من الإدمان	٧٩
خامسًا: برامج مقترحة لتفعيل دور الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان	٧٩
سادسًا: ميادين عمل الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان	٧٩
١: جمعيات ذات علاقة بالوقاية من الإدمان	٨٠
٢: جمعيات ذات علاقة بالصحة النفسية	٨٢
٣: جمعيات ذات علاقة بمنع المسكرات ومكافحة المخدرات	٨٤
٤: جمعيات أهلية عامة تعمل فى الوقاية من الإدمان تحت ميدان عمل الدفاع الاجتماعى	٨٦
الفصل الرابع: بعض التجارب (الدولية – الإقليمية – الوطنية) فى الوقاية من الإدمان	**٨٩-١٥١**
المبحث الأول: بعض التجارب الدولية – الإقليمية والعربية فى الوقاية من الإدمان	٩١
أولًا: الجهود والتجارب الدولية	٩١
ثانيًا: الجهود والتجارب الإقليمية والعربية	٩٣
ثالثًا: الدروس المستفادة من التجارب الدولية والإقليمية والعربية	٩٩
المبحث الثانى: نماذج لتجارب بعض الجمعيات الأهلية والجهات المعنية فى مجال الوقاية من الإدمان فى جمهورية مصر العربية	١٠١
أولًا: تجارب بعض الجمعيات الأهلية	١٠١
ثانيًا: تجارب بعض الجهات الحكومية المعنية	١١٣
ثالثًا: التعقيب على التجارب المصرية	١٤٩
الفصل الخامس: استطلاع الرأى فى برنامج العمل المقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى "الدراسة الميدانية"	**١٥٢-١٦٥**

المبحث الأول: منهجية الدراسة	١٥٤
أولًا: الأهداف	١٥٤
ثانيًا: منهجية الدراسة	١٥٤
١: منهج الدراسة	١٥٤
٢: العينة "عينة الدراسة"	١٥٤
٣: أداة الدراسة	١٥٦
المبحث الثانى: عرض وتحليل وتفسير النتائج	١٦١
الفصل الختامى: النتائج والتوصيات	**١٦٦-١٨٤**
المبحث الأول: النتائج والتوصيات	١٦٨
أولًا: نتائج الدراسة بصفة عامة	١٦٨
ثانيًا: التوصيات	١٧٠
المبحث الثانى: البرنامج المقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان	١٧٢
المراجع	١٨٠
ملاحق الدراسة	١٨٩
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	III
مستخلص الدراسة باللغة الإنجليزية	I

فهرس الجداول

رقم الجدول	موضوع الجدول	الصفحة
٣-١	جمعيات ذات علاقة بالوقاية من الإدمان	٨٠
٣-٢	جمعيات ذات علاقة بالصحة النفسية	٨٢
٣-٣	جمعيات ذات علاقة بمنع المسكرات ومكافحة المخدرات	٨٤
٣-٤	جمعيات أهلية تعمل فى الوقاية من الإدمان تحت ميدان عمل الدفاع الاجتماعى	٨٦
٤-١	بيان محور الوقاية والتوعية فى الخطة التنفيذية لعلاج الإدمان واستخدام المخدرات	١٢٠
٤-٢	بيان محور البحوث والمعلومات فى الخطة التنفيذية لعلاج الإدمان واستخدام المخدرات	١٢١
٤-٣	بيان محور تنمية الموارد البشرية فى الخطة التنفيذية لعلاج الإدمان واستخدام المخدرات	١٢٢
٤-٤	توزيع مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان على المحافظات المختلفة	١٢٩
٤-٥	بيان المستشفيات التى يتواجد بها عيادات للصحة النفسية أو أقسام داخلية	١٣٠
٤-٦	توزيع مراكز علاج الإدمان الحكومية والخاصة التابعة لإشراف المجلس الإقليمى للصحة النفسية رقم (١) بالقاهرة	١٣٨
٤-٧	توزيع مراكز علاج الإدمان الحكومية والخاصة التابعة لإشراف المجلس الإقليمى للصحة النفسية رقم (٢) بالإسكندرية	١٣٩
٤-٨	توزيع مراكز علاج الإدمان الحكومية والخاصة التابعة لإشراف المجلس الإقليمى للصحة النفسية رقم (٣) بالدقهلية	١٤٠
٤-٩	توزيع مراكز علاج الإدمان الحكومية والخاصة التابعة لإشراف المجلس الإقليمى للصحة النفسية رقم (٤) بأسيوط	١٤١
٤-١٠	توزيع المراكز العلاجية والمستشفيات الشريكة مع الخط الساخن – التابع لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى – على المحافظات المختلفة	١٤٥
٥-١	توزيع الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان على المحافظات المختلفة	١٦٢
٥-٢	تصنيف الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان وفقًا لنمط وميدان العمل	١٦٣
٥-٣	الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان المتوقفة عن العمل	١٦٤
٥-٤	أعمار الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان	١٦٥
٦-١	البنود والإجراءات اللازمة لتنفيذ البرنامج العملى المقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان	١٧٦

فهرس الأشكال

رقم الشكل	موضوع الشكل	الصفحة
٤-١	عدد حملات التوعية عن أخطار المخدرات بالمدارس عن الفترة من عام ٢٠١٥ حتى عام ٢٠١٨م	١٢٤
٤-٢	نسبة تعاطى المخدرات للسائقين عن الفترة من عام ٢٠١٥ حتى ٢٠١٨م	١٢٥
٤-٣	أعداد المراكز العلاجية للإدمان التابعة لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى عن الفترة من عام ٢٠١٥ حتى ٢٠١٨م	١٢٦
٤-٤	إنجازات الخطة القومية لمكافحة المخدرات بين الفترة من ٢٠١٥ حتى ٢٠١٨	١٢٧
٥-١	تكرارات الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان وفقًا لنمط وميدان العمل	١٦٤
٦-١	إطار برنامج العمل المقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان	١٧٤

فهرس الملاحق

رقم الملحق	موضوع الملحق	الصفحة
١	قائمة المواد الإدمانية من مصادر متعددة	١٩١
٢	توزيع خدمات علاج الإدمان الحكومية التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، وجهات الإشراف عليها، وخدمات الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان على المحافظات المختلفة	١٩٤
٣	ملخص مهام وأدوار بعض الجهات الحكومية المعنية بالوقاية من الإدمان	١٩٧
٤	بيان بأسماء السادة محكمى أدوات الدراسة (مرتبة أبجديًا)	٢٠٣
٥	بيان بأسماء الجهات المشاركة فى تحكيم مقترح التنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان	٢٠٥

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

مقدمة:

يمكن متابعة الوضع العام فى مصر لمشكلة إدمان المخدرات من خلال استعراض المراحل المختلفة للبحث القومى للإدمان والتى قامت بتنفيذه وحدة الأبحاث فى الأمانة العامة للصحة النفسية، حيث بدأ هذا البحث منذ عام (١٩٩٥)، ويهدف إلى الإلمام بأبعاد مشكلة الإدمان وسوء استخدام المخدرات من أجل الوصول إلى قدر كافٍ من المعلومات ذات المصداقية، التى تسمح بتخطيط ناجح لمواجهة المشكلة بحجمها الحقيقى (وحدة الأبحاث بالأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٥: ١٥).

ويُعد سوء استخدام المواد التى تسبب الإدمان Substance Abuse Disorder من الاضطرابات التى تُخلف مشاكل مركبة اجتماعيًا وقضائيًا بخلاف المشكلات الصحية والنفسية، ولذلك كان علاج التعاطى والإدمان من أولويات اهتمامات القطاع الصحى للدول، فضلًا عن أن آفة المواد المخدرة تجعل من المواطن السوى مريضًا غير قادر على الإنتاج وغير مقبول من المجتمع فإنها أيضًا تأكل فى عضدَ وترابط الأسرة اجتماعيًا، وفى أغلب الأحيان تتفاقم معها المشكلات الاجتماعية التى تهدد استقرار وقوام الأسرة، مما استدعى ذلك قيام وحدة الأبحاث بالأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان بدراسة بحثية عن الصحة النفسية بين المراهقين من طلبة المدارس الثانوية فى مصر لعام (٢٠١٦-٢٠١٧)، وانتشار ظاهرة الإدمان بينهم (إدارة الأبحاث بالأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٧: ٥).

ويضاف إلى ذلك أن تعاطى الشباب للمواد المسببة للإدمان يجعلهم على حافة الانخراط فى كثير من السلوكيات الإنحرافية والإجرامية، فتحت تأثير هذه المواد قد يرتكب الشاب العنف، أو الاغتصاب، أو القتل، أو السلوكيات المدانة اجتماعيًا، إلى جانب ذلك فإن تعاطى هذه المواد قد يعرض الشباب للإصابة ببعض الأمراض القاتلة، مثل (نقص المناعة المكتسب الإيدز)، وفيروس(C) الكبدى، وذلك بسبب تداول أدوات التعاطى، مما يعنى أن تعاطي تلك المواد، يؤدى إلى تبديد قدر كبير من رأس المال البشرى للمجتمع (نجوى الفوال، وآخرون، ٢٠٠٨: ١)

وقد استشعرت مصر خطورة مشكلة المخدرات منذ زمن بعيد، وكانت مصر أول دولة فى العالم تنشئ مكتبًا لمكافحة المخدرات فى عام ١٩٢٩ ، ثم إدارة لمكافحة المخدرات فى عام ١٩٤٧، وقد تم تشكيل المجلس القومى لمكافحة وعلاج الادمان فى عام ١٩٨٦، وأعلنت الجمعية العامة للأمم المتحدة اختيار القاهرة لتكون مقرًا للمكتب الإقليمى للشرق الأوسط وشمال أفريقيا، الذى يتبع برنامج الأمم المتحدة

الدولى للرقابة على المخدرات من ١٩٩٠ حتى ٢٠٠٠ (وحدة الأبحاث بالأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٥: ١٢).

ولقد تضافرت عديد من العوامل السياسية، الاقتصادية والاجتماعية لتجعل من المخدرات خطرًا يهدد العالم أو كما جاء فى بيان لجنة الخبراء بالأمم المتحدة "إن وضع المخدرات بأنواعها فى العالم قد تفاقم بشكل مزعج وأن المروجين قد تحالفوا مع جماعات إرهابية دولية لترويج المخدرات فى دول العالم".

وحتى يمكن محاصرة مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات والسيطرة عليها فى مراحل مبكرة، فإن ذلك يتطلب تكاتف العديد من قطاعات الدولة وعلى رأسها قطاع المجتمع المدنى ومن أهمها الجمعيات الأهلية.

وتعتبر المنظمات غير الحكومية اليوم ومن أهمها الجمعيات الأهلية وفقًا لتصنيف الأمم المتحدة القطاع الثالث إلى جانب الحكومة والقطاع الخاص ، وذلك لتنامى دورها على المستوى العالمى والمحلى، وهو ما يرشحها إلى دور مؤثر وفاعل داخل المجتمع ، وقد تلازم صعود الدور الذى تلعبه المنظمات غير الحكومية داخل المجتمع مع تنامى ظاهرة العولمة بأبعادها السياسية والاقتصادية والثقافية (ممدوح، محمد، ٢٠٠٦: ١١).

وتمثل الجمعيات الأهلية اليوم إحدى المنظمات الهامة التى تشكل المنظمات غير الحكومية بمصر بما لديها من موارد متنوعة وامتلاكها القاعدة الشعبية العريضة والمؤثرة حيث يبلغ عددها أكثر من (٥٢) ألف جمعية تقريبًا فى جميع ربوع مصر بالأحياء والمدن والقرى (الإدارة المركزية للجمعيات الأهلية بوزارة التضامن الاجتماعى، ٢٠٢١).

أولًا: الدراسات السابقة:

أولًا: دراسات متعلقة بتعاطى وإدمان المخدرات:

١-دراسة (محمد محمد محمد المهدى) عام ١٩٩١:

تحت عنوان "دور الأسرة والمدرسة فى مواجهة مشكلة الإدمان فى ضوء الفكر التربوى الإسلامى"

هدفت الدراسة إلى:

- محاولة التعرف على مشكلة المخدرات من حيث حجم انتشارها وآثارها الضارة على الفرد والمجتمع.
- التعرف على العوامل والأسباب التى تؤدى إلى التعاطى والإدمان.
- إبراز حكم الشريعة الإسلامية فى الخمر والمخدرات وكذلك أسلوب الإسلام التربوى فى تحريم الخمر والمخدرات.

- بيان دور الأسرة فى الفكر التربوى الإسلامى.
- محاولة تحقيق الترابط بين دورى الأسرة والمدرسة فى ضوء الفكر التربوى الإسلامى بما يعود بالخير على كل من الأسرة والمدرسة فى تحقيق أهدافها.

وكانت أهم النتائج التى توصلت إليها الدراسة ما يأتى:

- خطورة ظاهرة المخدرات وانتشارها من خلال الإحصاءات الرسمية.
- الشريعة الإسلامية تحرم المخدرات كما تحرم الخمور.
- الأسرة لها دور كبير فى الوقاية من الإدمان من خلال دور الزوج والزوجة والأولاد فى ضوء الفكر التربوى الإسلامى.
- المدرسة لها دور رئيسى فى الوقاية من الإدمان من خلال التربية الإسلامية للعقل والجسم والوجدان ودور المعلم فى الوقاية أيضًا من المخدرات.

وكانت أهم التوصيات: ضرورة تضافر جهود مؤسسات المجتمع المختلفة للوقاية من الإدمان.

٢ – دراسة (دعاء عبد الفتاح عبد العظيم عوض قنديل) عام ٢٠٠٠:

تحت عنوان "نوعية الحياة بين متعاطى المخدرات – دراسة لبعض الملامح الاجتماعية والاقتصادية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على نوعية الحياة بين متعاطى المخدرات، وإظهار دور التعاطى فى تشكيل نمط معين من الحياة، وهل يتسم المتعاطون بالقدرة على التماسك والتكيف فى حياتهم.

وكانت من أهم النتائج التى توصلت إليها الدراسة ما يأتى:

–المدمنون ينشأون داخل أسر مفككة تفتقر إلى العائل والقدوة الحسنة.

–معظم المدمنين منذ الصغر كانوا على خلاف مع آبائهم.

–أن معظم المدمنين كان مصدر رؤيتهم للمخدرات هو الأصدقاء والزملاء ويأتى بعد ذلك الحى الذى يعيشون فيه.

–تؤكد الغالبية العظمى من أفراد عينة الدراسة أن شعورهم أثناء تعاطى المخدرات هو الاحساس بالسعادة والنشوة، وأنه لا يوجد شئ يؤرقهم وأن مزاجهم عالى.

٣ – دراسة (سيد أحمد محمدين) عام ٢٠٠٣:

تحت عنوان "منهج مقترح لمواجهة الأسباب الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات".

هدفت الدراسة إلى محاولة الوصول إلى منهج مقترح يحوى العديد من الأساليب والتوصيات التى يمكن أن تسهم فى القضاء على مشكلة تعاطى الشباب للمخدرات أو حتى التقليل من آثارها.

وكانت أهم النتائج التى توصلت إليها الدراسة ما يأتى: -

-يؤدى الإنفاق على المخدرات إلى تبديد جزء كبير من موارد المجتمع.

-أن الفقر والبطالة والعشوائيات من أهم الأسباب الدافعة لدخول الشباب عالم التعاطى والادمان.

-أن هناك أسباب شخصية تتركز فى طبيعة المدمن " الشخصية الاكتئابية "، " الشخصية الانطوائية "، " الشخصية المكروبة " تشكل دافعا قويا نحو التعاطى والادمان.

-إن إخفاق السياسات الحالية فى القضاء على المشكلة أو الحد منها يرجع إلى أن جهود المكافحة تنصب بصورة أساسية على مكافحة العرض دون خفض الطلب.

-إذا لم تتكاتف جميع مؤسسات المجتمع الرسمى وغير الرسمى لمكافحة الظاهرة فإن المشكلة ستظل بعيدة تماما عن الانحسار.

٤- دراسة (Valois, Dunham, Jackson & Waller, 2010):

عنوان الدارسة: العلاقة بين العمل وسلوك سوء استخدام المواد النفسية بين المراهقين فى مدارس الثانوية العامة.

هدف الدراسة: دراسة العلاقة بين سلوكيات المراهقين بعد المدرسة، والعمل فى عطلة نهاية الأسبوع، وسلوك إساءة استخدام المواد المؤثرة نفسيًا بين المراهقين من طلاب مدارس الثانوية العامة جنوب ولاية كارولينا.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٤٨٠٠) مراهقًا.

أدوات الدراسة: استمارة مركز التحكم فى الأمراض واستمارة المسح لحماية الشباب من السلوكيات الخطرة (YRBS).

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى أن (٣٠%) من المراهقين الذين عملوا خلال العام الدراسي، من (١١-٣١) ساعة كانت هناك علاقة بتدخين السجائر، والذين عملوا أكثر من (٣١) ساعة كانت هناك علاقة بين عدد ساعات العمل واستخدامهم الكحول والماريجوانا والكوكايين، والمراهقين الذين يعملون أكثر من (١٥) ساعة فى الأسبوع من طلاب المرحلة الثانوية، أظهروا مخاطر زائدة لإساءة استخدام المواد المؤثرة نفسيًا.

٥- **دراسة عبد الله أحمد جودة (٢٠١٦):**

عنوان الدارسة: فعالية برنامج معرفى سلوكى لتحسين بعض المهارات الحياتية لدى عينة من المراهقين المتوقفين عن الاعتماد على بعض المواد النفسية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج علاجى معرفى سلوكى لتحسين بعض المهارات الحياتية (إدارة الوقت وإدارة الغضب وتوكيد الذات وحل المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالتعاطى) لدى المتوقفين عن الاعتماد على بعض المواد النفسية من المراهقين فى المرحلة العمرية من (١٣-١٨) سنة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (١٠) مراهقين متوقفين عن الاعتماد على المواد النفسية الحشيش والترامادول (العينة التجريبية)، وتتراوح أعمارهم ما بين (١٣-١٨) عامًا.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث استمارة البيانات الأولية، مقياس المهارات الحياتية، برنامج معرفى سلوكى للمهارات الحياتية.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية فى القياسين قبل وبعد البرنامج على مقياس المهارات الحياتية (مهارة إدارة الغضب، مهارة حل المشكلات، مهارة توكيد الذات، مهارة إدارة الوقت)، كما تبين عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس المهارات الحياتية فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس المهارات الحياتية (مهارة إدارة الغضب، مهارة حل المشكلات، مهارة توكيد الذات، مهارة إدارة الوقت).

ثانيًا: دراسات متعلقة بالجمعيات الأهلية:

١- دراسة منى طه محروس ٢٠٠١:

هدفت الدراسة إلى التعرف على الخدمات التى تقدمها جمعيات محاربة المخدرات والمسكرات ومدى فاعلية تلك الخدمات والتعرف على الصعوبات التى تحول دون تحقيقها ووضع تصور مقترح يساعدها على تطوير خدماتها وأيضًا معرفة مدى التكامل بين الأخصائى الاجتماعى والتخصصات الأخرى بالجمعية ومدى توافر الموارد المادية بها والتنسيق بين الجمعية والمؤسسات الأخرى ومدى مشاركة قيادات المجتمع للجمعية، وقد وجد الباحث علاقة بين عمل الاخصائي الاجتماعي والتخصصات الأخرى بالجمعية كما وجد أن هناك علاقة بين مدى توافر الموارد المالية بالجمعية وقدرتها على تحقيق أهدافها.

٢ – دراسة نجوى الفوال، هويدا عدلى – (آخرون) ٢٠٠٣:

تسعى الدراسة إلى إلقاء الضوء على نمط من الجمعيات الأهلية فى مصر لم ينل أى اهتمام بحثى، وهى الجمعيات العاملة فى مجال مكافحة الإدمان، سواء كانت جمعيات أهلية، أو أندية دفاع اجتماعى، وبالتالى يتمثل الهدف الرئيسى للبحث فى تقييم مدى فاعلية وكفاءة الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى العاملة فى مجال مكافحة الإدمان، بغية تفعيلها من خلال التعاون مع المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، وقد عنيت الدراسة بعدد من القضايا ذات الصلة بالكفاءة والفاعلية، مثل: البناء التنظيمي لهذه الجمعيات والنوادى، ودرجة مؤسسيته ومجالات النشاط، والعلاقة بالفئات المستهدفة والفعالية والمتابعة والتقييم، كما اهتمت الدراسة بتقييم أداء الجمعيات الأهلية فى كافة مراحل مكافحة الإدمان، واعتمدت الدراسة فى استقاء بياناتها على الاستبيان، والذى يضم عدة محاور تغطى أهداف الدراسة، وقد بلغت بنوده ٧٨ بندًا، وطبق الاستبيان على أندية الدفاع الاجتماعى والجمعيات الأهلية العاملة فى مجال مكافحة الإدمان، وبلغ عددها ١٦٦ ناديًا وجمعية تم التطبيق على ١٦٠ ناديًا وجمعية فى الفترة من أول سبتمبر ٢٠٠٢ إلى منتصف يناير ٢٠٠٣، وتعذر التطبيق على الستة الباقية، وانتهت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:-

- عدم الاهتمام الكافى الموجه من قبل المجتمع المدنى بشخصياته العامة ونشطائه بإنشاء هذا النمط من الجمعيات رغم أهميته، مما دفع الدولة إلى أن تضطلع بالدور بصورة شبه كاملة.
- إن أغلبية الجمعيات والأندية محل الدراسة ليست حديثة العهد، مما يفترض خبرتها الطويلة فى التعامل مع قضية الإدمان وإلمامها بكافة تفاصيلها، وكذلك معرفتها بمعظم الفاعلين الآخرين، سواء كانوا فاعلين محليين أو دوليين، ومع ذلك فإن التفاعل الإقليمى والدولى لهذه الجمعيات والأندية ما زال محدود الكفاية.
- إن حل مشكلة التمويل يتطلب عدة أمور:

أولها: تطوير البناء المؤسسى والتنظيمى للجمعيات الأهلية بما يمكنها من أداء دورها فى تعبئة الموارد المالية.

ثانيها: توعية المواطنين من خلال وسائل الإعلام وكافة مؤسسات التنشئة بالدور الذى يقوم به القطاع الأهلى فى المجتمع بكافة أبعاده، وحفزهم على المشاركة بالجهد والمال.

- تبين أن الاهتمام الكبير الموجه من الأغلبية الساحقة من الجمعيات والأندية العاملة فى مجال مكافحة الإدمان بالتوعية كهدف رئيسى، والتعويل على آلية إقامة الندوات والتجمعات الشبابية كآلية أساسية فى إنجاز هذا الهدف.

انتهى البحث بتحديد مجموعة من القضايا التى تحتاج مزيدًا من الاهتمام على المستوى النظرى والعملى، وهى:

- توفير قاعدة بيانات كافية ودقيقة.
- المشكلات التى تعانى منها الجمعيات الأهلية المنوطة بمكافحة الإدمان.
- التحديات والمعوقات التى تواجه الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى فى مجال المكافحة.

٣- دراسة هويدا عدلى – (وآخرون) ٢٠٢٠:

عنوان الدراسة: دور الجمعيات الأهلية فى مكافحة التعاطى والإدمان "دراسة تتبعية".

هدفت الدراسة إلى رصد وتقييم دور الجمعيات الأهلية فى مكافحة التعاطى والإدمان، وتتبع التطور الذى طرأ على دور الجمعيات الأهلية المتخصصة حصرًا فى مكافحة الإدمان وعلاجه، وأيضًا تلك الجمعيات التى تعتبره نشاطًا من ضمن أنشطتها، حيث إن هذه الدراسة هى الثالثة فى سلسلة دراسات معنية برصد وتقييم دور الجمعيات فى هذا المجال، وكانت الدراسة الأولى عام ٢٠٠٣م بعنوان "دور الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى فى مكافحة الإدمان، والدراسة الثانية عام ٢٠٠٩م بعنوان "الجمعيات الأهلية وقضية تعاطى وإدمان المخدرات: دراسة ميدانية".

وانتهت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:-

- لا يوجد إقبال على تأسيس جمعيات جديدة تعمل فى قضية مكافحة التعاطى والإدمان.
- استمرار سيادة نمط الجمعية العمومى، والتى تعمل فى أنشطة متعددة ولا تركز على نشاط بعينه باعتباره مجالًا متخصصًا.
- محدودية عدد الجمعيات المتخصصة فى مكافحة التعاطى والإدمان حيث كان عدد الجمعيات المتخصصة (٤٠) جمعية فقط من عدد (١٠٣) جمعية ذات أنشطة متعددة من ضمنها مكافحة تعاطى المخدرات.
- تركز الاهتمام الرئيس للجمعيات الأهلية على التوعية مقابل اهتمام أقل بكثير بقضايا العلاج والتأهيل.
- استمرار النظرة التقليدية فى تحديد الفئات المستهدفة، بالتركيز على جميع فئات المجتمع مع عدم الاهتمام بالفئات الأكثر هشاشة وعرضه للوقوع فى براثن الإدمان، كما كانت آلية استهداف هذه الفئات آلية تقليدية وهى الندوات والمؤتمرات.
- ضعف التشبيك والتنسيق بين الجمعيات الأهلية مما يؤدى إلى مزيد من هشاشة الأدوار التى تقوم بها وتكرارها دون جدوى.

وانتهت الدراسة إلى التوصية بعمل استراتيجية متكاملة لبناء قدرات الجمعيات الأهلية العاملة فى مكافحة تعاطى المخدرات، تبدأ بالبناء المؤسسى لهذه الجمعيات، ثم كيفية التعامل مع قضايا التعاطى والإدمان، وذلك على مستوى الوقاية والعلاج والرعاية اللاحقة فى إطار نظرة تنموية شاملة.

بعد عرض الدراسات السابقة سوف تسهم الدراسة الحالية بتقديم برنامج مقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان، وإبراز الجهود التى تبذلها الجهات الحكومية والجهود التى تبذلها الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان.

ثانيًا: أهمية الدراسة، وأسباب اختيار موضوع الدراسة:

أهمية الدراسة:

١- تأتى أهمية هذه الدراسة من دعوة الساسة وصناع القرار بالدولة إلى العمل على توفير المناخ لمشاركة جميع قطاعات المجتمع فى عمليات التنمية وعلى رأسها المنظمات غير الحكومية ومن أهمها الجمعيات الأهلية.

٢- كما يدعم أهمية هذه الدراسة عدم وجود برنامج للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى على أرض الواقع وأيضًا عدم وجود برنامج للتنسيق فى الدراسات السابقة سواء العربية أو الأجنبية.

٣- صعوبة حصر الجمعيات الأهلية التى تعمل فى مجال الوقاية من الإدمان حيث إنه لا توجد ميادين عمل محددة وواضحة عند البحث عن الجمعيات العاملة فى هذا المجال، ولكن الجمعيات تعمل فى مجال الوقاية من الإدمان كأنشطة فرعية لميادين عمل أخرى كثيرة ومتنوعة مما يصعب معه الحصر.

٤- تأتى أهمية هذه الدراسة من الخطورة التى تنطوى عليها ظاهرة تعاطى المخدرات والتى تشكل تهديدًا حقيقيًا لمجتمعنا نظرًا لاستهدافها لأهم عنصر فيه وهم الشباب الذين يمثلون الدعامة الأساسية التى يقوم ويرتكز عليها مجتمعنا، مما ينعكس سلبًا على كافة النواحى المختلفة بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية التى ينشدها المجتمع.

ومن هنا لابد أن تتضافر الجهود للقضاء على هذه الظاهرة الخطيرة على المجتمع.

أسباب اختيار موضوع الدراسة:

- الخلفية النظرية والميدانية للباحث فى أدوار ومهام الجمعيات الأهلية والجهات الحكومية المعنية بالوقاية من الإدمان.
- عمل الباحث بديوان عام الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان بوزارة الصحة والسكان، واشتراكه بالبحث الميدانى فى خريطة خدمات الصحة النفسية وعلاج الإدمان فى مصر، الذى تم عن طريق الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان.

- العمل بالإدارة العامة للتنمية البشرية بديوان عام محافظة الدقهلية، ومسئولية الباحث كمنسق لوحدة الوقاية والمكافحة للإدمان بين المحافظة وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، ومسئوليته أيضًا عن ملف التوعية السكانية.
- المشاركة فى دراسات ميدانية مع الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات للوقاية من الإدمان، والجمعية المصرية للصحة النفسية، وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.
- أهمية ومكانة قضية مواجهة مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات على المستوى الوطنى والإقليمى والدولى.
- ندرة عدد الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان، وأهمية التعرف على الوضع الحالى لها، ومعرفة المعوقات والمشكلات التى تواجهها.

ثالثًا: مشكلة الدراسة:

أصبحت مشكلة الاعتماد على المواد المخدرة تمثل أخطر التحديات الراهنة التى تواجه عالمنا المعاصر، وتهدد استقرار البشرية وأمنها وتقدمها وذلك بعد أن اجتاح وباء الإدمان وما يرتبط به من ظواهر إجرامية أخرى مختلف المجتمعات المتقدمة والنامية، وسبب لها العديد من المشكلات الصحية والاجتماعية والأمنية والاقتصادية الخطيرة، ووصل الإنتاج العالمى من المخدرات إلى أرقام قياسية غير مسبوقة، وأخذت أجهزة المكافحة، خاصة فى ظل المتغيرات التى يموج بها العالم الآن، تواجه صعوبات متزايدة فى الحد من عمليات إنتاج المخدرات والاتجار غير المشروع بها (محمد حسن غانم، ٢٠١٥أ: ٣٠١).

ولابد من تضافر وتكاتف جميع الجهود فى مواجهة مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات بما فيها جهود المجتمع المدنى وعلى رأسها جهود الجمعيات الأهلية فى الوقاية من تعاطى وإدمان المخدرات.

وبالنسبة لهذا النمط من الجمعيات العاملة فى مجال الوقاية من الإدمان لم ينل الإهتمام البحثى الكافى حتى وقتنا الراهن، على الرغم من تعامله مع قضية فى غاية الخطورة وذات ارتباط بالأمن القومى المصرى، وبالتنمية البشرية معًا.

ويوجد عدد ضئيل للغاية من هذا النمط من الجمعيات ولا يتماشى مع خطورة الظاهرة من ناحية، ولا مع طبيعتها التى تحتاج لمزيد من الجمعيات المتخصصة من ناحية أخرى، وحتى بالنسبة للعدد الإجمالي للجمعيات محل الدراسة الحالية (١٤٠) جمعية تقريبًا فهو عدد ضئيل جدًا بالنسبة لجمعيات أخرى، فهذا العدد لا يمكن مقارنته بالانتشار الواسع لأنماط أخرى من الجمعيات، وربما أبرزها جمعيات تنمية المجتمع المحلى.

وقد واجهت هذه الدراسة عددًا من الصعوبات، أبرزها وأهمها عدم توافر قاعدة بيانات كافية ودقيقة عن الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال المكافحة والوقاية من التعاطى والإدمان، فكل ما توافر لديها قائمة بيانات – يفتقر بعضها للدقة أو عدم التحديث – من وزارة الشئون الاجتماعية، وهذه مسألة لا تقتصر فقط على هذا النمط من الجمعيات ولكنها تمتد إلى أنماط أخرى عديدة، فالعمل الأهلى بصفة عامة يعانى من هذا النقص، وهذه مسألة تحتاج إلى جهد بحثى دؤوب من قبل عديد من المؤسسات والمراكز البحثية المعنية بالجمعيات الأهلية، فأى تخطيط لتفعيل دور هذه الجمعيات فى خدمة المجتمع لا يمكن أن يتم دون توفير قاعدة بيانات دقيقة ووافية عنها (نجوى الفوال، هويدا عدلى، ٢٠٠٣: ١٠).

إن هذا النمط من الجمعيات لم ينل الاهتمام الكافى الموجه من قبل المجتمع والمجتمع المدنى بشخصياته العامة ونشطائه بإنشاء هذا النمط من الجمعيات رغم أهميته البالغة، مما دفع الدولة إلى أن تضطلع بالدور بصورة شبه كاملة.

إن أغلب الجمعيات العاملة فى مجال الوقاية من الإدمان ليست حديثة العهد، مما يفترض خبرتها الطويلة فى التعامل مع قضية مكافحة الإدمان وإلمامها بكافة تفاصيلها، وكذلك معرفتها بمعظم الفاعلين الآخرين سواء كانوا فاعلين محليين أو دوليين، ومع ذلك فإن التفاعل الإقليمى والدولى لهذه الجمعيات ما زال محدودًا للغاية (نجوى الفوال، هويدا عدلى، ٢٠٠٣: ٢٢).

وقد تبين للباحث صعوبة حصر الجمعيات الأهلية التى تعمل فى مجال الوقاية من الإدمان حيث إنه لا توجد ميادين عمل محددة وواضحة عند البحث عن الجمعيات العاملة فى هذا المجال، ولكن الجمعيات تعمل فى مجال الوقاية من الإدمان كأنشطة فرعية لميادين عمل أخرى كثيرة ومتنوعة مما يصعب معه الحصر.

وحيث إن ظاهرة الإدمان تهدد استقرار المجتمع وأمنه وتقدمه وتؤثر على إنتاجه، وتسبب له العديد من المشكلات المختلفة، ومع ذلك فإن هناك دور محدود للجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان ، ولا يرقى ولا يتلائم مع حجم مشكلة الإدمان أو التعامل معها، وذلك لندرة عدد الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان، وضعف إمكانياتها، ومن هذا يمكن القول إن هناك مشكلة تستوجب الدراسة والتشخيص وإيجاد الحلول لها.

رابعًا: أهداف الدراسة:

يمكن إجمال أهداف الدراسة على النحو الآتى:

١ –التعرف على الدور الحالى للجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان بمصر.
٢ –التعرف على الدور الحالى للجهات الحكومية المعنية بالوقاية والعلاج من الإدمان بمصر.
٣ –دراسة بعض نماذج النجاح لجمعيات أهلية فى برامج عمل للوقاية من الإدمان.

٤ –دراسة بعض نماذج النجاح لجهات حكومية معنية فى برامج عمل للوقاية من الإدمان.

٥ –التعرف على المشكلات والعقبات التى تواجه الجمعيات الأهلية فى مواجهة ظاهرة الإدمان.

٦ –وضع تصور مقترح لبرنامج للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان.

خامسًا: تساؤلات الدراسة:

تتبلور مشكلة الدراسة الراهنة فى مجموعة الأسئلة التالية:

١ – ما الاسهام الحالى للجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان؟

٢ – ما الاسهام الحالى للجهات الحكومية المعنية بالوقاية والعلاج من الإدمان؟

٣ – ما العقبات التى تحول بين تحقيق الجمعيات الأهلية لأهدافها فى مواجهة هذه الظاهرة؟

٤ – ما السبيل للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان؟

سادسًا: حدود الدراسة:

١ – **الحدود المكانية:** جمهورية مصر العربية

٢ – **الحدود الزمانية:** تنحصر الحدود الزمنية للدراسة من عام ٢٠٠٤ حتى ٢٠٢٠م.

٣ – **الحدود الموضوعية:** دور الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان، ووضع برنامج مقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى.

سابعًا: منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفى الذى يتلاءم مع طبيعة الموضوع حيث تم استخدام المعلومات لوصف الخلفية النظرية للموضوع، وجمع البيانات الخاصة ثم تبويبها وتفسيرها بهدف الإجابة على تساؤلات الدراسة، ومن ثم استخلاص النتائج والتوصيات.

ثامنًا: مصطلحات الدراسة:

أ/ المخدرات (Drugs):

أى مواد مخدرة يتعاطاها الفرد بصورة منتظمة، وتؤدى إلى عديد من المشكلات الصحية والنفسية والجسمية والاجتماعية لما تحدثه من تأثير شديد على وظائف الجهاز العصبى المركزى، ولما تحدثه من اضطرابات فى الإدراك أو المزاج أو السلوك (محمد حسن غانم، ٢٠١٥ أ: ٣٠٧).

ب/ الوقاية (Protection):

هى الإشارة إلى أى فعل مخطط نقوم به تحسبا لظهور مشكلة معينة أو مضاعفات لمشكلة كانت قائمة أصلًا ، وذلك بغرض الإعاقة الجزئية أو الكاملة للمشكلة ولمضاعفاتها معًا.

تعريف مارتن بلوم (١٩٨٧): الوقاية تعنى الحيلولة دون حدوث مشكلات فى المستقبل، وهذا لا يتأتى إلا من خلال تهيئة الناس واستعدادهم للتغلب على هذه المشكلات المتوقعة.

تعريف مصطفى سويف (١٩٩٠): الوقاية هى عمل مخطط نقوم به توقعًا لظهور مشكلة معينة أو مضاعفات لمشكلة قائمة بالفعل، ويكون الهدف من هذا العمل هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لظهور المشكلة أو لمضاعفاتها.

إذن فوقاية الشباب من المخدرات بمعنى: حفظهم من هذه الأفة التى تؤذيهم وتضرهم وحفظهم من مخاطرها وأضرارها.

ج/ القطاع الأهلى (National Sector):

يمكن تحديده طبقًا للمفهوم الغربى: بأنه المنظمات غير الهادفة للربح التى تقع ما بين الدولة ومؤسساتها من جانب والقطاع الخاص الهادف للربح من جانب آخر، والتى تنشط فى مجالات الرعاية الاجتماعية والخدمات والتنمية المحلية والاغاثة، وطبقًا لهذ المفهوم فإن تلك المنظمات تشمل: الجمعيات الأهلية – النقابات – الأحزاب السياسية– المؤسسات الدينية ..... إلخ.

د/ الجمعية الأهلية (National Assembly):

هى وحدة اجتماعية ذات تنظيم مؤسسى لا تهدف للربح أنشئت بواسطة مجموعة من الأفراد بهدف الحفاظ على مصالح محددة لفئة أو للمجتمع ككل فى إطار قانون ١٤٩ لسنة ٢٠١٩م.

ووفقًا ل "أمانى قنديل" إنه يمكن تحديد ملامح مفهوم الجمعيات الأهلية بالعوامل التالية:

– تنظيمات ذات ملامح مؤسسية ولوائح منظمة لعملها ومحددة لمجالات نشاطها ولعضوية الأفراد فيها.

– تنظيمات تطوعية نشأت بمبادرات شعبية وبالتالى تعكس مطالب واحتياجات مجتمعية ثقافية واجتماعية وفى بعض الأحيان سياسية.

–تنظيمات لا تهدف إلى الربح حتى وإن كانت تقدم خدمات بمقابل مادى بإعتبار أن هذا المقابل محدود ويغطى نفقة الخدمة كما أن العائد لا يوزع على أعضاء الجمعية أو مجلس إدارتها ولكنه يوجه لدعم النشاط.

–تتبنى الجمعيات أهدافًا ثقافية واجتماعية واقتصادية وبالتالى فهى قد تنشط فى مجال واحد أو فى عدة مجالات فى نفس الوقت وذلك وفقًا لطبيعة اللوائح المنظمة لها.

–تخضع الجمعيات إلى قانون ينظم تكوينها وتأسيسها وإلى إشراف من قبل جهة إدارية محددة ويتناول هذا القانون تفاصيل علاقة الجمعيات بالدولة.

هـ/ الدور (Role):

– يرى أحمد أبو زيد أن الدور "هو سلوك الإنسان فى موقف جماعى فهو مجموعة التوقعات التى تنتظرها الجماعة من أحد أعضائها الذى يشغل مكانة معينة "، وبإختلاف طبيعة مجتمع الدراسة والذى يتمثل فى وحدات لها الصفة المؤسسية فيمكننا أن نطور المفهوم كالتالى "الأنشطة التى تقوم بها الجمعية الأهلية كمنظمة فى موقف جماعى داخل المجتمع فهو مجموعة التوقعات التى ينتظرها المجتمع من تلك المنظمات طبقًا لمكانتها التى تشغلها داخل المجتمع".

– ويرى عصام عبد الشافى أن مصطلح "الدور" هو مفهوم اجتماعى يشير إلى مجموعة من التصرفات والسلوكيات المتوقعة من طرف معين تجاه باقى الأطراف التى تتعامل معه، والدور المتعلق بالجمعيات هو "نمط السلوك الذى يتطلبه المجتمع وينتظره من الجمعيات الأهلية، وذلك بحكم مركزها فى المجتمع وقيمتها التى استقرت فى نفوس أفراده"، ويتحدد دور الجمعية – كفرد فى المنظومة الاجتماعية – بعدد من الإعتبارات من أهمها رؤية الجمعية لنفسها، ورؤية باقى أطراف المجتمع للجمعية، ومن ثم توقعاتهم لما ينبغى عليها أن تؤديه بحكم مركزها فى المجتمع.

– ويعرف برلمان: أن الدور هو سلوك ولكنه يتميز بالتنظيم ويتحدد على أساس رغبات وأفكار وحاجات الشخص (الصديق، سلوى عثمان، ١٩٩٧: ١٥٥).

و/ البرنامج (Program):

يعرف البرنامج فى المعجم الوجيز بأنه جمع برامج وتعنى الخطة المرسومة لعمل ما (المعجم الوجيز، ١٩٩٩: ٤٧).

كما يعرف البرنامج فى معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية بأنه سير العمل الواجب القيام به لتحقيق الأهداف المقصودة كما يوفر الأسس الملموسة لإنجاز العمل وتجدد نواحى النشاط الواجب القيام بها خلال مدة معينة (أحمد زكى بدوى، ١٩٩٩: ٣١٣).

كما يعرف البرنامج بأنه كل الأفعال والسلوك والعلاقات والخبرات التى تمارسها الأعضاء وتوفرها الحياة الجماعية فى ضوء احتياجات الأعضاء وتحقيق نمو الفرد والجماعة ويساهم فى تغيير المجتمع (نصيف منقريوس، ٢٠٠٠: ١٠٩).

ز/ التعريف الإجرائى للدراسة الحالية:

هو كل الأنشطة التى يمارسها أعضاء الجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان ويمارسها أعضاء الجهات المشاركة فى التصور المقترح للبرنامج التنسيقى بين الجمعيات الأهلية والجهات الحكومية فى الوقاية من الإدمان، ويتضمن البرنامج مجموعة من الأنشطة المتنوعة من علاقات وتفاعلات وخبرات ومهارات وأدوار ومشاركة وتشبيك بين الجهات المشاركة فى البرنامج المقترح، والبرنامج وسيلة لتحقيق التنسيق بين الجمعيات الأهلية والجهات الحكومية المعنية فى الوقاية والعلاج من التعاطى والإدمان.

تاسعًا: أدوات الدراسة:

استمارة استطلاع رأى للمؤسسات محل الدراسة لمعرفة رأيها فى التصور المقترح للبرنامج التنسيقى.

عاشرًا: الهيكل التنظيمى للدراسة:

انتظمت الدراسة الراهنة فى خطوات متتالية ومنتظمة، وذلك على النحو التالى:

تم تقسيم الدراسة إلى ستة فصول، بالإضافة إلى قائمة المراجع وقائمة الملاحق، حيث خصص الفصل الأول: الإطار العام للدراسة، فى حين يتناول الفصل الثانى: الإطار النظرى لعوامل انتشار المخدرات فى مصر، أما الفصل الثالث: فيهتم بتقديم الإطار النظرى لدور الجمعيات الأهلية والمؤسسات المختلفة فى الوقاية من الإدمان فى مصر، بينما يعرض الفصل الرابع: بعض التجارب الدولية – الإقليمية – الوطنية فى الوقاية من الإدمان بغرض الاستفادة منها، و الفصل الخامس خصص: لاستطلاع الرأى، أما الفصل الختامى: فيتناول النتائج والتوصيات والتصور المقترح للبرنامج التنسيقى بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان.

الفصل الثانى
عوامل انتشار المخدرات فى مصر

ويتضمن ثلاث مباحث:

المبحث الأول: المحكات التشخيصية للإعتماد على المواد التى تسبب الإدمان

المبحث الثانى: العوامل المختلفة التى تساهم فى انتشار تعاطي وإدمان المخدرات وسمات الشخصية الإدمانية ما قبل مرحلة الإدمان.

المبحث الثالث: النظريات المفسرة للإعتماد على المواد المسببة للإدمان

الفصل الثانى
عوامل انتشار المخدرات فى مصر

تمهيد:

أصبحت مشكلة الاعتماد على المواد المخدرة تمثل أخطر التحديات الراهنة التى تواجه عالمنا المعاصر، وتهدد استقرار البشرية وأمنها وتقدمها وذلك بعد أن اجتاح وباء الإدمان وما يرتبط به من ظواهر إجرامية أخرى مختلف المجتمعات المتقدمة والنامية، وسبب لها العديد من المشكلات الصحية والاجتماعية والأمنية والاقتصادية الخطيرة، ووصل الإنتاج العالمى من المخدرات إلى أرقام قياسية غير مسبوقة، وأخذت أجهزة المكافحة، خاصة فى ظل المتغيرات التى يموج بها العالم الآن، تواجه صعوبات متزايدة فى الحد من عمليات إنتاج المخدرات والإتجار غير المشروع بها (محمد حسن غانم، ٢٠١٥أ: ٣٠١).

والمتتبع لمشكلة الإعتماد يتبين أثارها على الوضع العالمى والإقليمى وصولًا إلى مصر، حيث يتبين من خلال متابعة الوضع العالمى لمشكلة المخدرات وفقًا لما يشير إليه تقرير المخدرات العالمى الخاص بمكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة UNODC لعام (٢٠١٧) أن ربع بليون شخص تتراوح أعمارهم بين (١٥-٦٤)عامًا تعاطوا مخدرًا واحدًا على الأقل فى سنة (٢٠١٤) ولاشك أن هذا العدد قد شهد زيادة على مدى السنوات الأربع الماضية بالنسبة إلى عدد سكان العالم، ومع ذلك هناك ما يزيد على (٢٩) مليونًا من متعاطى المخدرات، يعانون من اضطرابات مرتبطة بتعاطى المخدرات، وأن حوالى (١٢) مليونًا منهم من متعاطى المخدرات عن طريق الحقن، ومنهم (١٤%) من المصابين بفيروس نقص المناعة، وبالتالى فإن تعاطى المخدرات له تأثير مدمر على الحالة الصحية فضلًا عن آثاره النفسية والاجتماعية (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة UNODC, 2017).

هذا على المستوى الدولى لمشكلة الاعتماد على المواد المخدرة أما عن الوضع الإقليمى (الشرق الأوسطى)، فقد قام المكتب الإقليمى بمنظمة الشرق الأوسط، التابع لمنظمة الصحة العالمية بأجراء استبيان للوقوف على الأبعاد والحجم الحقيقى لمشكلة المخدرات فى المنطقة، وقد تبين من خلال تحليل نتائج الاستبيان إن معدلات استخدام المخدرات بين الشباب (١٥-٢٤) عام تميل للزيادة فى حوالى (١٣) دولة وتميل للاستقرار فى (٥) دول، وتتجه نحو الانخفاض فى دولة واحدة، وكذلك وجد إن المتوسط العمرى لبدء تعاطى المخدرات يتراوح من (١٥-١٨) عامًا تقريبًا.

ويمكن التوصل إلى أسباب زيادة انتشار المخدرات فى المنطقة العربية، حيث ترجع إلى الموقع الجغرافى، ووجود منافذ بحرية، والانفتاح على الثقافات الأخرى وانخفاض سن التعاطى بين الشباب العربى، فبعد إن كانت الظاهرة منحصرة فى الفئة العمرية ما بين (١٤-١٨) عامًا، أصبحت تضم من هم فى عمر (١١) عامًا، وأيضًا البعد الاقتصادى بشقيه، بين مجموعة لديها القدرة على شراء المخدرات،

ومجموعة تعانى من فقر وبطالة يدفعها إلى استخدام المخدرات أو الإتجار فيها بالإضافة إلى الأمية التى تؤثر في نحو (١٠٠ مليون) عربى، ولها دورها فى التشجيع على تعاطى المخدرات.

ويهدف هذا الفصل إلى التعرف على عوامل انتشار المخدرات فى مصر، وذلك من خلال المباحث التالية:

المبحث الأول: المحكات التشخيصية للإعتماد على المواد التى تسبب الإدمان.

المبحث الثانى: العوامل المختلفة التى تساهم فى انتشار تعاطى وإدمان المخدرات وسمات الشخصية الإدمانية ما قبل مرحلة الإدمان.

المبحث الثالث: النظريات المفسرة للإعتماد على المواد المسببة للإدمان.

المبحث الأول: المحكات التشخيصية للإعتماد على المواد التى تسبب الإدمان

تحدد الرابطة الأمريكية للطب النفسى أنواع معينة من المحكات التى يجب توافرها لكى يتم استيفاء تشخيص اضطرابات التعاطى والإدمان وهى:

١- تحديد هوية المادة المستخدمة.

٢- تاريخ استخدام هذه المادة أو المواد.

٣- مدى حدوث اضطراب معرفى (اختلال وتشوش زمانى أو مكانى، واختلال فى الإنتباه).

٤- مدى وجود اضطرابات فسيولوجية ترتبت على التعاطى مثل (زيادة سرعة ضربات القلب).

٥- مدى وجود اضطرابات عصبية (مثل عدم التوازن، نوبات صرعية).

٦- مدى حدوث تغيرات فى الشخصية والمزاج والإدراك والانتباه والتفكير.

٧- الفحوص التى تجرى للبول والدم للكشف عن طبيعة المادة المخدرة التى تم تعاطيها.

٨- مدى حدوث اضطرابات فى الحياة الأسرية والمهنية أو الأكاديمية للشخص المتعاطى.

٩- مدى حدوث مشكلات قانونية (سجن – أحكام) قد ترتبت على هذا التعاطى.

كما يشير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض النفسية إلى إنه يستخدم تشخيص الإعتماد فقط إذا ظهر على الشخص ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية: –

١- رغبة أو إحساس قهرى بضرورة تناول المواد النفسية.

٢- وعى ذاتى باختلال القدرة على التحكم فى سلوك تناول المواد المخدرة سواء بدايته أو نهايته ومعدل استخدامه.

٣- استخدام المادة المخدرة بغرض التخفيف من أعراض الانسحاب.

٤- وجود حالة انسحاب فسيولوجية.

٥- توافر دليل على حدوث التحمل، أى إن الشخص يحتاج دائمًا إلى زيادة جرعات المادة المتعاطاه، ليحصل على الأثر نفسه، الذى كانت تحدثه من قبل الجرعات الأقل منها.

٦- الإهمال المتزايد لأى متع أو اهتمامات بديلة لصالح استخدام المادة المخدرة.

٧- المثابرة والاستمرارية فى تعاطى واستخدام المادة النفسية على الرغم من وجود دليل واضح على التبعات الضارة سواء طبية، أو اجتماعية، أو مادية، أو مهنية، أو نفسية.

(American Psychiatric Association, 2000)

وقد وجد الباحثون إن هذه الطبعة من الدليل التشخيصى قسمت الاضطرابات ذات الصلة بالمواد النفسية إلى فئتين هما: سوء استخدام المواد substance abuse والإعتماد على المواد substance dependence مع عدم وجود حدود فاصلة بين التعاطى والإعتماد، ثم جاءت الطبعة الخامسة بمصطلح واحد هو اضطراب استخدام المواد النفسية، ومن استعراض الدليل التشخيصى والإحصائى

للاضطرابات النفسية الخامس نجد إن هناك عدة مشكلات فى تصنيف هاتين الفئتين أولًا: انخفاض ثبات فئة سوء استخدام المواد، ثانيًا: أغلب الأفراد الذين يخضعون لفئة سوء استخدام يعتقدون أنهم لم يصلوا إلى مرحلة الاعتماد أو الإدمان، ثالثًا: أشارت تحليلات الدليل التشخيصى والإحصائى أنها تقدم فئة واحدة فقط وليس اثنتين، ولهذا نجد إن الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية الخامس قد دمج الفئتين فى فئة اضطراب استخدام المواد.(آن كرينج، وآخرون، ٢٠١٦: ٥٦٥)

ويعرف الدليل التشخيصى والإحصائى الخامس هذا الاضطراب بوجود اثنان إلى إحدى عشر عرض للاضطراب تتجمع فى أربع مجموعات رئيسية على النحو التالى:

أ- صعوبة السيطرة على الاستخدام ويظهر فى:

١- تناول كمية أكبر من المواد النفسية، أو لفترة أطول.

٢- جهود فاشلة لتقليل، أو خفض الإستخدام.

٣- إنفاق قدر كبير من الوقت للحصول عليها أو استخدامها، أو التعافى من المواد التى تسبب الإدمان.

٤- ظهور ما يسمى بالاشتياق، أو اللهفة للمواد المخدرة.

ب- الخلل الاجتماعى ويظهر فى:

٥- عدم القدرة على الوفاء بالالتزامات الرئيسة فى الحياة بسبب الإستخدام.

٦- الاستمرار فى تناول المواد النفسية على الرغم من المشاكل التى تفاقمت بسبب الاستخدام.

٧- التوقف، أو التخلى عن، أو التقليل من الأنشطة الحياتية المهمة بسبب الاستخدام.

ج- الاستخدام الخطر ويظهر فى:

٨- الاستخدام المتكرر فى المواقف التى تتسم بشدة الخطورة.

٩- مواصلة الاستخدام على الرغم من المشاكل الصحية والنفسية التى تتنج بسبب الاستخدام.

د- الاعتمادية الدوائية:

١٠- ظهور ما يعرف بالتحمل لآثار المادة.

١١- ظهور أعراض الانسحاب فى حالة عدم الاستخدام، أو حتى التقليل من الجرعات.

ويقترح هذا الدليل استخدام هذه الأعراض كمقياس لشدة الاضطراب فيكون ظهور من (٢: ٣) عرض دالة على الاضطراب البسيط، وظهور أعراض من (٣: ٥) دالة على الاضطراب المتوسط، أما ظهور (٦) أعراض فأكثر فيكون دليل على الاضطراب الشديد.

(American Psychiatric Association, 2013)

المبحث الثانى: العوامل المختلفة التى تساهم فى انتشار تعاطى وإدمان المخدرات وسمات الشخصية الإدمانية ما قبل مرحلة الإدمان.

تتعدد العوامل المساهمة فى انتشار التعاطى والاعتماد على المواد التى تسبب الإدمان، وتتسم بكثرتها وتشابكها وتعقيدها، بحيث يصعب تحديدها بشكل دقيق، وتوجد الكثير من العوامل المتداخلة والمترابطة التى يمكن أن تلعب دورًا مهمًا فى اتجاه الفرد نحو تعاطى المواد المخدرة أو الاعتماد عليها، ولتعدد هذه العوامل تناولتها العديد من الدراسات التى انصب اهتمامها على العوامل التى تدفع الفرد للاتجاه نحو التعاطى.

حيث أكد (Martinez & Teresa, 2006) إن ظاهرة الاعتماد على المواد المسببة للإدمان فى المجتمعات المعاصرة يجب أن يتم تناولها من منظور النموذج الحيوى نفسى اجتماعى Bio-psycho-social Model، أى من خلال ثلاث زوايا أساسية هى الأشخاص والمواقف والمخدرات، وعلى ذلك سيتم تناولها بشكل مجمل مع عرض آخر ما توصلت إلية الدراسات فى هذا الجانب من الأسباب ونسبة تأثيرها.

١- العوامل البيولوجية والبيئية:

هناك الكثير من الأبحاث التى قامت بدراسة إمكانية أن تكون هناك نزعة وراثية لاضطرابات استخدام المواد التى تسبب الإدمان، وقد أظهرت العديد من الدراسات أن الأقارب والأطفال لأشخاص يستخدمون المواد المسببة للإدمان تبلغ معدلات استخدامهم واعتمادهم على المواد المسببة للإدمان أعلى من المتوقع، والدليل الأقوى على وجود استعداد وراثى يأتى من دراسات التوائم، التى كشفت عن وجود توافق التوائم المتماثلة أكثر من التوافق الموجود بين التوائم غير المتماثلة

(Doyle, et al., 1998; Scheier, & Hansen, 2014).

وتشير دراسات علم الوراثة إلى أن العوامل الوراثية تتقاسم مع عوامل الاستهداف البيئية لاضطراب استخدام المواد النفسية المسببة للإدمان، وتظهر هذه العوامل الوراثية مشتركة مع عوامل الاستهداف البيئية لتكون هى نفسها بغض النظر عن نوع المادة وذلك بالنسبة لكل من الذكور والإناث.

(Kendler, Prescott, Myers & Neale, 2003: 931)

إن التأثيرات الجينية والبيئية المشتركة قد تكون ذات صلة باستخدام العقاقير غير المشروعة والتبغ، ونمط السلوك الخارجى فى وقت مبكر من عمر الإنسان ومنها سمات الشخصية الأخرى، مثل المستويات العالية من المتعة التى تسعى بدورها إلى انخفاض مستويات الخجل وتجنبه

(Huizink et al., 2010; Korhonen et al., 2012)

ومن ناحية أخرى أكد كلًا من (Wojtowicz, Liu & Hedgpeth, 2007) فى دراستهم على العامل البيئى إنه من العوامل البارزة المؤدية إلى الاعتماد على المواد النفسية المسببة للإدمان فالعمر

والعرق والمكان الذى حدث فيه إساءة استخدام العقاقير، والسرقة، والسطو وغيرها من الاساءات، يدل على إن العامل البيئى الاجتماعى المرتبط بالبيئات الضاغطة له تأثير كبير فى التعرض لتعاطى العقاقير.

٢- العوامل الاجتماعية والاقتصادية:

أشارت مجموعة أبحاث مصطفى سويف وآخرون التى أجريت بالبرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات إلى الدور الذى يقوم به جماعة الأقران فى دعم عملية تعاطى المواد التى تسبب الإدمان، وإن هذا الدور يشمل جميع الفئات من المتعاطين، وكذلك جميع المواد التى تسبب الإدمان (ياسر السيد،٢٠١٤: ٤٢).

حيث أكد مصطفى سويف إن نسبة كبيرة ممن يبدأون التعاطى من الشباب يبدأونه كضحايا لعمليات ضغط مباشر يمارسه عليهم أشخاص معينون، فمن بين من جربوا التعاطى كانت النسب لمن دفعوا دفعًا إلى هذا التجريب بين عينة طلاب الجامعة (بطريقة تتراوح بين التشجيع والتهديد)، (٥٥%) بالنسبة للأدوية و(٩٠%) للحشيش، و(٨٠%) للكحوليات (مصطفى سويف، ٢٠٠٤أ: ١٠٨).

وفى سياق متصل اختلفت نتائج الدراسات فى ربط تعاطى المخدرات بالموارد الاقتصادية فبينما كشفت بعض الدراسات عن إن الفقر، والبطالة وافتقار فرص الدخل الثابت، وظروف المعيشية غير المستقرة أو ظروف العمل الصعبة من أهم العوامل التى تساعد على تناول المواد التى تسبب الإدمان، فقد كشفت دراسات أخرى عن انتشار الاعتماد على المواد التى تسبب الإدمان فى المستويات الاقتصادية المتوسطة والمرتفعة، بسبب المال الوفير وارتفاع دخل الفرد فى غياب التربية السليمة مما يسهل الاعتماد على المواد المسببة للإدمان (Spiller, Lorenz, Bailey, & Dart, 2009).

٣- تراجع دور بعض المؤسسات الاجتماعية:

من العوامل المهمة التى تساهم فى انتشار تعاطى المواد المسببة للإدمان وسائل الإعلام والمؤسسات التعليمية، فحملات وسائل الإعلام عند مناقشتها لأسباب ودوافع الاعتماد على المواد التى تسبب الإدمان قد يجدها المتلقى هى نفسها أسباب الضغوط عليه فيجربها على نفسه لتخفف من وطأة تلك الضغوط الواقعة عليه، وأشار كلًا من (ويكفيلد، لوكن، هورنيك) إلى إن الحملات الإعلامية مفيدة فى تعزيز بعض السلوكيات الصحية مثل التغذية الصحية والنشاط البدنى وغيرها، ومع ذلك يبدو أنها أقل نجاحًا من ذلك بكثير فى الوقاية من تعاطى المواد المسببة للإدمان.

(Wakefield, Loken & Hornik, 2010).

من ناحية أخرى أشار(Ferri, Allara, Gasparrini & Faggiano,2013) إلى إن حملات وسائل الإعلام تبدو أكثر فعالية فى التصدى لتعاطى الشباب للمواد المسببة للإدمان عندما تستهدف أولياء الأمور بدلًا من الشباب المستهدفين للتعاطى أو المتعاطين.

أما المؤسسات التعليمية فقد غابت عنها أهدافها العميقة، وهى تنمية اتجاهات التلاميذ الإيجابية حيال أنفسهم وأسرهم ومجتمعهم، واستيعاب الضوابط السلوكية التى تحول بين الطلاب والانحراف فى

صوره المختلفة، نتيجة لكثرة الأعداد والحاجة لعدد هائل من المدرسين، كما إن قلة صرامة القواعد المدرسية، ووجود أماكن غير أمنة فى المدرسة وحولها، تؤثر على زيادة تعاطى المخدرات بشكل مباشر، وغير مباشر تجعل المراهقين أكثر عرضة للتعرض للعنف وتعاطى المواد التى تسبب الإدمان.

(Reid, Peterson, Hughey & Carcia, 2006)

٤- العوامل الخاصة بالمواد المسببة للإدمان:

وتتمثل فى: نظرة المجتمع لها سواء من حيث التحريم بنصوص دينية، أو بتشريعات قانونية، أو من حيث إباحة تعاطيها، وكذلك سهولة الحصول عليها وتوافرها وهو ما يسمى (بعامل التوافر) أى إنه مع زيادة وفرة المادة فى المجتمع يزداد الإقبال على تعاطيها، ومع انكماش المتوافر منها يقل الإقبال على تعاطيها، وإلى جانب عامل التوافر يوجد عامل الثمن وهو من العوامل التى تتدخل أيضًا فى تشكيل ظاهرة التعاطى وتعدد طرق تعاطيها، وكذلك الاستحداث المستمر لأنواع مختلفة من المواد التى تسبب الإدمان (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ٨٠-٨٢؛ ياسر السيد، ٢٠١٤: ٤٥).

٥- العوامل الخاصة بشخصية المعتمد على المواد المسببة للإدمان:

حاول الباحثون التوصل إلى معرفة نمط وسمات الشخص الأكثر عرضة للإدمان، وهل توجد نقاط ضعف معينة تدفعه للإدمان ويصعب عليه الشفاء منه، والمقصود هنا بسمات شخصية الفرد الطبيعى التى قد تدفعه إلى الاعتماد بخلاف سمات الشخصية التى تبلورت بعد الاعتماد، وفى هذا الإطار يرى أحمد عكاشة إن هناك خمسة أنواع من المدمنين، وهم المدمن المكتئب، والمدمن القلق، والمدمن الذى يعانى من أعراض عقلية، والمدمن ذو شخصية سوية يعانى من آلام جسدية، والمدمن ذو الشخصية المستهينة بالمجتمع الذى لا يتحمل المسئولية ويدمن السجائر مبكرًا، ويشبع رغباته بشكل فورى (أحمد عكاشة، ٢٠٠٧: ٤١).

كما يضيف محى الدين أحمد بإن متعاطى المواد المسببة للإدمان يتسمون ببروفيل من الخصائص المزاجية يميزهم عن غيرهم، فهم أميل إلى الخصائص المرتبطة بالإنبساط، حتى وإن كان بعضهم غير انبساطى، حيث الشعور السريع بالملل، ومن ثم البحث عن الإثارة فى مواقف الحياة المختلفة، ومندفعون فى سلوكهم وفى اتخاذهم القرارات المتصلة بحياتهم، وتتميز علاقاتهم بالآخرين بأنها سطحية نسبيًا، ومرهونة بوضعهم النفسى، كما إنهم أقل مجاراة للمواقف الاجتماعية، ومتقلبوا المزاج، ودرجة دافعيتهم منخفضة، ومنخفضوا الثقة فى ذواتهم، ونافرون من الغموض (محى الدين أحمد، ٢٠٠٣: ٥٦).

كما تساعد عوامل الشخصية Personality Factors فى تفسير لماذا بعض الأفراد أكثر استهدافًا لاستخدام أو الاعتماد على المواد التى تسبب الإدمان، فمن عوامل الشخصية التى تظهر ضرورية فى التنبؤ بذلك ارتفاع مستويات الوجدان السلبى، وتسمى أحيانًا بالانفعالية السلبية negative emotionality، وهى الرغبة المستمرة للإثارة جنبًا إلي جنب مع زيادة الوجدان الايجابى، وكذلك التقيد constraint التى تشير إلى السلوك الحذر، وتجنب الأذى، والمعايير الأخلاقية المحافظة، فقد وجدت

إحدى الدراسات الطولية إن المراهقين البالغين من العمر (١٨) عام، ممن يتصفون بانخفاض التقيد وارتفاع الانفعالية السلبية كانوا أكثر عرضة لتطوير اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان فى الرشد (Krueger, 1999).

وأشارت دراسة أخرى طولية إلى ما إذا كان للعوامل الشخصية قدرة تنبؤية بأحد اضطرابات استخدام المواد التى تسبب الإدمان لدى أكثر من (١٠٠٠) مراهق من الذكور والإناث فى أعمار (١٧) سنة ثم مرة أخرى فى سن (٢٠) سنة تبين إن انخفاض التقيد وارتفاع الانفعالية السلبية تتنبأ باضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان (Elkins, King, McGue & Iacono, 2006).

سمات الشخصية الإدمانية ما قبل مرحلة الإدمان:

١- الاعتمادية:

تعد سمة الاعتمادية هى السمة الأساسية التى يعانى منها مريض الإدمان وهى التى يرد إليها فى النهاية بقية السمات الأخرى حيث تطغى هذه السمة بشكل كامل على أفكار وسلوكيات ومشاعر مريض الإدمان، وهو ما تكشف عنه العلاقة الارتباطية بين كلًا من سوء التوافق النفسى والإدمان، كما إن سوء التوافق النفسى فى علاقته بالإدمان قد تكون سببًا ونتيجة فى نفس الوقت، بمعني إن مريض الإدمان كان يعانى من سوء التوافق النفسى والاجتماعى قبل اتجاهه للإدمان، وإن الإدمان بمثابة محاولة فاشلة من قبل المدمن للتخلص من سوء التوافق الذى يعانيه، إلا إن تحول العلاقة بين المدمن وبين المخدر إلى علاقة اعتمادية وتعلقه الشديد بالمخدر فى تيسير أمور حياته بشتى جوانبها الشخصية منها والأسرية والاجتماعية، فإن تلك الاعتمادية على المخدر بدلًا من أن تلبى الاحتياجات النفسية للمريض وتساعده على تحقيق التوافق النفسى والاجتماعى المفقود، فإنها أدت إلى تدهور أكثر حدة وأعمق تأثيرًا بالسلب على التوافق النفسى والاجتماعى له.

(محمد كمال عبدالله، ٢٠١٧: ٣٨؛ نوال مادى، ٢٠١٤: ٢٧)

٢- الإحساس بالدونية وضعف تقدير الذات:

يعد الإحساس بالدونية من أحد السمات الشخصية الإدمانية التى يعانى منها مريض الإدمان، حيث نجد إن ضعف تقدير المدمن لذاته وشعوره الدائم بإنه أقل قدرات وإمكانيات من أقرانه يعد من أهم السمات التى ترسخ لديه الإحساس بالدونية، ولذلك فإن الأشخاص الذين يحملون تلك السمات هم الأكثر عرضة للدخول فى براثن الإدمان، أى إنهم عندما يتعاطون المخدر لأول مرة لا يشعرون فقط بحالة المتعة والسعادة والنشوة التى يجلبها المخدر لمتعاطيه، ولكنهم يشعرون بالأساس بإنهم عند تعاطيهم للمخدر قد منحهم شعورًا أيضًا بحالة من الاكتمال النفسى وإن شعورهم بالدونية وضعف تقدير الذات قد

انتهى تمامًا، حيث يمنحهم شعورًا قويًا بالثقة فى النفس مما يخلق حالة من الاعتمادية على هذا المخدر فى إشباع نواحى القصور المتعلقة بالإحساس بالدونية وضعف تقدير الذات.

(محمد حسن غانم، ٢٠٠٣: ١٣٦؛ محمد كمال عبدالله، ٢٠١٧: ٣٩)

٣- **الخجل الاجتماعى:**

هناك نسبة ليست بالقليلة من مرضى الإدمان كانوا يعانون من الخجل الاجتماعى وعدم القدرة على المواجهة والتواصل مع الآخرين وانخفاض القدرة على الانخراط مع أى مجموعة جديدة من الأفراد، ولذلك فإن الأشخاص الذين يحملون تلك السمات يكونون أكثر عرضة للدخول فى براثن الإدمان فى حالة استخدامهم للمخدر وخاصة (الأفيونات) لما تضيفه تلك المواد له من شعور بحالة من القدرة على النجاح فى التواصل مع أى مجموعة جديدة دون الشعور بالخجل

(محمد كمال عبدالله، ٢٠١٧: ٣٩).

ومن خلال العرض السابق يرى الباحث: إن هناك عوامل عديدة ترتبط بأسباب اضطرابات استخدام المواد، فالعوامل البيولوجية وأبرزها النزعة الوراثية تؤدى دورًا فى استخدام المواد المسببة للإدمان، والاختلافات الاجتماعية والثقافية مثل المواقف تجاه المواد، وضغط الأقران، وكيفية تصوير وسائل الإعلام للمادة، كل هذه تعد مرتبطة بمدى استخدام المادة، ويعد الأفراد الذين يتسمون ببعض السمات والخصائص الشخصية، كأولئك الذين يعانون من ارتفاع نسبة الشعور بالانفعال السلبى معرضين بشكل خاص لاستخدام المواد، وتؤدى المتغيرات المعرفية أيضًا إلى توقع إن المادة سيكون لها تأثيرات إيجابية، وبالتالى فإن ثمة عوامل متعددة سواء بيئية أو نفسية أو بيولوجية، أو ما هو متعلق بطبيعة المادة المسببة للإدمان، أو شخصية المعتمد على المادة التى تسبب الإدمان، يمكن أن تتسبب فى الاعتماد على المواد ولكن من الصعب أن نعزى الإدمان لسبب واحد مباشر، كما يرى الباحث إن السمات والعوامل الشخصية تعتبر من أهم العوامل المهيأة للسلوك الاعتمادى الإدمانى، فقد تجتمع العوامل السابقة وتتوفر لمجموعة من الأشخاص ومع ذلك لا يدمنوا جميعًا، فلا يلجأ لهذا السلوك الانسحابى إلا أصحاب الشخصية غير المتزنة انفعاليًا التى لا تمتلك مهارة التعامل مع الضغوط ولا تتحمل المسئولية.

المبحث الثالث: النظريات المفسرة للاعتماد على المواد المسببة للإدمان

حددت البحوث بعض الأسباب المرتبطة التى تؤدى إلى إمكانية حدوث استخدام أو سوء استخدام للمواد المسببة للإدمان، حيث ظهرت الحاجة إلى البحث عن علاج فعال وعن استراتيجيات وقائية، وهذا ما يوضح لنا لماذا يستخدم الأفراد المواد المخدرة أو يسيئون استخدامها، ونتيجة لاعتبار سوء استخدام المواد مرض وإدماجه فى علم الأمراض، شرعت مدارس علم النفس فى دمج هذا السلوك ضمن مناهجها النظرية بصورة أشمل، ويمثل عرض النظريات Theories المفسرة للاعتماد، محاولات لتوضيح اتجاه الدراسة الراهنة نحو فهم العوامل المرتبطة بهذا الانحراف والدافعة إليه والمؤدية إلى اكتسابه بدرجة أو بأخرى، حيث يصعب إرجاع حدوث هذا الانحراف وما يترتب عليه من اضطرابات إلى مجرد سبب واحد بعينه، الأمر الذى دعى المجتمع البحثى إلى وضع مجموعة من النظريات المفسرة للاعتماد والتى سيتم عرض بعض منها فيما يلى فى محاولة لفهم أعمق لطبيعة هذا الانحراف من حيث نشأته واستمراره وتفاقمه.

١) النظرية البيولوجية Biological Theory:

إن سوء استخدام المواد المسببة للإدمان كمفهوم مرضى يعد أحد العلامات البارزة لدى المعالجين، فمعظمنا يشعر بإن مسىء استخدام المواد التى تسبب الإدمان سواء كانوا مراهقين أو بالغين مرضى ويحتاجون للعلاج، وهذا ما يؤدى إلى عدم السواء الجسمى سواء كان من الناحية التشريحية أو الكيمياء الحيوية أو الفسيولوجية أو العدوى بالجراثيم، وقد كشفت الدراسات الوراثية التى أجريت على حالات التبنى والتوائم، عن مكونات وراثية أساسية ومستقلة عن التأثيرات البيئية كعامل وراثى مهيأ (أوسكار جارى بوكستين، ٢٠٠٠: ٤٦).

والعامل الوراثى يقوم بدور حيوى فى نشأة الاعتماد، فبحوث العوامل الوراثية تزخر باهتمام كبير من قبل الباحثين، ومن أهمها ما قدمه "كيج" Kaij، حيث تبين إن معدل انتشار الاعتماد على المواد التى تسبب الإدمان داخل أزواج التوائم المتماثلة يبلغ نحو ضعف معدل الانتشار بين أزواج التوائم غير المتماثلة، أما البحوث التى تجرى فى مجال التبنى فترى إن الاعتماد محمول أساسًا على موروثات، وإذا كانت الأسر البيولوجية الأصلية يوجد الاعتماد فى أيًا من عضويها الأساسيين الأب أو الأم أو الاثنين معًا، فإن احتمال ظهور الاعتماد بين الأبناء يكون مرتفعًا بغض النظر عن وجوده أو عدم وجوده فى أسرة التبني، وقد دعم هذا الافتراض نتائج عدة بحوث أسفرت عن غلبة العامل الوراثى، وأوضحت نتائجها إن الأبناء الذين ينحدرون من آباء معتمدين على مواد مسببة للإدمان يزيد معدل انتشار الاعتماد بينهم إلى نحو أربعة أضعاف معدله بين الأبناء الذين ينحدرون من آباء غير معتمدين وذلك رغم التنشئة فى بيئات التبنى، حيث لا يوجد اعتماد (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ٦٩-٧٠).

ويتمثل المنحى الفسيولوجى فى محورين، يفسر المحور الأول: الاعتماد كاضطراب موروث، حيث تشير عديد من الدراسات إلى ما يعنى إن بعض الأفراد يولدون باستعداد فطرى موروث للاعتماد، أما المحور الثانى: فهو يفسر الاعتماد على أساس التركيب الفسيولوجى للمخ، حيث يحتاج الفرد (فسيولوجيًا) إلى تعاطى المادة التى تسبب الإدمان مرة أخرى، أى يصبح معتمد عليها فسيولوجيًا، نتيجة للتكيف العصبى عليها (محمد حسن غانم، ٢٠٠٤: ٧٦).

٢) نظرية التحليل النفسى Psychoanalysis Theory:

تفترض نظرية التحليل النفسى إن اضطراب الاعتماد يرجع إلى خلل وظيفى فى النمو النفسى الجنسى Psychosexual development dysfunction الذى شهده الطفل فى المرحلة الفمية، مما يجعل الفرد على مستوى من اللاوعى يعانى من القلق الذى بدوره يدفعه نحو تعاطى المخدرات عن طريق الفم كعامل مساعد لتعويض هذا الخلل ولخفض حدة الشعور بالقلق والتوتر والألم النفسى، كما يصف بعض أنصار هذه النظرية بأنهم يعانون من عدة سمات شخصية تتسم بالخجل والانطواء والانسحاب الاجتماعي والتوتر وحدة الطباع وسهولة الاستثارة والحساسية المفرطة والكبت الجنسى (Blane & Prescott, 2010: 41).

كما ترى نظرية التحليل النفسى إن المرحلة التى ينتمى إليها سلوك معتمدى المخدرات تعد مرحلة مجاورة للمرحلة التى ينتمى إليها المرضى بذهان الهوس والاكتئاب، أى المرحلة الفمية المتأخرة Lately Oral Phase، ولذا فإن المعتمد هو شخص محبط ومكتئب يتسم بالعجز والسلبية تجاه العالم والمحيطين به، كما أكد بعض الباحثين إن معتمدى المواد المخدرة يميلون بصفة عامة إلى التبرير لتعاطيهم المخدرات، إضافة إلى عدم تحديد الأدوار الجنسية بين الذكور والإناث والإحساس بفقدان الدور الفعال فى صنع ما يجرى داخل المجتمع، ومن ثم فإن الاعتماد ما هو إلا عملية هروبية تعنى تدمير جانب من المشاعر والأنا الذى يحيى هذه المشاعر، أى تزييف الواقع النفسى وإنكار له (محمد حسن غانم، ٢٠٠٤، ٧٨).

٣) النظرية السيكودينامية Psychodynamic Theory:

تفترض إن المواد التى تسبب الإدمان وإدمانها كموضوع نفسى يشبه إلى حد ما الاعتماد على الآخرين بالإضافة إلى كون الإدمان مصدر الإشباع العاطفى ووسيلة من وسائل تنظيم الحالات الانفعالية المتناقضة، فإنه يؤدى بالفرد إلى تجنب العلاقات الإنسانية التى تحمل فى طياتها إمكانية الصراع، وأيضًا تجنبه للعلاقات المستقبلية، كما إن الحاجات الشخصية والاعتمادية لمسىء استخدام المواد المسببة للإدمان عادة ما تجعلهم يعبرون عن أنفسهم بإصدار مجموعة من السلوكيات يحاولون بها إخفاء دوافعهم الاعتمادية.

(أوسكار جارى بوكستين، ٢٠٠٠: ٣٩؛ Wills, Sussman & McGurk, 2015).

ويرى ماينو Mino فى نظريته النفس دينامية التحليلية إن المعتمد لا يقع بالضرورة تحت وطأة الصراعات الداخلية بين مكونات شخصيته، كما إن الاعتماد لا يحدث بالضرورة نتيجة لمواقف الإحباط المتراكمة، فإذا كان الأمر كذلك فهذا يعنى إن الاعتماد يمكن الوقاية منه من خلال كف المواقف المحبطة التى يتعرض لها الشخص، وهذا غير وارد واقعيًا، وإذا كان الاعتماد محصلة لتعرض الأفراد لمواقف محبطة متراكمة فما هو التفسير المنطقى والعلمى لانتشار الظاهرة بين أبناء الطبقات الأرستقراطية فى الغرب من غير المعرضين لأية ضغوطات حياتية مقارنة بأبناء الأسر الريفية من المعرضين لضغوطات حياتية وبشكل يومى، وبناءً على ذلك افترض إن اضطراب الاعتماد ينشأ نتيجة وجود هاديات مجتمعية تدفع الفرد للاعتماد، تتمثل هذه الهاديات فيما يلى:

أولاً: الانفعالات السلبية التى تحدث نتيجة الخلل فى العلاقات داخل أسرة الشخص المعتمد، وعلى رأسها الغضب وعدم تحمل الاستجابات العدوانية مما يدفع الفرد للتعاطى ومن ثم الاعتماد.

ثانيًا: الشعور بالاكتئاب والقلق نتيجة انهيار مفهوم الأمان داخل الأسرة ليسود مكانه الشعور بالإهمال أو المبالغة فى التدخل فى الشئون الذاتية للفرد، هذا بالإضافة إلى إن مكون الإحباط الذى أشارت إليه نظرية التحليل النفسى يصعب تحديد أشكاله التى قد يدركها كل معتمد من منظوره الشخصى بشكل مختلف عن الآخر (Mino, 2002: 67).

٤) النظرية السلوكية Behavioral Theory:

هي تلك النظرية التى تبحث فى أسباب السلوك وترى إن استخدام أو سوء استخدام المواد يتم بناء على تفاعلات الفرد مع بيئته وتأثير عدد من المتغيرات البيئية على السلوك، ومنها النظرية السلوكية ونظرية التعلم الاجتماعى والنظريات التفاعلية وبعض الجوانب فى نظرية التوقع ونظرية خفض التوتر، واستجابة خفض الضغط (أوسكار جارى بوكستين، ٢٠٠٠: ٤٠).

ويفترض أنصار هذه النظرية فى تفسيرهم للاعتماد إنه عملية متعلمة ومكتسبة وإن البيئة تسهم إلى حد كبير فى نشأة واكتساب الاعتماد واستمراره، وإن هناك العديد من الأسباب المهيأة للاعتماد مثل توافر المادة المخدرة وسهولة الحصول عليها وضغط الأقران، هذا بالإضافة إلى عدم توافر نموذج القدوة فى بيئة المعتمد والقلق الذى يسعى الشباب إلى التخفيف من وطأته وكذلك الظروف المعيشية، كما تفترض إن سلوك المحاكاة الذى يتبناه المعتمد منذ طفولته المبكرة يشكل المكون الأساسى فى تشكيل عاداته السلوكية المستقبلية، فالأسرة التى تضم فردًا أو ربما أكثر من فرد يتعاطون فيها المخدرات كجزء من الثقافة المجتمعية، ينشأ أبناؤها على مثل هذه العادات، ويعد تكرار مثل هذه العادات بمثابة دعم غير مباشر لهم يسهم فى بلورة شخصية المعتمد (Smith, 2009: 13).

كما إن التعزيز فى حالة التعاطى قد يكون ايجابيًا، أو سلبيًا، بمعنى إن تعاطى المخدرات الذى يعقبه شعور بالراحة، ويقلل من حدة القلق والتوتر والإجهاد والاكتئاب، يتم تعزيزه بشكل ايجابى، وهو ما قد يزيد من احتمال التعاطى فى المستقبل، كما إن تعاطى المخدرات الذى يعقبه خبرات غير سارة،

والحصول على نتائج سلبية مثل الشعور بأعراض القلق والاكتئاب، يتم تعزيزه سلبيًا، وهو ما قد يقلل من احتمال التعاطى فى المستقبل (Ronald, & Kadden, 2010: 9).

وتعتبر السلوكية الاعتماد نوعًا من الإثارة المدعمة المرتبطة باستخدام المخدر وإن التدعيم الإيجابى قادر على خلق عادة قوية هى عادة اشتهاء المخدر، بالإضافة إلى ما يتوقعه الفرد من آثار سلبية للامتناع عن المخدر، أى إن الاعتماد من وجهة نظرها سلوك يتعلمه البعض عند شعورهم بالقلق والتوتر، بحيث يندفعون إلى تعاطى المخدرات فيقل التوتر ويشعرون بالهدوء والارتياح، وهذا الشعور يعتبر تدعيمًا لتكرار التعاطى (أحمد خيرى حافظ، ١٩٩٩).

ويرى كل من هيجنز، هيل، لوسير (Higgins, Heil, & Lussier) إن الاعتماد على المواد المسببة للإدمان يعد اضطرابًا سلوكيًا ينتج عن أثر الدعم الذى تحدثه المادة المخدرة للشخص، مما يحدد سلوكه فيما بعد، وبالتالى يمكن وصف الاعتماد على إنه شكل من أشكال السلوك المفرط Excessive-Behavior يحدث عندما يصاحبه دعم متوقع قد يتمثل فى النشوة المصاحبة للمادة أو للتأثير المرغوب للمتعاطى الذى تحدثه المادة ويسعى إلى تثبيته من خلال الزيادة التدريجية Progressive Escalation للجرعة أو لسلوك الحصول على المادة متحديًا فى ذلك كافة المنبهات المعوقة فى البيئة، وقد يعزو ذلك فى جزء منه إلى ما يعرف بالاستعداد الوراثى للفرد نحو التعاطى، بالإضافة إلى عامل التعلم المقترن بالمدعمات (نموذج القدوة) والذى يخبره الفرد المتعاطى منذ مراحل مبكرة من حياته، دون وجود مصادر بديلة لدعم سلوكيات أخرى مرغوبة (Higgins, Heil, & Lussier, 2004, 93).

٥) نظرية التعلم الاجتماعى Social Learning Theory:

تفترض نظرية التعلم الاجتماعى "لباندورا" Bandura إن استخدام كل أنواع المواد التى تسبب الإدمان يكون محكومًا بمبادئ التشريط والتعلم الإجرائى، وما يشتمل ذلك على العوامل المعرفية (Bandura, 1969). فالأفراد يتعلمون استخدام هذه المواد من خلال تعرضهم لاتجاهات ومعتقدات النماذج التى تستخدمها، وتنظيم الحالات السلبية والايجابية، وتحسين التفاعلات الاجتماعية، وإذا استمر استخدام المواد، يزداد تحمل الفرد على التأثيرات المدعومة التى تتطلب استخدامه لكميات أكبر من هذه المواد لكى يحصل على نفس التأثيرات، وهذا يؤدى إلى الانشغال بالحصول على المواد، وكما يحدث الاعتماد الجسمى الذى يتطلب مزيد من الاستخدام لتجنب أعراض الانسحاب، كلما يزيد الحصول على التعزيزات القصيرة المدى من تغطية الرغبة فى تجنب التعزيز السلبى الناتج عن الآثار السلبية لاستخدام المواد المسببة للإدمان، ولقد أعطت أحدث التعديلات فى نظرية التعلم الاجتماعى أهمية أكبر إلى عوامل "أبعد" بما فى ذلك الخصائص الشخصية، والعوامل المعرفية، وعجز مهارات المواجهة النفسية الاجتماعية (أوسكار جارى بوكستين، ٢٠٠٠: ٤١).

وحاولت نظريات التعلم ذات الصلة بالأنماط المتنوعة، أن تفسر أسباب لجوء بعض الناس إلى الاعتماد على المواد المسببة للإدمان، فيرى بعض العلماء إن الاعتماد، ما هو إلا انعكاس اشراطى لأنواع معينة من المثيرات أو أسلوب للتقليل من اضطرابهم وقلقهم ومخاوفهم، ووفقًا لمبدأ اللذة، وتؤمن مثل هذه النظريات بأن الناس يقبلون على المواقف المفرحة واللذيذة، ويتمردون على المؤلم أو المواقف التى تثير التوتر والضغط فالفرضية الأساسية لنظرية التعزيز، هى إن العملية التعليمية لأى ارتباط بين مثير واستجابة، إنما تتطلب بالتأكيد وجود نوع من المكافآت (عبدالعزيز الغريب، ٢٠٠٦: ٦٧).

ويقترح الباحثان دولارد وميلر بإن المخدرات هى المعزز، لأنه يؤدى إلى التقليل من الخوف والصراع والقلق فى حين يعتقد "باندورا" Bandura إن تناول المخدرات بصورة مفرطة، إنما يتم من خلال التعزيز الايجابى الناجم عن المثبط المركزى والعناصر المخدرة، فالأفراد الذين يكررون استعماله نتيجة لتعرضهم للضغوطات البيئية، سيكونون أكثر عرضة للإقبال على تناول المخدرات وبشكل أكثر من أولئك الذين يتعرضون لضغوطات أقل، والذين تعتبر المخدرات بالنسبة لهم ذات قيمة تعزيزية ضعيفة ومتدنية (معتز أبو عجوة، ٢٠١٣: ٢٧).

الفصل الثالث

دور الجمعيات الأهلية وبعض المؤسسات المختلفة

فى الوقاية من الإدمان فى مصر

ويتضمن أربعة مباحث:

المبحث الأول: الجمعيات الأهلية والدولة – نظرة تاريخية تحليلية.

المبحث الثانى: الجمعيات الأهلية ودورها فى تدعيم التنمية الشاملة.

المبحث الثالث: الوقاية من الإدمان ودور بعض مؤسسات التنشئة الاجتماعية فى الوقاية من الإدمان.

المبحث الرابع: دور الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان.

الفصل الثالث: دور الجمعيات الأهلية وبعض المؤسسات المختلفة فى الوقاية من الإدمان فى مصر

تمهيد:

حثت الديانات السماوية على رعاية المحتاجين، ومساعدة القادر على كفالة غير القادر، فكان للدافع الدينى أكبر الأثر فى أن يبدأ الأفراد والجماعات التفكير فى طبيعة ما يحتاجه المجتمع لتحقيق نوع من العدالة الاجتماعية، وقد عرف الإنسان بميله للتعاون مما دعاه إلى مؤازرة جهود غيره من الأفراد لمواجهة المشاكل التى يتعرض لها فى محاولة لمواجهتها وإيجاد حل لها.

وتلعب المنظمات الأهلية (غير الحكومية) وعلى رأسها الجمعيات الأهلية دورًا ملحوظًا فى عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية فى كثير من الدول النامية، خاصة بعد تعثر بعض خطط التنمية التى اضطلعت بها الحكومات، مما اضطرها إلى البحث عن منهج يكون أكثر التزامًا وأكثر مرونة وكفاءة فى العمل التنموى ولا تحركه فى نفس الوقت بواعث الربح الخاص، وقد تمثل هذا فى جهود وأنشطة المنظمات التطوعية أو الأهلية التى بدت للبعض قادرة على أن تلعب دورًا إيجابيًا فى عمليات التنمية وعلى أن تحقق مشاركة أكبر من جانب السكان فى تحقيق أهداف التنمية.

وفى جمهورية مصر العربية ساهمت الجمعيات الأهلية فى بعض من مشروعات التنمية الاجتماعية منذ الثلاثينات وحتى الآن، وخاصة فى مجالات التعليم والصحة وحديثًا فى مجالات الإسكان والبيئة والمرأة والرعاية الاجتماعية وغيرها، وقد ارتبط هذا النشاط بقوانين الدولة وطبيعة النظم الاقتصادية والاجتماعية والأهداف المرسومة لها، حيث مرت مصر بمراحل مختلفة: مرحلة الرأسمالية ثم التوجيه الاقتصادى والتحول الاشتراكى ثم مرحلة الانفتاح الاقتصادى والإصلاح الاقتصادى ولا شك أن كل مرحلة من هذه المراحل لها طبيعتها ومعطياتها التى حددت طبيعة وحجم نشاط الجانب الأهلى فى التنمية

(معهد التخطيط القومى، ١٩٩٦: أ).

وتشير بعض الدراسات إلى إن هذه الجمعيات فى بعض الأحيان تواجه عددًا من المشكلات والقيود التى تعوق نشاطها وقيامها بالدور المنوط بها، ويمكن تقسيم هذه المشكلات إلى مجموعتين من المشكلات:

- مشكلات خارجية أو التى ترجع إلى البيئة التى تعمل فيها الجمعيات من حيث القوانين – الإشراف – وغيرها.

- مشكلات داخلية أو التى ترجع إلى نقص فى القدرات والإمكانيات الذاتية فى هذه الجمعيات والكفاءات الإدارية والفنية والمالية والمحاسبية المختلفة وغيرها.

وقد أدت هذه المشكلات إلى فشل بعض الجمعيات فى الحصول على التمويل اللازم لتنفيذ مشروعاتها أو إلى تعثر هذه الجمعيات فى القيام بالمشروعات التى حصلت على تمويل لها

(معهد التخطيط القومى، ١٩٩٦: ب).

وهناك حاجة ملحة لابتكار آليات جديدة للتعامل مع ظاهرة الإدمان وإشراك فاعلين جدد فى مواجهتها، وتحديث ما هو موجود من أدوار وقنوات، فلم يعد ممكنًا الاستمرار فى الاعتماد على الطرق التقليدية والاجتهادات الفردية، وهنا تبرز الجمعيات الأهلية كفاعل هام، فالتعويل عليها فى مكافحة المخدرات والوقاية منها أمر مسلم به، بل ويمكن القول إن جهدها فى هذا الموضوع – إذا ما توافرت لها الإمكانيات اللازمة – قد يكون أكثر فاعلية وتأثيرًا (الفوال، نجوى؛ عدلى، هويدا، ٢٠٠٣: د).

وهناك دور لمؤسسات التنشئة الاجتماعية فى مواجهة مشكلة المخدرات فهى تهتم ببناء الشخصية الواعية القادرة على أن تقف فى وجه هذا الداء الذى يزداد يومًا بعد يوم نتيجة للتحولات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التى أدت لتضاؤل فرص العمل وغلاء الأسعار وارتفاع سن الزواج وتغير نسق القيم والمعايير الاجتماعية، علاوة على التحولات فى النظام العالمى نتيجة للعولمة والتغيرات الثقافية الهائلة فى ثقافة الشباب، وازدياد شراسة العصابات الدولية التى تعمل على زيادة أعداد المدمنين على مستوى العالم عمومًا وفى مجتمعنا خاصةً فى السنوات الأخيرة.

ويستند هذا الدور إلى أهمية العلاقة المباشرة التى يطلق عليها علاقة الوجه للوجه فى دعم الشخصية حتى لا تقع فى براثن المخدرات المعروضة، وتتضمن الحماية الاجتماعية العلاقات القوية داخل الأسرة، والمؤسسات الدينية، والتعليمية، والترفيهية، فضلًا عن البيئة المحيطة بالشخص والتركيز على ثقافة الحوار فضلًا عن توفر القدوة، ويجب تحويل السياسات إلى برامج وأنشطة لكل مؤسسة على أن تشمل أنشطة وقائية وأنشطة علاجية.

ويهدف هذا الفصل إلى التعرف على دور الجمعيات الأهلية وبعض المؤسسات المختلفة فى الوقاية من الإدمان فى مصر، وذلك من خلال المباحث التالية:

المبحث الأول: الجمعيات الأهلية والدولة – نظرة تاريخية تحليلية.

المبحث الثانى: الجمعيات الأهلية ودورها فى تدعيم التنمية الشاملة.

المبحث الثالث: الوقاية من الإدمان ودور بعض مؤسسات التنشئة الاجتماعية فى الوقاية من الإدمان.

المبحث الرابع: دور الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان.

المبحث الأول: الجمعيات الأهلية والدولة – نظرة تاريخية تحليلية

تمهيد:

من أبرز الظواهر السياسية التى تشهدها بعض المجتمعات العربية إحياء المجتمع المدنى من جديد بعد فترة شهدت سيادة الممارسات السلطوية، والتى كان من بين سماتها البارزة إقصاء مؤسسات المجتمع المدنى وبخاصة الجمعيات الأهلية عن عملية صنع القرار، بل وعن الإسهام الايجابى والفعال فى التصدى للمشكلات الاجتماعية والإسهام المؤثر فى خطط التنمية.

اجتذبت مؤسسات المجتمع المدنى اهتمام الباحثين فى السنوات الأخيرة خاصة مدرسة العلوم السياسية ونشرت سلسلة من الأعمال تستهدف دراسة الأحزاب السياسية وجماعات المصالح واختبار عملية التحول الديمقراطى المصاحبة، بينما ظلت الجمعيات الأهلية أو المنظمات غير الحكومية منطقة مجهولة تحيط بها الألغام من كل جانب.

فالبيانات الرسمية المتوافرة عنها محدودة، تكاد تغطى فقط الاتجاهات العامة لنموها ولتوزيعها الجغرافى، كما إن البحوث والدراسات الخاصة بها مشتتة على عدد كبير من العلوم الاجتماعية، تهتم بموضوعات متناثرة فى القانون أو التاريخ أو الخدمة الاجتماعية.

وعن الجمعيات الأهلية والقوانين المنظمة لإنشائها فى مصر فتجدر الإشارة إلى أن القانون المدنى الصادر عام ١٨٨٥م فى مصر كان هو القانون الذى ينظم الأحكام المتعلقة بالجمعيات، وقد صدرت عدة قوانين لاحقة، اهتم بعضها بتنظيم بعض أنواع الجمعيات، ومن هذه القوانين:

- القانون رقم ٤٩ لسنة ١٩٤٥م.
- القانون رقم ٩٦ لسنة ١٩٥١م.
- القانون رقم ٤ لسنة ١٩٥٢م (معهد التخطيط القومى، ١٩٩٦: ٢).
- وقد صدرت قوانين أخرى لتكون بمثابة قانون شامل للجمعيات، حيث تم تجميع مواد كل منهم من المواد التى وردت بالقانون المدنى، وكذا بعض القوانين الأخرى وهى:

القانون رقم ٣٨٤ لسنة ١٩٥٦م.

القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤م.

القانون رقم ٨٤ لسنة ٢٠٠٢م.

القانون رقم ٧٠ لسنة ٢٠١٧م

القانون رقم ١٤٩ لسنة ٢٠١٩م.

أولًا: نبذة مختصرة عن القوانين الحديثة فى القرن العشرين المتعلقة بالجمعيات والمؤسسات الأهلية:

القانون رقم ٨٤ لسنة ٢٠٠٢م:

فى الخامس من يونية سنة ٢٠٠٢م صدر القانون رقم ٨٤ لسنة ٢٠٠٢م بإصدار قانون الجمعيات والمؤسسات الأهلية ولائحته التنفيذية الصادرة بقرار وزيرة التأمينات والشئون الاجتماعية (قطاع الشئون الاجتماعية) رقم ١٧٨ لسنة ٢٠٠٢م.

صدر هذا القانون ونشر فى الجريدة الرسمية العدد ٢٢ مكرر (أ) فى ٥ يونيه ٢٠٠٢م، وصدر قرار اللائحة التنفيذية لهذا القانون ونشر فى الوقائع المصرية – العدد ٢٤٤ (تابع) فى ٢٠٠٢/١٠/٢٣م.

صدر قانون الجمعيات والمؤسسات الأهلية بالقانون رقم ١٥٣ لسنة ١٩٩٩م ، وبدأ العمل به اعتبارًا من اليوم التالى لتاريخ نشره فى الجريدة الرسمية، والحاصل فى ٢٧ مايو ١٩٩٩م وبجلسة ٣ يونيه ٢٠٠٠م صدر حكم المحكمة الدستورية العليا فى القضية المقيدة بجدولها رقم ١٥٣ لسنة ٢١ قضائية (دستورية) قاضيًا بعدم دستورية القانون المشار إليه، تأسيسًا على إنه – بوصفه من القوانين المكملة للدستور – ولم يعرض مشروعه على مجلس الشورى لأخذ رأيه فيه، خلافًا لنص المادة ١٩٥ من الدستور وأورد الحكم فى مدوناته إن هذا العيب الدستورى الذى شمل ذلك القانون بتمامه يغنى عن الخوض فيما اتصل ببعض نصوصه من عوار دستورى موضوعى باستلابه الأنزعة الإدارية الناشئة عنه من مجلس الدولة الذى اختصه الدستور بولاية الفصل فيها باعتباره قاضيها الطبيعى.

وإذ قضى هذا الحكم بعدم دستورية ذلك القانون برمته والعودة للقانون السابق رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤م المنظم للعمل التطوعى فى مصر، فقد تعين إلغاء هذا القانون إعداد مشروع قانون جديد، ليعرض على مجلس الشورى لأخذ رأيه فيه: تحقيقًا لمقتضى ذلك القضاء وإعمالًا لنص المادة ١٩٥ من الدستور، وقد روعى فى إعداد هذا المشروع الجديد أن يؤخذ فى الاعتبار ما أورده الحكم الدستورى فى مدوناته بشأن جهة الاختصاص القضائى بنظر الأنزعة الإدارية الناشئة عن القانون الجديد.

القانون رقم ٧٠ لسنة ٢٠١٧م:

فى الرابع والعشرين من مايو سنة ٢٠١٧ صدر القانون رقم ٧٠ لسنة ٢٠١٧م الخاص بإصدار قانون تنظيم عمل الجمعيات وغيرها من المؤسسات العاملة فى مجال العمل الأهلى ونشر فى الجريدة الرسمية العدد ٢٠ مكرر (و).

ينظم هذا القانون والقانون المرافق له حرية ممارسة العمل الأهلى للجمعيات وتلك الكيانات، ويحظر على أى جهة أيًا كان شكلها القانونى أو مسماها أن تمارس العمل الأهلى إلا بعد الالتزام بأحكامه والخضوع لها.

يلغى قانون الجمعيات والمؤسسات الأهلية الصادر بالقانون رقم ٨٤ لسنة ٢٠٠٢م، كما يلغى كل حكم يخالف أحكام هذا القانون والقانون المرافق له.

القانون رقم ١٤٩ لسنة ٢٠١٩ (القانون الحالى):

فى التاسع عشر من أغسطس سنة ٢٠١٩ صدر القانون رقم ١٤٩ لسنة ٢٠١٩ الخاص بإصدار قانون تنظيم ممارسة العمل الأهلى ونشر فى الجريدة الرسمية العدد ٣٣ مكرر (ب).

بمراعاة ما ورد بنظم الجمعيات المنشأة بقانون أو استنادًا إلى اتفاقيات دولية أبرمتها جمهورية مصر العربية، ومع عدم الاخلال بأحكام القانون رقم ٩١ لسنة ١٩٧١م، والقانون رقم ١٠ لسنة ٢٠٠٩م والقوانين المنظمة للأنشطة المالية غير المصرفية يعمل بأحكام القانون المرافق فى شأن تنظيم العمل الأهلى.

وتلتزم جميع الجمعيات والمؤسسات الأهلية والمنظمات الإقليمية والأجنبية غير الحكومية والاتحادات العاملة فى هذا المجال فى أنظمتها الأساسية وأنشطتها وتمويلها باحترام أحكام ومبادئ الدستور والقوانين المصرية والاتفاقيات الدولية التى صدقت عليها مصر.

وتسرى أحكامه على الجمعيات والمؤسسات الأهلية والمنظمات الإقليمية والأجنبية غير الحكومية والاتحادات العاملة فى هذا المجال، ويحظر ممارسة العمل الأهلى بالمخالفة لأحكام هذا القانون والقانون المرافق له.

يلغى القانون رقم ٧٠ لسنة ٢٠١٧م الخاص بإصدار قانون تنظيم عمل الجمعيات وغيرها من المؤسسات العاملة فى مجال العمل الأهلى كما يلغى كل حكم يخالف أحكام هذا القانون والقانون المرافق له.

وقد صدر قرار رئيس مجلس الوزراء رقم (١٠٤) لسنة ٢٠٢١م بإصدار اللائحة التنفيذية لقانون تنظيم ممارسة العمل الأهلى الصادر بالقانون رقم (١٤٩) لسنة ٢٠١٩م، وذلك بالجريدة الرسمية – العدد الأول (مكرر) فى ١١ يناير لسنة ٢٠٢١، والتى تنص على مراعاة ما ورد بنظم الجمعيات المنشأة بقانون أو استنادًا إلى إتفاقيات دولية أبرمتها جمهورية مصر العربية، ويعمل بأحكام اللائحة التنفيذية رقم (١٠٤) لسنة ٢٠٢١م فى شأن قانون تنظيم ممارسة العمل الأهلى رقم (١٤٩) لسنة ٢٠١٩م، وتلغى اللائحة التنفيذية لقانون الجمعيات والمؤسسات الأهلية الصادرة بقرار وزيرة التأمينات والشئون الاجتماعية رقم (١٧٨) لسنة ٢٠٠٢م الخاصة بالقانون رقم (٨٤) لسنة ٢٠٠٢م.

ثانيًا: أهم الجمعيات الأهلية التى كانت منتشرة فى جمهورية مصر العربية:

. الجمعية الخيرية اليونانية الأولى فى الإسكندرية عام ١٨٢١م.

. جمعية المعارف عام ١٨٦٨م والتى عنيت بالتأليف والطباعة والنشر.

. الجمعية الجغرافية عام ١٩٥٦م التى عنيت بالاتجاهات الجغرافية والعلمية والتدوين والنشر.

. الجمعية الخيرية الإسلامية الأولى عام ١٨٧٨ والتى كان الدافع من إنشائها شعور علماء الدين وغيرهم بطغيان النفوذ الأجنبى وتدخل الأجانب فى شؤونهم.

. جمعية مكافحة السل والجمعية المصرية لمحاربة الدرن الرئوى "بالإسكندرية حاليًا" بغرض الرعاية والمساعدة سنة ١٩٠٢م.

. الجمعية المصرية لرعاية العميان بالزيتون (القاهرة) والتى رعاها كثير من القيادات الحكومية آنذاك.

. الجمعية المصرية لرعاية وتأهيل الصم وضعاف السمع بمصر الجديدة وكان هدفها المساعدة بين الناس وحل مشكلاتهم.

فى ضوء ماسبق فإن الجمعيات الخيرية قد تمثل أهم المؤسسات لممارسة برامج الرعاية الاجتماعية ومجالات العمل التطوعى فالدافع الدينى كان هو المحرك الأساسى للقيام بالأنشطة التطوعية آنداك

(معهد التخطيط القومى، ٢٠٠١: ٥).

ثالثًا: تحليل أوضاع الجمعيات الأهلية فى مصر فى المراحل السياسية المختلفة:

المرحلة الأولى (الليبرالية)١٩٢٣ – ١٩٥٢م:

تميزت هذه المرحلة بإطلاق حرية تكوين الجمعيات ووضعها فى إطارها التشريعى الصحيح حيث أشار دستور ١٩٢٣م إلى حق المصريين جميعًا فى تشكيل جمعيات، وفرق المشرع بين ثلاثة أنواع من الجمعيات الأهلية:

- جمعيات ذات طابع شبه عسكرى وتعمل لخدمة حزب أو مذهب سياسى معين، وتقرر حظرها قطعيًا بموجب القانون رقم ١٧ لسنة ١٩٣٨م لأنها كانت تتبنى بعض مظاهر النظم الفاشية.
- جمعيات مدنية تتمتع بجميع الحقوق التى يتمتع بها أى شخص اعتبارى ولها أن تمارس كافة الأنشطة شريطة ألا يكون بين أنشطتها هدف الحصول على ربح مادى، ونظمها القانون المدنى.
- الجمعيات الخيرية والمؤسسات التى يخصص مالها لأعمال الخير والنفع العام وتسد حاجة اجتماعية ملحة، ومن أمثلتها ملاجئ الأيتام ومؤسسات رعاية الأحداث وغيرها.

وكان من الطبيعى فى ظل هذا المناخ القانونى والسياسى أن تزدهر الجمعيات كمؤسسات للتنشئة الثقافية والسياسية والاجتماعية، وفى ضوء هذا حدث نمو مطرد فى عدد الجمعيات الأهلية من ٦٥ جمعية تأسست قبل عام ١٩٠٠م إلى حوالى ٦٣٣ جمعية تأسست خلال الفترة من ١٩٢٥ – ١٩٤٤م، وإلى حوالى ٥٠٨ جمعية تأسست فى الفترة من ١٩٤٥ – ١٩٤٩م.

المرحلة الثانية (الإنحسار) ١٩٥٢ – ١٩٧٠م:

انتقل النظام السياسى المصرى إلى مرحلة جديدة بعد إعلان الثورة وإلغاء التعددية الحزبية، وأصبحت الدولة مسئولة تمامًا عن كافة القطاعات الإنتاجية والخدمية، وعن التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وتبنيها لسياسات اجتماعية واقتصادية اشتراكية، وصاحب ذلك ما يعرف ببيروقراطية الدولة التى امتد نشاطها ليشمل كافة القطاعات، وتعاملت مع الجمعيات الأهلية بنفس أسلوب تعاملها مع الأحزاب، فأصدرت عام ١٩٥٦م قرارًا جمهوريًا رقم ٣٨٤ بإلغاء بعض مواد القانون المدنى المتعلقة بالجمعيات الأهلية، وحل هذه التنظيمات جميعها وتعديل نصوصها، وحظر اشتراك الأشخاص المحرومين من مباشرة حقوقهم السياسية فى تأسيس أو عضوية أى جمعية، وبذلك انتقلت حركة الجمعيات الأهلية إلى مرحلة جديدة عكست أزمة ثقة بين الدولة والمجتمع المدنى، وكانت بداية لتراجع العمل الأهلى.

ثم جاء قانون الجمعيات الأهلية رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤م والذى أثار ضجة كبرى فى هذه الفترة لأنه وضع قيودًا على تحركات وأنشطة المجتمع المدنى، ولهذا تكشف المؤشرات الإحصائية لمعدلات نمو الجمعيات الأهلية فى مرحلة الستينات على وجه التحديد عن انخفاض معدل نمو الجمعيات الأهلية، فقد

كانت كافة القوانين المتعلقة بالمجتمع المدنى والتى صدرت فى أعقاب الثورة سببًا رئيسيًا فى تراجع قيمة المشاركة والمبادرات الشعبية التطوعية.

ويلاحظ على أنشطة الجمعيات الأهلية فى تلك الفترة استمرار وزن المكون الدينى فى أنشطة الجمعيات الأهلية وانخفاض الجمعيات الثقافية والعلمية، وفى هذه الفترة طرحت التنمية بديلًا عن النهضة وانحصر عمل الجمعيات فى بعض مشروعات التدريب وزيادة الدخل وتوفير فرص عمل، وتتمثل المشكلات التى تواجه هذا النمط من الجمعيات فى ضعف قدرتها على احتواء المشاركة الشعبية وعدم وضوح فلسفة التنمية التى تتبناها، فانخفضت مشاركة الشباب الأقل من ٤٠ سنة فى الحياة العامة، وانخفضت نسبة تسديد الاشتراكات وزيادة مشاركة الذكور وانخفاض مشاركة الإناث.

المرحلة الثالثة (الانفتاح والخصخصة) ١٩٧٠ – ١٩٩٩م:

شهدت مصر تحولًا اقتصاديًا وسياسيًا من الاشتراكية إلى الانفتاح الاقتصادى حيث تتحكم آلية السوق فى الإنتاج والاستهلاك والاستثمار، وصاحبت سياسة الانفتاح برنامجًا للإصلاح الاقتصادى والتكيف الهيكلى وخصخصة شركات القطاع العام، وإقامة شبكة من الضمان الاجتماعى كان أبرزها الصندوق الاجتماعى للتنمية للتخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن سياسات الإصلاح الاقتصادى ولتعبئة الموارد المحلية والدولية من أجل توفير فرص عمل تخفف من حدة الفقر والبطالة واستخدم الصندوق الاجتماعى بعض الجمعيات الأهلية كجهات كفيلة ووسيطة ومنفذة لمشروعاته لتنمية المجتمع، واعتبرت الجمعيات الأهلية شريكًا للحكومة فى هذا الصدد.

وتبدو ملامح التغير فى سياسة الحكومة تجاه الجمعيات الأهلية فى عدة تصريحات للسيد رئيس الجمهورية يؤكد فيها على أهمية المبادرات الشعبية والجمعيات وزياراته لعدد من الجمعيات، كما صدرت تصريحات عديدة من أعضاء الحكومة تشير إلى أهمية مشاركة الجمعيات الأهلية فى تحمل أعباء التنمية وإيجاد حلول لمشكلات المجتمع، وركزت مناقشات مجلس الشعب على أهمية المشاركة الشعبية التطوعية فى تنمية المجتمعات المحلية، ودور الجمعيات الأهلية فى مواجهة مشكلة الزيادة السكانية والتطرف الدينى والوحدة الوطنية، والاهتمام بالجمعيات العاملة فى مجال البيئة ومكافحة إدمان المخدرات.

إلا أن هناك من المؤشرات ما يعزز الرأى بأن المرحلة الحالية التى تمر بها الجمعيات قد تكون مرحلة انتقالية تؤثر بالإيجاب على دور هذه التنظيمات فمن ناحية هناك ضغوط من جانب قوى اجتماعية وسياسية تطالب بتحرير القطاع الأهلى، كما أشار رئيس الجمهورية فى خطابه بمناسبة انتخابه عام ١٩٩٩م إلى ضرورة الإهتمام بدور الجمعيات الأهلية باعتبارها شريكًا فى التنمية، بالإضافة إلى قيام الجمعيات بالتعاون مع وزارة الشئون الاجتماعية والعدل بتغيير قانون الجمعيات رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤م وصدور القانون الجديد رقم ١٥٣ لسنة ١٩٩٩م ولائحته التنفيذية التى اتسمت بشىء من تخفيف

الإجراءات، إلا إن كل ذلك توقف بسبب صدور حكم من المحكمة الدستورية العليا بإن قانون ١٥٣ غير دستوري.

وهناك نماذج إيجابية لعشرات من الجمعيات التى أدركت قيمة دورها فى التنوي، فضلًا عن إدراك الدولة المتزايد بأهمية إيجاد نوع من الشراكة مع الجمعيات الأهلية لكى تقوم بدورها المكمل لدور الحكومة فى جهود التنمية، باعتبار إن الجمعيات الأهلية أقدر وأسرع على تلبية الاحتياجات الحقيقية للمجتمعات المحلية من أجهزة الحكومة التى يصعب عليها التغلغل فى هذه المجتمعات.

وكان لهذا التغير فى البيئة السياسية أثره فى زيادة عدد الجمعيات التى تم إشهارها والتى بلغ عددها حوالى ١٥٠٠٠ جمعية حتى عام ١٩٩٦م، وقد حدثت عدة خلافات بين وزارة الشئون الاجتماعية والجمعيات الأهلية نتيجة لحل بعض الجمعيات وانتهى الأمر إلى اقتصار حل الجمعيات على الجمعيات التى توقف نشاطها بالفعل، وقد اتجه اهتمام السياسات الحكومية نحو دعم الجمعيات الأهلية التى تمارس أنشطة اقتصادية بهدف الحد من مشكلة البطالة والفقر، كجمعيات الأسر المنتجة وتوجيه جزء من موارد الصندوق الاجتماعى للتنمية إلى المشروعات المتناهية الصغر والمشروعات الصغيرة والتى تتم عن طريق الجمعيات الأهلية.

ووجهت الحكومة أيضًا دعمها إلى الجمعيات العاملة فى مجال الأمومة والطفولة والمرأة الريفية وخدمات تنظيم الأسرة، كما اتجهت الجمعيات إلى مؤسسات التمويل الأجنبية ولكن يتطلب ذلك من الجمعيات أن تكون قادرة على الاستمرار فى المشروع وتمويله بالجهود الذاتية بعد انتهاء التمويل الأجنبى، ويعني هذا إن الجمعيات الأهلية تواجه العديد من القضايا أهمها العلاقة مع الحكومة ممثلة فى وزارة الشئون الاجتماعية، وكذا قضية التمويل والبناء المؤسسى والتنظيمى لتلك الجمعيات ومشكلة القيادة وظاهرة تسييس الجمعيات وقضية المتطوعين واحتياجات الجمعيات الأهلية (معهد التخطيط القومى، ٢٠٠١: ٦-١٠).

المرحلة الرابعة (ما بعد الخصخصة وحتى الآن) ٢٠٠٠ – ٢٠٢٠م:

- وتعد هذه المرحلة فترة ما بعد تحولات اقتصادية ناتجة عن سيادة النظام الاقتصادى الرأسمالى (الخصخصة)، ونهاية الاتحاد السوفيتى والتحول، وبذلك كان طرح الجمعيات الأهلية كآلية لمعالجة الآثار السلبية لهذه السياسات الاقتصادية الجديدة والتقليل من وطأتها خاصة على الفقراء، وقد كانت هذه التوجهات مدعومة على المستوى الدولى من خلال سياسات التمويل العالمية والمؤتمرات المتتالية للأمم المتحدة (أمانى قنديل، ٢٠١٠: ٣٣).
- وفى ظل التطورات العالمية والاقليمية والمحلية وعقب ثورة ٢٥ يناير ٢٠١١م أصبح لابد من تلبية حاجات العصر من حيث تعظيم دور القطاع الأهلى وتنشيط التكافل الاجتماعى وكذلك

تنمية وتطوير مفهوم المشاركة فى المؤسسات الأهلية وتعظيم دور الاتحادات الاقليمية والنوعية والاتحاد العام للجمعيات الأهلية.

- وعلى الرغم من زيادة عدد الجمعيات الأهلية إلا أنها لم تحقق الهدف المنشود منها فى دفع عملية التنمية، وما زال متوقعًا من الجمعيات الأهلية أن تقوم بدور أكثر فعالية فى مختلف القضايا، والمساهمة فى تخطيط وتقويم هذه البرامج ضمانًا لمزيد من فعاليتها فى المجتمع المصرى.
- وقد صدرت خلال هذه الفترة عدة قوانين وهى (قانون رقم ٨٤ لسنة ٢٠٠٢م – قانون رقم ٧٠ لسنة ٢٠١٧م – القانون الحالى رقم ١٤٩ لسنة ٢٠١٩م ولائحته التنفيذية رقم ١٠٤ لسنة ٢٠٢١م)، والهدف من إصدار هذه القوانين تطوير وتوسيع دائرة الجمعيات والمؤسسات الأهلية فى تعاملها مع القطاع الحكومى ومع الأهداف التنموية والمشاركة فى تحقيق التنمية الشاملة وتحقيق رؤية مصر ٢٠٣٠.

رابعًا: النشاط الأهلى:

يضم النشاط الأهلى المنظمات التالية:

١- منظمات غير حكومية (جمعيات أهلية) مسجلة لدى وزارة الشئون الاجتماعية.

٢- منظمات المجتمع المدنى والمسجلة طبقًا لقانون الشركات المدنية، كالمنظمات غير الحكومية العاملة فى مجال حقوق الإنسان.

٣- الاتحادات النوعية والإقليمية : تنشئ الجمعيات والمؤسسات الأهلية فيما بينها اتحادات نوعية وإقليمية تكون لها شخصية اعتبارية وتتمثل أنشطة الاتحادات النوعية فى المساعدات الاجتماعية – هيئات رعاية الفئات الخاصة – الخدمات الثقافية والعلمية والدينية لرعاية المسجونين – هيئات الأسرة والطفولة – هيئات تنمية المجتمعات المحلية – جمعيات التنمية الإدارية – جمعيات صداقة الشعوب لحماية البيئة، وتتكون الاتحادات النوعية من الجمعيات والمؤسسات الأهلية التى تباشر أو تمول نشاطًا مشتركًا فى مجال معين، سواء على مستوى الجمهورية أو إحدى محافظاتها.

أما الاتحادات الإقليمية فينشأ اتحاد إقليمى واحد فى كل محافظة، وذلك استكمالًا للهيكل التنظيمى للنشاط الأهلى، ويضم الجمعيات الأهلية والاتحادات النوعية، ولكل من الاتحاد الإقليمى والاتحاد النوعى اختصاصاته كما جاء فى القانون.

٤- الاتحاد العام للجمعيات الأهلية والمؤسسات الخاصة (معهد التخطيط القومى، ٢٠٠١: ٢٠).

خامسًا: التنوع فى مجالات أنشطة الجمعيات الأهلية:

تعمل الجمعيات الأهلية فى عدد سبعة عشر (١٧) مجالًا كالتالى:

١- رعاية الطفولة والأمومة.

٢- رعاية الأسرة.

٣- المساعدات الاجتماعية.

٤- رعاية الشيخوخة.

٥- الخدمات الثقافية والعلمية والدينية.

٦- رعاية الفئات الخاصة والمعاقين.

٧- تنمية المجتمعات المحلية.

٨- التنظيم والإدارة.

٩- رعاية المسجونين.

١٠- تنظيم الأسرة.

١١- الصداقة بين شعب مصر والشعوب الأخرى.

١٢- النشاط الأدبى.

١٣- الدفاع الاجتماعى.

١٤- أرباب المعاشات.

١٥- حماية البيئة والحفاظ عليها.

١٦- التنمية الاقتصادية للأسرة وتنمية المجتمع.

١٧- حماية المستهلك.

قبل عام ١٩٩٤م كانت ميادين عمل الجمعيات ١٣ ميدانًا فقط ثم أضيفت ميادين أخرى منذ عقد المؤتمر الدولى للسكان والتنمية ومؤتمر القمة الاجتماعية ومؤتمر المرأة العالمى فى بكين مثل حماية

المستهلك وحماية البيئة والحفاظ عليها والنشاط الأدبى والتنمية الاقتصادية للأسرة وتنمية المجتمع (معهد التخطيط القومى، ٢٠٠١: ٢٩).

سادسًا: التوزيع الجغرافى والجمعيات الأهلية:

- **الجمعيات الأهلية ودورها وعلاقتها بالأمم المتحدة والمؤتمرات الدولية والإقليمية والمحلية:**

بدأت مؤسسات المجتمع المدنى (الجمعيات الأهلية) تلعب دورًا مؤثرًا وملموسًا كما بدأت تتحمل بعض المسئوليات التى لم تعد الدولة قادرة على القيام بها فى ظل سياسات الخصخصة وإعادة الهيكلة الاقتصادية وتحويل المجتمعات الإنسانية إلى ما يشبه القرية الواحدة، وقد ظهر جيل من الجمعيات الأهلية تعنى بالدفاع عن الحقوق أكثر من عنايتها بتقديم المساعدات أو الإحسان، ولعل من أبرز هذه الجمعيات تلك المنشغلة بالدفاع عن حقوق الإنسان والبيئة وعن حق النساء فى أن ينلن حقوقًا وفرصًا متساوية مع الرجل، بالإضافة إلى تلك التى تدافع عن حقوق الفقراء والضعفاء فى الحصول على نصيب عادل من عوائد التنمية، ولذلك أدرك المجتمع الدولى كما أدركت الأمم المتحدة أهمية القطاع الأهلى، لذا بدأت اللجنة الاجتماعية والاقتصادية التابعة للأمم المتحدة تمنح بعض الجمعيات الأهلية عضوية استشارية تعطى للجمعية الحق فى حضور جلسات واجتماعات الأمم المتحدة ومؤتمراتها الدولية والعربية.

ولأهمية الأدوار التى تقوم بها المنظمات الأهلية التطوعية ولشدة حرص طائفة كبيرة من المفكرين فى أماكن مختلفة من العالم على نجاح هذا القطاع، فلقد سعت مؤتمرات ومنتديات عدة (منتدى الشبكة العربية عام ١٩٩٩م – والمؤتمر الدولى للجمعيات الأهلية – ومونتريال عام ١٩٩٩م) لصياغة ميثاق أخلاقى للعمل الأهلى التطوعى، جاء فيه إن الهيئات التطوعية غير الهادفة للربح تشغل مجالًا من مجالات المشاركة الفعالة للمواطنين فى الحياة المدنية والاجتماعية ومن ثم فهى تدعم الديمقراطية.

وبالتالى يمكن القول إن دور الجمعيات الأهلية فى التنمية المحلية يرجع لأهمية المؤسسات الأهلية منذ نشأتها فى بدايات القرن التاسع عشر بمصر إلى قدرتها العالية على التجاوب والتفاعل مع المتغيرات التى تلحق بالمجتمع وهذا يعكس إدراكًا من جانب المؤسسات الأهلية للإطار المجتمعى الذى تعيش فيه وتتفاعل معه، ويتسم تجاوبها مع المجتمع بالمرونة والفاعلية فى الوصول للفئات المستهدفة وللجمعيات الأهلية فى مصر السبق فى العمل فى مجال الأنشطة السكانية وقد كان ذلك منذ الثلاثينات عندما عقدت الجمعية الطبية المصرية اجتماع لمناقشة المشكلة السكانية فى مصر وحذرت من خطر التزايد السكانى المطرد على إمكانيات وآفاق التنمية وواصلت الجمعيات جهودها إلى أن أصبح لها دور فى صياغة أولويات أجندة القضايا فى المؤتمرات الدولية وخاصة التى عقدت فى التسعينيات والتى

وضعت الصحة الإنجابية أحد محاور وثيقة الجمعيات الأهلية المصرية المقدمة فى المؤتمر الدولى للسكان والتنمية فى القاهرة ١٩٩٤م.

وبالإضافة إلى هذا فإن المؤسسات الأهلية تبنت على مدى سنوات طويلة وما زالت تتبنى قضايا هامة فى المجالات المختلفة وفى مجموعها تؤثر فى تنمية المجتمعات المحلية بصفة خاصة وكذلك فهى قادرة على التكيف والتغير السريع مع ما يستجد من قضايا تخص الجمهور المستهدف.

- **توزيع جمعيات الرعاية والتنمية على المحافظات فى الريف والحضر:**

تقدم الجمعيات الأهلية فى الريف والحضر العديد من الخدمات كالخدمات الصحية وعادة ما تتبعها مستشفيات ومستوصفات يتم فيها تقديم الخدمة الصحية مجانًا أو بأسعار زهيدة للطبقة غير القادرة على تكاليف العلاج الخاص، وهناك العديد من الجمعيات التى تقدم خدمات لتنمية المرأة كفصول محو الأمية وبرامج تدريبية لإكساب المرأة العديد من المهارات اليدوية والإنتاجية والتسويقية من أجل منحها قروضًا لإقامة مشروعات متناهية الصغر تدر دخلًا للمرأة وأسرتها.

ومن خلال برامج تنمية المرأة تقدم الجمعيات العديد من برامج التوعية فى المجالات المختلفة كتنظيم الأسرة وصحة الأم والطفل والرضاعة الطبيعية وتغذية الطفل والأسرة والمساواة بين الطفل والطفلة والمحافظة على البيئة ونظافتها.

كما تقوم الجمعيات بتنظيم حملات لتوعية المرأة بحقوقها السياسية والمدنية وبالقوانين المختلفة كقانون العمل وقانون الأحوال الشخصية، وتضم العديد من الجمعيات خدمات تنظيم الأسرة إلى جانب قيامها بعمل برامج لتوعية المرأة بأهمية تنظيم الأسرة لصحتها وصحة أطفالها، وهناك العديد من الجمعيات التى تقدم برامج لمحاربة العادات السيئة بين الشباب من الجنسين كالختان – وإدمان المخدرات – والتدخين – والزواج المبكر – والإنجاب المبكر.

أما فى مجال الرعاية الاجتماعية فتقوم الجمعيات الأهلية بإنشاء دور لرعاية الأيتام من البنات والصبية، وكبار السن من الجنسين، وذوى الاحتياجات الخاصة المختلفة من الذكور والإناث وتعليمهم، وتدريبهم وإكسابهم المهارات المختلفة ليصبحوا قادرين على العمل وكسب رزقهم، كما تقدم لهم الرعاية الصحية بأنواعها والتى يحتاجها أصحاب الاحتياجات الخاصة (معهد التخطيط القومى، ٢٠٠١: ٢٣–٢٨).

سابعًا: الجمعيات الأهلية بعد ثورة ٢٥ يناير ٢٠١١م:

فى ظروف غير مسبوقة تمر بها مصر وفى أعقاب ثورة كبيرة غيرت الكثير من النظم وفى ظل أجواء متوترة ومشحونة تتمثل فى وجود عدة فصائل تختلف مع بعضها سياسيًا وثقافيًا يبقى المجتمع

المدنى هو من يعمل فى صمت وتبقى الجمعيات الأهلية لتعمل فى التنمية والرعاية والحقوق والتكنولوجيا بعيدًا عن السياسة لخدمة المواطن المصرى، وتحاول أن تلبى طموحات العمل الأهلى فى مصر وتحقق مكتسبات ثورة ٢٥ يناير.

إن التنمية ومكافحة الفقر هى من أكبر التحديات التى يواجهها العالم فى القرن الجديد وهى التحدى الذى يجب مواجهته بتهيئة بيئة مواتية للتنمية وللقضاء على الفقر، وضمان تحقيق التعليم الأساسى الشامل، والارتقاء بالمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، وتحسين الصحة الإنجابية، وضمان تحقيق الاستدامة البيئية.

وعلى الرغم من زيادة عدد الجمعيات الأهلية إلا أنها لم تحقق الهدف المنشود منها فى دفع عملية التنمية، وما زال متوقعًا من الجمعيات الأهلية أن تقوم بدور أكثر فعالية فى مختلف القضايا، والمساهمة فى تخطيط وتقويم هذه البرامج ضمانًا لمزيد من فعاليتها فى المجتمع المصرى.

وقد شهد المجتمع المصرى فى الآونة الأخيرة العديد من التغيرات على كافة المستويات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والأمنية ... إلخ، والتى أثرت وبشكل كبير على جميع القضايا المجتمعية بكافة مستوياتها، وبطبيعة الحال لم تكن ظاهرة تعاطى وإدمان المواد المخدرة بمعزل عن تلك التغيرات، فقد أدت تلك التغيرات إلى زيادة انتشار تعاطى المواد المخدرة بصورة واضحة فى الشارع المصرى خلال أحداث ثورة ٢٥ يناير ٢٠١١، وخاصة فى ظل حالة الانفلات الأمنى التى شهدها المجتمع وأثرت أيضًا على جانب العرض بما يؤكد أهمية تكثيف وتضافر كل الجهود الحكومية وأيضًا الجهود التطوعية من خلال الجمعيات الأهلية حول محور "خفض الطلب" آخذين فى الإعتبار أهمية تفعيل القانون كأحد أهم آليات الضبط الاجتماعى على الإطلاق، وأهمية مواكبة هذا المحور للأساليب العالمية الحديثة وضرورة الاستفادة من الخبرات والتجارب الدولية على كافة المحاور بعد صياغتها بشكل يلائم الثقافة المصرية والعربية (المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، ٢٠١٣: ١).

ثامنًا: نبذة مختصرة عن الاتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الأهلية مع التركيز على دور الاتحاد بعد ثورة ٢٥ يناير ٢٠١١م:

أنشئ الاتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الأهلية عام ١٩٦٩م طبقًا للقانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤م والمعدل بالقانون ٨٤ لسنة ٢٠٠٢م والقوانين اللاحقة له وصولًا للقانون الحالى رقم (١٤٩) لسنة ٢٠١٩م، بشأن الجمعيات والمؤسسات الأهلية ولائحته التنفيذية ومركز إدارته وميدان نشاطه ونطاق عمله جمهورية مصر العربية ومركزه الرئيسى مدينة القاهرة وتتكون عضوية الاتحاد العام من الجمعيات على مستوى الجمهورية والاتحادات الإقليمية والاتحادات النوعية ويكون للاتحاد العام مؤتمر عام يعقد سنويًا ويشكل

مجلس إدارته بقرار من السيد رئيس الجمهورية ويضم هذا المجلس ١٩ عضوًا منتخبين وعدد ١١ عضوًا معين ومن بينهم رئيس الاتحاد، ومدة المجلس ٣ سنوات، ويعتبر الاتحاد العام قمة الهيكل التنظيمى للعمل التطوعى.

أغراض الاتحاد العام:

- وضع تصور عام لدور الجمعيات والمؤسسات الأهلية فى تنفيذ برامج التنمية.
- إجراء الدراسات اللازمة لتوفير التمويل اللازم للجمعيات والمؤسسات الأهلية لتنمية مواردها والقيام بالاتصال بالجهات الداخلية والخارجية بما يساعد على توفير الإعانات والمساعدات وإبداء المشورة لها عن وسائل دعم قدراتها المالية.
- تنظيم برامج الإعداد والتدريب الفنى والإدارى لموظفى الجمعيات والمؤسسات الأهلية وأعضائه بالتنسيق مع الاتحادات النوعية والإقليمية والجمعيات والمؤسسات الأهلية.
- يعقد الاتحاد العام مؤتمرًا عامًا سنويًا يدعى إليه رؤساء مجالس إدارة الجمعيات والمؤسسات الأهلية والاتحادات النوعية والإقليمية ويكون لهم حق انتخاب الأعضاء المنتخبين فى مجلس الإدارة ويجوز أن يدعى إلى حضور هذا المؤتمر الشخصيات المعنية بالمسائل الاجتماعية، وذلك لدراسة المسائل التى تحال إليه من اللجان الفنية أو من الاتحادات أو الجمعيات ودراسة وتبنى بعض المشاريع أو المشاكل التى تهم المجتمع المدنى مثل محو الأمية والبطالة والتنمية وإقامة مشروعات صغيرة أو متوسطة ..... الخ.
- رسم السياسة العامة للعمل الاجتماعى فى مصر.

من أهم الأنشطة والأدوار التى قام بها الاتحاد العام:

- تم ربط الاتحاد العام مع الاتحادات الاقليمية على مستوى الجمهورية من خلال شبكة ربط تتضمن نظام قواعد بيانات للاتحادات الاقليمية والنوعية والجمعيات الأهلية بالمحافظات لتكون فى متناول صانعى ومتخذى القرار والباحثين وليستفيد منها الاتحادات والجمعيات وجميع المؤسسات.
- قام الاتحاد العام من خلال الاتحادات والجمعيات والمؤسسات الأهلية بوضع مواثيق الشرف الآتية:

ميثاق شرف للجمعيات والمؤسسات الأهلية. – ميثاق شرف الأسرة المصرية.

- تم تجميع التجارب الرائدة الناجحة من بعض المحافظات وإنشاء إدارة بالاتحاد العام لتوثيق هذه التجارب بهدف التعرف على انجازات العمل الأهلى فى مصر وتقييم نتائج أعمالها ونقل خبراتها وقد تم عرض بعض هذه التجارب فى المؤتمرات التى عقدها الاتحاد العام وذلك حتى يمكن للجمعيات الأخرى الاستفادة منها وفى هذا الصدد فقد تم مخاطبة الاتحادات والجمعيات وتم تجميع أكثر من ٤٠٠ تجربة رائدة على مستوى الجمهورية فى مجالات الصحة والتعليم ومحو الأمية وتم تسجيلها.

- تم إرسال قوافل إلى المحافظات المختلفة لنشر ثقافة العمل الأهلى وشرح الدور الذى يقوم به الاتحاد العام بخصوص زيادة التفاعل والترابط بين الاتحاد العام وبين الاتحادات الإقليمية على مستوى المحافظات.

- تم توقيع عدد من البروتوكولات مع بعض الجهات بهدف التعاون فى تبادل المعلومات مع هذه الجهات والمعاونة فى تقديم الخدمات التى تقوم بها هذه الجهات إلى كافة منظمات العمل الأهلى:

المجلس القومى لحقوق الإنسان. – المجلس القومى للمرأة.

الجهاز المركزى للتنظيم والإدارة. – الجهاز القومى للاتصالات.

صندوق تطوير العشوائيات. – المعهد العالى للخدمات الاجتماعية.

- تم عقد اتفاقية مع مؤسسة ساويرس للتنمية الاجتماعية يتم بمقتضاها اعطاء الاتحاد منحة وذلك لتأهيل عدد ٣٠٠ من الخريجين وذلك لخلق فرص عمل لهم وكذلك لتحقيق المشروعات الصغيرة وعائدها الاجتماعى والاقتصادى.

- بتاريخ ٢٠١١/١/٣٠م وعقب اندلاع ثورة ٢٥ يناير ٢٠١١م تم عقد اجتماع بمقر الاتحاد العام للجنة التنفيذية وقررت اللجنة تشكيل غرفة عمليات مركزية فى الاتحاد العام، وذلك لمعايشة أحداث الثورة والعمل على المشاركة فى حماية الجبهة الداخلية على مستوى محافظات مصر.

- فى الأسبوع الأول من شهر فبراير ٢٠١١م تم عقد اجتماع طارئ برئاسة أد/ رئيس الاتحاد العام وذلك لبحث تفعيل دور الجمعيات والمؤسسات الأهلية فى دعم أسر الشهداء والمصابين وقد تقرر الحصول على موافقة المجلس الأعلى للقوات المسلحة ووزير التضامن الاجتماعي على انشاء صندوق أهلى مركزى لهذا الموضوع وتم تخصيص مبلغ مليون جنيه بصفة مبدئية.

- ناشد الاتحاد العام كافة الاتحادات الاقليمية والجمعيات والمؤسسات الأهلية لتكوين لجان شعبية للتصدى لظاهرة الانفلات الأمنى.

- قام الاتحاد العام بعقد عدة جلسات ومؤتمرات للتوعية بمواد الاعلان الدستورى والدعوة للمشاركة فى الاستفتاء فى مارس ٢٠١١م، كما شارك عدد من الأعضاء فى كافة المؤتمرات التى نظمتها الاتحادات والجمعيات على مستوى المحافظات لنفس الغرض.

- لأول مرة تم اعداد غرفة عمليات لمراقبة العملية الانتخابية لمجلس الشعب والشورى ورئاسة الجمهورية من خلال ١٤٤ مراقب فى ١٥ محافظة من أعضاء الاتحادات والجمعيات والمؤسسات الأهلية بعد تدريبهم على أعمال متابعة ورصد الانتهاكات أثناء العملية الانتخابية، وذلك بالتعاون مع المجلس القومى لحقوق الإنسان وأيضًا تمت المشاركة فى انتخابات مجلس النواب من خلال ١٤٤ مراقب.

- قام مركز التدريب بالاتحاد العام بتنفيذ مشروع المدير المحترف للمشروعات التنموية الصغيرة بالجمعيات والمؤسسات الأهلية وذلك من خلال تأهيل بعض الشباب الغير عاملين حيث وصل عدد المتدربين ٣٣٤ متدرب وتم توظيف عدد ٣٠٨ منهم وبلغ عدد الجمعيات المستفيدة من المشروع ١٨٤ جمعية.

- قام الاتحاد العام بتنظيم مؤتمر حضره السادة أعضاء مجلس الإدارة ودعي إليه السادة رؤساء الاتحادات الاقليمية والنوعية ورؤساء الجمعيات المركزية وممثلين عن الجهة الإدارية والإعلام وذلك بقاعة المؤتمرات بجمعية رابعة العدوية وتم فيه مناقشة كل المقترحات والآراء حول قانون الجمعيات والمؤسسات الأهلية المقترح فقد استمر العمل بالقانون ٨٤ لسنة ٢٠٠٢م المنظم للعمل التطوعي أكثر من عشر سنوات وفى ظل التطورات العالمية والاقليمية والمحلية وعقب ثورة ٢٥ يناير ٢٠١١م أصبح هذا القانون قاصرًا عن تلبية حاجات العصر من حيث تعظيم دور القطاع الأهلى وتنشيط التكافل الاجتماعى وكذلك تنمية وتطوير مفهوم المشاركة فى المؤسسات الأهلية وتعظيم دور الاتحادات الإقليمية والنوعية والاتحاد العام للجمعيات الأهلية وبعد أن وصل عدد الجمعيات والمؤسسات الأهلية إلى أكثر من أربعين ألف جمعية ومؤسسة أهلية تقريبًا وعدد ٢٧ اتحادًا اقليميًا تقريبًا وعدد ١١٠ اتحاد نوعى تقريبًا، وذلك فى بداية عام ٢٠١٣م، وارتفعت الدعوات المختلفة لإصدار قانون جديد للجمعيات والمؤسسات الأهلية.

- يسعى الاتحاد العام إلى دور أكثر فاعلية لمنظمات المجتمع المدنى والجمعيات والمؤسسات الأهلية على المستوى المحلى وصولًا إلى تواجد دور حقيقي لدعم العمل الأهلى وتأكيدًا لمبدأ الشراكة المطلوب بين أطراف التنمية (القطاع الحكومى – القطاع الأهلى – القطاع الخاص).

(الاتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الأهلية، ٢٠١٤: ٣٣-٣٦).

المبحث الثانى: الجمعيات الأهلية ودورها فى تدعيم التنمية الشاملة

تمهيد:

تضمنت وثيقة الأهداف الإنمائية للألفية، والتى وقعت عليها دول العالم، ومنها مصر، تحديات أساسية على العالم مواجهتها حتى عام ٢٠١٥، ويأتى فى مقدمتها مكافحة الفقر، وتطوير التعليم وسد الفجوة النوعية، وتمكين المرأة وتعزيز المساواة بين الجنسين، وتطوير الخدمات الصحية والصحة الإنجابية، وغيرها من غايات أساسية، ومؤشرات لقياس مدى التقدم المحرز (أمانى قنديل، ٢٠٠٥: ١)

والجمعيات الأهلية هى العمود الفقرى للمجتمع المدنى فى مصر –فى تنفيذ الأهداف الإنمائية للتنمية، ومن المهم الإشارة إلى أفكار ثلاثة أساسية عن المجتمع المدنى، تضمنتها وثيقة الأهداف الإنمائية للألفية:

الفكرة الأولى: التأكيد على مفهوم المجتمع المدنى القوى، بمعنى الفعالية والكفاءة فى تحقيق الأهداف والوصول إلى الفئات المستهدفة، وليس مجرد توافر بنية أساسية يكفل لنا القول بأن هناك مجتمعًا مدنيًا، ولا الاعتماد على الأرقام كأن نشير إلى زيادة عدد الجمعيات في مصر إلى ١٦٨٠٠ جمعية حتى عام ٢٠٠٥م ووصل عدد الجمعيات إلى ما يقرب من حوالى ٥٠٠٠٠ جمعية فى نهاية عام ٢٠١٩م، فهذا وحدة لا ينطوى على مؤشرات لقوة المجتمع المدنى، والجدير بالذكر أن الأدبيات العالمية الحديثة تركز على مؤشر قياس فعالية المجتمع المدنى، وإمكانية استخدامها للتعرف على مدى قوة المجتمع المدنى.

الفكرة الثانية: التأكيد على قيمة الشراكة، وهى فكرة برزت فى التسعينات من القرن العشرين، ونصت عليها المواثيق العالمية بدءً من مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية عام ١٩٩٤م، ويشير مفهوم الشراكة إلى "علاقة بين طرفين أو أكثر، تتوجه لتحقيق النفع العام أو الصالح، وتستند على اعتبارات المساواة والاحترام والعطاء المتبادل، الذى يستند على التكامل، حيث يقدم كل طرف إمكانيات بشرية ومادية وفنية أو جانب منها لتعظيم المردود وتحقيق الأهداف". إن الشراكة بهذا المعنى ليست علاقة غير متكافئة يهيمن فيها طرف على الآخر، وإنما هى علاقة تكامل وتقدير متبادل، يقدم فيه كل طرف بعض موارده لتعظيم النتائج. كذلك فإن الشراكة ليست إسناد مشروعات –كما كان سائدًا فى مصر حتى الألفية –بمعنى إن إسناد الحكومة لمشروعات تنفذها الجمعيات الأهلية ليس علاقة شراكة.

الفكرة الثالثة: المشاركة الشعبية القاعدية، بمعنى تحريك همم وطاقات المواطنين فى المجتمع المحلى للإسهام فى مواجهة تحديات التنمية البشرية، وهو ما يشير إلى أهمية الدور الذى يلعبه المجتمع المدنى لحفز الطاقات وتعبئة العمل التطوعى، وتثير هذه الفكرة مفهوم الثقافة السياسية وطبيعتها إذا كانت تشجع على المبادرات والمشاركة من عدمه. كما تشير فكرة ثقافة العمل التطوعى بمعنى توافر قيم واتجاهات إيجابية تشجع على المبادرة الشخصية.

ومنذ ثورة الخامس و العشرون من يناير و أصبح الحديث حول دور منظمات المجتمع المدنى فى النهوض بالتنمية فى مصر أمرًا أساسيًا و باتت هذه المنظمات و التى منها الجمعيات الأهلية من أهم الركائز التى تراهن عليها الدولة المصرية فى تحقيق تلك التنمية لما لها من تواصل مع مختلف فئات المجتمع . حيث تعمل المنظمات الفاعلة منها على مساندة الدولة و تكمله دورها فى النهوض بالمجتمع . و نظرًا لأهمية تلك الجمعيات الأهلية فقد خصها دستور ٢٠١٤ بمادة خاصة بها و هى المادة (٧٥) والتى تنص على: (للمواطنين حق تكوين الجمعيات والمؤسسات الأهلية على أساس ديمقراطى، وتكون لها الشخصية الإعتبارية بمجرد الإخطار، وتمارس نشاطها بحرية ولا يجوز للجهات الإدارية التدخل فى شئونها أو حلها أو حل مجالس إداراتها أو مجالس أمنائها إلا بحكم قضائى، ويحظر إنشاء أو استمرار جمعيات أو مؤسسات أهلية يكون نظامها أو نشاطها سريًا أو ذو طابع عسكرى أو شبه عسكرى، وذلك كله على النحو الذى ينظمه القانون).

ومن هذا المنطلق فإن على الجمعيات الأهلية دورًا كبيرًا تستطيع من خلاله مشاركة منظمات الدولة جنبًا إلى جنب فى عملية التنمية ومن المجالات التى تستطيع الجمعيات الأهلية أن تساهم فى تحقيق التنمية المستدامة للدولة المصرية بها وبالأخص الجمعيات الفاعلة فقط و التى لها نشاط ملموس فى مجتمعاتها أن الجمعيات الأهلية تستطيع أن تنهض بالمجتمع من خلال المجالات الآتية: (مجال الصحة – مجال التدريب و التأهيل – التعليم–الرياضة –التوعية – البيئة – المواصلات – الصرف الصحى – الكهرباء – الأمن العام – حماية المستهلك – حماية الطفولة).

(الشبكة العربية للمنظمات الأهلية، ٢٠١٥: ٨).

ويتم تناول هذا المبحث على النحو التالى:

أولًا: التنمية الشاملة:

تقوم التنمية فى أية دولة على ثلاثة قطاعات أساسية وهى: القطاع الخاص، والقطاع الحكومى، والقطاع غير الحكومى والمتمثل فى منظمات المجتمع المدنى (وعلى رأسها الجمعيات الأهلية)، وقد اكتسب مصطلح التنمية الشاملة أهمية كبيرة، وهو من المصطلحات التى فرضت نفسها بقوة فى الخطاب الاقتصادى والسياسى والاجتماعى لما يحتويه من مضامين تبعث على مستقبل مشرق يكفل رفاهية المجتمع ورقى هذا المجتمع، وباتت تلبية احتياجات المواطنين المختلفة أمرًا ضروريًا وملحًا لتأمين الأمن والاستقرار الاجتماعى، والذى بدوره يحتم ضرورة توسيع المجال وإتاحة الفرص أمام الجمعيات الأهلية لتصبح شريكًا فعليًا فى عملية التنمية الشاملة، حيث بالإمكان الاستفادة من مواردها ومن خبراتها وعلاقاتها فى إحداث التنمية والسير بها بالاتجاه الصحيح (محمود إبراهيم ملحم، ٢٠١٧: ٧).

إن تعقد الحياة الاجتماعية وتطور الظروف والتغير المتسارع فى النواحى السياسية والاجتماعية والاقتصادية والتقنية يستدعى تضافر جهود المجتمع الرسمية والشعبية كافة لمواجهة هذا الواقع وهذه التطورات، لذا فقد أصبح من الضرورى الاهتمام بتقييم دور الجمعيات الأهلية فى الإسهام فى تحقيق التنمية الشاملة ومعرفة المعوقات التى تعرقل عمل هذه الجمعيات والقضاء عليها، والتعرف على الوسائل التى من خلالها يمكن تفعيل دورها لتحديثها وتطويرها وتحسين أدائها لما لهذه الجمعيات من تأثير كبير فى مختلف مجالات الحياة، ولما لديها من مقدرة على استقطاب وجذب المساعدات العينية والمالية، ما يستلزم السعى الجاد نحو تسخير هذه المقدرة فى تحقيق التنمية الشاملة وتدعيمها.

تعد التنمية الشاملة من أهم أنواع التنمية ويستفاد منها فى توفير فرص العمل، والتخلص من الجهل والفقر، والتغيرات البيئية أثرت بشكل تدريجي على عمليات التنمية، وتعرف التنمية الشاملة على أنها عملية تحول تاريخي متعدد الأبعاد، يمس مختلف هياكل الدولة (السياسية، والاجتماعية، والاقتصادية، ...)، كما يتناول الثقافة الوطنية. وتعرف أيضًا التنمية بإنها عملية تطور شاملة أو جزئية مستمرة ذات شكل مختلف تحاول الإرتقاء بوضع الإنسان، وتحقيق استقراره والوفاء باحتياجاته.

وتتصف التنمية الشاملة بعدة صفات أهمها: أنها عملية شاملة، تهدف إلى تنمية الموارد المتاحة فى شتى المجالات لضمان حسن الاستفادة منها، وذلك للانتقال من الوضع الحالى إلى مرحلة أكثر تطورًا وتقدمًا.

ثانيًا: أهداف التنمية الشاملة: (محمود إبراهيم ملحم، ٢٠١٧: ٧-٨).

أولًا: فى المجال السياسى:

١- إيجاد دولة قوية ذات سيادة.
٢- تكوين مجتمع مدنى متحضر، يتمتع أفراده بقدر كبير من الحرية أثناء ممارساتهم لأنشطتهم الخاصة والعامة.
٣- تدعيم المشاركة الجدية والحقيقية بين الحكومة ومنظمات المجتمع المدنى (ومن أهمها الجمعيات الأهلية)، فتصدر الدولة القوانين والأنظمة الداعمة لتلك المنظمات، وفى ذات الوقت تقدم هذه المنظمات الرؤى المدروسة والتى تسهم بشكل فعال فى صنع قرارات الدولة ورسم سياساتها.

ثانيًا: فى المجال الاجتماعى:

١- تنمية الثقافة الوطنية، وغرس قيم إتقان العمل وطلب المعرفة.
٢- رفع مستويات التعليم، والاهتمام أكثر بالرعاية الصحية لأفراد المجتمع كافة.
٣- تفعيل وزيادة نسبة مشاركة المرأة فى مختلف نواحى الحياة العامة.

ثالثًا: فى المجال الاقتصادى:

١- تحقيق القيمة المضافة من خلال زيادة إنتاجية الموارد الاقتصادية.
٢- زيادة الاعتماد على الموارد والمدخرات المحلية كمصدر للإستثمار.
٣- تنمية القدرة المحلية على توليد المعرفة وإنتاج التكنولوجيا واستخدامها.
٤- زيادة فرص العمل بتنويع مجالات العمل مما يساعد فى التخفيف من البطالة وتقليص الفجوة الخاصة بتوزيع الدخل والثروة بين أفراد المجتمع.

ويرى الباحث إن الأبعاد الثلاثة (السياسية، والاجتماعية، والاقتصادية) تشكل مثلثًا متساوى الأضلاع لوجود التنمية الشاملة، وإن التقصير فى أى ضلع يعنى خروج المثلث من هذه التسمية، وبالتالى عدم اكتمال التنمية الشاملة بمعناها الحقيقى.

ثالثًا: المعوقات التى تواجه الجمعيات الأهلية فى تدعيم التنمية الشاملة:

وجود المعوقات التى تحد من قيام الجمعيات الأهلية بدورها المأمول فى التنمية الشاملة يرجع للكثير من الأمور، لعل أهمها:

١- ضعف التمويل وقلة الدعم الحكومى المقدم للجمعيات الأهلية، فكثيرًا ما يشاهد برامج طموحة لهذه الجمعيات وأكبر عوائق تنفيذها هى القصور المادى.
٢- افتقار الجمعيات الأهلية إلى برامج ورؤى واضحة وضعف التخصصية فى إدارة وتسيير أمورها، فالشخصيات المسئولة عن هذه الجمعيات إن لم تكن مؤهلة لقيادتها وتسيير أمورها (إداريًا، وماليًا، تنسيقيًا،....) قد تشكل العائق الأكبر أمام قيام هذه الجمعيات بدورها التى وجدت من أجله، فكيف لشخصية مسئولة غير قادرة على التواصل مع مؤسسات ذات علاقة أن تنقل رسالة هذه الجمعية إلى الآخرين، وتقنعهم بالتعاون معها والحصول على المساعدات المالية والعينية.
٣- ضعف التفاف الجمهور حول الجمعيات الأهلية، وقلة الوعى بالرسالة الجوهرية التى قامت من أجلها هذه الجمعيات. فبرامج الجمعيات فى كثير من الدول النامية هى أقرب ما تكون عملًا خيريًا (بمفهوم الإحسان) لا عملًا تنمويًا كما فى كثير من الدول المتقدمة اتضح اهتماماته فى تدريب وتأهيل أفراد المجتمع ليكونوا منتجين لا منتظرين الإحسان والصدقة من الآخرين، فتأمين سبل دائمة لكسب الرزق هو المحرك الرئيسى والحيوى للتنمية الحقيقية المستدامة.
٤- ارتباط عمل الجمعيات الأهلية بنشاط شخصى، حيث تصبح الجمعية وتسيير أعمالها بيد شخص واحد، مما يسبب عدم استقلالية القرار المالى والإدارى، والذى قد يكون ناتجًا عن التبعية لأصحاب النفوذ، المستمدين قوتهم من انتمائهم لحزب معين، أو لعائلة أو عشيرة، أو فئة دينية دون غيرها.

٥- ثقافة المجتمع غير الداعمة للعمل التطوعى، وقد يرجع ذلك إلى عدم الاستقرار (الأمنى، والسياسى، والاقتصادى، والاجتماعى، ....) فى المجتمع، فالعلاقة بين زيادة إدراك أهمية العمل التطوعى والنتائج الإيجابية الداعمة للتنمية الشاملة والمستدامة هى علاقة طردية.

٦- قلة الدراسات المتعلقة بأهمية الدور الذى يمكن أن تحققه الجمعيات الأهلية فى تدعيم التنمية الشاملة والمستدامة. (محمود إبراهيم ملحم، ٢٠١٧: ٨-٩).

رابعًا: الوسائل التى يمكن من خلالها تفعيل دور الجمعيات الأهلية فى تحقيق التنمية الشاملة:

١- ربط أهمية العمل التطوعى بالمفاهيم الدينية (الإسلامية، أو المسيحية) مما يزيد من قناعة أفراد المجتمع به، ومن ثم الإقبال عليه، والتفانى بالقيام به، والمسئولية الاجتماعية تحفز الجمعيات على دعم وتطوير مجتمعاتها من خلال الاسهامات التنموية والاجتماعية، وذلك من خلال التبرعات التى تقدمها لبناء المساجد والمدارس والمراكز الطبية وآبار المياه وغيرها من الأمور التى تؤدي إلى دعم المشاريع التنموية.

٢- إسهام الحكومة فى تدريب وتأهيل قيادات الجمعيات الأهلية، مما يساعد فى تنفيذ الأهداف فى تدعيم التنمية الشاملة من قبل هذه الجمعيات، ووجود موظفين ذوى كفاءة عالية يؤدى إلى خفض تكاليف العمل، مما يزيد من كفاءته وفعاليته.

٣- الاهتمام بتوعية أفراد المجتمع بالدور الهام والحيوى الملقى على عاتق الجمعيات الأهلية تجاه تنمية مجتمعها وتطويره، وهنا يأتى دور الأسرة والمدرسة والجامعة والمنابر الدينية ووسائل الإعلام فى ترسيخ أهمية العمل المجتمعى كعنصر رئيسى فى الوصول إلى حياة عزيزة وكريمة لأبناء المجتمع، مما يستلزم تعزيز ثقافة التطوع من خلال التركيز عليها باعتمادها فى المناهج التعليمية لإبراز محاسنها وإظهار واجبيتها ووطنيتها، فزيادة وعى المجتمع والاهتمام بتثقيفه مجتمعيًا يؤدى إلى الارتقاء بالتنمية.

٤- العمل على زيادة استقلالية القرار المالى والإدارى، من خلال تفعيل مبادئ الحوكمة المؤسسية، لتوجيه عمل الجمعيات الأهلية انطلاقًا من رسالتها وبرامجها وليس حسب أهواء رؤسائها ومسيرى أعمالها.

٥- وضع الأسس السليمة لبناء الشراكة بين الجمعيات الأهلية والحكومة، مما يسهل على هذه الجمعيات القيام بدورها فى ظل احترام الاستقلالية المؤسسية.

خامسًا: العلاقة بين الحكومة والجمعيات الأهلية:

يجب أن تقوم الجمعيات الأهلية بدور حاسم فى تعزيز الدعوة والوساطة فى وضع السياسات، وتحديد الأولويات الإنمائية الحاسمة، واقتراح الحلول العملية والسياسات الجذابة، وانتقاد السياسات غير العملية أو الخاطئة، إن العلاقة بين الحكومة والجمعيات الأهلية هى علاقة تكاملية، ومن الصحى أن يكمل كل منهما الآخر ويسانده فى القيام بأدواره على أكمل وجه، ولم يكن الهدف من وجود هذه

الجمعيات الأهلية تقويض الحكومة أو الإنقاص من سيادتها أو عرقلتها فى تأدية واجباتها تجاه مجتمعها، بل على العكس من ذلك فإن تطور الجمعيات الأهلية فى أى مجتمع يسهم فى قيام حكومة هذا المجتمع بمختلف وظائفها الأساسية (السياسية، والتثقيفية، والاجتماعية، والاقتصادية، والصحية، والتعليمية، ...) بطريقة أكثر كفاءة وفعالية، كما يمكن للحكومة تقوية جمعياتها الأهلية من خلال تطوير عمل الجمعيات فتسن القوانين والتشريعات المساندة والمنظمة لها مما ينعكس إيجابًا على قدراتها فى تحقيق رسالاتها، والذى بدوره يرتد عائدًا بالخير والتقدم والازدهار للدولة صاحبة الحكومة المساندة والمتبنية لهذه الجمعيات الأهلية، ولابد من التشبيك والتنسيق والتعاون بين الحكومة والجمعيات الأهلية لما فى ذلك من تأثيرات إيجابية فى تدعيم التنمية الشاملة (محمود إبراهيم ملحم، ٢٠١٧: ١٠).

إن التزايد الواضح فى أعداد الجمعيات الأهلية فى معظم البلاد العربية، وكذلك التطور الحقيقى فى أهداف هذه الجمعيات وفى عملياتها جعلها لاعبًا رئيسيًا فى عملية التنمية الشاملة، حيث انتقلت من جمعيات تقدم الإحسان للمحتاجين إلى جمعيات تدرب وتؤهل وتنمى، بل تعدت ذلك لتعمل جاهدة على سد الفجوة التى تركتها الدولة فى مجالات كثيرة، أهمها (التوعية والتثقيف، والتعليم، والصحة، وغيرها من الخدمات الاجتماعية)، وصولاً إلى الإسهام الواضح فى عملية التنمية الشاملة من خلال إقامة المشاريع الصغيرة والمتوسطة، مما يخلق فرصًا جديدة للعمل، ومن خلال تركيزها على التدريب والتأهيل المجتمعى، مما يولد أناسًا فعالين ومنتجين غير عالة على المجتمع، ومن خلال مساءلتها للحكومة، مما يعنى مزيدًا من العدالة والشفافية، كما ونشطت الجمعيات الأهلية بقوة فى مواجهة ظواهر اجتماعية سلبية (كعمالة الأطفال، وحرمان المرأة واضطهادها، وإدمان المخدرات، وتفشى الجرائم، والسرقات، ...)، بل سعت إلى وضع هذه القضايا على أجندة الحكومات التى دعمت هذه الجمعيات الأهلية لدورها البارز فى تعزيز عملية التحول الاقتصادى، مما نتج عنه تواجد شراكات بين العديد من المؤسسات الحكومية والجمعيات الأهلية، وتعدى الأمر ذلك لتسند بعض الحكومات عددًا من المشروعات للجمعيات الأهلية لتتولى تنفيذها وتسيير أمورها.

سادسًا: دور الجمعيات فى تدعيم التنمية الشاملة:

الجمعيات الأهلية أحد أهم القوى المحركة لسياسة التنمية من خلال تقوية المجتمعات المحلية وتمكينها، وفى هذا المجال فإن الجمعيات الأهلية لها دور كبير فى بناء القدرات وتنمية المهارات، والتدريب بمختلف المجالات التنموية كالتخطيط الاستراتيجى، وصياغة البرامج التنموية وتنفيذها، وتوسيع المشاركة الشعبية فيها، وللجمعيات الأهلية دور واضح فى تعزيز قواعد التنمية الشاملة، ورفدها بأهم الموارد الحيوية لإرساء هذه التنمية والانطلاق بها نحو التقدم والازدهار، ألا وهو المورد البشرى. فهذه الجمعيات بمثابة رافعة حقيقية للتنمية بصفة عامة والتنمية البشرية بصفة خاصة، حيث تلعب الجمعيات الأهلية دورًا بارزًا فى عملية التنمية البشرية من خلال رؤاها ورسالاتها وبرامجها، وإن كان هذا الدور

متفاوتًا من جمعية لأخرى بناء على رؤيتها ورسالتها. وهذه الجمعيات فى معظمها تقدم يد العون لكثير من المتعطلين عن العمل، من خلال تدريبهم وتأهيلهم وتقديم النصح والإرشاد لهم، مما يمكنهم من الاقبال على سوق العمل وفى أيديهم ما يقدمونه لأرباب منظمات الأعمال ولمجتمعهم، وقد يبدو للبعض أهمية ضئيلة، إذا ما نظر إلى ما تقدمه جمعية منفردة من الجمعيات الأهلية وفى المقابل لا يخفى على الكثير الأهمية البالغة لما تقوم به هذه الجمعيات مجتمعه، وعليه فإن كثير من الدول الواعية والمتقدمة تشجع وتدعم وجود مثل هذه الجمعيات (المنظمات غير الحكومية) والتى تؤثر إيجابًا فى حياة الأفراد، بل فى تقدم المجتمع ورقيه، وفى كثير من نواحى الحياة الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية والثقافية والصحية وغيرها، ولذلك عمدت معظم دول العالم، إن لم يكن جميعها على إصدار القوانين والتشريعات التى تنظم عمل هذه الجمعيات الأهلية (المنظمات غير الهادفة للربح) مما يزيد من كفاءتها وفعاليتها (محمود إبراهيم ملحم، ٢٠١٧: ١١).

ولتمثيل مصالح الفئات الضعيفة من أبناء المجتمع المحلى (الفقراء، والأكثر تهميشًا)، ينبغى على الجمعيات الأهلية القيام بأدوار جوهرية منها:

١- الاستماع إلى الناس لإدراك مشاكلهم، حيث إنه من الضرورى بناء وسائل للتواصل مع هؤلاء الناس من أجل تعزيز الحوارات الحقيقية لبناء الوعى المجتمعى وتطوير علاقات قوية لتحديد ما يعانون منه والنظر فى الحلول الملائمة.
٢- ترجمة نداءات الفئات الضعيفة إلى مطالب عقلانية أو قوية تعترف بها وتتعامل معها الحكومة المحلية، من خلال ما تتمتع به الجمعيات الأهلية من قدرات تحاورية وخبرات ومعارف وعلاقات.
٣- تطوير العلاقات أو الشراكات مع الحكومة المحلية، وعلى وجه الخصوص تحديد الإدارات الحكومية أو الجهات الفعالة التى يمكن من خلالها معالجة المشاكل، وعلاوة على ذلك يمكن للجمعيات ضمان اتخاذ الإجراء المناسب من قبل الشخص المسئول فى الإدارة المحلية (الحكومة)، والهدف من ذلك هو ضمان تعبئة الموارد وتوجيهها نحو من هم أكثر حاجة (الفئات الضعيفة والمهمشة)، وللتأكيد على أن احتياجاتهم تنعكس فى خطط التنمية المحلية الشاملة، وفى السياسات الوطنية العامة.
٤- استخدام حقوق الإنسان كعدسة (نقطة انطلاق) للتحليل، بحيث يمكن التعرف إلى المجموعات التى انتهكت حقوقهم أو الذين تم اهمالهم وإغفال أولوياتهم فى عملية التنمية.
٥- تحديد الجمعيات الأهلية الأخرى التى يمكن أن تخدم الفئات المهمشة، والتعامل مع هذه الجمعيات والتعلم منها، وذلك لتسليط الضوء على المشاريع أو الإجراءات الفعالة، حيث يمكن تعبئة الرأى العام لاتخاذ ما يصب فى مصلحة الفئات الضعيفة.
٦- المشاركة فى عمليات التدريب والتأهيل التى تستهدف توعية الناس وتوجيه قدراتهم ومعارفهم نحو أهداف التنمية الشاملة.

ولمزيد من التوضيح نتناول أهمية ودور الجمعيات الأهلية فى تدعيم التنمية الشاملة على النحو التالى:

أولًا: دور الجمعيات الأهلية فى التنمية الاجتماعية:

١- تنظيم برامج وحملات واسعة النطاق للترويج لمفهوم المسئولية المجتمعية، ومحاولة تحديد مفهوم واضح ومتكامل لها، وذلك للعمل على زيادة الوعى لدى أفراد المجتمع بأهمية هذه البرامج وتأثيرها فى أرباح منظمات الأعمال على المدى المتوسط والمدى الطويل، مما يعود بالنفع على المجتمع بأفراده ومنظمات أعماله وحكومته.

٢- التعددية والتسامح، أى من المجتمعات ما هو إلا تشكيلات متنوعة من البشر، لهم اهتمامات أو معتقدات مختلفة (حسب الدين أو اللغة أو العرق، ...)، وعليه فإن وجود منظمات المجتمع المدنى (ومنها الجمعيات الأهلية) يسمح لهم بممارسة حقوقهم، وتلبية مطالبهم وفقًا لاهتماماتهم ورغباتهم بغض النظر عن الفوارق الموجودة بينهم، مما يعزز التعددية الصحية، والتسامح داخل المجتمع الواحد، أو حتى بين المجتمعات المختلفة فى حالة كانت المنظمات المجتمعية دولية.

٣- دعوة كلًا من القطاع الخاص والقطاع الحكومى فى تحمل مسئولياتهما المجتمعية من خلال بناء استراتيجية وطنية واقعية لتعزيز النزاهة والمساءلة والحكم الصالح ومحاربة الفساد بكافة أشكاله.

٤- الاستقرار الاجتماعى وسيادة القانون، فوجود منظمات غير حكومية متنوعة قد يكون مؤشرًا على مجتمعات مستقرة يسودها الاحترام الراسخ لسيادة القانون.

٥- تنفيذ برامج متكاملة فى مختلف مجالات الرعاية والتنمية الاجتماعية كبرامج محو الأمية والتسرب من التعليم والتدريب والتأهيل ومساعدة أسر السجناء أو ذوى الاحتياجات الخاصة وتقديم المنح والقروض الحسنة.

٦- استثمار وقت الفراغ للمتطوعين مما يعنى استغلاله فيما ينفع مجتمعه بعيدًا عن ضياع هذا الوقت بأمور لا تفيد المجتمع، أو قد تؤدى إلى تفشي ظواهر سلبية نتيجة هدر الشباب لجزء من أوقاتهم فيما لا يفيد.

ثانيًا: دور الجمعيات الأهلية فى التنمية الاقتصادية:

١- مساعدة القطاع الخاص فى تحديد أولويات التنمية التى يتعين التركيز عليها واستهدافها.

٢- مكافحة ظاهرة الفقر سواء من خلال تقديم المساعدات بشكل مباشر لمن يحتاجونها، أو عن طريق تقديم الخدمات المساندة لهم (كالتعليم والتأهيل والرعاية الصحية وغيرها).

٣- الكفاءة فى تقديم الخدمات، فالجمعيات الأهلية عادةً ما يكون تأسيسها وإنشائها ناتج عن حاجة أو رغبة مجتمعية، وعليه تكون أكثر دراية من غيرها باحتياجات هذا المجتمع الذى وجدت من أجل خدمته وتلبية احتياجاته، وكثيرًا ما تسعى هذه الجمعيات للحصول على تمويل ودعم من جهات

مانحة مما يساعدها على تقديم خدماتها بتكلفة أقل من القطاع الحكومى فى حال هى التى قدمت تلك الخدمات.

٤- خلق فرص عمل وتعليم حرف والمساعدة فى عمل المشروعات الصغيرة ومتناهية الصغر.

٥- تقليل التكلفة الإنتاجية، فالعمل التطوعى لا يدفع مقابله أجر، أى إن كثير من الخدمات التى تقدمها الجمعيات الأهلية تكون ذات تكلفة متدنية، مما يخفف على المجتمع مبالغ طائلة كانت ستصرف لو قدمت هذه الخدمات من قبل منظمات هادفة للربح أو حتى حكومية تدفع لموظفيها كامل المرتب الشهرى أو السنوى.

ثالثًا: دور الجمعيات الأهلية فى مجالات تنموية أخرى:

١- المحافظة على الموارد وتدوير المخلفات والمحافظة على البيئة وحمايتها من التلوث، فمن الجمعيات الأهلية ما يعمل على توعية المواطنين بأهمية البيئة وكيفية المحافظة عليها، ومنها ما يشجع المواطنين، ويقدم العون لهم فى عملية تنظيف بلدهم وتشجيرها، وجعلها نقية من المخلفات الضارة.

٢- الاهتمام بالمتطلبات الإنسانية وتثقيف أفراد المجتمع وتوعيتهم من خلال الندوات وورش العمل التى تعقدها أو تسهم فى تنظيمها الجمعيات الأهلية.

٣- تدعيم خدمات الرعاية الصحية من خلال البرامج والخدمات الصحية الخيرية التى يتم تنظيمها بالتعاون مع الجمعيات الأهلية.

٤- الدفاع عن حقوق المواطنين وحرياتهم فلا يخفى على أحد الدور الذى تقوم به منظمات حقوق الإنسان فى متابعة قضايا السجناء.

٥- الاقتراحات البناءة التى تقدمها الجمعيات الأهلية لأصحاب القرار فى الدولة، والمتعلقة بالكثير من القضايا التى تحاكى هموم المواطنين ومشاكلهم.

٦- إثارة كثير من القضايا المجتمعية من خلال جماعات الضغط التى يمكن تشكيلها من الجمعيات الأهلية والتى يمكن وصفها على إنها أحد أهم أشكال رأس المال الاجتماعى، السلاح الذى يمكن من خلاله مقاومة سوء استخدام السلطة.

٧- تنظيم ورش عمل تضم صناع القرار لتحديد معايير أداء المسئولية المجتمعية، وتنمية الشعور بالانتماء للوطن والثقة بالنفس، فالعمل فى المجال التطوعى والمساند يولد رؤية مستقبلية مشرقة، ويعزز الشعور لدى العاملين فيه بأهمية دورهم فى تقدم مجتمعهم وازدهاره ورقيه.

سابعًا: رؤية مستقبلية للجمعيات الأهلية والتخطيط للتنمية المحلية:

يجب أن تتم التنمية من القاعدة إلى أعلى، بحيث يجب أن تحدد المشاكل ويتم حصر الموارد ثم توضع الأولويات فى إطار سياسات الدولة الاسترشادية.

ويتطلب هذا رجوع منهجية التخطيط إلى المستوى الأدنى أى إن التخطيط يبدأ من المستوى المحلى المصغر – القرية – المدينة – المركز – المحافظة – الإقليم – الدولة (معهد التخطيط القومى، ٢٠٠١: ٤٠).

إن الهدف النهائى للتنمية الاقتصادية والاجتماعية هو تحسين وتطوير نوعية حياة جميع البشر (ذكور وإناث)، ومن أجل تحقيق هذا الهدف لابد من التركيز على التخطيط الإقليمى والنوعى.

يتطلب تضافر جهود الحكومة مع القطاع الخاص والأهلى على المستوى القومى أو المحلى (محافظات) تطبيق الأسس أو المراحل التالية:

١ – الاتصال: للوصول إلى اتفاق.

٢ – التعاون: للوصول إلى صياغة مقبولة للتعاون:

أ – رسمى "مشاركة" ملزمة بعقد.

ب –غير رسمى "شراكة" ملزمة بقيم.

٣ – التنسيق: للمشاركة فى الموارد وتقوية أدوار جميع الأطراف المشاركة.

٤ – المشاركة الفعالة: للتنفيذ الفعلى فى إعداد وتنفيذ ومتابعة الخطة والسياسات والأهداف والبرامج والمشروعات والأنشطة.

(معهد التخطيط القومى، ٢٠٠١: ٤١–٤٢)

ثامنًا: متطلبات تطبيق المنهج الجديد للتخطيط (المشاركة أو الشراكة الفعالة):

١ – مساهمة وزارة التضامن الاجتماعى فى مواجهة التخطيط للمشاكل التى يواجهها القطاع الخاص والجمعيات الأهلية.

٢ – فتح قنوات الحوار الدائم بين السلطة والجمعيات الأهلية، والحد من حالة انعدام الثقة بين الدولة والجمعيات الأهلية، ووضع مجالات تدخل كل من الوزارة والجمعيات والسعى إلى تحديد أولويات التدخل المشترك بينهما.

٣ – إنشاء قاعدة بيانات عن القطاع الخاص والجمعيات الأهلية فى مصر ومواقعها الجغرافية (محافظات) وأنشطتها وما تقدمه من مجهودات ومشروعاتها الإنتاجية ومنافذ البيع وغيرها من البيانات الضرورية لكل مرحلة.

٤ – إنشاء قاعدة بيانات عن الجهات المانحة وإمكاناتها وما يمكن أن تقدمه من منح عينية أو مادية أو قروض ميسرة.

٥ – الاهتمام بتدريب أعضاء الجمعيات على القيام بالأدوار المختلفة الإدارية وغير الإدارية.

٦ – التوعية بقيمة العمل التطوعى، وتكريم المتطوعين معنويًا وأدبيًا، ومنح حوافز مالية رمزية لتغطى على الأقل النفقات الأساسية، وتخفيف القيود على العمل التطوعى وغرس قيم التطوع فى عملية التنشئة الاجتماعية وتحسن الظروف الاقتصادية بشكل عام.

٧- فتح قنوات التعارف والحوار بين القطاع الخاص والجمعيات الأهلية واعتبار إن جهد القطاع الخاص مع الجمعيات جهد استثمارى خاص للمساهمة غير المباشرة فى جهد ومواجهة التخلف والفقر وانجاز التنمية، ومحاولة اقناع القطاع الخاص بأهمية العمل الاجتماعى وضرورة الاستثمار فيه والنهوض به وبأعبائه مع التزامه بالمشاركة فى مجال التنمية الاجتماعية.

٨- إنشاء نقاط ارتكاز فى الوزارات المختلفة والجهات المعنية بشئون التخطيط الإقليمى (قطاع عام وخاص وجمعيات أهلية).

(معهد التخطيط القومى، ٢٠٠١: ٤٢-٤٣).

المبحث الثالث: الوقاية من الإدمان ودور بعض مؤسسات التنشئة الاجتماعية فى الوقاية من الإدمان

تمهيد:

تحرص هيئة الأمم المتحدة (U.N Declaration 1988) على النداء بدراسة تدابير خفض الطلب على المخدرات من خلال التحصين الوقائى لكافة أفراد المجتمع من الوقوع فى دائرة المخدرات، وتركز برامجها فى الوقاية من المخدرات على التفرقة بين **ثلاثة مستويات لإجراءات الوقاية:**

الوقاية من المستوى الأول أو ما يسمونه بالوقاية الأولية، والوقاية من المستوى الثانى، والوقاية من المستوى الثالث، وهذه التفرقة بين مستويات الوقاية، وبخاصة فيما يتعلق بالمخدرات تعد تفرقة مقبولة من الناحية العلمية، بل إن هذه التفرقة يتبناها معظم الباحثين فى مجال مكافحة المخدرات (الحميدان، عايد، ٢٠٠٧: ٦).

ويتم تناول هذا المبحث على النحو التالى:

أولًا: مستويات الوقاية من الإدمان:

المستوى الأول "الوقاية الأولية":

يقصد بها مجموعة الإجراءات التى تستهدف منع وقوع تعاطى المخدرات أصلًا، ويدخل ضمن الوقاية الأولية جميع أنواع التوعية التى تنحو هذا المنحى، وكذلك الإجراءات التى تتخذ على مستوى الدولة من خلال مكافحة عرض المخدرات (توفر المخدرات فى السوق) سواء كانت إجراءات أمنية أو تشريعية، ومن ثم منع وقوع التعاطى.

وفى إطار الوقاية الأولية فمن الضرورى أن تتضمن ثلاث أسس أو قواعد حتى تحقق أهدافها بدرجة عالية من الكفاءة والفعالية، ويمكن ترجمة هذه القواعد والأسس إلى ثلاث تساؤلات رئيسية، ويمكن صياغتها وطرحها، وذلك على النحو التالى:

- إلى من توجه جهود الوقاية الأولية؟
- ما هى الكيفية التى توجه من خلالها جهود التوعية؟
- كيف يمكن العناية بالحالات تحت الإكلينيكية؟

المستوى الثانى "الوقاية من الدرجة الثانية أو الوقاية الثانوية":

يقصد بها التدخل العلاجى المبكر الذى يمكن من خلاله وقف التمادى فى التعاطى لكيلا يصل الشخص إلى مرحلة الاعتماد (الإدمان)، وكل ما يترتب على هذه المرحلة من تداعيات، ومعنى ذلك أن الشخص قد أقدم فعلًا على التعاطى، ولكنه لا يزال فى مراحله الأولى، ومن ثم فإن المستوى الثانى من برامج الوقاية الثانوية يحاول إيقافه عن الاستمرار فى التعاطى.

المستوى الثالث "الوقاية من الدرجة الثالثة":

توجه أساسًا لوقاية المدمن من مزيد من التدهور الطبى والنفسى والاجتماعى، ومعنى ذلك أن الهدف فى هذه المرحلة وقاية المدمن من معظم المضاعفات الطبية والنفسية والاجتماعية التى غالبًا ما تترتب على استمراره فى إدمان المخدرات. (الحميدان، عايد، ٢٠٠٧: ٧-٩).

ومن محاور الوقاية أو المدخل الوقائى ما يلى:

١- تقليل ضغوط الحياة Life Stress.
٢- تقليل ضغوط العمل Work Stress.
٣- تخفيف التوتر Tension Reduction.
٤- تلافى القلق الزائد ومواقف الشدة.
٥- إكتساب مهارات الحياة Life Skills مثل: مهارات الاتصال الفعال، ومهارات التفكير المنطقى والنقدى.
٦- إكتساب مهارات تجنب المشكلات.
٧- تعلم وتعليم السلوكيات الوقائية مثل: تجنب المخاطر، إدارة الوقت بشكل مناسب وسليم، البحث عن المعرفة واستخدامها.
٨- تقوية الوازع الدينى والأخلاقى.
٩- شغل أوقات الفراغ ببرامج مناسبة ومفيدة وتحت إشراف مهنى.
١٠- التوعية بكافة الأشكال والوسائل بمضار الإدمان.
١١- إستصدار التشريعات لتغليظ العقوبات الخاصة بالزراعة والتصنيع والتعبئة والاتجار والنقل والتوزيع والبيع والتعاطى وترتيب أماكن لذلك وغسيل الأموال المرتبط بذلك.
(مدحت أبو النصر، ٢٠١٦: ٤٦-٤٧).

ثانيًا: دور بعض مؤسسات التنشئة الاجتماعية فى الوقاية من الإدمان:

١- دور الأسرة فى الوقاية من التعاطى والإدمان:

للأسرة دور أساسى فى مقاومة ومكافحة الإدمان فالأسرة هى أول من يؤثر فى الفرد وفى تكوين شخصيته وبنائها ومن السلوكيات والإجراءات التى يجب اتخاذها من قبل الأسرة ما يلى:

- أن تسيطر على الأسرة روح المحبة والألفة والمودّة والحنان ومعاملة الأطفال معاملة حسنة دافئة والبعد عن العنف والقسوة فى التربية لأن العنف والإيذاء ولو لفظيًا للأطفال فى الصغر يعمل على ضعف بل وقتل شخصيتهم.

– لابد للوالدان من أن يكونا قدوة حسنة لأبنائهم فى كل شئ ومراعاة أنهم منذ تكوين تلك الأسرة وقد تحملوا مسؤوليات لابد من مراعاتها ولو على حساب أنفسهم وعاداتهم الشخصية فمثلًا الأب المدخن لابد أن يكون ايجابيًا ويعترف أنه أصبح مسئول عن أسرة وأبناء هو قدوتهم ويقلع عن التدخين أو على الأقل لا يفعل ذلك أمام أبنائه.

– وعى الآباء للتعامل مع الأبناء خاصة فى فترة المراهقة والاهتمام بأبنائهم واحتوائهم احتواء يجعلهم فى غنى عن البحث عن مصادر أخرى للإهتمام خارج الأسرة مثل رفاق السوء.

– تربية أبنائهم على القيم والأخلاق والمبادئ الدينية والأخلاقية منذ الصغر وحثهم على طاعة الله وتقواه.

– مشاركة الأبناء منذ صغرهم على اتخاذ القرارات التى تخص الأسرة ولو على سبيل إيهامهم بهذا وأنهم أفراد لهم شخصية وقيمة داخل الأسرة التى تمثل المجتمع الصغير بالنسبة لهم حتى تكون لهم شخصية ودور فى المجتمع الكبير.

– المتابعة والملاحظة الدائمة لسلوك أبنائها وأى تغيير يظهر عليهم والوعى بأعراض الإدمان وملاحظة إذا ظهر على أحد أبناء الأسرة تلك الأعراض واتخاذ اللازم على الفور فكلما تم إدراك المشكلة مبكرًا كلما كانت فرص حلها أكبر وأسرع.

– المتابعة الدائمة لأصدقاء أبنائهم والتعرف عليهم بل والتدخل فى اختيارهم بطرق غير مباشرة فلا أهم ولا أخطر من صديق السوء سببًا للفساد بكل أوجهه وصوره

(المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، ٢٠١٥: ٣–٤).

وللأسرة عدة أدوار يجب مراعاتها إذا وقع الابن فى براثن التعاطى أهمها:

١– العلاج المبكر فى أماكن علاج متخصصة (يفضل المستشفيات المتعاونة مع الخط الساخن).

٢– التعامل مع المتعاطى بنصح وفهم وعدم لومه أو عقابه.

٣– تشجيع المتعاطى على العلاج ودعمه نفسيًا واجتماعيًا.

٤ –محاولة حل المشكلات النفسية أو الاجتماعية التى كانت من أسباب تعاطيه.

٥ – قد يتعرض المدمن أثناء تعافيه لعدة سقطات وأحيانًا انتكاسات يجب أن يكون المناخ الأسرى متسامحًا مشجعًا لمواصلة العلاج بدلًا من التوبيخ.

٦ – تقبل الابن كعضو فعال فى الأسرة بعد العلاج حتى لا ينتكس.

(صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، ٢٠١٨: ٥).

وهناك أخطاء تقع فيها الأسرة فى التعامل مع الابن المدمن ومنها:

- تجاهل المشكلة.
- ترك أدوية المسكنات والأدوية المخدرة والمهدئات فى أماكن سهلة الوصول إليها.
- الاهتمام بأحدهم على حساب الباقين.
- الاستمرار فى إعطاء ابنك الأموال دون وعى.
- تأخير مواجهة ابنك المتعاطى.
- تعزله نفسيًا أو اجتماعيًا.
- التبرير.
- العودة لنفس البيئة التى وقع فيها فى تعاطى المخدرات والإدمان.
- ترك أبنائك دون تواصل حقيقى.

٢ – دور المدرسة فى الوقاية من الإدمان:

تضع الحكومة مشكلة إدمان المخدرات ضمن أكبر وأهم المشكلات التى تواجه المدارس إلا أن هناك العديد ممن يتجاهلون حجم خطورة المشكلة التى تعصف بأطفالهم ومدارسهم ومجتمعاتهم.

وقد قامت وحدة أبحاث الإدمان بالأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان بدراسة بحثية عن الصحة النفسية بين المراهقين من طلبة المدارس الثانوية العامة والفنية والأزهرية والعسكرية فى مصر لعام (٢٠١٦–٢٠١٧)، وانتشار ظاهرة الإدمان بينهم، وذلك بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم والتعليم الفنى، والجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء (الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٧: ٥).

وكانت نتائج الدراسة كالتالى ٠.٨٦ % معدل إدمان طلاب المدارس الثانوية للمخدرات بينما بلغ معدل استعمال المخدرات بين الطلاب ١.٤٨% ، وأن عدد الطلبة الذكور أعلى من عدد الطالبات فى استخدام جميع المواد، وكان سن بدء التعاطى لدى معظم الطلاب فى عمر يتراوح من ١١، ١٤ سنة، كان معظم الطلاب على دراية بأسماء جميع المواد المتاحة، وكان القنب والترامادول والكحول أكثر شهرة، وأن وجود مشكلات نفسية تواجه الطلاب فى المدارس وعدم قدرتهم على التكيف ورغبتهم فى خلق بيئة بلا ضغوط مع كون الإندفاعية أحد سمات المراهقة هى منشأ توجههم لتعاطى المواد المخدرة، وإن كانوا

فى بعض الأحيان على غير دراية بطبيعة المادة المخدرة وتأثيرها وخطورتها، وأن المهدئات هى أكثر المواد إستخدامًا، والمقاهى أكثر الأماكن انتشارًا.

وكانت توصية الدراسة الوقاية الأولية بإحتواء المراهقين والمراهقات وتنمية مهاراتهم الاجتماعية وإتاحة وسائل لهم فى كيفية التعامل مع المشاكل وإيجاد بيئة مناسبة لتنشأتهم هى خير دفاع فى مواجهة ظاهرة الإدمان وحماية المجتمع (الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٧: ٢٦-٢٧).

٣- دور أماكن العبادة فى الحد من التعاطى والإدمان:

إنَّ الشرائع السماوية حرَّمت المسكِرات والمخدِّرات؛ نظرًا إلى ما فيها من الأضرار الفادحة، والأخطار البادية، وإنَّ الإسلام يَرمى من خلال تعاليمه النيِّرة، وآدابه الطيبة، إلى الحفاظ على النفسِ، والمال، والعقل، والعِرْضِ، والمسكِراتُ والمخدِّرات تؤدِّى بصاحبها إلى حِرمانه مما يملِكُ من المال، وإلى إرخاء الستر على العقل، وتعرِّضُه لهَتْك العِرض، والقضاء على النفس.

ونتناول هذا الموضوع على النحو التالى:

أولًا: رأى الدين الإسلامى ودور المسجد فى الحد من تعاطى وإدمان المخدرات:

أولًا: فى القرآن الكريم:

ورد فى قوله – تعالى –: ﴿ الَّذِينَ يَتَّبِعُونَ الرَّسُولَ النَّبِيَّ الْأُمِّيَّ الَّذِي يَجِدُونَهُ مَكْتُوبًا عِنْدَهُمْ فِي التَّوْرَاةِ وَالْإِنْجِيلِ يَأْمُرُهُمْ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَاهُمْ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثَ ﴾ [الأعراف: ١٥٧].

وفى هذه الآية الكريمة قاعدةٌ عامَّة فيها إباحةُ فعل الطيبات وتحريمُ كلِّ ما هو خبيث والمخدِّراتُ بكافة أنواعها تعتبرُ من الخبائث وإذا كان النبى – صلى الله عليه وسلم – قد وصف الخمرَ بأنها (أم الخبائث) فإن هذا الوصف ينطبقُ من باب أولى على المخدِّرات لأنها أشدُّ ضررًا من الخمر فتكون محرَّمة بدلالة النصوص والتى استُمِدَّت منها القاعدة الشرعية التى تعتبر من أهم القواعد التشريعية فى الإسلام وهى (دفع المضار وسد ذرائع الفساد).

ثانيًا: السنة:

احتج الفقهاء بتحريم المُخدِّرات أن رسول الله – صلى الله عليه وسلم – قال: "ما أسكر كثيرُه فقليله حرامٌ".

يظهر من هذا الحديث أن النبى – صلى الله عليه وسلم – اعتبر كلَّ مادَّة مُسكِرةٍ خمرًا سواء سُمِّيت بذلك فى لغة العرب أو لم تُسَمَّ به فقد روى عن ابن عباس – رضى الله عنهما – عن النبى – صلى الله عليه وسلم – قال: ((كلُّ مُخمِّرٍ خمرٌ، وكل مُسكِرٍ حرامٌ)) والخمر يُغطِّى العقل وقد جمع الرسول – صلى الله عليه وسلم – بما أُوتِيه من جوامع الكلم كلَّ ما غطَّى العقل وأسكَر ولم يُفرِّق بين نوع ونوع ولا عبرةَ لكونِه مأكولًا أو مشروبًا على أن الخمر قد يصطنع بها أى تجعل أدمًا وهذه الحشيشة قد تذاب بالماء وتشرب فالخمر يشرب ويؤكل والحشيشة تؤكل وتُشرَب وكل ذلك حرام وحدوثها بعد عصر الرسول – صلى الله عليه وسلم – والأئمة لم يمنَعْ من دخولها فى عموم حديث رسول الله – صلى الله عليه وسلم – عن المسكر.

ثالثًا: الإجماع:

وبذلك أجمع فقهاءُ الإسلام على حرمة "المخدِّرات" التى ظهرت فى عهدهم وتبيَّنوا آثارها السيئة فى الإنسان وبيئته ونسله وعرَفوا أنها فوق آثارِ الخمر الذى حرَّمته النصوص الصريحة الواضحة فى كتاب الله وسنة رسوله – صلى الله عليه وسلم – وحرَّمه النظر العقلى السليم.

نعم، لم يَرِدْ فى القرآن ولا فى أقوال الرسول – عليه الصلاة والسلام – ولا أقوال الأئمة المتقدِّمين شىءٌ خاصٌّ بتلك الموادِّ لا فى حلِّها ولا فى حرمتِها لأنها لم تكن معروفةً فى زمنهم جميعها وإنما ظهرت – كما قال الإمام ابن تيمية – فيما بين المائة السادسة والمائة السابعة من الهجرة حينما ظهرت دولة التتار وإذا كانت قواعد التشريع فى الإسلام معروفة وأن تحريم الخمر ليس تعبديًّا وإنما كان محرمًا لما فيه من الضرر – كانت تلك الموادُّ ولا شك محرَّمةً فى نظر الإسلام وكان تحريمُها من نوع تحريم الخمر إن لم يكن أشد.

وقال فضيلة الإمام الأكبر/ محمد سيد طنطاوى – شيخ الأزهر سابقًا: "إن المخدرات بكافة أنواعها وأسمائها طبيعية أو مخلقة مسكرة، وأن كل مسكر من أى مادة حرام، وهذا الحكم مستفاد نصًا من القرآن الكريم وسنة الرسول – صل الله عليه وسلم – وبذلك يحرم تعاطيها بأى وجه من وجوه التعاطى من أكل أو شرب أو شم أو حقن لأنها مفسدة، ودرء المفاسد من المقاصد الضرورية للشريعة حمايةً للعقل والنفس والمال". (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، ٢٠١٠: ٨).

كما أصدرت دار الإفتاء المصرية حكمًا شرعيًا بالحرمة القطعية للتدخين، وذلك في فتواها الصادرة في ٢٥ جمادى الأول ١٤٢٥هـ الموافق ١٩٩٩/٩/٥م جاء فيها "إن العالم قد قطع فى عصرنا الحالى بأضرار استخدامات التبغ على النفس لما فى التدخين من أضرار تصيب المدخن وغيره ولما فيه من إسراف وتبذير نهى الله عنهما، ويقول الله تعالى فى كتابه الحكيم: (ولا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم

رحيماً). [النساء: ٢٩].، ويقول جل وعلا: (ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة وأحسنوا إن الله يحب المحسنين). [البقرة: ١٩٥].، وعليه فإن التدخين حرام بكل المقاييس الشرعية".

معالجة الإسلام لمشكلة المخدِّرات:

وقد عالج الإسلام مشكلة المخدّرات على ثلاثة محاور، تشمل العقيدة، والعبادة، والتشريع، **فبدأ بالعقيدة** وهى الأساس، إذ جعل الإسلام الطاعة والعبادة لله وحده لا شريك له ولا طاعة لسواه، لذا فإنّ الإنسان فى حياته إمَّا أن يطيع الله سبحانه وتعالى الذى يأمر بكل خير وعدل، ويحرم كل فاحشة وشر، وإمَّا أن يتَّبع خطوات الشيطان التى حذّره الله من خطرها، وأمره بمخالفتها.

أمّا المحور الثانى فهو محور العبوديّة والطاعة، فحقّ الله على العباد أن يعبدوه ولا يشركوا به شيئًا، فلا طاعة لمخلوقٍ فى معصية الخالق، لأنّ غير الله لا يستحقّ الطاعة إلاَّ بأمر الله، والله سبحانه وتعالى هو الأحقّ بالطاعة لأمور كثيرة؛ أهمها أنه خالق الإنسان ورازقه، فكيف يترك الإنسان طاعته ويسمح لنفسه بأن يكون عبدًا أسيرًا لمخلوقٍ أو لهوى.

أمَّا المحور الثالث فهو التشريع؛ فالمخدّرات محرمةٌ شرعًا كتحريم الخمر أو أشدّ، لأنّها تُسْكِر كالخمر، وهى أكثر ضررًا من الخمر على الجسم والعقل والمجتمع.

دور المسجد فى الوقاية من الإدمان:

المسجد أول وأهم مؤسسة دينية فى الإسلام، يشهد لهذا عمليًا مبادرة الرسول – صل اللّه عليه وسلم – إلى بناء المسجد فور وصوله إلى المدينة، وأهمية المسجد تكمن فى أمور كثيرة فى طليعتها أداء الجمع والجماعات كل يوم خمس مرات، يلتقى المسلمون ويتفقد كل منهم حال الآخر، كما أن أهميته ليست لإقامة الصلاة فحسب، بل لأمور أخرى مهمة لا تتحقق إلا من خلال المسجد، ومنها: حلقات قراءة القرآن الكريم، وحلقات الذكر والاعتكاف.

وإقامة الحلق العلمية فى المسجد والالتقاء بالمفتين، والاستماع والوعظ، والتشاور، وتلك الدروس العلمية وما فيها من وعظ أو خطب ونصائح، لها أثرها البالغ فى إيجاد الوقاية التامة من الانحراف نحو الجريمة، فالمساجد فيها المنابر وكراسى الوعظ التى ينبغى أن تستغل لبيان موقف الإسلام من تعاطى المخدرات وبيان مضارها.

كما إن المساجد فيها الرقابة غير المباشرة من خلال إمامه، فهو النذير المبكر للمجتمع عن وجود سوء وشر قادم، إما قرناء سوء، أو ظهور بوادر إدمان شخص، عن طريق استشارة الإمام وشكوى بعض

الأحوال إليه، واستفتائه فى بعض القضايا، ودور الإمام دور الناصح الموجه أو المبلغ للأسرة وأولى الأمر؛ لاتخاذ الإجراء المناسب لوقاية أبنائهم وذويهم.

وفى المسجد أيضًا تتحقق الألفة ويتحقق الود الاجتماعى؛ لكون المسجد ميدانًا للتعارف والتآخى والتآلف والتعاون والتناصح، وذلك من خلال تكرار اللقاء اليومى خمس مرات، فمن يرتاد المسجد ينمو ويرتقى وازعه الدينى ويتلقى فيه التعليم الذى يبين له ضرر المخدرات.

فالمسجد له ثماره التى لا تنتجها مؤسسة أخرى، خاصة إذا أتيحت الفرص للأئمة والوعاظ؛ لمحاربة الفساد ومعالجة المشكلات التى تتفاقم فى المجتمعات الإسلامية.

ثانيًا: رأى الدين المسيحى ودور الكنيسة فى الوقاية من الإدمان:

ترى المسيحية فى التدخين والخمور والمخدرات، بصفة عامة أنها نوع من أنواع قتل الإنسان لنفسه بطريقة بطيئة أو متوسطة أو سريعة. ففى الإنجيل: "من يفسد هيكل الله، يفسده الله، لأن هيكل الله مقدس، الذى أنتم هو" (١ كو ٣:١٧).

أى إن الإنسان الذى يدمر صحته الجسدية، يقع تحت طائلة العقاب الإلهى، ومن الواضح إن كلًا من هذه الآفات تدمر أجزاء من الجسم، وهذا ما أثبته العلم والطب.

لذلك فإن متعاطى هذه الآفات مسئول أمام الله عن الضرر الذى يسببه لصحته، ونحن نعرف أن جرعة زائدة من بعض المخدرات تقتل الإنسان على الفور، وهذا ما يحدث كثيرًا.

(المصدر: الأنبا موسى – الأسقف العام لأسقفية الشباب بالكاتدرائية الأرثوذكسية المصرية).

www.youthbishopric.com/library/ArticlesLibrary/Arabic/youth/YOU1/almase7ya-w-edman-alkhamr-bm.htm

دور الكنيسة فى الوقاية من الإدمان:

للكنيسة دور فعَّال فى الوقاية من الإدمان، ويمكن إدراك أهمية وعظم دور الكنيسة من خلال الآتى:

١- تزرع الكنيسة فى أبنائها الإيمان، والإيمان يمثل قوة جبارة تحفظ الإنسان، وتجعله يجابه متاعب ومشاكل وصدمات الحياة ولا ينوء تحتها إنما يسمو فوقها.

٢- تزرع الكنيسة فى أبنائها الفضيلة والقيم السامية التى تجعل الإنسان ينأى بنفسه بعيدًا عن أصدقاء السوء الذين يمثلون الخيط الأول للسقوط فى الإدمان.

٣- تقدم الكنيسة لأبنائها الجو الروحى المشبع، مع دفء العلاقة الحميمة بين الآباء الكهنة والخدام والمخدومين، وأيضًا تقدم الكنيسة لأبنائها الأنشطة الروحية والثقافية والرياضية والفنية.. إلخ. مما يشغل أوقات فراغ الشباب. كما إن الاندماج فى الدراسات الروحية والخلوات والحفلات والمؤتمرات والألحان الكنسية.. إلخ. يقضى على الفراغ الخارجى والداخلى، وأيضًا ما تقدمه الكنيسة من خدمات طبية وتعليمية وتربوية وبيوت للمسنين والمغتربين يستوعب طاقات الشباب فى أعمال مفيدة.

٤- تقدم الكنيسة لأبنائها سرَّ الاعتراف، وما أعظمه من سرّ!!.. يحاسب الإنسان نفسه ويقدم توبة عن خطاياه، ويعترف بها أمام الله فى حضور الأب الكاهن، والأب الكاهن هو الرجل المختبر المحب الذى يقدم النصح والإرشاد الروحى، ويحكم على الأمور بدون مجاملة، ويوجه النظر للمخاطر المتوقعة، ويفضح خداع الشياطين، ويكون معينًا لابنه فى الاعتراف، فاثنان خير من واحد، ويحفظ كل ما يقال له فى سرية كاملة.. حقًا إن سرّ الاعتراف أنقذ نفوسًا كثيرة من الضياع، فالخطية فى بدايتها تشبه الفسيلة الصغيرة التى يمكن نزعها بسهولة، ولكن متى تركت فى غياب أب الاعتراف الذى يمثل العين الساهرة اليقظة فإنها تنمو وتتوحش ويصعب نزعها إلاَّ بعد مجهود كبير، ومثال على هذا خطية الإدمان، فالاكتشاف المبكر لها يجعل العلاج سهلًا ومضمونًا، وأيضًا أب الاعتراف بخبرته واتصالاته يُسهّل لابنه طريق العلاج عن طريق المراكز المتخصصة فى العلاج.

٥- تحتضن الكنيسة بالأكثر الذين يعانون من المشاكل والمتاعب، والذين يعيشون فى بيئات وأوساط معثرة مثل الحرفيين الذين يعملون فى أوساط صعبة تنتشر فيها المخدرات، ومثل الذين يسكنون فى الأماكن العشوائية، ومثل الشباب الذين يعيشون فى أسر تغيب عنها الرعاية.. إلخ. فعمل الخادم أن يطمئن على كل أولاده، ويكون قريبًا جدًا لمن يجوز فى ظروف خاصة صعبة، فالعمل الرعوى ولا سيما الافتقاد يحفظ للكنيسة أولادها من مخاطر الإدمان وغيره.

٦- لا تنتظر الكنيسة حتى يتقاطر عليها الكثير من أولادها مدمن وراء آخر، ولكنها تسبق بتقديم الوقاية لأبنائها، فالأولاد فى بيئات معينة يبدأون التدخين منذ الثامنة من عمرهم، كما إن مشكلة الإدمان فى ازدياد مضطرد، ويقول د. نبيل صبحي " لا يجب أن نبدأ جهدنا الدائب لعلاج مشكلة المدمنين عندما يلجأ الناس إلينا ليسألونا حلًا، ويشكون لنا من مدمن فى بيتهم أو عندما يفتضح أمامنا أمر سكير لم نكن نظنه أنه سجين الخمر، بل علينا أن نخرج إليهم ونبحث عنهم، ونقوم

بالتوعية والوقاية بالنسبة للمستهدفين منهم، ويجب أن نزورهم زيارة السامرية بعد أن نكون قد تركنا التسعة والتسعين لنبحث عن الخروف الضال وفى طريق الوقاية نحتاج لإعادة النظر فى مناهج التربية الكنسية التى لم تتغير منذ عشرات السنين بينما استجدت على الساحة كثير من المتغيرات مثل الاستخدام الشائع للدش والكمبيوتر وشبكة المعلومات. كما استجدت كثير من المشاكل مثل الإدمان وغيره، وهذه الأمور تحتاج إلى توعية.

٧- استخدام الترانيم والأشعار فى معالجة الإدمان بألحان سهلة وسلسلة، ففى مؤتمر الإدمان الذى أقيم فى الفيوم ٢٦، ٢٠٠١/١١/٢٧ ضرب نيافة الأنبا باخوميوس مطران البحيرة مثال

على هذا " أوعى السيجارة تضحك عليك، وبعد كده تولع فيك "

٨- أيضًا إصدار النبذات وكتب التوعية، واستخدام مجلات الحائط والكاركاتير.. إلخ. له تأثيره فى الوقاية من الإدمان. كما إن عرض الأعمال المسرحية والأفلام ثبت فاعليتها فى مكافحة الإدمان، ففى إحدى المرات تم عرض فيلم يحكي قصة طيار ناجح فى حياته الأسرية وفى العمل، ولكن بسبب التدخين أُصيب بسرطان الرئة فتحولت حياته إلى مأساة، وبعد عرض الفيلم تأثر الذين شاهدوه وبعضهم تخلص من علبة السجائر التى كان يحتفظ بها فى جيبه، وصمم بنية صادقة على عدم العودة إليها.

٩- دراسة مشكلة الإدمان بأبعادها المختلفة، والاستفادة بما نشر وما ينشر من مراكز البحوث التربوية والجنائية والمنظمات العالمية وما ينشر فى الصحف والمجلات، وما يصدر من الكتب وتكوين فرع خاص بالمكتبات الاستعارية يختص بمشكلة الإدمان، ويقول د. نبيل صبحي " يجب أن.. تعقد ندوات للكهنة والخدام ومكاتب الخدمة الاجتماعية ولجان الأسر لتعريفهم بالمبادئ السيكولوجية للسلوك الإدمانى وتدريبهم على كيفية التعامل مع هذه الحالات.

١٠- إقامة الندوات وإصدار النبذات التى تمد الأسرة بالمعلومات التى تساعد فى اكتشاف المتعاطى فى وقت مبكر، وكيفية التعامل مع المدمن.

١١- أنشأت أسقفية الخدمات بالتعاون مع أسقفية الشباب "مركز الحياة الأفضل لعلاج الإدمان" بمدينة نصر، ويقوم المتخصصون فى هذا المركز بزيارات مختلفة للإيبارشيات حيث يعقدون الندوات ويعرضون الأفلام ويوزعون النبذات التى تنشر الوعى حول قضية الإدمان، ويمكن للإيبارشيات إنشاء مراكز متخصصة على نمط هذا المركز المتميز.

١٢- تخصيص خدام لفناء الكنيسة للقيام بالخدمة وسط الشلل التى كل ما يربطها بالكنيسة هو الفناء الخارجى، وتنتشر بينهم العادات السيئة مثل التدخين والبانجو ومعاكسة الفتيات وأحيانًا السرقات وغيرها.

١٣- إعداد خدام متخصصين لتقديم الوقاية ضد الإدمان، ومكافحة وعلاج الإدمان، **وخادم حالات الإدمان يجب أن يتحلى بصفات معينة نذكر منها الآتى:**

أ- التأهيل العلمى لكيما يعرف الخادم سيكولوجية المدمن وكيفية التعامل معه، فالإنسان المدمن هو إنسان قد تقسى قلبه ولا سيما خلال فترات تأثير المخدر، وقد يكون فقد الأمل فى الحياة الطبيعية والروحية، قريب من الفشل واليأس، وقد يصل إلى حد النقمة على كل من حوله حتى على الله ذاته، وهو يلقى بالمسئولية على من حوله، ويتهم الآباء والأمهات بالجحود، ويتهم الكنيسة والخدام بالتقصير.. إلخ.

ب- الهدوء والصبر وطول الأناة والاحتمال، ولاسيما أنه بعد بذل جهد جهيد مع الحالة قد تعود ثانية وثالثة إلى الانتكاسة وتحتاج إلى مجهود جديد.

ج- الإيمان والثقة فى عمل الله مع النفوس التى تحطمت وفقدت إرادتها فمازال صوت الله ينادى جميع المدمنين " تعالوا إلى يا جميع المتعبين والثقيلي الأحمال وأنا أريحكم" (مت ١١: ٢٨) وما زال صوت المخلص يرن عبر التاريخ "أنا أشفى ارتدادهم" (هو ١٤: ٤) "مَنْ يقبل إلىَّ لا أخرجه خارجًا" (يو ٦: ٣٧) ونحن نثق إن "الله لم يعطنا روح الفشل بل روح القوة والمحبة والنصح" (٢ تي ١: ٧).

د- التعاطف مع المدمن، وقبوله كما هو، واحترامه، وتقدير مشاعره وأحاسيسه، إلى الدرجة التى يعتبر فيها الخادم مشكلة الإدمان كأنها مشكلته هو، فيهتم بكل جوانبها، لأنه يعلم تمامًا قيمة نفس المؤمن لدى الله.

هـ- لا يكفى الاهتمام بالمدمن ومحاولة تخليصه من إدمانه، ولكن يجب على الخادم أن يبحث عن الأسباب التى قادت هذا الإنسان إلى حالة الإدمان هذه.

و- يحتاج خادم حالات الإدمان إلى فتح خطوط اتصال جيدة بينه وبين المدمن وأسرة المدمن، فيدرك الخادم ما يريد أن يقوله المدمن وذويه، ويستطيع أن يصل إلى قلب المدمن وذويه، فتصل رسائله إليهم فى أقصر وقت، وبنفس التأثير الذى يريده.

ز- يجيد خادم حالات الإدمان اختيار الأوقات المناسبة التى يوجه فيها الرسائل للمدمن، لأن هناك أوقاتًا يكاد يكون المدمن متغيب عن وعيه، وخطوط الاتصال لديه معطلة، فمهما أجهد الخادم نفسه فى محاولة توصيل رسالة معينة للمدمن فإن هذا الجهد يضيع أدراج الرياح.

ح- يُصغى الخادم جيدًا للمدمن مهما كانت كلماته غير مترابطة وأفكاره بعيدة عن الحقيقة والعقل والمنطق، ويحافظ خادم حالات الإدمان على أسرار المدمن، ولا يحل لهذا الخادم أن يجعل أسرار هذا المدمن مضغة بين الأفواه بينما هو يتفاخر بخدمته.

ط- الالتزام الكامل واحترام المواعيد، حتى لا يشعر المدمن أنه كمٌ مُهمَل بالنسبة للخادم، فلابد أن يشعر المدمن بقيمته وقدره لدى الخادم، وأن يشعر بمحبة الخادم له حتى يستجيب للعلاج ويكون صادقًا مع الخادم.

ى- التمتع بالقدوة الروحية حتى يرى المدمن فى الخادم صورة الله المحب الذى يبحث عن الخروف الضال.

ك- النظرة الصحيحة للمدمن على أنه إنسان مريض وليس إنسانًا مجرمًا كما يجمع على هذا علماء النفس والأطباء المتخصصون فى علاج الإدمان، فالإدمان حالة مرضية وليس حالة إجرامية، لأن الظروف التى تعرض لها المدمن هى التى قادته للتعاطى والإدمان، ويحتاج لمد يد المساعدة، ويحتاج للدواء والعلاج وليس للعصا والتأديب.

ل- يتفهم خادم حالات الإدمان النظرة المسيحية الصحيحة للمواد المخدرة، فالمسيحية لا تحارب المادة ولكنها تحارب الاستخدام السيء للمادة، فالعيب ليس فى النار ولا السكين، ولكن العيب فى سوء استخدامهما، وهذا من الأمور البديهية، ولا يوجد نص صريح فى أى دين يحرم الشم أو الحقن بالمخدر ولكن من المعروف خطورة هذا الأمر الذى يقضى على الثروة والصحة والحرية والإرادة.

(موقع الأنبا تكلا هيمانوت)

٤ - وسائل الإعلام ودورها فى مشكلة التعاطى والإدمان للمخدرات:

لقد أصبح واضحًا أن تعاطى المخدرات بجميع أنواعها سلوك يتنافى مع القيم والمبادئ المجتمعية، وممنوع من معظم القوانين والدساتير الوطنية والعالمية، نظرًا لما يحدثه من تأثير سلبي على صحة الإنسان واقتصاده واضطراب نظام حياة أسرته وربما ضياعها، إلى جانب إمكانية ارتكاب الجرائم والأعمال المشينة، ولهذا بات لزامًا ملاحقة مرتكبى هذه الأفعال وتطبيق العقوبات المرسومة لكل حالة من أجل الحفاظ على أخلاقيات المجتمع وضمان ديمومة سير الحياة الطبيعية فى سكينة ووئام.

ولابد من عرض وسائل الإعلام لهذه القضية وتناولها بالطريقة والأسلوب الذى يترك تأثيرًا ملحوظًا فى المساهمة فى مكافحتها (أحمد مطهر عقبات، ٢٠١٠: ٨-٩).

أنماط وسائل الإعلام:

١- الصحافة المقروءة.

٢- الإذاعة المسموعة.

٣- الإذاعة المرئية:

- محور البرامج الدينية - الإرشادية.

- محور البرامج الدرامية الفنية.
- محور الاتصال المواجهى (برامج المسرح المدرسى والجامعى).
- أنشطة إعلامية مساعدة (الشعارات والملصقات المطعمة بالرسوم والصور التعبيرية).

ويتمحور دور وسائل الإعلام فى عدة اتجاهات، بناءً على طبيعة وخصائص كل وسيلة إعلامية وقدرتها فى تناول موضوع انتشار المخدرات، سواء بالأسلوب التحريرى أو الفنى الدرامى، أو عن طريق الاتصال المواجهى. فالمهم أن يتم تناول الموضوع ضمن سياسة إعلامية واضحة، يتم جدولة برامج تنفيذها كقضية اجتماعية تحتاج إلى دراسة وتحليل ومناقشة وحلول منطقية وموضوعية تتوافق مع واقع المجتمع وأخلاقياته وسلوكياته.

كما ينبغى من القائمين على وسائل الاتصال إدراك الارتباط المباشر أو غير المباشر مع قضايا التربية والحرية المفرطة للشباب المراهقين، وانتشار الجريمة والفقر والفساد والانحلال الأخلاقى وغير ذلك.

وإجمالًا فإن الوقاية من انتشار المخدرات مرهون بتضافر جهود الجهات المختصة ووسائل الإعلام لتناول الموضوع كقضية اجتماعية ترتبط بها أحيانًا خيوط جرائم متنوعة، ورصد تحليلى – مهنى واقعى، وتحتاج إلى حلول عاجلة، طالما والشباب هم ضحية الإدمان وانعكاسات الأخطار الناتجة عنه ستعم الأسرة والمجتمع بكامله (أحمد مطهر عقبات، ٢٠١٠: ٢٠-٢١).

الدراما تعد من العوامل الأساسية التى من المفترض أنها تشكل وعى أفراد المجتمع وهو ما جعل صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى يهتم بإجراء دراسة تتبعية بشأن المعالجة الدرامية لقضية التدخين وتعاطى وإدمان المخدرات فى القنوات التليفزيونية المصرية فى شهر رمضان عام ٢٠١٤م (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، ٢٠١٤).

محاور الدراسة تناولت حجم وأسلوب تناول المسلسلات لقضية التدخين والمخدرات والمعالجة الدرامية لهما، وقد تبين فى مقارنة أن المدة الزمنية لمشاهد التدخين والتعاطى التى تم عرضها عام ٢٠١٠م فى ٣٥ مسلسلًا مثلت نسبة ٩.٤%، وعام ٢٠١١ فى ٣٠ مسلسلًا بنسبة ١٣.٨%، و٢٠١٣ فى ٣٤ مسلسلًا بنسبة ١٦.٧%، و٢٠١٤ فى ٢٥ مسلسلًا بنسبة ١٥.٤%، وأن إجمالى عدد مشاهد التعاطى والتدخين ٩٢٦٤ فى ١٢٤ مسلسلًا.

وعن المعالجة الدرامية لقضية التدخين أوضحت الدراسة أن المسلسلات عرضت مشاهد التدخين دون عرض تداعياتها فى عام ٢٠١٤ بنسبة ٩٦%، أما مشاهد التدخين وأضراره ٤% فقط، وتدخين الإناث فى المسلسلات ٢٣.٣٥%، وأوضحت الدراسة أن تدخين الإناث فى الواقع ١.٥% فقط وفقًا لبيانات المسح القومى.

أما عن طريق المعالجة الدرامية لقضية المخدرات فتم عرض مشاهد التعاطى دون عرض التداعيات بنسبة ٨٨%، وعرض مشاهد التعاطى وأضراره بنسبة ٨%، وحول المعالجة الدرامية لقضية التعاطى وجد أن الكحوليات ٨١% والحشيش ١٤.١% والهيروين ٦.٢% والأدوية ٣.٢% والبانجو ٠.٥% هم الأكثر استخدامًا.

وجاءت المعالجة الدرامية للتعاطى من حيث المعتقدات والتصورات حولها ٣٣% تنسى الهموم والمشكلات، ونفس النسبة سلوك اعتيادى، و١٨% خفة الظل وقبول الشخصية، و٢.٧% يساعد على التركيز، و٢.٣% الاحتفال، و١.٨% مسكن وعلاج للألم، و١.٥% يحسن القدرة الجنسية.

أما أسباب التعاطى فى العمل الدرامى فجاءت مشاركة الأصدقاء بنسبة ٦١%، والاستمتاع ٤٦.٣%، وجود أزمة اجتماعية أو عاطفية أو اقتصادية ٣١.٦%، إثبات الرجولة ٧.٤%، ومشكلات أسرية ٦.٦%، حب الاستطلاع ١.٥%.

وعن توقف الشخصية عن التعاطى فى الأعمال الدرامية جاءت ٧٢% لم تتوقف، ١١% توقفت، و١٧% غير واضح.

وقام المرصد الإعلامى لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى برصد أن ٨٨% من الأعمال الدرامية خلال الفترة من عام ٢٠١٠ حتى عام ٢٠١٤م عمدت لعرض مشاهد التدخين وتعاطى المواد المخدرة دون التطرق لعرض التداعيات السلبية حيث وصلت نسبة هذه المشاهد إلى ١٦%.

ووفقًا لنص المادة ١٣ فى اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ (FCTC) يفرض تطبيق حظرًا شاملًا على إعلانات التبغ والترويج له ورعايته حيث اعتبرت المبادئ التوجيهية لتنفيذ تلك المادة مشاهد التدخين فى الأعمال الدرامية شكلًا من أشكال الترويج له، ولالتزام مصر بالاتفاقيات الدولية فإن القانون المصرى تناول فى بعض مواده الوقاية من أضرار التدخين.

ومن أجل هذا قام الصندوق بإعداد وثيقة بشأن التزام صناع الدراما فى تناول ظاهرة التدخين والمخدرات التى استندت إلى سلسلة من الدراسات أعدها الصندوق لرصد وتحليل جميع المشاهد المتعلقة بهذه المشكلة بالدراما المصرية، وتم اعداد الوثيقة بالتوافق الكامل مع نقابتي المهن التمثيلية والسينمائية وهيئة الرقابة على المصنفات الفنية بما يضمن مشاركتهما فى رصد وتفعيل بنودها، كما اعتمدت الوثيقة على أطر تشريعية ومجتمعية.

وتضمنت الوثيقة البنود التالية:

١- تختص بالمؤلفين والمخرجين وتوصى بتحقيق التوازن الإيجابي فى تناول مشكلة التدخين والإدمان بين حرية الإبداع والمسئولية المجتمعية، وتجنب الشرح المستفيض لهذه المشاهد لما تؤديه من آثار سلبية مثل زيادة الفضول لدى النشء والشباب بما يدفعهم إلى التجربة، والتركيز على تداعيات التدخين وتعاطى المخدرات على المجتمع وإظهار الصورة السلبية للمدخن والمتعاطى للحد من المشكلة، وإنتاج أعمال درامية تهدف إلى مناهضة هذا الأمر بطرق غير مباشرة.

٢- على أبطال الأعمال الدرامية تجنب السلوكيات الداعمة للتدخين والتعاطى خصوصًا إن لم تكن من مقتضيات العمل، والمشاركة فى تصوير وتنفيذ تنويهات تحذيرية (مسموعة – مرئية) تبث قبل وأثناء العمل لما قد يحتويه العمل من مشاهد تدخين وتعاط.

٣-دور المنتجين والقنوات الفضائية وشركات التوزيع السينمائى عرض شريط تحذيرى مصاحب لمشاهد التدخين والتعاطى فى حالة عرضها داخل العمل، ودعم تنويهات توعوية خاصة للشباب،

وحظر احتواء العمل الدرامى على العروض الترويجية لمنتجات التبغ، وحظر الإعلانات التى تتضمن صورة المدخن أو المتعاطى، لا سيما الإعلانات الترويجية للأعمال الدرامية والأفلام المعروضة على القنوات وأفيشات الأفلام، وتطبيق منع التدخين فى دور العرض السينمائية.

٤- دور الأجهزة الرقابية على الأعمال الدرامية فى إيجاد الآلية المناسبة لحظر أى مشاهد لتعاطى الأطفال دون ال ١٨ عامًا للتبغ أو المخدرات، ووضع قيود على مشاهد تدخين الفتيات والسيدات خصوصًا أن نسبتها تفوق الواقع، وعمل نظام لتصنيف الأعمال الدرامية من حيث تناولها لمشكلة التدخين والتعاطى بطريقة متدرجة، وتشكيل لجنة متخصصة من صناع الدراما والخبراء والمتخصصين فى علم النفس والاجتماع تحت إشراف الصندوق تكون مهمتها تقديم وتقييم المحتوى العلمى الخاص بعملية التدخين والتعاطى داخل المسلسلات، وإعلان القائمين على العمل الدرامى لبيان بعدم تلقى أى دعم مالى أو فنى من الشركات المنتجة للتبغ.

٥- دور المؤسسات الثقافية والجهات المعنية بالقضية بتخصيص جوائز فى المهرجانات الوطنية والإقليمية للأعمال الخالية من مشاهد التدخين والتعاطى والمناهضة للمشكلة، وقيام الجهات المعنية بتنظيم ورش عمل مشتركة بين صناع الدراما والمتخصصين فى المجال النفسى والاجتماعى والقانونى بهدف تنمية الوعى بخطورة المشكلة، ورصد خروقات شركات التبغ فى التعاون مع صناع الدراما فى الترويج.

وفى كلمة للكاتب/ يوسف معاطى عن علاقة الإدمان بالكتابة فى ندوة نظمها الاتحاد النوعي المصرى للجمعيات للوقاية من الإدمان تحت عنوان: "المخاطر المتعددة للتعاطى والإدمان" بقاعة المؤتمرات بكلية الطب البيطرى – جامعة القاهرة بتاريخ ٢٠٠٦/١١/٢١، ذكر فيها بأن الشخصيات المدمنة فى الدراما أصبحت محببة عند المشاهد وهذا خطر جدًا، وذكر دور الفنانة/ منه شلبى في شخصية مسلسل سكة الهلالى وكيف تم معالجتها، وكذا فيلم السفارة فى العمارة ودور البطل فى تعاطى المخدرات وغياب عقله، وأن هذه الفترة من أخطر فترات العصر، ونحن فى حاجة إلى المحافظة على عقولنا وإلى إنصاف الموهوبين.

وفى ذات الندوة ذكر الفنان/ يحى الفخرانى بأن مدمن المخدرات لا يستطيع أن يبدع ولا يعمل وأن الفنانين دائمًا موضع اتهام فى هذا الشأن وطالب أن يكون هناك نشاط فنى ثقافى يتضمن مكافحة ظاهرة الإدمان والتدخين، وذكر بإنه فى فيلم الكيف ذهب إلى مستشفى الدكتور/ جمال ماضى أبو العزائم ليتعايش مع حالات الإدمان.

الإعلام ودوره فى التوعية والحماية من أخطار المخدرات:

– ضرورة تنقية المادة الإعلامية خاصة ما يتصل منها بالأعمال الدرامية والأفلام من الصور التى قد تظهر المخدرات كباعث لإعطاء إحساس بالنشوة لإبطال هذه الأعمال مما قد يغرى النشء على التعاطى

– أن يلعب الإعلام دورًا فى إبراز القدوة الصالحة التى يمكن أن يقتدى بها النشء.

– أهمية إعداد المواد العلمية للأفلام ومراجعتها من المتخصصون قبل إنتاجها .

– ضرورة أن يقوم العمل الإعلامى فى جميع مراحله على أساس علمى، معتمدًا فى ذلك على نتائج ما توصلت إليه البحوث العلمية والدراسات التربوية .

– تعبئة جهود مجموعة من الفنانين للقيام بحملات توعية فى التجمعات الشبابية المختلفة.

– إنشاء قنوات علمية هادفة بالتليفزيون، تشجع النشء والشباب على الاستزادة العلمية والتطلع العلمي، والاقتداء بالأعمال العلمية والتجارب التى تتم فى الخارج.

المبحث الرابع: دور الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان

تمهيد:

تعد مشكلة المخدرات من أعقد المشكلات التى تواجه المجتمعات فى الوقت الحاضر، ولا يكاد يفلت منها مجتمع، سواء كان متقدمًا أو ناميًا، ويقتضى التحليل العلمى لها تقسيمها إلى ثلاثة أبعاد: العرض، والطلب، والنتائج الصحية والاجتماعية والاقتصادية المترتبة على التعاطى والإدمان (سويف، مصطفى، ٢٠٠١: ١٥).

ومما لا شك فيه فإن ما مر على العالم من تغيرات قد أدى إلى تزايد خطورة مشكلة المخدرات من حيث العرض والطلب معًا، وظهرت أنواع عديدة من المواد الدوائية المحدثة للإدمان، وقد أسهمت الأحداث السياسية العالمية التى وقعت فى زيادة المشكلة وانتشارها، ومن أبرزها انهيار بعض النظم السياسية وتفكك بعض الدول وانتشار القلاقل والصراعات العرقية والدينية، وقد ارتبط هذا كله بتنشيط لم يسبق له مثيل فى تجارة المخدرات وتجارة السلاح، وكما نشط جانب العرض، نشط أيضًا جانب الطلب، وتشير التقارير والدلائل إلى تزايد أعداد المتعاطين لمعظم أنواع المواد النفسية الإدمانية فى الكثير من بلدان العالم، وإلى امتداد ظاهرة التعاطى والإدمان إلى شرائح عمرية مبكرة (أقل من ١٢ سنة)، وإلى تزايد أعداد النساء المدمنات وتفاقم مشكلة التعاطى المتعدد (سويف، مصطفى، ٢٠١٧).

كما أن مشكلة تعاطى المخدرات تمس جانبًا هامًا فى حياة المجتمع وهو الجانب الاقتصادى، بدءً من تكلفة حملات المكافحة إلى النفقات التي تتحملها الدولة من خلال إجراءات المحاكم والسجون إلى حجم الفاقد من الطاقة البشرية نتيجة للآثار الصحية المدمرة للمواد المخدرة على متعاطيها، خاصة وأن معظمهم فى سن النشاط الإنتاجى، وعلى هذا أضحى من الضرورى تكاتف كل قوى المجتمع فى مواجهة هذه الظاهرة (الأسرة – المجتمع المدنى – الإعلام – كافة مؤسسات التنشئة الأخرى)، وتعد الجمعيات الأهلية رأس حربة المجتمع المدنى فى مواجهة هذه الظاهرة (الفوال، نجوى؛ عدلى، هويدا، ٢٠٠٣: ٢).

وتكشف الدراسات المختلفة فى مجال تقييم إجراءات تحقيق التعافى من الإدمان، وكذلك تقارير الهيئات العلمية المعنية بهذه الظاهرة، أن محصلة الجهود التى تبذل فى اتجاه احتواء ظاهرة الإدمان لا زالت قاصرة، بل تشير هذه المحصلة إلى أن مردود الخدمة لا يكاد يرقى إلى مستوى الجهد المبذول فيها أو المال المنفق عليها (حسين، محيى الدين، ٢٠٠٣: ٢٥).

ويعني ذلك أن هناك حاجة ملحة لابتكار آليات جديدة للتعامل مع ظاهرة الإدمان وإشراك فاعلين جدد فى مواجهتها، وتحديث ما هو موجود من أدوار وقنوات، فلم يعد ممكنًا الاستمرار فى الاعتماد على الطرق التقليدية والاجتهادات الفردية، وهنا تبرز الجمعيات الأهلية كفاعل هام، فالتعويل عليها فى مكافحة

المخدرات والوقاية منها أمر مسلم به، بل ويمكن القول إن جهدها فى هذا الموضوع – إذا ما توافرت لها الإمكانيات اللازمة – قد يكون أكثر فاعلية وتأثيرًا (الفوال، نجوى؛ عدلى، هويدا، ٢٠٠٣: د).

وقد شهدت فترة بداية الألفية الجديدة اهتمامًا بحثيًا ملحوظًا بموضوع الجمعيات الأهلية، وقد اتسم هذا الاهتمام بملامح معينة، أبرزها أنه ركز فى البداية على دراسة الجمعيات الأهلية فى مصر كأحد فصائل المجتمع المدنى، أى ضمن الاهتمام بالنقابات المهنية والعمالية والأحزاب السياسية وغيرها، ولهذا انصب الاهتمام على تقديم رؤية عامة عن الجمعيات الأهلية من حيث تاريخها وعددها وتوزيعها الجغرافى وأنشطتها وعلاقتها بالدولة، ثم بدأ الاهتمام يزداد بالجمعيات الأهلية كموضوع مستقل، إما فى إطار المؤتمرات العلمية أو فى دراسات مستقلة (الفوال، نجوى؛ عدلى، هويدا، ٢٠٠٣: و).

وعلى الرغم من ذلك ظل الاهتمام البحثى بالأنماط والأشكال المختلفة للجمعيات قاصرًا، فالدراسات التى ركزت على الجمعيات النسائية مثلًا أو الجمعيات الدفاعية ما زالت محدودة، ولذلك يمكن القول إنه ما زالت هناك حاجة كبيرة للتعمق فى دراسة الجمعيات الأهلية بصورة أكثر، خاصة الأنماط التى لم تحظ بأية دراسات وافية، وأيضًا القضايا التى لم تنل حظها من الاهتمام والبحث، ومن أبرزها قضية علاقة الجمعيات الأهلية بالمجتمع، فعلى حين كان الاهتمام مكثفًا من قبل عدد من الباحثين بدراسة العلاقة بين الجمعيات الأهلية والدولة، فإن دراسة علاقة هذه الجمعيات بمجتمعاتها ما زال محدودًا للغاية، رغم أهمية هذه العلاقة كأحد محددات التفاعل بين الدولة والمجتمع المدنى (الفوال، نجوى؛ عدلى، هويدا، ٢٠٠٣: ز).

ويتم تناول هذا المبحث على النحو التالى:

أولاً: خلفية عن الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال الوقاية والعلاج من الإدمان:

إن هذا النمط من الجمعيات لم ينل الاهتمام الكافى الموجه من قبل المجتمع والمجتمع المدنى بشخصياته العامة ونشطائه بإنشاء هذا النمط من الجمعيات رغم أهميته البالغة، مما دفع الدولة إلى أن تضطلع بالدور بصورة شبه كاملة، وهذه المسألة تثير قضية هامة وهى من يضع أجندة المجتمع المدنى، هل الداخل بمشكلاته واحتياجاته أم الخارج بقضاياه وموضوعاته؟ كيف لا تحتل قضية خطيرة مثل قضية مكافحة الإدمان اهتمام المجتمع والمجتمع المدنى؟ (الفوال، نجوى؛ عدلى، هويدا، ٢٠٠٣: ٢٢).

إن أغلب الجمعيات والأندية ليست حديثة العهد، مما يفترض خبرتها الطويلة فى التعامل مع قضية مكافحة الإدمان وإلمامها بكافة تفاصيلها، وكذلك معرفتها بمعظم الفاعلين الآخرين سواء كانوا فاعلين محليين أو دوليين، ومع ذلك فإن التفاعل الإقليمى والدولى لهذه الجمعيات والأندية ما زال محدودًا للغاية، وقد برز هذا فى العضوية فى الهيئات والاتحادات المختلفة، وكذلك فى الجوائز، فما زال محور حركة هذه الأندية والجمعيات يدور حول المجال المحلى، رغم عبور أنماط عديدة من الجمعيات الأهلية الأخرى

الحدود بين المحلى والدولى ونجاحها فى حشد التأييد والتمويل، خاصة فى القضايا ذات الأهمية العالمية مثل قضايا المرأة والبيئة (الفوال، نجوى؛ عدلى، هويدا، ٢٠٠٣: ٢٢-٢٣).

عدم توافر قاعدة بيانات كافية ودقيقة عن الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى العاملة فى مجال مكافحة الإدمان، وهذه مسألة لا تقتصر فقط على هذا النمط من الجمعيات ولكنها تمتد إلى أنماط أخرى عديدة، فالعمل الأهلى بصفة عامة يعانى من هذا النقص، وهذه مسألة تحتاج إلى جهد بحثى دؤوب من قبل عديد من المؤسسات والمراكز البحثية المعنية بالجمعيات الأهلية. فأى تخطيط لتفعيل دور هذه الجمعيات فى خدمة المجتمع لا يمكن أن يتم دون توفير قاعدة بيانات دقيقة ووافية عنها (الفوال، نجوى؛ عدلى، هويدا، ٢٠٠٣: ١٢٤).

ثانيًا: أهداف الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال الوقاية والعلاج من الإدمان ومنها:

١- التوعية بأخطار المخدرات والإدمان.
٢- رعاية الفئات الهشة والضعيفة المعرضة للإدمان.
٣- شغل أوقات الفراغ بالنسبة للشباب.
٤- خدمة المنطقة المحيطة صحيًا واجتماعيًا ورياضيًا وثقافيًا.
٥- تقديم خدمات ومساعدات اجتماعية لأهالى المنطقة المحيطة.
٦- رعاية أطفال الشوارع.
٧- علاج المدمنين.
٨- التأهيل للمدمنين المتعافين ودمجهم نفسيًا ومجتمعيًا.
٩- مساعدة أسر المدمنين.

ثالثًا: الفئات المستفيدة من نشاط الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال الوقاية والعلاج من الإدمان ومنها:

١- الشباب.
٢- طلبة المدارس والجامعات.
٣- العمال.
٤- الأحداث.
٥- كبار السن.
٦- الأطفال المعرضون للإنحراف.
٧- أسر المدمنين.

رابعًا: أهم التحديات والمعوقات التى تواجه الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال الوقاية من الإدمان:

١- قلة الموارد المالية.
٢- نقص التجهيزات المادية.
٣- قلة الإقبال الجماهيرى.
٤- نقص فى تأهيل القائمين بالتدريب.
٥- عدم تعاون الأجهزة التنفيذية بالوزارات المختلفة.
٦- عدم وجود وسائل توعية كافية.
٧- قلة عدد المتطوعين.
٨- عدم اقتناع المسئولين بأهمية الجمعية.

(الفوال، نجوى؛ عدلى، هويدا، ٢٠٠٣: ١٠٩).

خامسًا: برامج مقترحة لتفعيل دور الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان ومنها:

١- برنامج التنسيق والتشبيك بين الجمعيات الأهلية وبعضها البعض، وبينها وبين الجهات الحكومية المعنية بالوقاية والعلاج من الإدمان.
٢- برنامج لتعبئة مزيد من الجمعيات الأهلية للعمل فى مكافحة المخدرات والوقاية منها.
٣- برامج التوعية والتثقيف والتدريب.
٤- برامج التنمية الشاملة: وهى البرامج التى تهدف إلى مكافحة الأسباب الأصيلة لانتشار التعاطى والإدمان ومنها (برنامج لمكافحة البطالة – برنامج لمكافحة الفقر – برنامج لشغل أوقات الفراغ).

(الفوال، نجوى، ٢٠٠٨: ١٤٦-١٥٣).

سادساً: ميادين عمل الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان:

تبين للباحث صعوبة حصر الجمعيات الأهلية التى تعمل فى مجال الوقاية من الإدمان حيث إنه لا توجد ميادين عمل محددة وواضحة عند البحث عن الجمعيات العاملة فى المجال، ولكن الجمعيات تعمل فى مجال الوقاية من الإدمان كأنشطة فرعية لميادين عمل أخرى كثيرة ومتنوعة مما يصعب معه الحصر، وتبين ذلك من خلال البحث عن طريق الإدارة المركزية للجمعيات الأهلية بوزارة التضامن الاجتماعى عن الجمعيات الأهلية التى تعمل فى مجال الوقاية من التعاطى والإدمان للمخدرات تحت أى بنود تتعلق بميادين العمل التى لها علاقة بهذا المجال وتم الوصول للآتى:

١ : جمعيات ذات علاقة بالوقاية من الإدمان:

ويوجد عدد ٢٥ جمعية تحت ميادين عمل تتعلق بالوقاية من التعاطى والإدمان وبياناتها كالتالى:

(جدول رقم "٣-١" جمعيات ذات علاقة بالوقاية من الإدمان) (مرتبة حسب تاريخ قيد الجمعية من الأقدم إلى الأحدث)

م	المديرية	اسم الجمعية	تاريخ القيد	مجال العمل الأساسى	مجالات عمل أخرى	حالة الجمعية	صفة النفع العام
١	الشرقية	جمعية مكافحة الإدمان والوقاية من الجريمة	١٩٨٧/٤/٨	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية – مساعدات اجتماعية – حماية البيئة والمحافظة عليها	متوقفة	نعم
٢	القاهرة	المصرية الدولية لمكافحة الإدمان	١٩٩٢/١٠/٥	مساعدات اجتماعية	مساعدات اجتماعية-أنشطة صحية-حماية المستهلك	تعمل	لا
٣	الغربية	الجمعية المصرية لتوعية الأسرة للوقاية من الإدمان (برايد مصر)	١٩٩٣/٧/٢٥	أنشطة صحية	أنشطة صحية	حل	لا
٤	البحيرة	مركز البحيرة للوقاية من أخطار الإدمان والمخدرات	١٩٩٤/١٢/٢	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-الدفاع الاجتماعى – تنمية المجتمعات المحلية	متوقفة	لا
٥	المنوفية	جمعية تصدي لخطر الإدمان بجامعة المنوفية	٢٠٠٢/٣/٩	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-الدفاع الاجتماعى	متوقفة	لا
٦	الجيزة	جمعية الخطوة الأولي لمكافحة المخدرات والوقاية من الإدمان	٢٠٠٣/٢/٢٣	رعاية الطفولة والأمومة	مساعدات اجتماعية-رعاية الطفولة والأمومة-الدفاع الاجتماعى – التنمية الاقتصادية	تعمل	لا
٧	الإسماعلية	جمعية الصحة النفسية والتوعية من أخطار الإدمان	٢٠٠٣/٤/٢٠	تنمية المجتمعات المحلية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-رعاية الطفولة والأمومة-رعاية الفئات الخاصة والمعوقين-الدفاع الاجتماعى-تنمية المجتمعات المحلية-رعاية وتمكين الأسرة	متوقفة	نعم
٨	أسيوط	الجمعية المصرية لتوعية الأسرة للوقاية من الإدمان	٢٠٠٣/٩/١٥	مساعدات اجتماعية	مساعدات اجتماعية – الدفاع الاجتماعى	متوقفة	لا
٩	القاهرة	الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان	٢٠٠٤/٣/٢٠	مساعدات اجتماعية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-الدعم الفنى وتطوير القدرات	تعمل	نعم

١٠	القاهرة	معا نستطيع مكافحة الإدمان	٢٠٠٤/٤/١١	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	تعمل	نعم
١١	الجيزة	الجمعية المصرية لتوعية الأسرة والوقاية من الإدمان	٢٠٠٤/٦/٥	رعاية الطفولة والأمومة	خدمات ثقافية وعلمية ودينية – مساعدات اجتماعية – رعاية الطفولة والأمومة – الدفاع الاجتماعى	متوقفة	نعم
١٢	القاهرة	حوار لعلاج الإدمان ومشاكل المراهقة	٢٠٠٥/٢/٢١	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية–أنشطة تعليمية	متوقفة	نعم
١٣	الجيزة	الجمعية العربية لعلاج الإدمان	٢٠٠٥/٢/٢٧	مساعدات اجتماعية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية – مساعدات اجتماعية	متوقفة	نعم
١٤	القليوبية	جمعية المركز المصرى لمكافحة الإدمان	٢٠٠٥/٣/١٣	تمكين وتأهيل الشباب	خدمات ثقافية وعلمية ودينية–الدفاع الاجتماعى–تمكين وتأهيل الشباب	دمج	نعم
١٥	المنوفية	جمعية حماية النشء من الإدمان بدروة	٢٠٠٥/٤/٣٠	رعاية الطفولة والأمومة	خدمات ثقافية وعلمية ودينية–مساعدات اجتماعية–رعاية الطفولة والأمومة–رعاية الفئات الخاصة والمعوقين–تنمية المجتمعات المحلية– رعاية وتمكين الأسرة	متوقفة	لا
١٦	القاهرة	جمعية رواد منشية ناصر للوقاية من الإدمان	٢٠٠٥/٦/١٣	رعاية وتمكين الأسرة	رعاية الطفولة والأمومة – رعاية وتمكين الأسرة	دمج	نعم
١٧	المنوفية	جمعية حماية النشىء من التدخين والإدمان	٢٠٠٦/٣/٨	مساعدات اجتماعية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية–مساعدات اجتماعية–رعاية وتمكين الأسرة	متوقفة	لا
١٨	المنوفية	حماية النشىء من الإدمان والتدخين بسنتريس	٢٠٠٦/٦/٢٨	رعاية الطفولة والأمومة	خدمات ثقافية وعلمية ودينية–مساعدات اجتماعية–رعاية الطفولة والأمومة–رعاية الفئات الخاصة والمعوقين–الدفاع الاجتماعى–تنمية المجتمعات المحلية	تعمل	لا
١٩	القاهرة	جمعية لا للإدمان للرعاية الاجتماعية المتكاملة والتوعية	٢٠٠٩/١/٢٨	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية – حماية البيئة والمحافظة عليها	حل	لا
٢٠	القاهرة	حياة جديدة للتنمية و التعافى من الإدمان	٢٠٠٩/٢/٢	حماية البيئة والمحافظة عليها	حماية البيئة والمحافظة عليها	تعمل	نعم
٢١	القليوبية	جمعية أصدقاء المرضى النفسية والإدمان	٢٠١٠/٩/١	مساعدات اجتماعية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية–مساعدات اجتماعية–أنشطة صحية–رعاية وتمكين الأسرة	متوقفة	لا
٢٢	الشرقية	إنسان لعلاج الادمان وخدمة وتنمية المجتمع	٢٠١١/٧/١٣	تنمية المجتمعات المحلية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية–مساعدات اجتماعية – الدفاع الاجتماعى– تنمية المجتمعات المحلية – تمكين وتأهيل الشباب	تعمل	لا

٢٣	الجيزة	حياة مضيئة لمكافحة المخدرات والإدمان	٢٠١٢/٧/٢٢	أنشطة صحية	أنشطة صحية- رعاية وتمكين الأسرة	متوقفة	لا
٢٤	المنيا	الحسيني للإدمان الخيرية	٢٠١٣/١/١	التنمية الاقتصادية	مساعدات اجتماعية-أنشطة صحية-حماية البيئة والمحافظة عليها-أنشطة تعليمية-التنمية الاقتصادية	تعمل	لا
٢٥	بنى سويف	جمعية محاربة الإدمان	٢٠١٣/٧/٧	أنشطة صحية	أنشطة صحية	متوقفة	لا

٢: جمعيات ذات علاقة بالصحة النفسية:

ويوجد عدد ١٦ جمعية تحت ميادين عمل تتعلق بالصحة النفسية وبياناتها كالتالى:

(جدول رقم "٣-٢" جمعيات ذات علاقة بالصحة النفسية) (مرتبة حسب تاريخ قيد الجمعية من الأقدم إلى الأحدث)

م	المديرية	اسم الجمعية	تاريخ القيد	مجال العمل الأساسى	مجالات عمل أخرى	حالة الجمعية	صفة النفع العام
١	القاهرة	المصرية للصحة النفسية	١٩٦٦/٥/١٧	رعاية الطفولة والأمومة	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-رعاية الطفولة والأمومة-أرباب المعاشات-رعاية وتمكين الأسرة	تعمل	لا
٢	القاهرة	جمعية صندوق الزمالة للعاملين بدار الاستشفاء للصحة النفسية	١٩٧١/١١/٢٤	مساعدات اجتماعية	مساعدات اجتماعية	تعمل	نعم
٣	الإسكندرية	جمعية صندوق الزمالة للعاملين بمستشفى الصحة النفسية	١٩٨٢/٢/٢	مساعدات اجتماعية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-أنشطة صحية-حماية البيئة والمحافظة عليها	تعمل	نعم
٤	الجمعيات المركزية	الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية	١٩٨٤/٢/١	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-رعاية الطفولة والأمومة-رعاية وتمكين الأسرة	تعمل	نعم
٥	الغربية	أصدقاء الصحة النفسية	١٩٩٠/١٢/٧	أنشطة صحية	أنشطة صحية-رعاية الفئات الخاصة والمعوقين	تعمل	لا

٦	القليوبية	الرعاية الاجتماعية للعاملين بدار الصحة النفسية بالخانكة	١٩٩٢/٦/١٠	مساعدات اجتماعية	مساعدات اجتماعية	حل	لا
٧	القاهرة	جمعية رعاية العاملين وأسرهم بمستشفى الصحة النفسية بحلوان	١٩٩٢/١١/١١	تنمية المجتمعات المحلية	مساعدات اجتماعية- تنمية المجتمعات المحلية	تعمل	نعم
٨	الإسكندرية	جمعية الصحة النفسية الوقائية للطفل	١٩٩٥/٧/٦	رعاية الفئات الخاصة والمعوقين	رعاية الفئات الخاصة والمعوقين	تعمل	لا
٩	الإسماعلية	جمعية الصحة النفسية و التوعية من أخطار الإدمان	٢٠٠٣/٤/٢٠	تنمية المجتمعات المحلية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-رعاية الطفولة والأمومة-رعاية الفئات الخاصة والمعوقين- الدفاع الاجتماعى-تنمية المجتمعات المحلية- رعاية وتمكين الأسرة	متوقفة	نعم
١٠	الجيزة	جمعية الصحة النفسية بالعياط	٢٠٠٣/٦/٢	رعاية الفئات الخاصة والمعوقين	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-أنشطة صحية-رعاية الطفولة والأمومة-رعاية الفئات الخاصة والمعوقين- الدفاع الاجتماعى-حماية البيئة والمحافظة عليها-حماية المستهلك-تنمية المجتمعات المحلية-التوعية بحقوق الإنسان-أنشطة تعليمية-رعاية وتمكين الأسرة-الدعم الفني وتطوير القدرات	تعمل	لا
١١	القاهرة	الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية	٢٠٠٤/٧/٢٠	رعاية الفئات الخاصة والمعوقين	أنشطة صحية-رعاية الطفولة والأمومة-رعاية الفئات الخاصة والمعوقين-رعاية وتمكين الأسرة	تعمل	نعم
١٢	البحيرة	الحياة والأمل للصحة النفسية بدمنهور	٢٠٠٥/١/١	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	تعمل	نعم
١٣	بنى سويف	جمعية الاستشفاء	٢٠٠٥/٥/٩	مساعدات اجتماعية	مساعدات اجتماعية - أنشطة صحية	تعمل	نعم

		النفسى داخل مستشفى الصحة النفسية ببنى سويف					
١٤	القاهرة	الأمل للصحة النفسية تم حلها إجباري برقم ٧٩٢٣ لسنه ٢٠١٥	٢٠٠٥/١٢/١٩	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	حل	نعم
١٥	القاهرة	المصرية للتوعية والصحة النفسية (وعى)	٢٠٠٦/٩/٢٤	مساعدات اجتماعية	مساعدات اجتماعية– أنشطة صحية– الدفاع الاجتماعى	تعمل	لا
١٦	الإسكندرية	مؤسسة الدكتور بهجت للصحة النفسية والتأهيل	٢٠١٤/١١/١٤	رعاية الفئات الخاصة والمعوقين	أنشطة صحية-رعاية الفئات الخاصة والمعوقين	تعمل	لا

٣: جمعيات ذات علاقة بمنع المسكرات ومكافحة المخدرات:

ويوجد عدد ١٣ جمعية تحت ميادين عمل تتعلق بمنع المسكرات ومكافحة المخدرات وبياناتها كالتالى:

(جدول رقم "٣-٣" جمعيات ذات علاقة بمنع المسكرات ومكافحة المخدرات)(مرتبة حسب تاريخ قيد الجمعية من الأقدم إلى الأحدث)

م	المديرية	اسم الجمعية	تاريخ القيد	مجال العمل الأساسى	مجالات عمل أخرى	حالة الجمعية	صفة النفع العام
١	أسيوط	ج السيدات المسيحية لمكافحة المسكرات والمخدرات بأسيوط	١٩٦٦/١٢/١١	الدفاع الاجتماعى	الدفاع الاجتماعى	حل	لا
٢	الجمعيات المركزية	الجمعية المصرية العامة لمنع المسكرات و مكافحة المخدرات	١٩٦٧/١/١	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-رعاية الفئات الخاصة والمعوقين-الدفاع الاجتماعى-رعاية وتمكين الأسرة	تعمل	لا

٣	القاهرة	جمعية منع المسكرات و مكافحة المخدرات	١٩٧٢/١/١	أنشطة صحية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-أنشطة صحية-رعاية الفئات الخاصة والمعوقين-الدفاع الاجتماعى-حماية البيئة والمحافظة عليها-رعاية وتمكين الأسرة	متوقفة	نعم
٤	القاهرة	جمعية التضامن الاجتماعى ومنع المسكرات ومكافحة المخدرات	١٩٧٣/١/١	أنشطة صحية	أنشطة صحية-حماية البيئة والمحافظة عليها-تمكين وتأهيل الشباب	تعمل	لا
٥	كفر الشيخ	جمعيه منع المسكرات ومكافحة المخدرات	١٩٧٤/٢/٢٣	الدفاع الاجتماعى	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-رعاية الطفولة والأمومة-رعاية الفئات الخاصة والمعوقين-الدفاع الاجتماعى	تعمل	لا
٦	المنوفية	الجمعية المصرية لمنع المسكرات و مكافحة المخدرات	١٩٨٠/٤/١٩	مساعدات اجتماعية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-أنشطة صحية-رعاية الطفولة والأمومة-رعاية الفئات الخاصة والمعوقين-الدفاع الاجتماعى-حماية البيئة والمحافظة عليها-تنمية المجتمعات المحلية	تعمل	نعم
٧	الغربية	جمعية منع المسكرات ومكافحة المخدرات	١٩٨١/٨/٢٢	أنشطة صحية	أنشطة صحية	حل	لا
٨	القليوبية	منع المسكرات ومكافحة المخدرات	١٩٨٤/٤/١	الدفاع الاجتماعى	الدفاع الاجتماعى	حل	لا
٩	القليوبية	جمعية منع المسكرات ومكافحة المخدرات	١٩٨٦/١/٩	أنشطة صحية	أنشطة صحية	دمج	لا
١٠	بنى سويف	جمعية مكافحة المخدرات والمسكرات والتدخين	١٩٨٩/١/١	الدفاع الاجتماعى	رعاية الفئات الخاصة والمعوقين-الدفاع الاجتماعى	تعمل	نعم
١١	أسوان	منع المسكرات ومكافحة المخدرات	١٩٩٨/١/١	مساعدات اجتماعية		حل	لا
١٢	الجيزة	جمعية منع المسكرات و مكافحة المخدرات	٢٠٠٣/٤/١٣	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-رعاية الطفولة والأمومة-أرباب المعاشات-رعاية وتمكين الأسرة	تعمل	لا
١٣	القاهرة	الرجاء للتعافي من المخدرات و المسكرات	٢٠١٦/٣/١٣	الدفاع الاجتماعى	الدفاع الاجتماعى	تعمل	لا

٤: جمعيات أهلية عامة تعمل فى الوقاية من الإدمان تحت ميدان عمل الدفاع الاجتماعى:

يوجد عدد ٢٥ جمعية أهلية تعمل تحت ميدان عمل الدفاع الاجتماعى وتمثل أغلب محافظات الجمهورية وبياناتها كالتالى:

(جدول رقم "٣-٤" جمعيات أهلية تعمل تحت ميدان عمل الدفاع الاجتماعى)

(مرتبة حسب تاريخ قيد الجمعية من الأقدم إلى الأحدث)

م	المديرية	اسم الجمعية	تاريخ القيد	مجال العمل الأساسى	مجالات عمل أخرى	حالة الجمعية	صفة النفع العام
١	الغربية	الدفاع الاجتماعى	١٩٦٩/٢/٨	الدفاع الاجتماعى	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-انشطة صحية-رعاية الطفولة والأمومة-الدفاع الاجتماعى-أرباب المعاشات-رعاية وتمكين الأسرة	تعمل	نعم
٢	الشرقية	الدفاع الاجتماعى بالشرقية	١٩٦٩/٦/٢	الدفاع الاجتماعى	رعاية المسجونين-الدفاع الاجتماعى	تعمل	نعم
٣	القاهرة	الجمعية العامة للدفاع الاجتماعي بالدرب الأحمر	١٩٧٦/١/١	الدفاع الاجتماعي	الدفاع الاجتماعي	تعمل	لا
٤	القاهرة	الجمعية المصرية العامة للدفاع الاجتماعي بمصر القديمة	١٩٧٦/١/١٠	الدفاع الاجتماعي	الدفاع الاجتماعي	تعمل	لا
٥	أسوان	جمعية الدفاع الاجتماعي بأسوان	١٩٧٨/١/١	الدفاع الاجتماعى	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-رعاية الطفولة والأمومة-الدفاع الاجتماعى	تعمل	نعم
٦	بورسعيد	الجمعية العامة للدفاع الاجتماعي ببورسعيد	١٩٧٨/١/١	الدفاع الاجتماعي	الدفاع الاجتماعي	تعمل	لا
٧	الفيوم	الدفاع الاجتماعي المصري فرع الفيوم	١٩٧٨/١/٨	تنمية المجتمعات المحلية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-الدفاع الاجتماعى-تنمية المجتمعات المحلية	متوقفة	لا
٨	كفر الشيخ	الجمعية العامة للدفاع الاجتماعي بكفر الشيخ	١٩٧٨/٢/٢	الدفاع الاجتماعي	الدفاع الاجتماعي	تعمل	لا

٩	المنيا	الجمعية المصرية العامة للدفاع الاجتماعي بالمنيا	١٩٧٨/٨/٥	الدفاع الاجتماعي	الدفاع الاجتماعي	تعمل	لا
١٠	الإسماعلية	جمعية الدفاع الاجتماعى	١٩٧٩/١/١	خدمات ثقافية وعلمية ودينية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-الدفاع الاجتماعى	تعمل	نعم
١١	الدقهلية	جمعية الدفاع الاجتماعى بالدقهلية	١٩٨٠/٧/١٠	الدفاع الاجتماعى	الدفاع الاجتماعى	تعمل	لا
١٢	دمياط	جمعية الدفاع الاجتماعى	١٩٨٠/٨/٢٣	تنمية المجتمعات المحلية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-الدفاع الاجتماعى-تنمية المجتمعات المحلية	تعمل	نعم
١٣	سوهاج	الدفاع الاجتماعى	١٩٨١/١/١	تنمية المجتمعات المحلية		متوقفة	لا
١٤	أسيوط	الجمعية الفرعية للدفاع الاجتماعي بأسيوط	١٩٨١/١/١٠	الدفاع الاجتماعي	الدفاع الاجتماعي	تعمل	لا
١٥	شمال سيناء	الجمعية المصرية العامة للدفاع الاجتماعي	١٩٨١/٨/٨	الدفاع الاجتماعي	الدفاع الاجتماعي	تعمل	لا
١٦	مرسى مطروح	جمعية الدفاع الاجتماعى	١٩٨١/١١/١٦	مساعدات اجتماعية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-رعاية الطفولة والأمومة-رعاية الفئات الخاصة والمعوقين-الدفاع الاجتماعى-رعاية وتمكين الأسرة	تعمل	نعم
١٧	السويس	الجمعية العامة للدفاع الاجتماعي بالسويس	١٩٨٢/١/٢	الدفاع الاجتماعي	الدفاع الاجتماعي	تعمل	لا
١٨	القليوبية	جمعية الدفاع الاجتماعي بالقليوبية	١٩٨٢/٨/٢٠	الدفاع الاجتماعى	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-الدفاع الاجتماعى	تعمل	نعم
١٩	البحر الأحمر	جمعية الدفاع الاجتماعى	١٩٨٥/٢/٢١	مساعدات اجتماعية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-تنمية المجتمعات المحلية	تعمل	نعم
٢٠	الوادى الجديد	جمعية الدفاع الاجتماعى	١٩٨٦/١/١	مساعدات اجتماعية	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-رعاية الطفولة والأمومة-رعاية الفئات الخاصة والمعوقين-رعاية المسجونين-حماية المستهلك-تنمية المجتمعات المحلية	تعمل	نعم

٢١	المنوفية	جمعية الدفاع الاجتماعي بقويسنا	١٩٩٥/٥/٣	الدفاع الاجتماعي	الدفاع الاجتماعي	تعمل	لا
٢٢	جنوب سيناء	الدفاع الاجتماعى	٢٠٠٣/٥/١٤	الدفاع الاجتماعى	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-مساعدات اجتماعية-الدفاع الاجتماعى-حماية البيئة والمحافظة عليها-تنمية المجتمعات المحلية	تعمل	لا
٢٣	الجيزة	جمعية الدفاع الاجتماعى	٢٠٠٣/٦/٢٢	الدفاع الاجتماعى	رعاية الطفولة والأمومة-الدفاع الاجتماعى	تعمل	لا
٢٤	قنا	جمعية الدفاع الاجتماعى	٢٠٠٣/١٠/١٤	الدفاع الاجتماعى	خدمات ثقافية وعلمية ودينية-الدفاع الاجتماعى-تنمية المجتمعات المحلية	متوقفة	لا
٢٥	بنى سويف	التوفيق والدفاع الاجتماعى	٢٠١٠/٣/٢٣	تنمية المجتمعات المحلية	تنمية المجتمعات المحلية	متوقفة	لا

الفصل الرابع

"بعض التجارب الدولية – الإقليمية – الوطنية"

فى الوقاية من الإدمان

ويتضمن مبحثين:

المبحث الأول: "بعض التجارب الدولية – الإقليمية والعربية" فى الوقاية من الإدمان.

المبحث الثانى: نماذج لتجارب بعض الجمعيات الأهلية والجهات المعنية فى مجال الوقاية من الإدمان فى جمهورية مصر العربية.

الفصل الرابع: "بعض التجارب الدولية – الإقليمية – الوطنية" فى الوقاية من الإدمان

تمهيد:

تعانى معظم دول العالم من ارتفاع معدلات التعاطى والاتجار بالمخدرات، وخاصة أنها ترتبط ارتباطًا وثيقًا بجرائم أخرى منها القتل والسرقة والاغتصاب، كما توصلت معظم الدراسات المعاصرة، إلى أن الوفاة بسبب الجرعة الزائدة من المخدرات تأتى فى المرتبة الثالثة كسبب للوفاة بعد أمراض القلب والسرطان.

واتضح فى الآونة الأخيرة أن خفض العرض على المخدرات من خلال المكافحة الأمنية لآفة المخدرات لم يعد مجديًا لوحده دون التركيز على خفض الطلب على المخدرات من خلال دعم برامج التوعية، وهو الدور الأهم والأجدى فى محاربة آفة العصر وانتشارها وتعاطيها فى أى بلد بالعالم، وقد أكدت الجهود الحثيثة لبرامج الوقاية على إيجاد آليات للتعاون بين كافة مؤسسات المجتمع وشرائحه للحد من انتشار آفة المخدرات (الحميدان، عايد، ٢٠٠٧: ٣).

ويهدف هذا الفصل إلى التعرف على تجارب بعض الدول فى مجال دور الجمعيات الأهلية والجهات المعنية فى الوقاية من الإدمان، وذلك من خلال المباحث التالية:

المبحث الأول: "بعض التجارب الدولية – الإقليمية والعربية" فى الوقاية من الإدمان.

المبحث الثانى: نماذج لتجارب بعض الجمعيات الأهلية والجهات المعنية فى مجال الوقاية من الإدمان فى جمهورية مصر العربية.

المبحث الأول: "بعض التجارب الدولية – الإقليمية والعربية" فى الوقاية من الإدمان

تمهيد:

إن سلبيات الانفتاح الاقتصادى والتغيرات الاجتماعية التى تعيشها المجتمعات المعاصرة وموضوع العولمة والتى كان من آثارها ربط كل ما هو محلى بما هو عالمى ودولى وأصبح العالم كله عبارة عن قرية صغيرة وانعكاساتها السلبية على كل مجالات الحياة (الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية والإنسانية وغيرها من المجالات) ومنها الاتجاه نحو تعاطى المخدرات وانتشار هذه الآفة بين شرائح المجتمع المختلفة، وهو الأمر الذى دفع بالعديد من الدول لإنشاء اللجان الوطنية لمكافحة المخدرات.

ونظرًا لقلة الدراسات الخاصة المتعلقة بطبيعة التعاون بين اللجان الوطنية لمكافحة المخدرات والمؤسسات التربوية على المستوى الإقليمى، جاءت هذه الدراسة لتؤكد على الارتباط الإيجابى بين دور هذه اللجان والمؤسسات فى دعم برامج التوعية ضد المخدرات وتنمية المجتمع من خلال توظيف هذه الأدوار والبرامج لتحقيق أسلوب الاتصال السريع للحد من انتشار المخدرات، وهى استجابة علمية ملحة لوصف طبيعة هذه الآثار والتحرك من أجل تناميها حتى لا تتكرر مآسى أخرى مرتبطة بمشكلة المخدرات (الحميدان، عايد، ٢٠٠٧: ٥).

من خلال مراجعة التراث العالمى المتعلق بالمخدرات، والذى يكشف عن طبيعة التعاون بين اللجان الوطنية لمكافحة المخدرات وربطه بدور المؤسسات التربوية فى الحد من انتشار المخدرات، نجد أن أهم المحاور التى تلقى الضوء على ذلك الدور هى المحاور المتعلقة بالمبادئ والأسس التالية:

١ – المبادئ العامة للوقاية من المخدرات من خلال دعم البرامج العامة.
٢ – دور الإعلام التربوى واللجان الوطنية لمكافحة المخدرات فى الحد من المخدرات.
٣ – خفض الطلب على المخدرات مطلب دولى.
(الحميدان، عايد، ٢٠٠٧: ٥–٩).

ويتم تناول هذا المبحث على النحو التالى:

أولًا: الجهود والتجارب الدولية فى مجال مكافحة مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات:

١ –الاتفاقيات الدولية المعنية بمكافحة المخدرات والإجرام المنظم:

١ – اتفاقية نيويورك الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١م (خليل، سناء سيد، ٢٠١٠: ١).

٢- البروتوكول المعدل لاتفاقية نيويورك الوحيدة للمخدرات جنيف لسنة ١٩٧٢م (خليل، سناء سيد، ٢٠١٠: ٥٧).

٣- اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة المؤثرات النفسية فيينا لسنة ١٩٧١م.

٤- اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع فى المخدرات والمؤثرات العقلية فيينا لسنة ١٩٨٨م.

٥-اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة المنظمة عبر الوطنية (إيطاليا باليرمو عام ٢٠٠٠)، (خليل، سناء سيد، ٢٠١٠: ١٧٧).

٢- الجهود الدولية:

- مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة (أبو النصر، مدحت محمد، ٢٠١٦: ٨٤-٨٦).
- التقرير الدولى عن المخدرات.
- اليوم العالمى لمكافحة المخدرات.
- اليوم العالمى للامتناع عن تعاطى التبغ.
- الاتفاقيات الدولية والإقليمية المعنية بمكافحة المخدرات والإجرام المنظم (خليل، سناء سيد، ٢٠١٠).

٣- تجارب أجنبية ناجحة فى مجال الوقاية والعلاج من مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات (تجربة الولايات المتحدة الأمريكية - تجربة بريطانيا - تجربة إيطاليا - تجربة فنلندا):

تجربة الولايات المتحدة الأمريكية:

- خدمات الوقاية الأولية للأطفال والشباب فى بعض مدارس الولايات المتحدة الأمريكية.
- مركز مدارس ومجتمعات خالية من المخدرات فى مدينة بورتلاند بالولايات المتحدة الأمريكية. (أبو النصر، مدحت محمد، ٢٠١٦: ١٦٢-١٦٨).

تجربة بريطانيا:

مشروع ساوثول الاجتماعى للتثقيف بشأن المخدرات بلندن (أبو النصر، مدحت محمد، ٢٠١٦: ١٧٣-١٧٤).

تجربة إيطاليا:

مشروع الوقاية من المخدرات لطلاب المدارس فى المرحلتين الإعدادية والثانوية (أبو النصر، مدحت محمد، ٢٠١٦: ١٧٥).

تجربة فنلندا:

تدريس مادة الوقاية من الجريمة بالمدارس.

ثانيًا: الجهود والتجارب الإقليمية والعربية فى مجال مكافحة مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات:

١ – الاتفاقيات العربية المعنية بالتعاون القضائى ومكافحة المخدرات:

– اتفاقية الرياض العربية للتعاون القضائى عام ١٩٨٥م.

– الاتفاقية العربية لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية عام ١٩٩٤م (خليل، سناء سيد، ٢٠١٠: ٢٧٩).

٢ – جهود عربية فى مجال مكافحة مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات:

– **الاتحاد العربى للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان:** (أبو النصر، مدحت محمد، ٢٠١٦: ١٤٢–١٥٦).

نبذة عن الاتحاد العربى للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان:

بند ١ – الاتحاد هو اتحاد للجمعيات والاتحادات العربية الغير حكومية العاملة فى مجالات الوقاية والعلاج من الإدمان

المقر الرئيسى القاهرة [جمهورية مصر العربية] – يمكن أن يكون للاتحاد مكاتب تنفيذية فى بعض البلاد العربية.

الأهداف:

بند ١: فى مجال الوقاية من الإدمان:

١ – جمع الجهود الغير حكومية للتصدى لظاهرة الإدمان والعمل على خفض الطلب والوقاية من المخدرات والمسكرات.

٢ – العمل على التوسع فى إنشاء جمعيات الوقاية من الإدمان فى الوطن العربى.

٣ – تزويد الجمعيات بالدراسات والنشرات والوثائق التى تساعدها على تنمية أنشطتها وتحقيق أهدافها.

٤ – تيسير الاتصالات و اللقاءات بين أقطار الوطن العربى فى مجال تبادل الخبرات الهادفة إلى زيادة الوعى من مضار الإدمان.

بند ٢: فى مجال التدريب والعلاج:

١ – إصدار مجلة عربية متخصصة فى شؤون الوقاية و العلاج من الإدمان

٢- عقد المؤتمرات المتخصصة فى شؤون الإدمان والاشتراك فى المؤتمرات العربية والدولية.

٣- تنظيم دراسات ودورات تدريبية فى مجالات الإدمان.

بند ٣: فى مجال التعاون مع المنظمات الدولية:

١- الاتصال بالمنظمات والهيئات الحكومية والأهلية العربية منها والعالمية من أجل تبادل الخبرات والاستفادة منها.

٢- إقامة مشاريع ومسابقات مشتركة بين أعضاء الاتحاد بالتعاون مع المنظمات الأخرى.

٣- للاتحاد أن يستخدم كل الوسائل التى يراها صالحة لتحقيق الأهداف دون التدخل فى الأمور السياسية أو العقائد الدينية.

القانون الأساسى:

يتشكل الاتحاد من:

- الجمعية العمومية.

- مجلس الإدارة.

-اللجان أو المجالس والمكاتب الفرعية التى يشكلها مجلس الإدارة.

الجمعية العمومية:

- تتكون الجمعية العمومية من جميع الأعضاء العاملين الذين وفوا التزاماتهم وفقًا لنظام الاتحاد.

مجلس الإدارة:

يدير الاتحاد مجلس إدارة يتكون من عدد [إحدى عشر] عضوا منهم أربعة أعضاء يمثل الواحد منهم منطقة قطرية واحدة من المناطق الأربعة وهى:

١- **المنطقة الشمالية:** تشمل (مصر - ليبيا - السودان - الصومال).

٢- **المنطقة الجنوبية:** تشمل (السعودية - الإمارات - الكويت- عمان - البحرين - قطر - اليمن).

٣-**المنطقة الشرقية:** تشمل (سوريا – الأردن – العراق – لبنان – فلسطين).

٤ – **المنطقة الغربية:** تشمل (المغرب – الجزائر – تونس – موريتانيا).

ثم يتم انتخاب السبعة أعضاء الآخرين من بين جميع المرشحين للمشاركة فى انتخاب مجلس الإدارة.

نماذج لبعض الأنشطة التى قام بها الاتحاد العربى للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان:

- المؤتمر الإقليمى لمكافحة المخدرات (استراتيجية مكافحة المخدرات بالعالم العربي) الكويت – فندق راديسون من ١٩ إلى ٢٠ ابريل ٢٠١٥.
- الاحتفال الثانى باليوم العالمى لمكافحة التدخين والمخدرات وتخريج الدفعة الثانية من الدبلوم العربى لطب نفسى الإدمان – المعهد العربى للتنمية المهنية المستدامة – نقابة الاطباء – دار الحكمة – ٢٠ مايو ٢٠١٥.
- الاحتفال الثالث باليوم العالمى لمكافحة المخدرات لعام ٢٠١٥ "نحو عمل جماعى لمواجهة العنف والادمان والاكتئاب" المركز الإعلامى النموذجى بمحافظة السويس – الخميس ١١ يونيو ٢٠١٥.
- ورشة عمل الشباب بين انحراف السلوك والمخدرات ٢٧ – ٢٨ أكتوبر ٢٠١٥- دولة الكويت – فندق كوستاديل سول – قاعة كازا.

٣- تجارب عربية ناجحة فى مجال الوقاية والعلاج من مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات (تجربة البحرين – الإمارات – لبنان – السعودية – الكويت):

تجربة البحرين:

- البرنامج الوطنى "معًا" لمكافحة العنف والإدمان.
- التعاون المشترك مع مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة.
- برنامج الوقاية من أضرار المخدرات.

(أبو النصر، مدحت محمد، ٢٠١٦: ١٩٠-١٩٥).

تجربة الإمارات العربية المتحدة:

- برنامج حماية الدولى.
- مركز التأهيل الخاص بالشارقة.
- مركز التدريب والتأهيل لمتعاطى المخدرات بدبى.
- برنامج حماة المستقبل وتحصين الشباب من المخدرات.

- تجربة الرياض ودبى.

(أبو النصر، مدحت محمد، ٢٠١٦: ٢٢١-٢٢٦).

تجربة لبنان:

-برنامج فواصل التربوى.

تجربة المملكة العربية السعودية:

- جهود المديرية العامة لمكافحة المخدرات.
- برنامج الحماية من تعاطى المخدرات.

تجربة الكويت:

- مشروع غراس.
- جمعية بشائر الخير.

- **نبذة عن مشروع غراس وجمعية بشائر الخير** كنموذج لخفض الطلب على المخدرات وتكامل الجهود فى المجتمع الكويتى من خلال دور اللجان الوطنية والمؤسسات التربوية فى الحد من انتشار المخدرات (الحميدان، عايد، ٢٠٠٧: ١٧-١٨).

سعت دولة الكويت لإنشاء اللجان الوطنية والجمعيات الأهلية من أجل مواجهة المخدرات، ولا شك أن التعاون بين الجهات المختلفة من أجل مواجهة المخدرات، هو السبيل الوحيد لوضع حد للفوضى الاجتماعية والضغوط التى تدفع الشباب للوقوع فريسة سهلة بيد تجار ومروجى المخدرات، **ومن هذه اللجان الوطنية والمؤسسات والجمعيات الأهلية التى تتعاون فيما بينها من أجل التصدى لآفة المخدرات:** وزارة الداخلية ممثلة بالإدارة العامة لمكافحة المخدرات، والإدارة العامة للمؤسسات الإصلاحية، وإدارة العلاقات العامة والتوجيه المعنوى، ولجنة دراسة تدابير خفض الطلب على المخدرات، والإدارة العامة للجمارك، واللجنة الوطنية للوقاية من المخدرات، والمشروع التوعوى الوطنى للوقاية من المخدرات **(غراس)**، ووزارة التربية ممثلة بلجنة التوعية بخطورة المخدرات، ووزارة الصحة ممثلة بمركز بيت التمويل لعلاج الإدمان، وجمعيات النفع العام ممثلة **(بجمعية بشائر الخير)**، والمدمن المجهول، واللجنة الكويتية لمكافحة المخدرات.

ينطلق عمل هذه اللجان الوطنية والوزارات والمؤسسات والجمعيات الأهلية فى الحد من تعاطى المخدرات من خلال المشاركة فى رسم السياسة العامة لمكافحة المخدرات بما يكفل التنسيق والتعاون وتنظيم هذه الجهود سواء الرسمية أو غير الرسمية، مع اقتراح الخطط والبرامج ومتابعة تنفيذها وتقويمها على المستويين الوقائى والعلاجى، وهى تسعى بذلك لمساعدة المدمن للخروج من أزمته من خلال الخبرة الواقعية لدى العاملين فى هذه اللجان أو الجمعيات، أو من خلال تقوية الوازع الدينى وإتباع أفضل الوسائل الوقائية والعلاجية.

قامت دولة الكويت ممثلة بوزارة الداخلية من خلال لجنة دراسة تدابير خفض الطلب على المخدرات بمتابعة وتكثيف جهودها من أجل المشاركة فى الجهود التى تقوم بها حكومات دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية لمحاربة كل الأخطار التى تواجه الفرد والمجتمع على كل صعيد وفى كل ناحية، ومن أهم تلك المخاطر المخدرات المنتشرة بسمومها وشرورها وكل مفاسدها، وفى سبيل ذلك وضعت دولة الكويت نصب أعينها هذه الاستراتيجية وقامت من خلال لجنة دراسة تدابير خفض الطلب على المخدرات بالنزول إلى الميدان وتطبيق الاستبيانات المعدة من الأمانة العامة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية والتى وصلت إلى ٣٣٠٣٩ استبانة موزعة على مختلف شرائح المجتمع، وقد طبقت هذه الاستبيانات على الطلاب من الجنسين فى المدارس والهيئة العامة للتعليم التطبيقى والتدريب وجامعة الكويت، وطبقت أيضًا على أولياء أمور الطلبة فى المرحلة الابتدائية، وذلك بالتنسيق مع وزارة التربية ممثلة بإدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية ولجنة التوعية بخطورة المخدرات، وكذلك التنسيق مع عمادة شئون الطلبة فى الجامعات والهيئة العامة للتعليم التطبيقى والتدريب، واللجنة تتابع اعتماد النتائج النهائية من الأمانة العامة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية حتى تستطيع رسم الاستراتيجية المستقبلية لمواجهة المخدرات بالتعاون مع المؤسسات التربوية بمختلف أطيافها للحد من انتشار المخدرات.

- طبيعة التعاون بين اللجان الوطنية لمكافحة المخدرات والمؤسسات التربوية للحد من انتشار المخدرات:

أوجه التعاون التى قامت بها اللجان الوطنية والوزارات والمؤسسات والجمعيات الأهلية فى دعم المؤسسات التربوية فى سبيل الحد من انتشار المخدرات، اعتمدت على أربع دعامات رئيسية تتمثل فى التالى:

١- الوقاية المبكرة وفق خطط علمية للتدخل فى الوقت المناسب وحماية أفراد المجتمع.
٢- تطور آليات العلاج وتأهيل المدمنين وعلاج ضحايا الإدمان.
٣- التخطيط الشامل لكل محاور المشكلة لرسم استراتيجية متكاملة لمواجهة المخدرات.
٤- السعى لصياغة بروتوكول تعاون يلزم كافة الجهات الرسمية وغير الرسمية بالعمل تحت مظلة جهة واحدة عليا تواجه المخدرات.

(الحميدان، عايد، ٢٠٠٧: ١٨-٢٠).

- التحديات التى تعترض التعاون بين اللجان الوطنية والمؤسسات التربوية فى الحد من انتشار المخدرات:

هذه اللجان الوطنية بالتعاون مع المؤسسات التربوية لها دور فاعل فى الحد من انتشار المخدرات، وبرامجها الوقائية تتصف بالنجاح على وجه العموم، لكن يبقى تساؤلات مهمة: هل التمويل المتاح للجان الوطنية والجمعيات الأهلية والمؤسسات التربوية فى مجال الوقاية من المخدرات يفى بالغرض الذى تعمل من أجله؟، وخصوصًا أنها تواجه كارثة تديرها شبكات تجنى مليارات الدولارات من وراء الربح الفاحش

لبيع هذه السموم، وهل العاملين بهذه اللجان والجمعيات والمؤسسات مؤهلين التأهيل الكافى لقيادة برامج التوعية؟، وهل هناك فرق للتدخل السريع عند اكتشاف أى حالة لتعاطى المخدرات فى أحد المؤسسات التربوية أو قطاعات المجتمع المختلفة؟... وأسئلة عديدة تحتاج منا للإجابة.

(الحميدان، عايد، ٢٠٠٧: ٢٠).

- أهم العوامل التى تقف عائقاً أمام نجاح برامج التوعية فى الوقاية من المخدرات:

١- عدم اشراك الشباب فى الإعداد لهذه البرامج.
٢- ضعف الوازع الدينى.
٣- الجهل بدور برامج التوعية فى الوقاية من المخدرات.
٤- الإثارة والتقليد للمشاهير.
٥- الفضائيات والمد الإعلامى السلبى.
٦- أقران السوء.
٧- تغلغل تجار ومروجى المخدرات بين الشباب والفئات المستهدفة.
٨- سعى الشباب وراء المتعة المؤقتة.
٩- تشتت جهود الجهات العاملة فى مكافحة المخدرات.
١٠ - ضعف أساليب الاتصال بين العاملين فى برامج التوعية والشباب والفئات المستهدفة.
١١ - سوء استخدام الشبكة العنكبوتية (الانترنت) ومواقع المحادثة (الشات).

(الحميدان، عايد، ٢٠٠٧: ٢٣-٢٤).

- أهم الحلول لتعزيز آليات التعاون بين اللجان الوطنية لمكافحة المخدرات والمؤسسات التربوية للحد من انتشار المخدرات من جهة، وبين الجمهور المستهدف من جهة أخرى:

١- إنشاء قاعدة بيانات عن اللجان الوطنية والجمعيات الأهلية والمؤسسات العاملة فى مجال الوقاية من المخدرات، والحالات الجديدة التى دخلت عالم المخدرات من المتعاطين.
٢- ضرورة الاتصال السريع بين اللجان الوطنية والمؤسسات التربوية لإيجاد برامج وقائية متنامية ومتطورة للحد من انتشار المخدرات وفق خطط معدة مسبقًا يشترك بها الشباب سواء الطلاب منهم أو الشرائح المستهدفة.
٣- تدريب فرق فنية متخصصة ذات مهارات عالية فى التدخل السريع لإنقاذ حالات التعاطى التى تكتشف وخاصة فى المدارس والجامعات والمعاهد.
٤- توفير مصادر للتمويل والدعم، وصياغة بروتوكول تعاون يلزم كافة الجهات الرسمية وغير الرسمية بالعمل تحت مظلة جهة واحدة عليا تواجه المخدرات، وأن يتم التعاون والتنسيق بين

جهود هذه اللجان الوطنية والجمعيات والمؤسسات التربوية لرسم السياسة العامة للحد من انتشار المخدرات.

٥- حشد التعبئة الشعبية بين صفوف أبناء الشعب الواحد لحثهم على المشاركة فى خدمة المجتمع ودعم أنشطة هذه اللجان الوطنية والجمعيات الأهلية والمؤسسات لدرء خطر المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة ومنها المخدرات.

٦- دعم مهارات التدريب والتعليم لخلق جهاز إدارى فى اللجان والجمعيات والمؤسسات لديه رؤى مستقبلية متطورة، ويملك فرص الإبداع، ويستطيع أن يقنع الآخرين بأهمية العمل الاجتماعى المؤسسى الذى يوفر الاستقرار والأمن الاجتماعى عند المشاركة فى درء الأخطار والآفات الاجتماعية عن أفراد المجتمع وعلى رأسها المخدرات.

٧- التمسك بتعاليم الدين الإسلامى الحنيف، والحث على الالتزام بمكارم الأخلاق والتمسك بالقيم الأصيلة، والبعد عن التناحر والنقد السلبى يعزز آليات التعاون بين اللجان الوطنية والمؤسسات التربوية والجمعيات والجمهور المستهدف للوقوف بوجه آفة المخدرات.

(الحميدان، عايد، ٢٠٠٧: ٢٥-٢٦).

ثالثًا: الدروس المستفادة من التجارب الدولية والإقليمية والعربية فى مجال مكافحة الإدمان:

توجد العديد من الملاحظات والدروس المستفادة من تجارب الوقاية والعلاج من مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات ولعل من أهمها ما يلى: (أبو النصر، مدحت محمد، ٢٠١٦: ٢٣٤-٢٣٨).

- معظم التجارب حاولت أن تحدد العوامل التى تزيد من انتشار استخدام المواد المخدرة فى المجتمع، وتحديد عوامل الحماية التى تقلل من فرص استخدامها، ومن ثم وضع البرامج المناسبة لتعزيز عوامل الحماية والتقليل من أثر العوامل المسببة للإدمان.
- الغالبية العظمى من التجارب وجهت بشكل خاص لتلاميذ وطلاب المرحلتين الإعدادية والثانوية، مع ندرة للتجارب التى اهتمت بتلاميذ المرحلة الإبتدائية وبطلاب المرحلة الجامعية، وهذا يدعونا إلى ضرورة توجيه برامج وقائية أيضًا لهاتين الفئتين، حيث أثبتت بعض البحوث والدراسات أن هناك بعض تلاميذ المرحلة الإبتدائية يدخنون السجائر ويشربون البيرة، وهذا السلوك هو أحد أبواب الدخول فى عالم التعاطى والإدمان، كذلك أثبتت الغالبية العظمى من البحوث بأن أعداد كبيرة من الطلاب فى المرحلة الجامعية دخلوا بالفعل فى دائرة التعاطى والإدمان.
- من حيث درجات الوقاية فإن الغالبية العظمى من التجارب طبقت ما يسمى الوقاية من الدرجة الأولى، بينما بعض هذه التجارب طبقت ما يسمى بالوقاية من الدرجة الثانية والثالثة.
- من حيث أنواع الوقاية فإن كل التجارب طبقت الوقاية الجزئية وليس الشاملة (التى تهتم بكل جوانب حياة الناس)، حيث اهتمت هذه التجارب بجانب أو أكثر من جوانب حياة الناس، ألا وهو وقايتهم من مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات.

- ومن حيث أنواع الوقاية أيضًا فإن الغالبية العظمى للتجارب كانت من نوع الوقاية الخاصة أو الانتقائية تلك التى توجه لفئة معينة أو شريحة معينة فى المجتمع مثل: الأطفال أو المراهقين أو الشباب أو الأفراد والجماعات المعرضين للمخاطر أكثر من غيرهم، بينما نادرًا ما نجد تجربة من تجارب الوقاية من تعاطى وإدمان المخدرات يتبع فكر الوقاية العامة تلك التى توجه للمجتمع ككل، ومن أمثلة التجارب التى استرشدت بفكر الوقاية العامة: برنامج الحماية من تعاطى المخدرات فى المملكة العربية السعودية.
- ومن حيث أنواع الوقاية أيضًا فإن الغالبية العظمى من التجارب طبقت ما يسمى بالوقاية المتقدمة، حيث كانت الأهداف الرئيسية لهذه التجارب أهداف وقائية، وبعض هذه التجارب مثل: مركز التأهيل الخاص بالشارقة، ومركز التدريب والتأهيل لمتعاطى المخدرات بدبى، وطبقت ما يسمى بالوقاية البسيطة والتى احتلت بها الأهداف الوقائية مرتبة ثانية أو ثالثة.
- معظم التجارب لم تعطى لدور الأسرة فى عملية الوقاية من مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات الاهتمام الملائم والمكافئ لها فى عملية المكافحة المطلوبة.
- معظم التجارب لم تعطي أيضًا لدور كل من: المسجد والكنيسة فى عملية الوقاية من مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات الاهتمام الملائم والمكافئ لهما فى عملية المكافحة المطلوبة.
- معظم التجارب حاولت أن تحسن من بعض المهارات لدى الأطفال والمراهقين والشباب وأسرهم ومدرسيهم، وذلك بإستخدام وسائل عديدة، منها: التوعية والإرشاد والنصيحة وممارسة الأنشطة المحببة وشغل أوقات الفراغ بشكل مفيد للفئات المستهدفة / المستفيدة.
- الأطباء والأخصائيون الاجتماعيون كانوا قاسم مشترك فى كل فرق العمل بكل التجارب.
- كل التجارب اعتمدت فى نجاحها على التعاون المشترك أو الشراكة، وأحيانًا التشبيك بين بعض منظمات المجتمع المعنية / المهتمة.
- الغالبية العظمى من التجارب لم تهتم بتقييم البرامج والأنشطة التى تقدمها، كما أنها لا تطلب التغذية العكسية من المجتمع والمؤسسات الأخرى والشباب ووسائل الإعلام لمعرفة أسلوب سير البرامج والأنشطة فى تحقيق الأهداف، والتغييرات الضرورية التى ينبغي إجراؤها.

المبحث الثانى: نماذج لتجارب بعض الجمعيات الأهلية والجهات المعنية فى مجال الوقاية من الإدمان فى جمهورية مصر العربية

أولًا: نماذج لتجارب بعض الجمعيات الأهلية فى مجال الوقاية من الإدمان فى جمهورية مصر العربية:

من أهم النماذج الموجودة داخل جمهورية مصر العربية هى نموذج:

الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان:

ويضم فى عضويته مجموعة متميزة وناجحة من الجمعيات الأهلية من مختلف المحافظات داخل مصر وفيما يلى تعريف بالاتحاد النوعى المصرى للجمعيات للوقاية من الإدمان:

– تم إشهار الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات للوقاية من الإدمان برقم ٣ لسنة ٢٠٠٤م بدعم خاص من المجلس القومى للطفولة والأمومة.

أهمية الاتحاد النوعى لمكافحة وعلاج الإدمان:

١– أن يكون الاتحاد بأسلوب علمى سليم يعتبر فى حد ذاته جزء من التخطيط القوى للمواجهة.

٢–دعم وتقوية مجهود الجمعيات الأعضاء فى تقييم ومواجهة المشكلة.

٣– تقديم تصور لخارطة الهشاشة فى كل مكان فى مصر.

٤– إرساء الخطط وتنفيذها بالإشتراك معًا مما يحد من التكلفة.

٥–مركزية التدريب للمدربين وعدم تكراره وأن يكون صالحًا للجهود الأهلية.

٦– التحديث المستمر للعمل فى مجالات الوقاية والعلاج والتأهيل.

٧–توحيد الجهود يسهل التعاون مع الجهات الحكومية ويقلل من اختلاف وجهات النظر.

نطاق عمله: على مستوى جمهورية مصر العربية.

مشروعات الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان ومنها:

١–مشروعات بناء قيادات من الشباب والفتيات فى المدارس.

٢-مشروعات لرعاية الأطفال ذو الهشاشة (الأطفال العاملين -أطفال الشوارع -وغيرهم).

٣-مشروعات تدريب مدربين.

٤-مشروعات مع أصحاب الورش.

٥-مشروعات وقائية بالأندية الثقافية ومراكز الشباب.

٦-معسكرات صيفية.

٧-حملة أهل الفن لمكافحة المخدرات والوقاية من الإدمان.

٨- حملات وقائية داخل الجامعات والمدارس.

٩- مشروعات تدريب أطباء.

١٠- مشروعات تدريب الأئمة والوعاظ والقساوسة.

١١- ندوات بالأندية ومراكز الشباب.

١٢- تشبيك جمعيات (عمل قاعدة بيانات بالجمعيات العاملة فى مجال الوقاية والعلاج من الإدمان).

١٣- إنشاء موقع إلكترونى على الإنترنت.

١٤- إنشاء صفحات على مواقع التواصل الاجتماعى مثل موقع الفيس بوك.

١٥- عمل نموذج للبرامج التدريبية.

١٦- طبع كتيبات تدريبية.

١٧- عمل حملات وقائية بالحدائق والأماكن العامة.

١٨- منشورات ومطبوعات وقائية تندد بالإدمان وأضرار المخدرات.

١٩- عمل معارض عن المخدرات ورسم جيرافيتى فى الشوارع.

٢٠- تقارير صحف ومقالات.

نماذج من مشروعات الجمعيات الأعضاء بالاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان:

جمعية عباد الهادى الخيرية الإسلامية:

الأهداف الإجرائية للمشروع:

- إعداد قيادات شبابية من النشء بمنطقة ألماظة من منطلق الشباب يخدم الشباب وفق المنهجية المعدة بمعرفة المجلس القومى للطفولة والأمومة.
- عقد دورات تدريبية للأسرة لزيادة الوعى بمشكلة المخدرات وكيفية وقاية النشء منها وفق دليل الأسرة المعد بمعرفة المجلس القومى للطفولة والأمومة.
- شغل أوقات الفراغ للنشء وتوعيتهم بالمشكلة ضمن نشاط صيفى ونشاط اجتماعى بطريق غير مباشر.
- زيادة الوعى للنشء بمشكلة المخدرات وتبصيرهم بعواقبها الوخيمة وكيفية تجنب التدخين كمدخل أساسى للمشكلة.
- التركيز على مشكلة المخدرات وأنها مشكلة عالمية وإقليمية ومحلية وأن العالم يتصدى لتلك المشكلة.
- توعية أهالى منطقة ألماظة بالمشكلة كجماعات متخصصة مثل:

أصحاب الورش.
أصحاب المحلات والعاملين بها.
أصحاب المقاهى والعاملين بها.
أصحاب الكافيتريات والعاملين بها.
أصحاب صالات الألعاب (بلاى استيشن).
الصيادلة.
الوعاظ.
الأخصائيين الاجتماعيين ..... الخ.

- تحفيز النشء على معرفة كافة جوانب مشكلة التدخين والإدمان وتشجيعهم على تكوين ثقافة مضادة لتلك المشكلة.

مرحلة التنفيذ:

– تم تنفيذ دورة تدريبية لوقاية النشء فى شهر مارس سنة ٢٠٠٦ لمدة خمس أيام.

– تم تنفيذ دورة لتدريب الأسر ورفع المستوى الثقافى المناهض لمشكلة المخدرات على مدار شهرى مارس وأبريل سنة ٢٠٠٦ لمدة يومان عمل لكل دورة تدريبية.

– تم عمل تدريب تخصصى لأصحاب المقاهى ومحلات وورش عمل وصيادلة وغيرهم على مدار شهرى أبريل ومايو ٢٠٠٦ لمدة يوم واحد عمل عن كل تدريب تخصصى.

جمعية الخشابة للتنمية ومشروعات الخريجين بالمنيا:

الأهداف الإجرائية للمشروع:

– التعرف على سلوكيات النشء وأفكارهم والتقرب منهم وتصحيح المفاهيم الخاطئة لديهم.

– تذكير النشء بالقيم والمثل والمهارات لمواجهة المشكلات الخاصة بجيلهم وتعميم ثقافة أضرار التدخين وتعاطى المخدرات بأنواعها للنشء ولأسرهم وأولياء الأمور والمدرسين.

– تقوية مهارات الاتصال والتواصل والعمل بروح الجماعة مع الفئة المستهدفة بتدريب المنهجية الخاصة بإعداد العادات السكانية وفق الدليل الخاص بالمجلس القومى للطفولة والأمومة.

– إعداد وتصميم بوسترات ومطويات للتوعية من أضرار التدخين والمخدرات.

– بناء قاعدة شعبية مساندة.

مرحلة التنفيذ:

– تم تنفيذ ندوات توعية بمحافظة المنيا خلال شهر مارس وأبريل ومايو ٢٠٠٦م تستهدف التوعية من أضرار التدخين وتعاطى المخدرات.

جمعية الريادة للتنمية بالإسكندرية:

الأهداف الإجرائية للمشروع:

١– تدريب وإعداد كوادر شبابية من مختلف الجهات المشاركة من الجنسين.

٢– توفير معلومات تسهم فى سد النقص حول معلومات الوقاية من خطر الإدمان والمشكلات المتعلقة به بصورة مبسطة.

٣– تكوين شبكة من الشركاء للعمل على تنفيذ أهداف المشروع.

٤– عقد عدد اثنين مؤتمر عام لتوعية الشباب من خطورة الإدمان.

٥– عقد عدد ٢٦ ندوة وورشة عمل.

المرحلة التنفيذية:

١– تم تنفيذ ورش عمل لتدريب الكوادر خلال شهر مارس ٢٠٠٦م.

٢– تم عمل ٩ ندوات لتوعية الشباب والنشء والأسر بالإسكندرية خلال شهور مارس وأبريل ومايو ٢٠٠٦م بواقع ثلاث ندوات فى الشهر الواحد.

وهناك الكثير من نماذج المشروعات للجمعيات وفيما يلى بعض الجمعيات التى قامت بتنفيذ بعض المشاريع:

- جمعية الكشافة الجوية بقنا
- جمعية الصحة النفسية بالعياط – الجيزة
- جمعية صناع الحياة بالعريش
- الجمعية المصرية لتوعية الأسرة والوقاية من الإدمان (برايد مصر)
- جمعية الصفوة الإسلامية الخيرية بالشرقية
- جمعية الإخلاص القبطية للتنمية ببنى سويف
- جمعية منع المسكرات ومكافحة المخدرات
- جمعية المرشدين النفسيين بطنطا – الغربية
- جمعية أولى العزم الدينية
- جمعية رواد منشأة ناصر للوقاية من الإدمان
- جمعية الصحة النفسية والتوعية من أخطار الإدمان بالإسماعيلية
- الجمعية العامة للهجرة الداخلية والتنمية
- الجمعية العربية للتنمية البيئية والبشرية
- جمعية حماية النشء من الإدمان بالمنوفية
- جمعية الهلال الأحمر المصرى
- جمعية كاريتاس مصر
- جمعية حواء المستقبل لتنمية الأسرة والبيئة
- الجمعية المصرية لحماية الأسرة من الإدمان بالبرلس.

الجهات الشريكة فى أنشطة الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان ومنها:

١- الاتحاد العربى للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان
٢- المجلس القومى للطفولة والأمومة
٣- المجلس القومى للمرأة
٤- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى
٥- إدارة الدفاع الاجتماعى بوزارة التضامن الاجتماعى
٦- المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية
٧- المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان
٨- مديريات التربية والتعليم والادارات التعليمية
٩- وحدات الخدمة الاجتماعية والصحة النفسية التابعة لوزارة التربية والتعليم

١٠ – وزارة الشباب والرياضة
١١ – جريدة الأخبار المسائى بمؤسسة أخبار اليوم
١٢ – الهيئة العامة لمحو الأمية وتعليم الكبار
١٣ – مستشفى الدكتور أحمد جمال ماضى أبو العزايم (دار أبو العزايم للطب النفسى وعلاج الإدمان بالمقطم)
١٤ – مركز النيل للإعلام (المركز الإعلامى النموذجى بمحافظة السويس) التابع للهيئة العامة للاستعلامات
١٥ – مركز النيل للإعلام (المركز الإعلامى النموذجى بمحافظة الإسماعيلية) التابع للهيئة العامة للاستعلامات.

نماذج لأنشطة الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان منذ عام ٢٠٠٤ حتى عام ٢٠٢٠م:

–المؤتمر الأول للاتحاد النوعى المصرى للوقاية من الإدمان ببورسعيد بمقر الاتحاد العام للكشافة والمرشدات ١٦– ١٧/ يونيه ٢٠٠٤م بعنوان "الحديث فى برامج وقاية الشباب من الإدمان" بمناسبة اليوم العالمى لمكافحة المخدرات.

–توزيع جوائز صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى على الجمعيات أعضاء الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان.

عقد احتفال يوم الثلاثاء الموافق ١٣ يوليو ٢٠٠٤م تحت رعاية الاتحاد وقامت السيدة الدكتورة/ نجوى الفوال والسيد الوزير/ محمود شريف بتسليم جوائز بمقر صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى على الجمعيات أعضاء الاتحاد لإشتراكهم بمشروعات عن الوقاية من الإدمان وكان ترتيب الجمعيات على النحو التالى:

- جمعية كاريتاس مصر.
- جمعية برايد مصر.
- الجمعية المصرية لحل الصراعات الأسرية والاجتماعية.
- جمعية التضامن الاجتماعى.
- جمعية أولى العزم الدينية.

–المؤتمر السنوى الثانى بقاعة مؤتمرات محافظة دمياط يومى ١١–٢٠٠٤/٨/١٢م.

–احتفال بالمجلس القومى للطفولة والأمومة يوم الأحد الموافق ٢٠٠٤/٩/٥م وإعلان تأسيس الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان وتوقيع بروتوكولات التعاون المشترك بين المجلس القومى وعدد (١٥) جمعية:

أسماء الجمعيات التى وقعت البروتوكول مع المجلس:

- جمعية كاريتاس مصر.
- جمعية براعم مصر.
- جمعية فتيات الغد.
- جمعية حواء المستقبل.
- جمعية منع المسكرات ومكافحة المخدرات بالجيزة.
- جمعية النهضة بالتعليم.
- جمعية منع المسكرات ومكافحة المخدرات بالمنوفية.
- جمعية براعم مصر (برج البرلس).
- جمعية عباد الهادى الخيرية الإسلامية.
- جمعية الصحة النفسية بالإسماعيلية.
- جمعية الصحة النفسية بالعياط.
- جمعية الخطوة الأولى.
- جمعية الأندية الاجتماعية والثقافية بالقاهرة.
- الجمعية المصرية العامة لمنع المسكرات بالعتبة.

-قام الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية بعمل دراسة مدى انتشار ظاهرة الإدمان بين الشباب بمدينة دمياط.

-المعسكر التدريبى الأول بمدينة فايد من خلال جمعية منع المسكرات ومكافحة المخدرات بالوايلى بالتعاون مع جمعية الصحة النفسية بالاسماعيلية وجمعية أصدقاء مرضى روماتيزم القلب برعاية الاتحاد النوعى المصرى للوقاية من الإدمان خلال الفترة من ٢٠٠٥/١/٣١ إلى ٢٠٠٥/٢/٢م ضمن "مبادرة المدارس" إحدى مشروعات المجلس القومى للطفولة والأمومة لوقاية النشء من التعاطى والإدمان.

-ندوة مشكلة الإدمان فى المجتمع المصرى وطرق المواجهة بتاريخ ٢٠٠٥/٣/٨م من خلال الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية بالتعاون مع الاتحاد النوعى المصرى للوقاية من الإدمان.

-"مؤتمر غدًا بلا إدمان" بتاريخ ٢٠٠٥/٣/٣١م بمقر الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

-مؤتمر المنظمة العربية لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية تحت عنوان "الاستراتيجية العربية الشاملة للحد من انتشار المخدرات" ٣٠ – ٢٠٠٥/٥/٣١م المنعقدة بالفندق الكبير – طرابلس – ليبيا.

-المؤتمر العربى رفيع المستوى لحماية النشء من المخدرات بتاريخ ١٢-٢٠٠٥/٦/١٤م بفندق كونراد – القاهرة.

-"معسكر بورسعيد الدولى للكشافة" معسكر شباب الجيل الصاعد لوقاية النشء من المخدرات المقام فى الفترة من ٧-١٠/٨/٢٠٠٥م بمقر معسكر بورسعيد الدولى للكشافة والذى ينظمه جمعية منع المسكرات بالوايلى وبحضور جمعية رابعة العدوية وجمعية رعاية الطلاب بطنطا.

-توقيع برتوكولات بين الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان والاتحاد العربى للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان والمجلس القومى للطفولة والأمومة بتاريخ ٥/٩/٢٠٠٥م على تنفيذ مركز تدريب للوقاية من الإدمان.

-مؤتمر الأندية الاجتماعية والثقافية تحت عنوان "أحلام الشباب" الذى أقامته جمعية الأندية الاجتماعية والثقافية بالقاهرة بالتعاون مع الاتحاد النوعى المصرى بتاريخ ٢٩/٩/٢٠٠٥م لوقاية النشء من الإدمان بجمعية نيو فاميلى جاردن - حلوان.

-عقد الاتحاد النوعى المصرى الدورة التدريبية الأولى لمبادرة توحيد الجهود الأهلية بمنشأة ناصر فى الفترة من ١٢-١٧/١١/٢٠٠٥م.

-مؤتمر دور الطب والقانون والإعلام فى مكافحة الإدمان والسموم بقاعة المؤتمرات الكبرى - بكلية الطب - القصر العينى فى الفترة من ٢١-٢٤/١/٢٠٠٦م

-**توقيع بروتوكولات المرحلة الثانية** لمشروعات شبكة جمعيات الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان ضمن مبادرة التعبئة المجتمعية على مستوى ١٣ محافظة، فى إطار الحملة القومية لحماية النشء من المخدرات والذى ينفذها المجلس القومى للطفولة والأمومة بالتعاون مع الجانب الإيطالى، ومكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة، وذلك بمقر المجلس بتاريخ ٢٠/٢/٢٠٠٦م، وذلك لتوقيع البروتوكولات المشتركة مع الجمعيات التى تقدمت بمشروعاتها المقترحة للتعاون المشترك بين المجلس وعدد ٢٢ جمعية أهلية على مستوى ١٣ محافظة، وهذه الجمعيات كالتالى:

- جمعية عبد الهادى الخيرية الإسلامية.
- جمعية الخشابة للتنمية ومشروعات الخريجين بالمنيا.
- جمعية الريادة للتنمية بالإسكندرية.
- جمعية فتيات الغد للتنمية بالجيزة.
- جمعية الكشافة الجوية بقنا.
- جمعية الصحة النفسية بالعياط - الجيزة.
- جمعية صناع الحياة بالعريش.
- الجمعية المصرية لتوعية الأسرة والوقاية من الإدمان (برايد مصر).
- جمعية الصفوة الإسلامية الخيرية بالشرقية.
- جمعية الإخلاص القبطية للتنمية ببنى سويف.

- جمعية المرشدين النفسيين بطنطا – الغربية.
- جمعية أولى العزم الدينية.
- جمعية رواد منشأة ناصر للوقاية من الإدمان – بمنشأة ناصر.
- جمعية الهلال الأحمر المصرى.
- جمعية كاريتاس مصر.
- الجمعية العامة للهجرة الداخلية والتنمية.
- جمعية الصحة النفسية والتوعية من أخطار الإدمان بالإسماعيلية.
- جمعية حواء المستقبل لتنمية الأسرة والبيئة.
- الجمعية العربية للتنمية البيئية والبشرية.
- جمعية حماية النشء من الإدمان بالمنوفية.
- الجمعية المصرية لحماية الأسرة من الإدمان بالبرلس (برايد مصر) – ببرج البرلس.
- جمعية الأندية الاجتماعية والثقافية.

–الدورة التدريبية الأولى لحماية النشء من التدخين والإدمان بتاريخ ٢٢–٢٠٠٦/٣/٢٥ بنادى النصر بحلوان.

–الدورة التدريبية السادسة لإعداد كوادر من النشء بالمجتمع المدرسى خلال الفترة من ٣–٢٠٠٦/٣/٣١

–ندوة "الإدمان وطرق الوقاية منه" بكلية الدراسات الإنسانية – جامعة الأزهر بتاريخ ٢٠٠٦/٣/٢٨.

–الدورة التدريبية الأولى بمركز تدريب الاتحاد النوعى المصرى بالتعاون مع الاتحاد العربى للوقاية من الإدمان لمدة أربعة أيام من ٢٢–٢٠٠٦/٤/٢٥.

–الملتقى الأول لقادة النشء من طلاب المدارس الإعدادية والثانوية بتاريخ ٢٠٠٦/٤/٤ بمقر الجمعية المصرية للصحة النفسية.

–اليوم العالمى لمكافحة التبغ بمقر المكتب الإقليمى لمنظمة الصحة العالمية – المكتب الإقليمى لشرق المتوسط بتاريخ ٢٠٠٦/٦/٤ بمقر المكتب بمدينة نصر بالقاهرة.

–ندوة حول الجهود المبذولة لمكافحة الإدمان بتاريخ ٢٠٠٦/٦/١٤ بقاعة إبراهيم نافع بجريدة الأهرام.

–المؤتمر الثانى للاتحاد النوعى المصرى تحت عنوان: "الاستراتيجيات الإقليمية لوقاية النشء من الإدمان" بقاعة اجتماعات محافظة الدقهلية – بمدينة المنصورة بتاريخ ٢٠٠٦/٦/٢٨.

–الدورة التدريبية لإعداد مدربى مراكز الشباب بمحافظة الدقهلية بقاعة اجتماعات مديرية الشباب والرياضة بمدينة المنصورة خلال الفترة من ٢٣–٢٠٠٦/٨/٢٩.

-الدورة التدريبية لإعداد القيادات الطلابية بمراكز شباب محافظة الدقهلية خلال الفترة من ٢-٢٠٠٦/٩/١٩.

-ندوة "المخاطر المتعددة للتعاطى والإدمان" بقاعة المؤتمرات بكلية الطب البيطرى -جامعة القاهرة بتاريخ ٢٠٠٦/١١/٢١.

-مؤتمر "المخاطر المتعددة للإدمان والتعاطى" بنادى الاتحاد السكندرى بالإسكندرية" بتاريخ ٢٠٠٦/١٢/٧ بقاعة المؤتمرات بنادى الاتحاد السكندرى بالشاطبى - الإسكندرية.

-الدورة التدريبية المقامة بمركز تدريب خدمة المرأة بمدينة بنها - محافظة القليوبية خلال الفترة من ٢٠-٢٠٠٧/٢/٢٢ بقاعة مركز تدريب خدمة المرأة بمدينة بنها - محافظة القليوبية لإعداد وتدريب قادة للتدريب على برامج وقاية النشء من الإدمان.

-مؤتمر "مواجهة مع النفس - لمراجعة فاعلية جهود الحد من الإدمان" بتاريخ ٢٠٠٧/٦/٢٨ بمقر الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

-ندوة ثقافية عن: "المخاطر المتعددة للتعاطى والإدمان" ضمن برنامج وقاية النشء من الإدمان والتعاطى بتاريخ ٢٠٠٧/٣/٢٠.

-مؤتمر اليوم العالمى لمكافحة الإدمان فى الفترة من ٢٦-٢٠٠٧/٦/٢٧، بمقر المجلس القومى للطفولة والأمومة.

-مؤتمر "نعم للرياضة لا للإدمان" بجامعة الإسكندرية بتاريخ ٢٠٠٨/٣/١٩.

-مؤتمر "عالم عربى موحد لمواجهة مشكلة الإدمان" بتاريخ ٢٠٠٨/٦/٢٦ بقاعة مؤتمرات جامعة الدول العربية.

-احتفالية بمناسبة اليوم العالمى لمكافحة المخدرات تحت عنوان "ثورة ضد المخدرات" بتاريخ ٢٠١١/٦/٢٣.

-المؤتمر السنوى العام حول تعاطى المخدرات (وقاية وعلاج) بتاريخ ٢٠١٢/٦/٢٧ بقاعة المؤتمرات بكلية الآداب بمجمع الكليات - جامعة طنطا.

-دورة تدريبية للأطباء والصيادلة للوقاية والعلاج من الترامادول - بنقابة صيادلة بنها ٢-١-٢٠١٣.

-ورشة عمل للاتحاد بوزارة الرياضة للتعاون فى مشروع أولادنا لتأهيل أطفال الشوارع لوقايتهم من تعاطى وإدمان المخدرات ٢٨-٤-٢٠١٣.

-الاحتفال باليوم العالمى لمكافحة المخدرات ٢-٦-٢٠١٣ بقاعة مؤتمرات مستشفى شبين الكوم بالمنوفية.

-مؤتمر وورشة عمل فى إطار الخطة الوطنية لمكافحة المخدرات وذلك فى الفترة من ٣ الى ٤ يونيو ٢٠١٣ بمركز إعداد القادة.

-ندوة للشباب عن: مكافحة المخدرات بدولة الكويت فى الفترة من ١٣:٩ يونيو ٢٠١٣.

-ملتقى التدريب والتوظيف الأول لخريجى الخدمة الاجتماعية وعلم النفس - بجامعة حلوان ١٩ -٣-٢٠١٤.

-دورة تدريبية فى تنمية المهارات القيادية لإعداد كوادر لوقاية النشء من الإدمان لطلبة وخريجى كلية الخدمة الاجتماعية - حلوان - المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بمدينة نصر وذلك أيام ١٤ و١٥ و١٦ و١٧ يونيو ٢٠١٤.

-دورة تدريبية " مدخل الى علم الخدمة الاجتماعية والصحة النفسية "بمقر الجمعية المصرية للصحة النفسية "من ١٧- ٢١ اغسطس ٢٠١٤.

-ندوة الشباب والمسئولية المجتمعية لتفعيل دور الشباب لمواجهة الافكار العنيفة والمنحرفة والوقاية من مخاطر الإدمان بمسرح مدرسة شبرا الثانوية بنات يوم الأربعاء الموافق ٢٠١٤/١٢/٢٤.

-دورة تدريبية لإعداد كوادر قيادية للعمل فى مجال الوقاية من الإدمان من ٢٦ يناير الى ٣١ يناير ٢٠١٥ لعدد ٣٠ فرد.

-دورة الاكتشاف المبكر لحالات التعاطى والإدمان يوم السبت ١٩ سبتمبر ٢٠١٥ بمقر الجمعية المصرية للصحة النفسية لعدد ٤٠ فرد من الاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين.

- ندوة تحفيزية للشباب لمواجهة مشكلة المخدرات يوم الجمعة الموافق ٢٣ أكتوبر ٢٠١٥ بمقر الجمعية المصرية للصحة النفسية لعدد ٤٣ شاب وفتاة من شباب وحدة المتطوعين بالقاهرة بالاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان.

-مؤتمر (نحو عمل جماعى لمواجهة العنف والإدمان) بمركز النيل للإعلام بمحافظة الإسماعيلية يوم الخميس ٣٠ أبريل ٢٠١٥ لعدد ٣٠٠ فرد.

-الإحتفال الثانى باليوم العالمى لمكافحة التدخين والمخدرات وتخريج الدفعة الثانية من الدبلوم العربى لطب نفسى الإدمان - المعهد العربى للتنمية المهنية المستدامة - نقابة الأطباء - دار الحكمة - ٢٠ مايو ٢٠١٥ لعدد ١٧٥ فرد.

– الإحتفال الثالث باليوم العالمى لمكافحة المخدرات لعام ٢٠١٥ وورشة عمل" نحو عمل جماعى لمواجهة العنف والإدمان والاكتئاب "المركز الإعلامى النموذجى بمحافظة السويس – الخميس ١١ يونيو ٢٠١٥ لعدد ٢١٥ فرد.

–ندوة دور الأخصائى المدرسى فى الوقاية من الإدمان يوم ١٥ مارس ٢٠١٦ بمقر الجمعية المصرية للصحة النفسية وبحضور عدد ٥٠ اخصائى نفسى واجتماعي من إدارة الساحل التعليمية

–ندوة الاكتشاف المبكر لحالات التعاطى والإدمان لعدد ٣٥ مثقف صحى من مديرية القاهرة للشئون الصحية يوم ٨ مايو ٢٠١٦ بمقر الجمعية المصرية للصحة النفسية

–ورشة عمل مقدمة عن التطوع والتعريف بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى يوم الثلاثاء ٢٠ سبتمبر ٢٠١٦ بمقر الجمعية المصرية للصحة النفسية

–دورة تدريبية لإعداد كوادر من المتطوعين بمشروع وقاية الأطفال العاملين من تعاطى وإدمان المخدرات من الخميس ٦ أكتوبر حتى الجمعة ١٤ أكتوبر ٢٠١٦ بالتعاون مع صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى برئاسة مجلس الوزراء

–ورشة عمل كتابة مشروعات الوقاية من الإدمان بمقر صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى يوم الخميس ٢٤ مارس ٢٠١٦

–الإحتفال الثانى باليوم العالمى لمكافحة التدخين والمخدرات يوم الخميس ٢٣ يونيو ٢٠١٦ بفندق بيراميزا الدقى

–حفل الإفطار الجماعى وتكريم القيادات العاملة فى مجال الوقاية من الإدمان يوم ٢٧ يوليو ٢٠١٧ بمركب وفندق السرايا العائم بالزمالك

–ورشة عمل لمتطوعين مشروع وقاية الأطفال العاملين وصغار الحرفيين من تعاطى وإدمان المخدرات يوم ١٤ أغسطس ٢٠١٦ بعنوان (الشباب والمسئولية المجتمعية) بمقر الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان بالمقطم

–مؤتمر ختامى لمشروع الطفل العامل والمؤتمر السنوى للاتحاد النوعى المصرى للوقاية من الإدمان وتكريم القيادات العاملة فى مجال الوقاية من الادمان يوم ٢٩ مارس ٢٠١٧– المركز العربى الكشفى بمدينة نصر

–ندوة دور الوقاية من الإدمان فى الورش والمصانع الأحد ٢ أبريل ٢٠١٧ مبنى رئاسة حى باب الشعرية.

–المشاركة فى مؤتمر وورشة عمل "علاقة الإدمان بالإرهاب والتطرف" تنفيذ الأمانة العامة للاتحاد بالكويت من ٢٩ حتى ٣٠ أكتوبر ٢٠١٧ قاعة الدانة (فندق هوليداى إن) السالمية – الكويت.

–الاحتفال باليوم العالمى للصحة النفسية بعنوان الصحة النفسية ودورها فى الوقاية من الإدمان يوم ١٧ أكتوبر ٢٠١٧ كلية التربية قسم علم النفس جامعة بنها.

–ندوة بعنوان "الصحة النفسية ودورها فى الوقاية من العنف والتطرف والإدمان" يوم الأربعاء ٢٩ نوفمبر ٢٠١٧ كلية الدراسات الإنسانية بكلية البنات جامعة الأزهر بمدينة نصر.

–ندوة بعنوان "الصحة النفسية ودورها فى العلاج من الإدمان ومواجهة الأفكار المنحرفة" يوم الثلاثاء الموافق ١٢ ديسمبر ٢٠١٧ كلية التربية قسم علم النفس بجامعة بنى سويف.

–ندوة "الحديث فى علاج مرضى الفصام وعلاقته بالإدمان" يوم ٢٣ يناير ٢٠١٨ قاعة مؤتمرات مستشفى دار أبو العزايم للطب النفسى وعلاج الإدمان بالمقطم.

–ورشة عمل عن أخطار تعاطى وإدمان المخدرات الثلاثاء ٨ مايو ٢٠١٨ الجمعية المصرية العامة لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات.

–المشاركة فى تنظيم ورشة عن "العلاقة بين الاكتئاب والإدمان "١٤ سبتمبر ٢٠١٨ الجمعية المصرية للصحة النفسية.

–المشاركة فى تنظيم ندوة الأسرة والوقاية من الإدمان ١٥ سبتمبر ٢٠١٨ الجمعية المصرية للصحة النفسية.

–المشاركة فى ورشة عمل علاج إدمان الفتيات١١ أكتوبر ٢٠١٨ بالمعهد القومى للتدريب.

– دورات متعددة ونشر فيديوهات توعية أون لاين عن أضرار التدخين والمخدرات، وزيادة احتمالات التعرض لفيروس كورونا بسبب أضرار التدخين والتعاطى وإدمان المخدرات، وذلك عن عامى ٢٠١٩، ٢٠٢٠م، وذلك بسبب الإجراءات الإحترازية للتعامل مع فيروس كورونا المستجد.

ثانيًا: نماذج لتجارب بعض الجهات المعنية فى مجال المكافحة والوقاية والعلاج من الإدمان فى جمهورية مصر العربية:

–الاستراتيجية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر– ٢٠٠٧م:

سعى المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان منذ إنشائه بالقرار الجمهورى رقم ٤٥٠ بتاريخ ٢٦ أكتوبر عام ١٩٨٦م كهيئة قومية لمكافحة وعلاج الإدمان إلى تحقيق الأهداف المنوط به أداؤها فى المادة الثانية من قرار التشكيل، ومن أهمها: وضع السياسات المطلوب الالتزام بها فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان، واقتراح التشريعات والنظم اللازمة للنهوض بمكافحة وعلاج الإدمان، وتحديد دور كل من الوزارات والهيئات والمؤسسات الحكومية أو العامة أو الخاصة فى تنفيذ برامج مكافحة وعلاج الإدمان والتنسيق فيما بينها ... إلخ.

وبناء على ذلك صدر عن لجنة المستشارين العلميين المنبثقة عن المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان بعد عام واحد من تشكيلها بالقرار رقم ٦٤٩ لسنة ١٩٩٠م تقريرًا تمهيديًا بمقترح استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى سبتمبر ١٩٩١م، تلى ذلك بعام آخر تقديم التقرير النهائى فى سبتمبر ١٩٩٢م، لتكون أول استراتيجية قومية متكاملة لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر.

ونظرًا للمتغيرات المجتمعية المتلاحقة التى ألقت بظلالها على مشكلة المخدرات، صدر عن المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى (الذى تم إنشاؤه بالقرار الجمهورى رقم ٤٦ لسنة ١٩٩١م كآلية تنفيذية) الاستراتيجية الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات عام ٢٠٠١م.

وعلى الرغم من أن العمل الاستراتيجى فى جوهره هو رسم لسياسات طويلة المدى، إلا أن نهاية القرن العشرين وبدايات الألفية الثالثة قد شهدت زخمًا كبيرًا من الأحداث حملت فى طياتها تحولات جذرية مست جوانب الحياة محليًا وعالميًا، وقد كان لهذه التحولات المتسارعة آثارها على كافة العمليات المرتبطة بظاهرة المخدرات، لذا كان لزامًا مراجعة وتطوير الاستراتيجية الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر للوقوف على الأبعاد المطلوب تطويرها، على أن تتضمن المراجعة اقتراح الآليات والبرامج التى تسعى الاستراتيجية إلى تحقيقها وتنفيذها فى المرحلة المقبلة، وعلى هذا فقد أصدر المجلس والصندوق – استكمالًا لما سبق صدوره عن المجلس ولجنته الاستشارية – الاستراتيجية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر بصورتها النهائية فى أكتوبر ٢٠٠٧م (خليل، نجوى حسين، ٢٠١٢: ٢).

ملامح الاستراتيجية القومية لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر:

تتمثل أهم ملامح الاستراتيجية القومية لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر فى عدد من النقاط الهامة:

- الجهود السابقة فى التخطيط الاستراتيجى لمكافحة المخدرات فى مصر.
- مبررات مراجعة وتطوير الاستراتيجية.
- أهداف مراجعة وتطوير الاستراتيجية.
- النواتج المتوقعة من تطوير الاستراتيجية.
- منهجية العمل فى تطوير الاستراتيجية.

وتنقسم الاستراتيجية إلى محاور عامة هى: مكافحة العرض، وخفض الطلب، والبرامج المساندة، والمؤسسات المشاركة فى التنفيذ.

وقد انقسم محور مكافحة العرض إلى محور أمنى وآخر تشريعى، أما محور خفض الطلب فانقسم إلى جهود الوقاية والعلاج والتأهيل، فى حين تناولت البرامج المساندة برامج التدريب والبحوث العلمية.

وتحت كل محور من المحاور الفرعية كان هناك حرص على تسجيل الوضع الراهن لكل محور وتحديد الأهداف التى نتوخى تحقيقها فى الفترة القادمة ومناقشة آفاق التطوير فى كل محور، والإشارة إلى المؤسسات المشاركة فى تنفيذ كل محور من محاور الاستراتيجية (الفوال، نجوى، ٢٠٠٨: ٢٦-٣٦).

وقد رأى المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان – بوصفه مجلس سياسات واتخاذ قرارات – ضرورة متابعة جهود الوزارات والشركاء المعنيين بمواجهة المشكلة، وذلك بتصميم معايير كمية وكيفية، ولذا قام المجلس بإعداد "نموذج مؤشرات" لرصد ومتابعة أداء الوزارات الممثلة به فى تنفيذ أهداف الاستراتيجية بالإضافة إلى متابعة جهود المؤسسات والهيئات المعنية بمواجهة المشكلة وطرحها للمناقشة مع هذه الجهات فى يوليو ٢٠٠٩م، معتمدًا على المحاور والأهداف الرئيسية والفرعية للاستراتيجية على النحو التالى:

أولًا: مواجهة مشكلة المخدرات على مستوى مكافحة العرض:

١. المحور الأمنى.
٢. المحور التشريعى والقانونى.

ثانيًا: مواجهة مشكلة المخدرات على مستوى خفض الطلب:

١- الوقاية: من خلال ما يلى:

- أولًا: الأسرة.
- ثانيًا: المؤسسات التعليمية: (المدرسة – المعاهد والجامعات – المؤسسات الدينية – المؤسسة الإعلامية – مراكز الشباب والأندية الرياضية – مؤسسات العمل – مؤسسات المجتمع المدنى والمحلى "الجمعيات الأهلية – النقابات المهنية – الأحزاب السياسية – النوادى الاجتماعية – القطاع الخاص – رجال الأعمال").

٢- العلاج.

٣- التأهيل.

ومن خلال هذا النموذج تم إعداد مؤشرات خاصة بكل وزارة من الوزارات المعنية بالمشكلة والممثلة بالمجلس، على أن تشارك كل منها فى تطوير المؤشرات الخاصة بها، وذلك بالتنسيق مع المجلس والوزارات والجهات المعنية المشاركة فى التنفيذ لضمان إمكانية التطبيق الفعال على نحو يلائم أرض الواقع (خليل، نجوى حسين، ٢٠١٢: ٣).

-الخطة التنفيذية الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر – ٢٠١٣:

حرصًا من المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي على متابعة المستجدات التى تطرأ على ظاهرة إدمان المخدرات فى مصر، والعمل على مواجهتها، قام

المجلس والصندوق بإعداد مقترح خطة عمل تنفيذية وطنية لمواجهة زيادة انتشار تعاطي المواد المخدرة بصورة واضحة فى الشارع المصرى خلال أحداث ثورة ٢٥ يناير ٢٠١١ (المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، ٢٠١٣: أ).

وقد تم طرح الخطة للنقاش فى ورشة عمل وطنية ضمت كافة المؤسسات الحكومية المعنية، وعدد من المؤسسات الأهلية، والأحزاب بمختلف توجهاتها، بالإضافة إلى مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، ومنظمة الصحة العالمية وصولًا لتوافق وطنى بشأن الخطة ورؤيتها وأهدافها، وتعميقًا لمفهوم الشراكة بين مختلف المؤسسات لضمان تحقيق الدعم المجتمعى المطلوب لتنفيذ هذه الخطة على أرض الواقع، وقد خرجت الورشة بالعديد من التوصيات تم تضمينها بالخطة لتشمل بذلك كافة الرؤى الوطنية للحصول على نتائج ملموسة.

شهد المجتمع المصرى فى الآونة الأخيرة العديد من التغيرات على كافة المستويات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والأمنية ... إلخ، والتى أثرت وبشكل كبير على جميع القضايا المجتمعية بكافة مستوياتها، وبطبيعة الحال لم تكن ظاهرة تعاطى وإدمان المواد المخدرة بمعزل عن تلك التغيرات، وخاصة فى ظل حالة الانفلات الأمنى التى شهدها المجتمع وأثرت أيضًا على جانب العرض بما يؤكد أهمية تكثيف وتضافر كل الجهود حول محور "خفض الطلب" آخذين فى الاعتبار أهمية تفعيل القانون كأحد أهم آليات الضبط الاجتماعى على الإطلاق، وأهمية مواكبة هذا المحور للأساليب العالمية الحديثة وضرورة الاستفادة من الخبرات والتجارب الدولية على كافة المحاور بعد صياغتها بشكل يلائم الثقافة المصرية والعربية (المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، ٢٠١٣: ١).

الرؤية العامة للخطة:

تحقيق مواجهة متكاملة لمشكلة المخدرات ترتكز على المنحى التنموى وتشمل كافة أبعاد ومستويات المواجهة للوصول إلى خفض الطلب والعرض على المواد المخدرة من أجل بناء جيل مصرى قادر على تحقيق نهضة البلاد (المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، ٢٠١٣: ١٠).

المنطلقات الأساسية لخطة العمل:

- الاتجاه الوطنى نحو إعادة بناء مصر.
- تطوير آليات المواجهة فى ظل الإنفلات الأمنى التى شهدتها البلاد.

- دعوة جميع الأطراف الحكومية والأهلية للمشاركة فى صياغة وتنفيذ الخطة مع منح الجهات المشاركة الصلاحيات الكاملة وإزالة المعوقات القائمة، وكذلك وضع أسس سليمة ودقيقة لمراقبة ومحاسبة الشركاء.
- استثمار حالة الحراك السياسى الموجودة فى الساحة المصرية لتفعيل دور الأحزاب السياسية لتبنى القضية فى إطار برامجها.
- التعامل مع قضية المخدرات باعتبارها قضية تنمية.
- المشاركة الشبابية فى تخطيط وتنفيذ ومتابعة برامج الوقاية.
- تعظيم قيمة وأهمية البحث العلمى فى رصد تطورات الظاهرة.

(المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، ٢٠١٣: ١٠-١٢).

محاور وأهداف خطة العمل:

تتناول خطة العمل التنفيذية أربعة محاور أساسية تتضمن أهدافًا عامة وتدابير إجرائية تتمثل فى الآتى:

١- رصد وتحليل الوضع الراهن لمشكلة المخدرات.
٢- الوقاية الأولية والاكتشاف المبكر.
٣- العلاج والتأهيل.
٤- خفض العرض.

(المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، ٢٠١٣: ١٩-٤٥).

-الخطة الإستراتيجية والتنفيذية لعلاج الإدمان واستخدام المخدرات الصادرة من الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان – وزارة الصحة والسكان عن الفترة من ٢٠١٦ حتى ٢٠٢١م.

تمثل هذه الخطة مبادرة مهمة لتطوير الخدمات العلاجية المتعلقة بالإدمان خلال الخمس سنوات المقبلة من (٢٠١٦ – ٢٠٢١)، كما تهدف إلى إدماج الدور المجتمعي مع الدور الطبى.

اعتمدت الخطة الاستراتيجية لعلاج الإدمان واستخدام المخدرات على نتائج البحث القومى للإدمان فى مصر، وهو البحث الذى قامت به الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان بوزارة الصحة، والذى غطى ٢٦ محافظة من أصل ٢٧ محافظة مصرية، وبدأ فى العام ٢٠٠٧ حتى ٢٠١٤ واشتمل على أكبر عينة ممثلة للمجتمع المصرى (١٠٦٤٨٠ شخص بالغ مصرى) (الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٦: ٧).

توجد خدمة الخط الساخن لعلاج الإدمان التى تشمل أنشطة توفير المعلومات لطالبى العلاج وأسرهم، وتقديم المشورة، وتقديم الدعم المطلوب فى توفير الإحالات لدخول المستشفيات للعلاج.

ينظم قانون رعاية المريض النفسى رقم ٧١ لسنة ٢٠٠٩ العلاقة بين المريض النفسى والطبيب، حيث يشتمل على معايير واضحة تحدد الظروف التى يمكن للمريض النفسى أن يتم علاجه طوعًا أو كرهًا بمؤسسات الصحة النفسية المعتمدة، ولكن لا توجد أى إشارة محددة للإدمان فى قانون رعاية المريض النفسى. (الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٦: ٩).

وفيما يتعلق بقانون مكافحة المخدرات رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩، أعدت وزارة الصحة – الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان – تعديلًا على القانون وينص مشروع التعديل المحاكم لتحويل الأشخاص المدانين مع إدمان من قانونية نظام إلى نظام معالجة وللنائب العام إحالة الأشخاص المشتبه تعانى من إدمان لتقييم طبى للتأكد من التشخيص. (الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٢).

تتضافر الجهود العالمية لمكافحة تداول المخدرات واضطراب الإدمان، ومن المعروف أنه لا يمكن القضاء على ظاهرة المخدرات والإدمان إلا من خلال تبادل المعلومات والخبرات لوضع سياسات عالمية تهدف إلى القضاء على هذه الظاهرة والحد من مخاطرها على المجتمعات المختلفة.

وتعد الأمم المتحدة من الجهات التى لها تاريخ فى مواجهة ظاهرة الإدمان، وذلك من خلال لجنة المخدرات (Commission on Narcotic Drugs)، وهى الهيئة المعنية بوضع سياسات التعامل مع ظاهرة المخدرات التى يتم عرضها وتطبيقها بمختلف دول العالم من خلال معاهدات مكافحة المخدرات السارية حتى يومنا هذا.

كما أصدرت الأمم المتحدة كتيب "Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem"

"الإعلان السياسى وخطة العمل بشأن التعاون الدولى صوب استراتيجية متكاملة ومتوازنة لمواجهة مشكلة المخدرات العالمية" فى العام ٢٠٠٩، وهو الكتيب الذى احتوى على اتجاهات عالمية فى مكافحة المخدرات وعلاج الإدمان. (الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٦: ١٠).

وقد اعتمدت الخطة الاستراتيجية القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان على دراسة الإتجاه العالمى فى مواجهة هذه المشكلة كما اعتمدت على تحليل الوضع الراهن الإقليمى والمحلى لوضع استراتيجية ناجحة وقابلة للتحقيق.

الخطة الاستراتيجية:

الرؤية:

الحد من انتشار مرض تعاطى المخدرات والإدمان، ورفع العبء الناجم عن تعاطى المخدرات والحد من الأضرار الناجمة عنها.

المهمة:

تقليل الطلب عن طريق الوقاية الأولية والكشف المبكر وزيادة الوعى المجتمعى وتحسين الخدمات العلاجية وتوفيره لكل طالب الخدمة، وتقليل العرض عن طريق تضافر جهود الأطراف المعنية من خلال شبكة تعاون متكاملة للحد من توفر المخدرات.

مجالات الخطة الاستراتيجية:

المجال الأول: القيادة والحوكمة:

وتهدف الخطة الاستراتيجية إلى تطوير السياسات والتشريعات لتتكامل جيدًا من أجل تطوير بيئة مناسبة للحد من تعاطى وتوريد المخدرات وهذا بدوره يؤدى إلى خفض الطلب وضمان حق طالبى العلاج.

المجال الثاني: تعزيز الخدمات العلاجية:

تتركز خدمات القطاع الصحى لخفض العرض على المخدرات من خلال تحسين ونشر خدمات العلاج من استخدام المخدرات فضلًا عن التدريب المستمر الذى يهدف إلى بناء قدرات الفرق العلاجية.

المجال الثالث: الوقاية والتوعية:

تهدف الخطة الاستراتيجية لمكافحة المخدرات وعلاج التعاطى والإدمان إلى خفض المعروض من المخدرات وذلك عن طريق تعزيز جهود وزارة الداخلية فى مكافحة هذه الظاهرة، وتشديد المراقبة على صرف الأدوية المخدرة، كما تهدف الاستراتيجية إلى خفض الطلب على المخدرات وذلك عن طريق حملات التوعية وتنمية المهارات الحياتية للشباب والمراهقين.

المجال الرابع: البحوث والمعلومات:

تهدف الخطة الاستراتيجية لعلاج الإدمان إلى الاستناد على المعلومات فى تقييم الوضع الحالى للمخدرات وذلك عن طريق تنفيذ المرصد القومى للمخدرات إلى دمج المعلومات على المستوى القومى من مختلف قطاعات الحكومة، فضلًا عن المرصد المستمر لعلم الأوبئة من تعاطى المخدرات من خلال قسم البحوث.

المجال الخامس: الموارد البشرية:

تهتم الاستراتيجية بتدريب وتهيئة الموارد البشرية اللازمة لتنفيذ الخطة وبرامجها للإرتقاء بالخدمة المقدمة للمرضى.

(جدول رقم "٤-١")

الخطة التنفيذية لعلاج الإدمان واستخدام المخدرات

مع التركيز على المحور الثالث الخاص بالوقاية والتوعية فى مجال علاج الإدمان.

محور العمل الرئيس	محور العمل الفرعى	الوضع الراهن (٢٠١٥)	أهداف بعيدة المدى (٢٠٣٠)	أهداف متوسطة المدى (٢٠١٨)	أهداف قصيرة المدى (٢٠١٦)	برامج ومشاريع	المؤشر الأساسى
الوقاية والتوعية فى مجال علاج الإدمان.	تقليل عرض المخدرات. تقليل الطلب على المخدرات. توعية طلاب المدارس حول مخاطر المخدرات. تنفيذ / تطوير برامج الوقاية وسياسات منع استخدام المخدرات بين الجماعات الأكثر عرضه للخطورة.	القوانين والإجراءات القضائية المنظمة للتعامل مع مريض الإدمان. مجهودات متفرقة. حملات توعية محدودة المجال. حملات للكشف الدورى / المفاجئ على السائقين.	نشر الوعى الكامل بالأعراض المبكرة للإدمان. نشر الوعى الكامل بمراكز خدمات علاج الإدمان.	استكمال ٤٠% من برنامج حملات التوعية الموضوعة. شمول ٢٠% من المدارس بحملات التوعية.	بدأ حملات توعية شاملة. بدأ حملات التوعية بالمدارس.	برامج لتشديد الرقابة على صرف الأدوية المخدرة من الصيدليات وذلك عن طريق تطوير آلية الرقابة والصرف. تصميم وتنفيذ برامج وقائية معتمدة على الدليل العلمى لتحصين المجتمع ضد استخدام المخدرات. إجراء حملة توعية وطنية لتشمل كل الفئات والطبقات المجتمعية المختلفة. برامج تدريب العاملين في المدارس على الكشف المبكر للإدمان. برنامج لتدريب العاملين بالمدارس على مهارات الحياة والتعامل للأطفال والمراهقين. برامج للفحص المفاجئ والمتكرر للسائقين بالمدارس. تطبيق سياسات منع استخدام المخدرات / التدخين بالمدارس.	نسبة تغطية الفئات والطبقات المجتمعية المختلفة. زيادة أعداد العاملين المدربين في المدارس. عدد المدارس المشاركة فى البرنامج.

(الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٦: ٢١).

(جدول رقم "٤-٢")

المحور الرابع: البحوث والمعلومات فى مجال علاج الإدمان.

محور العمل الرئيس	محور العمل الفرعى	الوضع الراهن (٢٠١٥)	أهداف بعيدة المدى (٢٠٣٠)	أهداف متوسطة المدى (٢٠١٨)	أهداف قصيرة المدى (٢٠١٦)	برامج ومشاريع	المؤشر الأساسى
البحوث و المعلومات	استكمال مكونات التقارير الدورية للمرصد القومى للمخدرات. تحديث قاعدة البيانات لتقييم انتشار الأمراض المعدية بين مستخدمى المخدرات عن طريق الحقن.	البحث القومى للإدمان (٢٠٠٥ إلى ٢٠١٥). بحوث متفرقة.	قاعدة بيانات متكاملة من خلال شبكة "المرصد القومى للمخدرات".	استكمال إصدار التقارير الدورية للمرصد القومى للمخدرات. شبكة الكترونية متصلة بكل مراكز تقديم خدمات علاج الإدمان.	ميكنة شبكات المرصد القومى للمخدرات. إصدار التقرير السنوى الأول للمرصد القومى للمخدرات. استكمال شبكة معلومات رصد المخدرات.	حصر كامل لخريطة مراكز تقديم الخدمات العلاجية للإدمان. توسيع نظام الإبلاغ عن مؤشرات استخدام المخدرات. إدراج مؤشرات جديدة لبيان وضع استخدام المخدرات بالبلاد. وضع نظام حصر كامل للأضرار / الوفيات الناتجة عن استخدام المخدرات. التواصل الدائم والمستمر مع المراصد العالمية لرصد استخدام المخدرات لضمان تبادل المعلومات والخبرات لمواجهة المشكلة.	اعداد المستشفيات المدرجة ضمن تقارير المرصد القومى للمخدرات. اعداد صانعي القرار التى تشارك بالمعلومات داخل بيانات المرصد. زيادة اعداد المؤشرات التي يستهدفها المرصد. إنشاء نظام بيانات ومعلومات لمؤشرات تعاطى أنواع أخرى من المخدرات.

(الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٦: ٢٢).

(جدول رقم "٤-٣")

المحور الخامس: تنمية الموارد البشرية فى مجال علاج الإدمان.

محور العمل الرئيس	محور العمل الفرعى	الوضع الراهن (٢٠١٥)	أهداف بعيدة المدى (٢٠٣٠)	أهداف متوسطة المدى (٢٠١٨)	أهداف قصيرة المدى (٢٠١٦)	برامج ومشاريع	المؤشر الأساسى
الموارد البشرية	تعزيز أنشطة تنمية القوى العاملة للمهنيين الصحيين العاملين فى النظام الصحى العام، بما فى ذلك الصحة النفسية ومراكز الرعاية الصحية الأولية.	فجوة واضحة فى أعداد مقدمى الخدمة. عدم وجود برنامج تدريبى واضح. عدم وجود برامج الاكتشاف المبكر في الرعاية الأولية.	توافر القوى البشرية المدربة اللازمة لتقديم الخدمة طبقًا للمعايير العالمية. ارتفاع جودة خدمات علاج الإدمان فى جميع المراكز.	هيئة عليا لترخيص العاملين المهنيين فى هذا المجال. برنامج تدريبى وتعليمى ذو جودة عالمية لكل العاملين فى علاج الإدمان. تطبيق وتعميم برنامج تدريبى موحد.	وضع برنامج تدريبى لتأهيل العاملين المهنيين فى هذا المجال. إنشاء مجلس لإعتماد العاملين فى المجال من غير الأخصائيين. تنفيذ برنامج تدريبى مقنن على جميع مراكز الخدمة.	رسم خريطة القوى العاملة الحالية وتقدير الاحتياجات المستقبلية وفقًا للتوزيع الجغرافى والديموغرافى. تحديد متطلبات الكفاءة (المعارف والمواقف والمهارات) للقوى العاملة المؤهلة للعمل فى مجال علاج الإدمان. تحديد إطار التدريب المستدام للكفاءات المطلوبة فى هذا المجال. تحديد احتياجات قطاع تقديم الخدمات العلاجية ووضع نظام قومى لمنح التراخيص للقوى العاملة فى مجال علاج الإدمان. وضع مؤشرات وإطار تقييم لأنشطة القوى العاملة ومتابعة أدائها.	تحديد الأعداد اللازمة لملئ الفجوة فى العاملين فى مجال علاج الإدمان. وضع معايير وضوابط للعاملين فى هذا المجال. توفر موارد بشرية مدربة طبقًا للمعايير العالمية للتوظيف فى مجال علاج الإدمان. زيادة جودة الخدمات المقدمة فى مراكز التأهيل. زيادة أعداد مراكز التأهيل المقننة التابعة لمراكز تقديم خدمات علاج الإدمان.

(الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٦: ٢٣).

- الخطة الوطنية لخفض الطلب على المخدرات: وثيقة السياسات العامة ومصفوفة التدابير التنفيذية للوزارات والجهات المعنية أبريل ٢٠١٥م:

تم إعداد الخطة القومية لمكافحة المخدرات بالشراكة مع ١١ وزارة وعدد (١٠) من الجمعيات الأهلية ذات الصلة بالمجال – فى مايو ٢٠١٥م عن طريق وزارة التضامن الاجتماعى وبمشاركة الوزارات والجهات التالية: (وزارة التربية والتعليم والتعليم الفنى – التعليم العالى والبحث العلمى – الصحة والسكان – الشباب والرياضة – الأوقاف – الثقافة – القوى العاملة والهجرة – الداخلية – رئيس اتحاد الإذاعة والتليفزيون–الإسكان والمرافق وتطوير العشوائيات – صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى) – وتستند على قواعد البيانات الخاصة بالمشكلة بهدف تحقيق التكامل فى مجهودات خفض الطلب على تعاطى المواد المخدرة بشكل شامل ومتوازن مع مجهودات خفض العرض بما يضمن الاستمرارية والفاعلية فى مواجهة مشكلة تعاطى وإدمان المواد المخدرة، وتتضمن الخطة ثلاث محاور عمل، وهى الوقاية– الكشف المبكر – العلاج والتأهيل.

وفيما يخص اختيار الجمعيات الأهلية فقد استمرت لفترة (٤أشهر) وتمت وفقًا لمعايير علمية وعملية وضعت من قبل لجنة من خبراء فى هذا المجال وتقدم للصندوق مشروعات من (٣٢) جمعية أهلية بمقترحاتها، وتم إختيار أفضل (١٠) مشروعات مقترحة من جمعيات أهلية تتسم بكفاءة إدارية وفنية، ووفقًا لمعايير تقييم واضحة مثل مدى ابتكارية المبادرات المقدمة من قبل الجمعية واتساقها مع فلسفة مواجهة الصندوق للمشكلة مع وجود قاعدة شعبية للجمعية بالمناطق والفئات المستهدفة حيث تستهدف هذه المبادرة تعزيز قدرات وتدخلات منظمات المجتمع المدنى (الجمعيات الأهلية) والعاملة فى مجال مناهضة مشكلة المخدرات عبر توفير الدعم المالى والفنى، مما يسهم فى بناء وتعزيز قدرات هذه الجمعيات والعاملين بها.

ووفقًا لإحصائيات الهيئة العامة للاستعلامات فى محور الوقاية، ارتفع عدد المدارس التى تم تنفيذ حملات التوعية بها ضمن برنامج "اختر حياتك للوقاية من المخدرات".

حيث وصل لـ ٨٠٠٠ مدرسة خلال عام ٢٠١٨، مقارنة بـ ٧٥٠٠ مدرسة خلال عام ٢٠١٧، و٤٠٠٠ مدرسة خلال عام ٢٠١٦، و١٥٠٠ مدرسة خلال عام ٢٠١٥، بإجمالى ٢١٠٠٠ مدرسة.

شكل رقم (٤-١) عدد حملات التوعية بالمدارس عن الفترة من ٢٠١٥ حتى ٢٠١٨م

(صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، وزارة التضامن الاجتماعى، ٢٠١٩).

وتم تنفيذ حملات التوعية بمراكز الشباب، فقد ارتفع عدد تلك المراكز خلال عام ٢٠١٨ ليصل إلى ٣٩٠ مركز شباب، مقارنة بـ ٢٥٥ مركز شباب خلال عام ٢٠١٧، و٢٤٠ مركز شباب خلال عام ٢٠١٦، و١٨٠ مركز شباب خلال عام ٢٠١٥، بإجمالى ١٠٦٥ مركز شباب.

وتم تنفيذ العديد من الأنشطة والبرامج المختلفة خلال عام ٢٠١٩، منها إعداد ١٠٥ دورة تدريبية للأئمة والدعاة والقساوسة والأطباء والتمريض ليمتد دورهم الفعال فى توصيل رسائل توعوية عن أضرار الإدمان إلى الجمهور العام، وأيضًا الفئات الأكثر عرضة لخطر الإدمان، ومنهم الذين تم نقلهم من المناطق العشوائية إلى المدن الجديدة "حى الأسمرات – غيط العنب – المحروسة – السيدة زينب" من خلال العروض المسرحية حيث تم إعداد ٦٠ ليلة عرض مسرحى عن التوعية بأضرار المخدرات، إلى جانب برامج التدخل السريع مع أطفال الأحداث لتوعيتهم بمخاطر الإدمان بما يقرب من ٥ آلاف طفل فى مؤسسات الأحداث والإيواء والأيتام.

أما **محور الكشف المبكر عن تعاطى المخدرات**، وصل إجمالى عدد سائقى الطرق السريعة الذين خضعوا للكشف المبكر عن تعاطى المخدرات بلغ نحو (١٤٥) ألف سائق منذ إطلاق الخطة فى ٢٠١٥ حتى ٢٠١٨، وأشارت **الإحصائيات الصادرة عن المركز الإعلامى لمجلس الوزراء**، إلى حدوث إنخفاض تدريجى فى نسب التعاطى سنويًا للسائقين، حيث إنخفض إلى ١٢% خلال عامى «٢٠١٨/٢٠١٧»، و«٢٠١٧/٢٠١٦»، مقارنة بـ ١٧% خلال عام «٢٠١٦/٢٠١٥، ٢٤% خلال عام ٢٠١٥/٢٠١٤.

شكل رقم (٤-٢) نسبة التعاطى للسائقين عن الفترة من ٢٠١٥ حتى ٢٠١٨م

(صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، وزارة التضامن الاجتماعى، ٢٠١٩).

أيضًا وصل إجمالى عدد سائقى حافلات المدارس الذين خضعوا للكشف المبكر عن تعاطى المخدرات بلغ نحو (١٢) ألف سائق منذ إطلاق الخطة فى ٢٠١٥ حتى ٢٠١٨، مع حدوث انخفاض تدريجى فى نسب التعاطى سنويًا لهؤلاء السائقين أيضًا، حيث انخفض إلى ٣.١% خلال عام «٢٠١٨/٢٠١٧»، مقارنة بـ ٣.٥% خلال عام «٢٠١٧/٢٠١٦»، و٧.٦% خلال عام «٢٠١٦/٢٠١٥»، و١٢% خلال عام «٢٠١٥/٢٠١٤».

كما استمرت نسبة التعاطى فى الانخفاض بين سائقى حافلات المدارس حتى وصلت إلى ١% فى بداية عام ٢٠٢٠م.

كما تم تطبيق الحملات المكثفة للكشف عن التعاطى بين العاملين بالجهاز الإدارى للدولة خلال من مارس٢٠١٩ حتى فبراير ٢٠٢٠م، وكانت الفئات الأولى بالإستهداف تتمثل فى طوائف تشغيل المرافق الحيوية بالدولة، ومقدمى الخدمات للمواطنين والمتعاملين مع الجمهور، والعاملين فى مجال رعاية الأطفال والنشء، والأخذ فى الاعتبار بأهمية التوسع فى توفير الخدمات العلاجية المجانية لمرضى الإدمان لإستيعاب الحالات المتوقع تقدمها للعلاج، وقد تم الكشف على ١٨١ ألف ٧٦٣ موظف من العاملين ب ٢٨ وزارة والمؤسسات والهيئات التابعة لهم على مستوى ٢٣ محافظة.

انخفضت نسبة التعاطى بين العاملين بالجهاز الإدارى للدولة لتصل إلى ١.٨% فى فبراير ٢٠٢٠ بعد أن كانت ٨% فى شهر مارس ٢٠١٩، فى بداية حملات الكشف، وذلك نتيجة تكثيف الحملات المفاجئة، ومن يثبت تعاطيه يتم إيقافه عن العمل واحالته إلى النيابة الإدارية لاتخاذ الإجراءات القانونية اللازمة، كما أنه يوجد عدد ٣٢ ألف موظف تقدموا للعلاج من الإدمان طواعية من تلقاء أنفسهم عن

طريق الخط الساخن "١٦٠٢٣"، ويتم اعتبارهم مرضى وعلاجهم بالمجان وفى سرية تامة، وكانت أبرز مواد التعاطي "الحشيش – الترامادول – المورفين".

وفيما يتعلق **بمحور العلاج والتأهيل** شهد زيادة فى أعداد المراكز العلاجية التى تم إنشاؤها منذ إطلاق الخطة فى ٢٠١٥ حتى ٢٠١٨، حيث وصلت لـ (٢٢) مركز علاج خلال عام ٢٠١٨، مقارنة بـ٢١ مركز علاج خلال عام ٢٠١٧، و١٧ مركز علاج خلال عام ٢٠١٦، و١٦ مركز علاج خلال عام ٢٠١٥، و١٢ مركز علاج خلال عام ٢٠١٤.

وقد تم افتتاح ٥ مراكز علاجية جديدة لمرضى الإدمان خلال عام (٢٠٢٠) بمحافظات (المنيا، مطروح، الفيوم، سوهاج والإسكندريةّ)، ليصل عدد المراكز الشريكة مع الخط الساخن إلى٢٧ مركزًا متخصصًا.

شكل رقم (٤-٣) أعداد المراكز العلاجية عن الفترة من ٢٠١٥ حتى ٢٠١٨م

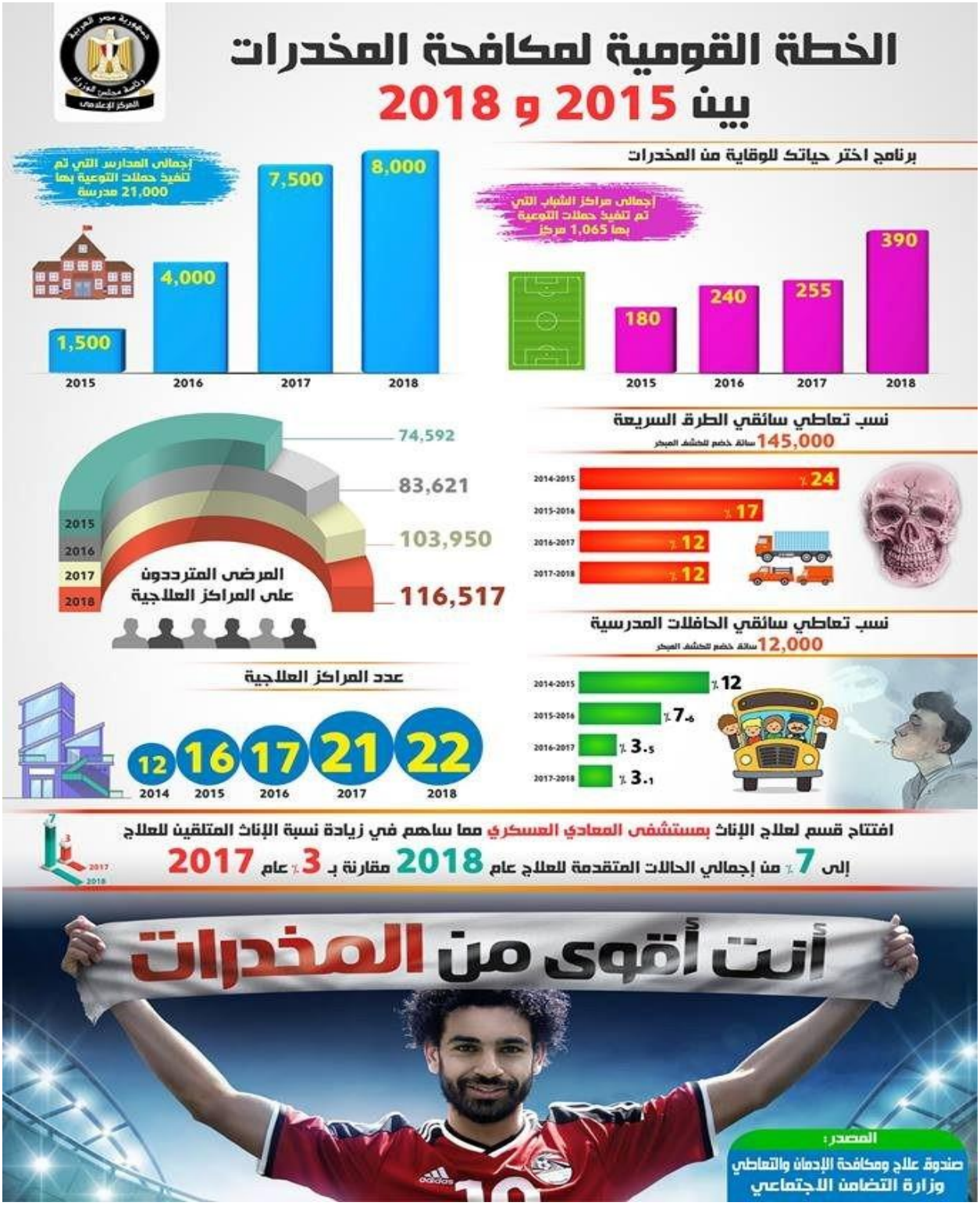
(صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، وزارة التضامن الاجتماعى، ٢٠١٩).

كما تم زيادة أعداد المرضى المترددين على المراكز العلاجية لطلب العلاج والمتابعة، حيث وصل لـ١١٦٥١٧ مريض خلال عام ٢٠١٨، مقارنة بـ١٠٣٩٥٠ مريض خلال عام ٢٠١٧، و٨٣٦٢١ مريض خلال عام ٢٠١٦، و٧٤٥٩٢ مريض خلال عام ٢٠١٥.

كما تم تقديم الخدمات العلاجية لما يقرب من ١٣٠ ألف مريض خلال عام ٢٠١٩ من خلال ٢٣ مركز علاجى متخصص فى ١٤ محافظة.

وأخيرًا تم افتتاح قسم علاج الإناث بمستشفى المعادى العسكرى، الأمر الذى ساهم فى زيادة نسبة الإناث المتلقين للعلاج إلى ٨% من إجمالي الحالات المتقدمة للعلاج عام ٢٠١٨، مقارنة بـ٣% عام ٢٠١٧.

شكل رقم (٤-٤) إنجازات الخطة القومية لمكافحة المخدرات بين الفترة من ٢٠١٥ حتى ٢٠١٨.



تم نقل التجربة المصرية فى خفض الطلب على المخدرات لدول الإمارات المتحدة والسودان وكينيا، إضافة إلى تمثيل منطقة الشرق الأوسط وأفريقيا فى ورشة منظمة الصحة العالمية لمواجهة الخطط الترويجية لشركات التبغ، كما تم تنفيذ ٣ ورش عمل متخصصة لبناء قدرات الكوادر العاملة فى مجال خفض الطلب على المخدرات بالتعاون مع مكتب الأمم المتحدة المعنى بالجريمة والمخدرات.

وبخصوص المستهدف خلال عام ٢٠١٩ لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، إجراء مسح قومى عن ظاهرة تعاطى وإدمان المواد المخدرة بالتعاون بين الصندوق والأمانة العامة للصحة النفسية والمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية لتوحيد البيانات الصادرة عن مختلف الجهات المعنية وتجنب الازدواجية، وعلى ضوء المسح تم إعداد الخطة الوطنية لمكافحة الإدمان (٢٠١٩ – ٢٠٢٢)، وإنشاء ٣ دبلومات لخفض الطلب على المخدرات بثلاث جامعات حكومية، وذلك بناء على طلب الجامعات عقب النجاح الكبير بعد تخريج أول دفعة من الدبلومة المتخصصة فى خفض الطلب على المخدرات بجامعة القاهرة.

-إنجازات الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان:

أنشئت الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان سنة ١٩٩٨م، ككيان مركزى يتبع وزير الصحة مباشرة، لإدارة منشآت الصحة النفسية والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة، وقد شملت الأمانة العامة عددًا من المستشفيات بلغ عددها (٥) مستشفيات في بداياتها، حتى وصلت إلى (٢١) مستشفى ومركزًا لتقديم خدمات الصحة النفسية وعلاج الإدمان فى مختلف ربوع جمهورية مصر العربية.

توفر مستشفيات الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان فرص العلاج لطالبى الخدمة من خلال العيادات الخارجية والأسرة بالمستشفيات للعلاج الداخلى من خلال المستشفيات والمراكز التابعة لها.

وتقدم المستشفيات والمراكز التابعة للأمانة خدمات علاجية متخصصة ومتنوعة ما بين خدمات الطب النفسى العام للبالغين، وطب نفسى الأطفال والمراهقين، وطب نفسى المسنين، وطب المجتمع، والعلاج التأهيلى، وعلاج الإدمان، وخدمات الدعم النفسى لضحايا الأحداث الناتج عنها حدوث صدمات أو أزمات نفسية كاضطرابات ما بعد الصدمة والتى تنتج عن التعرض لحوادث أو لكوارث طبيعية أو عمليات إرهابية كما تقدم خدمات الدعم والمشورة النفسية خلال أزمة وجائحة فيروس كورونا.

وفيما يلى **بيان بتوزيع مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان على المحافظات المختلفة بجمهورية مصر العربية:** (إعداد الباحث).

جدول رقم (٤-٤) توزيع مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان على المحافظات المختلفة

م	الإقليم	المحافظة	التكرارات
١	محافظات حضرية	**القاهرة (العباسية – حلوان – مصر الجديدة)**	**٣**
٢		**الإسكندرية (المعمورة – عباس حلمي)**	**٢**
٣		السويس	--
٤		بورسعيد	١
٥	محافظات وجه بحرى	الشرقية (العزازى)	١
٦		القليوبية (بنها – الخانكة)	٢
٧		كفر الشيخ	--
٨		الغربية (طنطا – شبرا قاص)	٢
٩		المنوفية (شبين الكوم)	١
١٠		البحيرة (مركز فرانكو بازاليا)	١
١١		الإسماعيلية	--
١٢		دمياط	--
١٣		**الدقهلية (دميره)**	**١**
١٤	محافظات وجه قبلى	الجيزة	--
١٥		بنى سويف	١
١٦		المنيا (المنيا – بنى أحمد)	٢
١٧		**أسيوط** (أسيوط – مركز علوان)	**٢**
١٨		أسوان	١
١٩		الفيوم	--
٢٠		سوهاج	١
٢١		قنا	--
٢٢		الأقصر	--
٢٣	محافظات الحدود	البحر الأحمر	--
٢٤		مطروح	--
٢٥		شمال سيناء	--
٢٦		جنوب سيناء	--
٢٧		الوادى الجديد	--
	الإجمالى	**٢٧**	**٢١**

وأيضًا يوجد عدد من المستشفيات ببعض المحافظات جارى إجراء التطوير والإنشاءات بهم أو ضمها للأمانة وهم (مركز بلصفورة بسوهاج – مستشفى دمياط للصحة النفسية وعلاج الإدمان – مستشفى بالساحل الشمالى – مستشفى جديدة بأسوان – مستشفى بقنا – مستشفى بالسويس – مستشفى بمركز إمبابه بالجيزة – مستشفى ابشان بيلا بكفر الشيخ – مستشفى ميت سراج بالمنوفية – مستشفى بدر بالقاهرة).

تقوم الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان بالإشراف الفنى على العيادات وأقسام الصحة النفسية بالمستشفيات ومراكز الصحة التابعة لمديريات الشئون الصحية بالمحافظات وذلك بناءً على قرار وزير الصحة رقم (١٨٩) لسنة ٢٠١٦، وفيما يلى **جدول يوضح المستشفيات التى يتواجد بها عيادات للصحة النفسية أو أقسام داخلية:**

جدول رقم (٤–٥) المستشفيات التى يتواجد بها عيادات للصحة النفسية أو أقسام داخلية

م	المحافظة	اسم المستشفى التى يوجد بها قسم أو عيادة للصحة النفسية	عدد المستشفيات
١	القاهرة	(مستشفى منشية البكرى – مستشفى المنيرة العام – مستشفى شبرا العام – مستشفى دار السلام العام – مستشفى الخازندارة العام – مستشفى عين شمس العام – مستشفى بولاق العام)	٧
٢	الإسكندرية	مستشفى رأس التين العام – مستشفى أطفال الأنفوشى – مستشفى أطفال الرمل	٣
	السويس	مستشفى السويس العام	١
٤	الإسماعيلية	عيادة خارجية فى مبنى مستقل تتبع المستشفى العام ماليًا	١
٥	دمياط	مستشفى دمياط التخصصى	١
٦	الدقهلية	مستشفى المنصورة العام القديم – مستشفى دكرنس العام – مستشفى ميت غمر المركزى – مستشفى بلقاس المركزى	٤
٧	الشرقية	مستشفى الأحرار العام	١
٨	القليوبية	مستشفى القناطر الخيرية المركزى	١
٩	كفر الشيخ	مستشفى كفر الشيخ العام – مستشفى دسوق العام – مستشفى الحامول المركزى – مستشفى سيدى سالم المركزى	٤
١٠	الغربية	مستشفى المحلة العام – مستشفى زفتى العام	٢
١١	المنوفية	مستشفى منوف العام	١
١٢	الجيزة	مستشفى أم المصريين العام – مستشفى بولاق الدكرور العام – مستشفى إمبابة العام	٣

١٣	الفيوم	مستشفى الفيوم العام	١
١٤	المنيا	مستشفى مغاغة المركزى – مستشفى ملوى العام – مستشفى الفكرية المركزى – مستشفى بنى مزار المركزى	٤
١٥	الأقصر	مستشفى الأقصر الدولي	١
١٦	مطروح	مستشفى مطروح العام	١
--	**١٦**	**الإجمالى**	**٣٦**

(الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٩).

وتقوم الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان بالعديد من الدراسات البحثية والميدانية المتخصصة من خلال وحدة الأبحاث بالأمانة العامة ومن أمثلة هذه الأبحاث والدراسات الميدانية ما يلى:

-دراسة بحثية عن الصحة النفسية بين المراهقين من طلبة المدارس الثانوية فى مصر لعام (٢٠١٦-٢٠١٧)، وانتشار ظاهرة الإدمان بينهم، وكانت نتائجه كالتالى ٠.٨٦ % معدل إدمان طلاب المدارس الثانوية للمخدرات بينما بلغ معدل استعمال المخدرات بين الطلاب ١.٤٨% (الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٧: ٢١).

- دراسة ميدانية لوضع خريطة للخدمات المقدمة على مستوى الجمهورية، وذلك بهدف الحصول على قاعدة بيانات متكاملة كمًا وكيفًا وهذا يؤدى إلى توفير معلومات صحيحة ودقيقة عن إمكانية التصدى ومجابهة مرض الإدمان والأمراض النفسية.

وتساهم هذه الدراسة فى التعرف بطريقة علمية على حقيقة وضع خدمات علاج الإدمان والصحة النفسية وحقيقة عدالة وتوازن توزيع تلك الخدمات فى أنحاء الجمهورية والتخطيط المستقبلى والعمل على سد نواحى النقص فى الخدمات الموجهة، وتوجيه أنظار متخذى القرار لأهمية إعداد البرامج التدريبية المناسبة وتوجيه الكوادر الفنية للجهات التى تحقق فيها أعلى فائدة للخدمات المقدمة، وذلك خلال عام ٢٠١٦م، وقد شارك الباحث فى هذه الدراسة كباحث ميدانى، وكان من نتائج هذه الدراسة ما يلى:

- يختلف انتشار تعاطى المواد المخدرة والإدمان فى مصر بشكل كبير بين المحافظات.
- تشير الأدلة البحثية أن الفئات الأكثر إصابة بالإدمان هم فئة الذكور، والبلوغ المبكر، والذين يعيشون فى المناطق الحضرية، والعامل الماهر، والغير الملتزم دينيًا، والفئة التى تعانى غياب الأب.
- يختلف توزيع الإدمان فى مصر بشكل كبير مع تمركز معظم هذه الخدمات المتخصصة فى القاهرة والقليوبية والإسكندرية.

- انتشار الإدمان ووجود خدمات لعلاج المرضى الذين يعانون من الإدمان يسيران جنبًا إلى جنب فى العاصمة ولكن ليس فى المحافظات النائية والساحلية حيث يكون معدل انتشار الإدمان أعلى.
- زيادة الجهود لتوثيق البيانات تتم في القطاع الحكومى ولكن ليس فى الخدمات الخاصة والجامعية. (الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٩: ١٦٢).

- خلال عام ٢٠١٦م تم عمل دراسة عن الظروف الاجتماعية والصحة النفسية والظواهر السلوكية في مصر من خلال منهج علمى مقنن وموثق **وذلك بقصد:**

١- التعرف على الظروف الاجتماعية والظروف النفسية التى ترتبط ببعض السلوكيات.
٢- تقديم التوصيات القائمة على الدراسة العلمية والتحليل إلى جهات صنع القرار لتوجيه الجهود لعلاج الظواهر السلبية، وكانت نتائج المسح القومى للإدمان لعام ٢٠١٧ / ٢٠١٨ فى المجتمع ككل أن نسب تعاطى المصريين للمخدرات بمختلف أنواعها ٩ % بينما بلغت نسب الاستعمال ١٠.٦ % ولو لمرة واحدة فيما بلغت نسبة الإدمان ٣.٩ % بين المصريين ككل، وأنه تردد على عيادات ١٥ مستشفى بالجمهورية عدد ٩٤ ألف ٢٨٦ متعاطى ومدمن، بينهم ٢٦ ألف ٥٠٢ حالة جديدة للذكور، ١٠٠٦ سيدات، ١٤٨٤ حالة مراهقين، ١٠١ حالة مراهقات، وأن "القنب المخلطة ومنها الفودو والأستروكس ولاركا" وراء هروب المتعاطين من كشفهم بالتحاليل الطبية حيث يصعب تواجدها فى الدم، وأن أشهر المواد المخدرة والأكثر طلبًا فى الأسواق وبين المتعاطين هى الترامادول والحشيش والهيروين (الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٨).

– تنفيذ المرحلة الثانية من حملة توعية المراهقين والأطفال ضد المخدرات، وذلك فى الفترة من ١٨ وحتى ٢٣ فبراير ٢٠١٦، والتى شملت ١٠ محافظات.

– التعاون مع وزارات الداخلية، التعليم، والتضامن الاجتماعى، من أجل عمل حملات للكشف عن متعاطى المخدرات بين سائقى المدارس، إضافة إلى الحملات المشتركة التى تنظمها بالتعاون مع إدارة مكافحة المخدرات، للتفتيش على الأماكن العلاجية المرخصة، أو التى تعمل دون ترخيص.

– استحداث خدمة الخط الساخن للرد على الاستفسارات والشكاوى، وتقديم الاستشارات عن خدمات الصحة النفسية وعلاج الإدمان، وذلك عبر خطى التليفون ٠٨٠٠٨٨٨٠٧٠٠ و ٢٢٠٨١٦٨٣١.

– دراسة قامت بها الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان –وحدة الأبحاث بالتعاون مع قسم الطب النفسى بكلية الطب –جامعة القاهرة عام ٢٠١٢م، حول تأثير قانون رعاية المريض النفسى رقم ٧١ لسنة ٢٠٠٩ على علاج مرضى الإدمان فى مصر والذي كان بديلًا لأول قانون للصحة النفسية برقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ (قانون حجز المصابين بالأمراض العقلية) والذى ظل يحكم العلاقة بين مقدمى

الخدمة النفسية والمريض النفسى وأهله لفترة امتدت قرابة ستة عقود بدون تعديل، وكان فى واقع الأمر قانونًا غير مطبق فى معظم الأحوال. (الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٢: ٨).

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج وهى كالتالى:

- أحدث قانون رعاية المريض النفسى ٧١ لسنة ٢٠٠٩ تقدمًا عامًا واضحًا فى إدخال المتطلبات العصرية للتعامل مع مشكلات العلاج الإلزامى للمرضى النفسيين وحقوقهم الإنسانية.
- أن المعرفة بالقانون والمعرفة التفصيلية ببنوده تعد غير مكتملة بالنسبة إلى مقدمى الخدمة فى المستشفيات العامة والخاصة، كما أن معرفة المرضى وأقاربهم بوجود القانون وبنوده تعد ناقصة جدًا فى أحسن تقدير.
- يتخذ مقدمى الخدمة وأقارب المرضى مواقف سلبية من بعض بنود القانون المرتبطة بعلاج مرضى الإدمان بناء على عدم المعرفة الدقيقة لبنود ومتطلبات القانون.
- طالب أقارب المرضى ومقدمى الخدمة بتعديل وإيضاح بعض بنود ومواد القانون بحيث تلعب الأسرة دورًا أكبر فى قرارات الدخول والخروج والعلاج بالنسبة لمريض الإدمان.
- تبين أن معظم مقدمى الخدمة وأقارب المرضى والمرضى ينادون بضرورة العلاج الإلزامى لمرضى الإدمان وفقًا للشروط العامة لدخول المرضى فى المستشفى حسب القانون.
- يبدو من استجابات المرضى وأقاربهم أن العلاج الإلزامى ضرورى لبداية العلاج أو الاستمرار فيه ولكنه غير كاف فى حد ذاته للشفاء الذى يتطلب تعاون المريض وإرادته لكى يتحقق الشفاء. (الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٢: ٤٤).

قامت وحدة الأبحاث فى الأمانة العامة للصحة النفسية بعمل البحث القومى للإدمان والذى بدأ منذ عام (١٩٩٥)، ويهدف إلى الإلمام بأبعاد مشكلة الإدمان وسوء استخدام المخدرات من أجل الوصول إلى قدر كافٍ من المعلومات ذات المصداقية، التى تسمح بتخطيط ناجح لمواجهة المشكلة بحجمها الحقيقي. (وحدة الأبحاث بالأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٥: ١٥).

حيث قامت بإجراء "البحث القومى للإدمان" لدراسة مشكلة تعاطى المخدرات فى مصر علي (٤) مراحل منذ عام (٢٠٠٧) إلى عام (٢٠١٤) وكانت مجموعة الشباب والمراهقين هى الفئة العمرية الأكثر تمثيلًا بين مستخدمى المواد المؤثرة نفسيًا بنسبة (٦.٦%) من العينة تتراوح أعمارهم ما بين (١٦-٢٥) سنة، وهى أيضًا الفئة العمرية الأكثر استعدادًا بسبب المشاكل المميزة لهذه المرحلة ومنها تأثير الأقران والضغوط المختلفة، بالإضافة إلى التاريخ العائلى فى إستخدام المخدرات (إدارة الأبحاث بالأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٧: ١٢).

ويُعد البحث القومى للإدمان دراسة استقصائية مجتمعية، تعمل على تتبع مدى انتشار ظاهرة استخدام المخدرات فى المجتمع المصرى بكافة شرائحه، وتقوم بدراسة دورية لكل محافظات مصر،

ويهدف إلى تقييم وتحديد الحالة الراهنة كى يسهم فى تقديم توصيات عملية وموضوعية تسهم فى التخطيط لحل مشكلة الإدمان فى مصر. حيث تم البحث خلال ستة مراحل وتمثلت المرحلة الأولى فى عام (١٩٩٦م) لتغطي خمسة محافظات لعدد (١٦٦٣٥) فرد، وكانت أعلى المواد استخدامًا هى الحشيش، ثم المرحلة الثانية فى عام (٢٠٠٥م) وشملت (٩) محافظات لعدد (٣٨٦٠٠) فرد، وكانت أكثر المواد استخدامًا هى الحشيش، ثم البانجو، فالبيرة والكحوليات، ثم العقاقير الطبية، وكانت نسبة التعاطى المنتظم حوالى(٦,١٢%)، وجاءت المرحلة الثالثة فى عام (٢٠٠٧م)، وشملت هذه المرحلة (٨) محافظات، بعدد إجمالى قدره (٤٠٠٨٣) مبحوث.

كما شملت المرحلة الرابعة محافظة القاهرة فى عام (٢٠٠٨م)، وعدد المشاركين فى العينة (٣٨٦٠٨) فردًا، بينما شملت المرحلة الخامسة محافظات (مرسى مطروح – البحر الأحمر – شمال سيناء – جنوب سيناء) عن عامى (٢٠٠٩/ ٢٠١٠)، وتضمن البحث (١١٦٠٦) فردًا، حيث يشكل الحشيش أكثر أنواع المخدرات انتشارًا وتأتى الكحوليات فى المرتبة الثانية ثم الأفيونيات فى المرتبة الثالثة وأهمها الترامادول، وجاءت المرحلة السادسة في عام (٢٠١٢م)، حيث شملت (١٦١٨٦) فردًا من محافظات (المنيا – سوهاج – قنا – الأقصر – أسوان)، حيث استخدم (١) من كل (٥) أفراد (٢٠% من العينة) فى صعيد مصر المخدرات أو الكحوليات ولو مرة واحدة فى العمر بينما يصل عدد الأفراد المستخدمين حاليًا للمخدرات (١٩%)، كما تبين أن أكثر المحافظات تعرضًا لمشكلة الإدمان هى سوهاج وأقلها هى الأقصر، وكانت أكثر المواد شيوعًا فى الاستخدام هى الحشيش والبانجو يليها أقراص الترامادول والتامول (وحدة الأبحاث بالأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ٢٠١٥: ١٦).

المرصد القومى للمخدرات:

المرصد القومى للمخدرات، يهدف لجمع البيانات من أقسام الإدمان بالأمانة العامة للصحة النفسية، ووضع تصور عن تطورات استخدام المخدرات وبيان الخدمات العلاجية، وتكوين قاعدة بيانات تسمح بوضع استراتيجيات لعلاج الإدمان وتطويرها، بناء على مستجدات الواقع.

أطلقت الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان مشروع المرصد القومى للمخدرات تحت رعاية معالى السيد الدكتور/ وزير الصحة والسكان فى أكتوبر ٢٠١٤.

كانت المرحلة التالية من تطوير المرصد القومى للمخدرات هى إجراء اجتماعات متتالية من قبل اللجنة العلمية وفريق تطوير المرصد مع مختلف الأطراف المعنية بما فى ذلك مديرى المستشفيات والأشخاص الرئيسيين فى وحدات علاج الإدمان، وفى الوقت نفسه وضع الموظف الفنى شكلًا إلكترونيًا مطابقًا لاستمارة تسجيل المريض باستخدام برنامج مايكروسوفت أكسس، وقد كان هذا الشكل الإلكترونى بمثابة قاعدة لجمع البيانات على مستوى جميع الوحدات ثم يتم تجميعها مركزيًا بالأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان فى وحدة تكنولوجيا المعلومات لتحليلها.

بدأ تشغيل المرحلة التجريبية للمرصد الوطنى للمخدرات فى الخامس عشر من شهر أكتوبر فى جميع المستشفيات العامة التى تقدم خدمة علاج الإدمان.

تم التعاون مع الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بوزارة الداخلية لمد المرصد بالبيانات الخاصة بعدد القضايا، وكذلك أنواع وكميات المضبوطات من المواد المخدرة والمواد المستجدة بالأسواق، وتم التعاون أيضًا مع مصلحة الطب الشرعى بوزارة العدل لمد المرصد بالبيانات الخاصة عن الوفيات والحوادث ذات الصلة بتعاطى المخدرات من حيث السن والنوع والملابسات المتعلقة بالحالة تمهيدًا لإصدار أول تقرير سنوى فى شهر يناير ٢٠١٦م.

وقد كان وقع التجربة المصرية فى إنشاء مرصد وطنى للمخدرات كالتالى:

• زيادة الوعي حول أهمية جمع البيانات الروتينية لخدمات علاج الإدمان على جميع المستويات بدءً من مقدمى الخدمات ووصولًا لصانعى السياسات.

• دعوة أصحاب المصلحة الآخرين للمشاركة فى المرصد بما لديهم من بيانات ومؤشرات لتوسيع نطاقه خارج مؤشرات طلب العلاج.

ملخص لأهم نتائج عملية الرصد:

يمثل هذا التقرير تحليلًا للبيانات التى تم جمعها من ١٥ مستشفى تابعة للأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان حيث تقدم الخدمات العلاجية على مستوى العيادات الخارجية والأقسام الداخلية.

تم تسجيل البيانات من خلال استمارات ورقية ثم أدخلت إلى قواعد البيانات باستخدام برنامج Microsoft Access 2007. وقد تم التحليل الإحصائى باستخدام برنامج SPSS IBM V20.

تتلخص أهم النتائج لعملية الرصد خلال الفترة من أول نوفمبر ٢٠١٤ إلى آخر يناير ٢٠١٥ فى النقاط التالية:

١- أكبر عدد من الحالات كان من محافظة الإسكندرية من خلال مركز عباس حلمى لعلاج الإدمان ومستشفى المعمورة للصحة النفسية ثم محافظة القاهرة من خلال مستشفى الصحة النفسية بمصر الجديدة ومستشفى العباسية للصحة النفسية.

٢- هناك فجوة كبيرة بين أعداد المرضى الذين تلقوا العلاج بالعيادات الخارجية وبين أعداد المرضي الذين تلقوا العلاج بالأقسام الداخلية بالمستشفيات، ويرجع ذلك إلى قلة عدد الأسرة المتاحة للمرضى.

٣- أغلب الحالات كانت في أواخر العشرينيات من العمر، وكان متوسط عمر المرضى ٣٠ سنة، فى حين كان العمر الأكثر شيوعًا هو ٢٦ سنة.

٤- أغلب الحالات حاصلة على التعليم الثانوى أو التعليم الفنى، وتم رصد عدد حالات أقل بين أولئك الذين تلقوا التعليم الجامعى أو الحاصلين على الدراسات العليا.

٥- أغلب الحالات ليس لديهم عمل بوقت كامل (٧٠%).

٦- أغلب الحالات تستخدم الخدمات العلاجية الحكومية (٤٩%)

٧- أغلب الحالات جاءوا إما من تلقاء أنفسهم أو بإحالة من ذويهم.

٨- معظم المرضى ليس لديهم أى علم عما إذا كانوا مصابين أم لا بالأمراض الرئيسية المنقولة عن طريق الدم والتى ترتبط بتعاطى المخدرات.

٩- يتصدر الترامادول بالنسبة للذكور والإناث، قائمة المواد الإدمانية ويليه الحشيش فى المركز الثانى ثم الهيروين ثم مركبات البنزوديازيبين.

١٠- لا يختلف نمط التعاطى فى الإناث عن نمط التعاطى فى الذكور، كما لوحظ أن أغلب حالات الإناث كن متزوجات مما يثير التساؤلات حول وجود دور للأزواج فى إدمان السيدات مما يستدعى المزيد من الملاحظة والرصد لبحث ارتباط إدمان السيدات المتزوجات بأزواجهن.

١١- بالنسبة لطبيعة الاستخدام كانت الغالبية العظمى من الحالات تعانى من الاعتمادية التامة على المواد المخدرة، و ذلك بالمقارنة بالنسب الضئيلة من الحالات التى جاءت للعلاج فى المراحل المبكرة حيث معدلات التعاطى المنخفض.

١٢- ظلت طرق التعاطى المعروفة لكل مخدر هى الشائعة بين الحالات ولكن لم تخلو الملاحظات من بعض الحالات القليلة التى تستخدم طرقًا غير مألوفة لبعض أنواع المخدرات مما يستوجب استمرار الملاحظة لرصد ظهور أى اتجاهات جديدة لطرق التعاطى (مثل تعاطى الحشيش والبانجو عن طريق الحقن).

أهم النتائج لعملية الرصد خلال تقرير عام ٢٠١٩م فى النقاط التالية:

١- معظم الحالات التى تم تسجيلها من القاهرة والإسكندرية وسجلت بواسطة مستشفى هليوبليس (٢٢.٢%)، ومستشفى المعمورة (١٩.٥%) على وجه الخصوص.
٢- معظم الحالات كانت فى أواخر العشرينات وأوائل الثلاثينات، ومتوسط أعمار المرضى تراوحت بين (٣١ : ٧٥) سنة، بينما الأكثر شيوعًا كانت فى سن الثلاثين.
٣- معظم الحالات كانت تعيش مع عائلاتهم (آباء – زوجة – أطفال).
٤- معظم الحالات حاصلين على تعليم فنى بنسبة (٢٤.٢%)، بينما النسبة الأقل من طالبى العلاج حاصلين على مؤهلات عليا بنسبة (٠.١%).

٥- معظم الحالات لديهم أوقات فراغ، ولا يعملون أعمال منتظمة طول الوقت.
٦- المستشفيات الحكومية كانت الأماكن الأساسية لتلقى العلاج بالنسبة للمرضى.
٧- الحشيش هو المادة الأكثر استخدامًا بين الذكور بينما الترامادول كان الأكثر استخدامًا بين الإناث، ويليه الهيروين لكل من الذكور والإناث.
٨- مادة ستروكس كانت الأكثر شيوعًا بين الذكور، بينما مادة البرجابلين كانت الأكثر شيوعًا بين الإناث.
٩- معظم الحالات كانت تستخدم المواد الروحية (الكحوليات) بصفة يومية، وتم تشخيصهم كمعتمدين أو مدمنين.
١٠- معظم المرضى المقدمين على العلاج كانوا فى مراحل متقدمة من الإدمان أى حالاتهم متأخرة.

ويوجد عدد كبير من المواد الإدمانية الأكثر انتشارًا فى مصر.

ملحق رقم (١) قائمة المواد الإدمانية من مصادر متعددة.

المجلس القومى للصحة النفسية:

يتبع المجلس القومى للصحة النفسية المنشأ بقانون رعاية المريض النفسى وزير الصحة، ويجوز للوزير إنشاء مجالس إقليمية للصحة النفسية بالمحافظات تخضع لإشراف المجلس القومى للصحة النفسية طبقًا للمادة (٥) من قانون رعاية المريض النفسى رقم ٧١ لسنة ٢٠٠٩م.

ويشكل المجلس القومى للصحة النفسية بقرار من رئيس مجلس الوزراء طبقًا للمادة (٦) من هذا القانون، ويتولى المجلس القومى للصحة النفسية الإشراف على المجالس الإقليمية للصحة النفسية، ومتابعة تنفيذ أحكام هذا القانون فى منشآت الصحة النفسية وله على الأخص ما يلى طبقًا للمادة (٧) من هذا القانون:

- وضع السياسات التى تضمن احترام حقوق وسلامة المرضى النفسيين، وكذلك نشر تقارير دورية عن أعماله طبقًا لما تحدده اللائحة التنفيذية لهذا القانون.
- مراقبة أحوال دخول وحجز وعلاج المرضى النفسيين والتأكد من تمتعهم بالضمانات والحقوق المنصوص عليها فى هذا القانون.
- البت فى التظلمات من قرارات المجالس الإقليمية للصحة النفسية.
- وضع معايير الترخيص الصادر من وزارة الصحة بإدارة وتشغيل المنشآت المنصوص عليها فى المادة (٢) من هذا القانون وتجديده وإلغائه، ويكون للمجلس لجنة فنية من الأطباء المتخصصين للاطلاع على سجلات المرضى عند اللزوم، وذلك طبقًا لما تتضمنه اللائحة التنفيذية لهذا

القانون، ويباشر المجلس اختصاصات المجلس الإقليمى للصحة النفسية المنصوص عليها فى البنود من ٤ إلى ٧ من المادة (٩) من هذا القانون، وذلك فى الفترة الانتقالية وفى المحافظات التى لم يشكل بها مجلس إقليمى للصحة النفسية.

المراكز الجامعية ومستشفيات الجيش والشرطة التى بها أقسام علاج إدمان لا تخضع لإشراف المجلس القومى للصحة النفسية.

يوجد عدد أربعة مجالس إقليمية تتبع المجلس القومى للصحة النفسية على مستوى محافظات الجمهورية وهى كالتالى:

- المجلي الإقليمى (١) بالقاهرة.
- المجلس الإقليمى (٢) بالإسكندرية.
- المجلس الإقليمى (٣) بالدقهلية.
- المجلس الإقليمى (٤) بأسيوط.

وفيما يلى نبذة مختصرة عن هذه المجالس الإقليمية:

١- المجلس الإقليمى (١) بالقاهرة.

يتولى مهام الإشراف والمتابعة على عدد من مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان، كما يتولى الإشراف والمتابعة على عدد من مراكز علاج الإدمان الحكومية والخاصة وأيضًا المراكز التابعة للجمعيات الأهلية، والتى تقع فى نطاق اختصاصاته.

ويوجد هذا المجلس داخل مبنى الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان بالدور الأرضى، وبجوار المجلس القومى للصحة النفسية، داخل مستشفى العباسية للصحة النفسية وعلاج الإدمان، بالعنوان التالى: ١ ش صلاح سالم – مدينة نصر – القاهرة.

جدول رقم (٤-٦) توزيع مراكز علاج الإدمان الحكومية والخاصة التابعة لإشراف المجلس الإقليمى (١) بالقاهرة

م	المحافظة	الحكومى	الخاص	الإجمالى
١	القاهرة	٣	٢٠	٢٣
٢	الجيزة	–	٩	٩
٣	القليوبية	٢	٧	٩
٤	الفيوم	–	–	–
٥	بنى سويف	١	–	١
٥	الإجمالى	٦	٣٦	٤٢

(إعداد الباحث).

٢- المجلس الإقليمى (٢) بالإسكندرية.

يتولى مهام الإشراف والمتابعة على عدد من مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان، كما يتولى الإشراف والمتابعة على عدد من مراكز علاج الإدمان الحكومية والخاصة وأيضًا المراكز التابعة للجمعيات الأهلية، والتى تقع فى نطاق اختصاصاته.

ويوجد هذا المجلس داخل مبنى مستشفى أبو قير العام، بالعنوان التالى: ١ ش البحر الميت – أبو قير –مستشفى أبو قير العام –مركز صحة الأسرة – الدور الثالث–بمحافظة الإسكندرية.

جدول رقم (٤-٧) توزيع مراكز علاج الإدمان الحكومية والخاصة التابعة لإشراف المجلس الإقليمى (٢) بالإسكندرية

م	المحافظة	الحكومى	الخاص	الإجمالى
١	الإسكندرية	٢	١٨	٢٠
٢	البحيرة	١	٣	٤
٣	مرسى مطروح	–	–	–
٤	المنوفية	١	٢	٣
٥	الغربية	٢	٤	٦
٦	كفر الشيخ	–	١	١
٦	الإجمالى	٦	٢٨	٣٤

(إعداد الباحث).

٣- المجلس الإقليمى (٣) بالدقهلية.

يتولى مهام الإشراف والمتابعة على عدد من مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان، كما يتولى الإشراف والمتابعة على عدد من مراكز علاج الإدمان الحكومية والخاصة وأيضًا المراكز التابعة للجمعيات الأهلية، والتى تقع فى نطاق اختصاصاته.

ويوجد هذا المجلس داخل مبنى مستشفى شبراهور المركزى –مبنى الكلى –الدور الرابع، بالعنوان التالى: شبراهور –مركز السنبلاوين –محافظة الدقهلية.

جدول رقم (٤-٨) توزيع مراكز علاج الإدمان الحكومية والخاصة التابعة لإشراف المجلس الإقليمى (٣) بالدقهلية

م	المحافظة	الحكومى	الخاص	الإجمالى
١	الدقهلية	١	١٤	١٥
٢	الشرقية	١	٥	٦
٣	دمياط	–	٣	٣
٤	بورسعيد	١	–	١
٥	الإسماعيلية	–	١	١
٦	السويس	–	–	–
٧	شمال سيناء	–	–	–
٨	جنوب سيناء	–	–	–
٨	الإجمالى	٣	٢٣	٢٦

(إعداد الباحث).

يتضح من الجدول السابق أن أكثر من (٥٠%) من مراكز علاج الإدمان الخاصة تتركز فى المحافظة التى يوجد بها المجلس الإقليمى، ويوجد بها مستشفى حكومى للصحة النفسية وعلاج الإدمان، بالإضافة إلى جانب تميز جامعة المنصورة بمحافظة الدقهلية من الناحية الطبية، ويتضح أيضًا عدم تواجد مراكز خاصة فى المحافظات التى لا يوجد بها مستشفيات حكومية لعلاج الإدمان كما فى محافظة السويس، شمال سيناء، وجنوب سيناء.

٤ – المجلس الإقليمى (٤) بأسيوط.

يتولى مهام الإشراف والمتابعة على عدد من مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان، كما يتولى الإشراف والمتابعة على عدد من مراكز علاج الإدمان الحكومية والخاصة وأيضًا المراكز التابعة للجمعيات الأهلية، والتى تقع فى نطاق اختصاصاته.

ويوجد هذا المجلس بالعنوان التالي: ش الملك فيصل – بجوار مديرية الصحة ومستشفى الصحة النفسية وعلاج الإدمان بأسيوط.

جدول رقم (٤–٩) توزيع مراكز علاج الإدمان الحكومية
والخاصة التابعة لإشراف المجلس الإقليمى (٤) بأسيوط

م	المحافظة	الحكومى	الخاص	الإجمالى
١	أسيوط	٢	٢	٤
٢	المنيا	٢	٣	٥
٣	سوهاج	١	١	٢
٤	قنا	–	–	–
٥	الأقصر	–	–	–
٦	أسوان	١	١	٢
٧	البحر الأحمر	–	٢	٢
٨	الوادى الجديد	–	–	–
٨	الإجمالى	٦	٩	١٥

(إعداد الباحث).

وتبين للباحث بعض الملاحظات حول توزيع خدمات علاج الإدمان الحكومية وتوزيع جهات الإشراف عليها، وخدمات الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان على المحافظات المختلفة بجمهورية مصر العربية، ويتضح ذلك عن طريق البيان الموجود بالملحق رقم (٢).

ملحق رقم (٢)

بيان توزيع خدمات علاج الإدمان الحكومية التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان وجهات الإشراف عليها، وخدمات الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان على المحافظات المختلفة

ويتضح من البيان السابق تركز الخدمات فى بعض المحافظات ومن أهمها (القاهرة – الإسكندرية – الدقهلية – أسيوط) حيث يوجد **بمحافظة القاهرة** عدد (٣) مستشفيات حكومية للصحة النفسية وعلاج الإدمان بالإضافة إلى الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، وبها المجلس الإقليمى رقم (١)

للصحة النفسية بالإضافة إلى المجلس القومى للصحة النفسية، وبها أيضًا عدد (١٦) جمعية أهلية تعمل فى الوقاية من التعاطى والإدمان بالإضافة إلى الاتحاد النوعي المصرى للجمعيات للوقاية من الإدمان والذى يضم عدد كبير من الجمعيات والمتعددة الأنشطة والتى يشارك عدد منها فى برامج ومشروعات وأنشطة الوقاية من التعاطى والإدمان، أما **محافظة الإسكندرية** فيوجد بها عدد (٢) مستشفى للصحة النفسية وعلاج الإدمان، والمجلس الإقليمى للصحة النفسية رقم (٢)، وبها عدد (٣) جمعيات، أما **محافظة الدقهلية** فيوجد بها عدد (١) مستشفى حكومي للصحة النفسية وعلاج الإدمان، والمجلس الإقليمى للصحة النفسية رقم (٣)، وبها عدد (١) جمعية، ولكن تتميز بوجود عدد كبير من مراكز علاج الإدمان الخاصة والمتميزة حيث يوجد بها عدد (١٤) مركز خاص لعلاج الإدمان، وبالنسبة ل**محافظة أسيوط** يوجد بها عدد (٢) مستشفى حكومى للصحة النفسية وعلاج الإدمان، والمجلس الإقليمى للصحة النفسية رقم (٤)، وبها عدد (٢) جمعية أهلية.

ويتضح أيضًا عدم تواجد أى خدمات حكومية أو جمعيات أهلية بمحافظات (الفيوم – قنا – الأقصر)، حيث لا يوجد بها أى مستشفى حكومى للصحة النفسية وعلاج الإدمان أو مجلس إقليمى للصحة النفسية أو جمعية أهلية.

يتضح أن عدد كبير من المحافظات لا يوجد به أى خدمات حكومية سواء مستشفيات للصحة النفسية وعلاج الإدمان أو مجالس إقليمية للصحة النفسية، ولكن يوجد بها جمعية أهلية أو أكثر تعمل فى مجال الوقاية من التعاطى والإدمان، وهذه المحافظات هى: (السويس – كفر الشيخ – الإسماعيلية – دمياط –الجيزة – البحر الأحمر – مطروح – شمال سيناء – جنوب سيناء – الوادى الجديد).

-إنجازات صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى:

تتطلب مواجهة ظاهرة انتشار المخدرات أن تستند إلى واقع الظاهرة فى مصر من خلال منطلق تنموى شامل يعتمد نهجًا حقوقيًا (سلوكيًا – ثقافيًا) فى التعامل مع الظاهرة بشقيها الوقائى والعلاجى، ويأتى ذلك فى إطار عمل الصندوق بوصفه القائم على تنفيذ الآلية الوطنية للحد من انتشار المخدرات، ومن هنا اعتمد صندوق مكافحة وعلاج الإدمان على خطة عمل تشمل العديد من المجالات مثل البحوث، والدراسات، وبناء قدرات الكوادر المعنية بالمشكلة، واستهداف الفئات الأكثر عرضة للمشكلة، وتعزيز المشاركة الشبابية والأنشطة التطوعية فى خفض الطلب على المخدرات.

بالإضافة إلى تنفيذ برامج وقائية تستهدف فئات المجتمع المختلفة، وقد جاءت هذه الجهود الحثيثة بالتعاون مع كافة الشركاء من الجهات الحكومية ومنظمات المجتمع المدنى ومن أهمها الجمعيات الأهلية، بالإضافة إلى التركيز على دعم دور الإعلام فى الوقاية من الإدمان أو التعاطى لما يملكه الإعلام من قوة تأثير فاعلة بالإيجاب أو السلب على المتلقين.

إن أحد أهم الآليات التى يتم الاعتماد عليها فى تنفيذ البرامج تتمثل فى قاعدة متطوعى الصندوق بالبرامج الوقائية والخط الساخن، والتى تقوم بدور محورى فى تنفيذ الأنشطة الوقائية والعلاجية، حيث تمثل رابطة المتطوعين فى كل محافظة (ويعمل الباحث حاليًا كمنسق عام لوحدة متطوعى الوقاية من الإدمان بمحافظة الدقهلية ويتبع الإدارة العامة للتنمية البشرية بديوان عام محافظة الدقهلية ويقوم بالتنسيق بين المحافظة وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى) عنصر أساسى فى تنفيذ برامج الوقاية وعامل أساسى من عوامل نجاحها.

وصل عدد المتطوعين لدى الصندوق إلى ٢٩ ألف متطوع على مستوى محافظات الجمهورية، وشاركوا فى تدشين العديد من المبادرات منها مبادرة "مصلحتك" للموظفين حيث تم توعية ١٠٠ ألف موظف بالجهاز الإدارى للدولة بأضرار المخدرات، ومبادرة "توصل بالسلامة" للسائقين وتم توعية ٢٠٠ ألف سائق بخطورة الإدمان بالمحافظات المختلفة، ومبادرة "خدعوك فقالوا" وتم توعية ٣٠٠ ألف عامل مهني والعديد من الأسر وأولادهم، بجانب إطلاق العديد من المبادرات الأخرى بالأعياد والمصايف ودور الأيتام.

تم إنشاء بيت التطوع بجامعة القاهرة خلال عام ٢٠١٩ كأول مقر رسمى للصندوق في الجامعات المصرية لاستقبال واستثمار طاقات الشباب المتطوعين فى مجال التوعية بأضرار تعاطى المواد المخدرة والعمل على جذب متطوعين جدد لدى الصندوق يعملون ببرامج مختلفة تحت شعار "قوتنا فى شبابنا"، وتم توعية عدد (٢٥) ألف طالب بجامعة القاهرة، كما تم أيضًا إنشاء بيت للتطوع بعدد من المحافظات خلال عام ٢٠٢٠ وهى: (محافظة حلوان – سوهاج – الزقازيق).

يوجد بالصندوق مرصد وطنى يقوم باستمرار كآلية دائمة للكشف عن كافة أبعاد مشكلة المخدرات وتحديد الفئات والأماكن الأكثر عرضة للمشكلة، وهدفه هو وضع خط أساسى واضح لتتبع الظاهرة وتقييم الجهود المبذولة نظرًا لتعدد الجهات البحثية وتضارب البيانات والأرقام المقدمة من كل جهة، مما يسهل تنفيذ الخطة الوطنية لخفض الطلب على المخدرات والوصول إلى الهدف المنشود وهو العيش فى مجتمع خال من المخدرات أو به أقل معدلات التعاطى والإدمان.

الخط الساخن:

تم إنشاؤه عام ٢٠٠٠م، ويمتلك الخط الساخن فريق من الأخصائيين النفسيين المؤهلين على مستوى متميز، ويسعى الصندوق لبناء قدراتهم بشكل مستمر وفقًا لأحدث الأساليب فى مجال علاج الإدمان وذلك لرفع كفاءاتهم لمواكبة المستحدثات والتطورات فى عالم العلاج والتأهيل.

يمثل الخط الساخن بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى الآلية الوطنية لدعم وتوفير خدمات الوقاية والمشورة والعلاج والتأهيل المجانى –فى سرية تامة –لمرضى الإدمان بالتعاون مع الشركاء المعنيين، فالصندوق هو أول مؤسسة حكومية تقدم برامج علاجية متكاملة للمدمنين والمتعاطين.

وقد تجلت فلسفة عمل الخط الساخن (١٦٠٢٣) خلال الفترة الماضية فى العناصر التالية:

- تطوير آليات فاعلة للوصول بالخدمة إلى من يحتاجون إليها (متعاطين ومدمنين وأسرهم).
- التوسع فى المراكز العلاجية الشريكة مع الخط الساخن لتستوعب أعداد المرضى ، وتقديم الخدمة العلاجية المناسبة لهم.
- التوسع فى خدمة علاج وتأهيل مرضى الإدمان المراهقين.
- توفير ودعم المستشفيات الشريكة مع الخط الساخن لإنشاء أقسام خاصة لعلاج الإناث من التعاطى (الحجز الداخلى).
- العمل على استحداث دور للعلاج التأهيلى الخاص بمرضى الإدمان المودعين فى مؤسسات الأحداث ونزلاء السجون وذلك لخصوصية نوعية العلاج لهذه الفئات، لإعادة دمجهم فى المجتمع مواطنين صالحين.
- إنشاء وتطوير أقسام متخصصة للأمراض المصاحبة للإدمان (التشخيص المزدوج).
- التوسع فى توفير أماكن لبرامج الرعاية النهارية بجميع المستشفيات الشريكة مع الخط الساخن ، لضمان استمرارية عملية التعافى ووقاية المتعافى من الانتكاسة من خلال استمرار المساندة العلاجية ، والمتابعات المستمرة والمتواصلة مع الفريق العلاجى لدعم المتعافين خلال مراحل العلاج المختلفة وما بعد التعافى.

ضوابط سير العمل بالمستشفيات الشريكة مع الخط الساخن:

١. يبدأ العمل باستقبال الحالات المحولة من الخط الساخن بناءً على قائمة بأسماء المرضى الذين تم تسجيل أسمائهم قبل ذهابهم إلى المستشفى.
٢. تبدأ جلسة الأخصائى النفسى بالخط الساخن بإجراء مقابلات مع المرضى، وملء استمارة الخط الساخن والقيام بإجراء مجموعة من الاختبارات والمقاييس النفسية تمهيدًا لإعداد تقرير إكلينيكى عن الحالة (المرضى الجدد) .
٣. يعقب جلسة الأخصائى جلسة مع الطبيب المعالج حيث يقوم بالكشف على المرضى، وعمل جلسات تحفيزية لهم ثم إعداد تقرير يتضمن تقييم إكلينيكى عن كل حالة.
٤. يقوم كلًا من الطبيب المعالج والأخصائى بمتابعة الحالات القدامى، وفى نهاية اليوم يتم تحديد المرضى الذين سوف يتم علاجهم بالقسم الداخلى بالمستشفى وفقًا للمعايير المتبعة لاختيارهم بموجب خطاب تحويل صادر من الصندوق.

٥. يقوم أخصائيو الخط الساخن بالمستشفيات بمتابعة الإجراءات التى يحتاجها المرضى إلى أن يتم الانتهاء من الكشف في العيادات الخارجية أو الحجز الداخلى.

النتائج الخاصة بالمكالمات الواردة للخط الساخن خلال عام ٢٠٢٠م:

- محافظة القاهرة جاءت فى المرتبة الأولى حيث بلغت نسبة المتصلين منها ٣٣.٧ % تليها محافظة الجيزة بنسبة ٢٢.٥%، ويرجع ذلك إلى سهولة الاتصال والقرب المكانى للمستشفيات الشريكة مع الخط الساخن لراغبى العلاج.
- جاءت وسيلة التعارف على الخط الساخن لعلاج مرضى الإدمان من خلال التليفزيون بنسبة ٦٤% لتحتل النسبة الأكبر نظرًا لقيام الصندوق بتوجيه حملات إعلامية كبيرة فى وسائل الإعلام يليه الإنترنت بنسبة ١٩% وذلك من خلال مبادرات التوعية على الصفحة الرسمية للصندوق، والتفاعل المباشر مع الزائرين للصفحة واستقبال الحالات الراغبة للعلاج.
- تشير بيانات المتصلين بالخط الساخن إلى انخفاض سن التعاطى بصورة ملحوظة وفى سن مبكرة، حيث إن نسبة ٤% بدأوا من سن أقل من ١٥ سنة، بينما بلغت نسبة الفئة العمرية من ١٥ إلى ٢٠ سنة ٤٠.٢ %، حيث تعتبر أعلى مرحلة عمرية لنسبة التعاطى.
- أصبحت نسبة الاتصالات للعلاج من الإستروكس ٢٥%، وأصبح الآن هناك إقبال شديد على تناول مخدر الاستروكس.
- ارتفاع معدل تعاطى عقار الترامادول ليحتل المرتبة الأولى بين المواد المخدرة بنسبة ٦٠% يليه مخدر الحشيش بنسبة ٥٢.٤% ثم الهيروين بنسبة ٢٩.٥ % ويحتل الأستروكس والفودو المرتبة الرابعة بنسبة ٢٥.٨ %، وان ٢٣.٧ % من الحالات هم من قاموا بالإتصال بأنفسهم إيمانًا منهم بأهمية تلقى العلاج، والذى يتميز بالسرية التامة.

المراكز العلاجية التابعة للصندوق:

ويوجد عدد كبير من المراكز العلاجية التابعة للصندوق، وبياناتها بالجدول التالى:

جدول رقم (٤-١٠) توزيع المراكز العلاجية والمستشفيات الشريكة مع الخط الساخن التابع لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي على المحافظات المختلفة

م	الإقليم	المحافظة	أماكن الخدمة	العدد
١	**محافظات حضرية (٨ مستشفيات)**	**القاهرة**	**(مستشفى القوات المسلحة بالمعادي – مستشفى الحسين الجامعي – م العباسية للصحة النفسية – م حلوان – م مصر الجديدة "المطار")**	**٥**
٢		**الإسكندرية**	**(م المعمورة للصحة النفسية – واحة الأمل "جمعية كاريتاس")**	**٢**
٣		السويس	----------	--

٤		بورسعيد	م بورسعيد للصحة النفسية	١
٥	**محافظات وجه بحرى (٨ مستشفيات)**	الشرقية	م العزازى للصحة النفسية	١
٦		القليوبية	(م بنها للصحة النفسية – م الخانكة للصحة النفسية)	٢
٧		كفر الشيخ	----------	--
٨		الغربية	(م طنطا للصحة النفسية – مركز شبرا قاص)	٢
٩		المنوفية	م شبين الكوم للصحة النفسية	١
١٠		البحيرة	----------	--
١١		الإسماعيلية	المركز الوطنى لعلاج الفيروسات	١
١٢		دمياط	----------	--
١٣		**الدقهلية**	**مستشفى المنصورة الجامعى**	**١**
١٤	**محافظات وجه قبلى (٤ مستشفيات)**	الجيزة	مستشفى القصر العينى	**١**
١٥		بنى سويف	----------	--
١٦		المنيا	م المنيا للصحة النفسية	١
١٧		**أسيوط**	**م أسيوط للصحة النفسية**	**١**
١٨		أسوان	م أسوان للصحة النفسية	١
١٩		الفيوم	----------	--
٢٠		سوهاج	----------	--
٢١		قنا	----------	--
٢٢		الأقصر		
٢٣	**محافظات الحدود (لا يوجد)**	البحر الأحمر	----------	--
٢٤		مطروح	----------	--
٢٥		شمال سيناء	----------	--
٢٦		جنوب سيناء	----------	--
٢٧		الوادى الجديد	----------	--
--	**الإجمالى**	**٢٧**	----------	**٢٠**

(إعداد الباحث).

وتم زيادة عدد المراكز العلاجية إلى ٢٢ مركزًا خلال عام ٢٠١٧، وتم افتتاح ٥ مراكز علاجية جديدة لمرضى الإدمان خلال عام (٢٠٢٠) بمحافظات (المنيا، مطروح، الفيوم، سوهاج والإسكندريةّ)، ليصل عدد المراكز الشريكة مع الخط الساخن إلى٢٧ مركزًا متخصصًا.

المرصد الإعلامى لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى:

يوجد بالصندوق مرصد إعلامى لتناول مشكلة التدخين والإدمان فى الأعمال الدرامية وتم إنشاؤه فى عام ٢٠١٤م، باعتبار الدراما المصرية أحد أهم أدوات القوة الناعمة لمصر وتساهم بشكل فعال فى صياغة فكر وتشكيل وجدان النشء والشباب، والمرصد يعد الأول من نوعه فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، واختارته منظمة الصحة العالمية كأحد أهم الأدوات الفعالة لرصد وتحليل التناول الإعلامى لقضية المخدرات، وذلك خلال المؤتمر الدولى لمكافحة التدخين بنيودلهى.

وفقًا لدراسة صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى بشأن مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات بين طلبة المدارس الثانوى، تبين أن ٧٢% من الطلبة يستقون معلوماتهم عن التدخين والمخدرات من وسائل الإعلام لاسيما عبر الدراما التليفزيونية.

نتائج المرصد الإعلامى للصندوق حول تحليل مشاهد التدخين والمخدرات بدراما رمضان ٢٠٢٠م، ومقارنتها بالأعوام الثلاثة الماضية:

- تم رصد وتحليل (٢٤) مسلسلًا دراميًا، وبلغت المساحة الزمنية لمشاهد التدخين ٤% من إجمالى المساحة الزمنية للدراما، علمًا بأن متوسط مشاهد التدخين خلال الثلاث سنوات السابقة كان ٧,٦%.
- بلغت المساحة الزمنية لمشاهد المخدرات والكحوليات ١,٥%، ، بينما متوسط مشاهد المخدرات والكحوليات كان ٢,٣% من إجمالى المساحة الزمنية للأعمال الدرامية خلال الفترة من ٢٠١٧ حتي ٢٠١٩، ولم تتضمن مثل هذه المشاهد خلال شهر رمضان ٢٠٢٠ أى مشاهد لتدخين وتعاطى المخدرات للأطفال، وكذلك خلت جميع المشاهد من أى ترويج مباشر أو غير مباشر لمنتجات التبغ فى خطوة جيدة حرص عليها صناع الدراما هذا العام.
- رصد مشاهد التدخين وتعاطى المخدرات فى الأعمال الدرامية خلال (١٥) يوم الأولى من شهر رمضان حيث رصد الصندوق (١١٤١) مشهد تدخين وتعاطى مخدرات بإجمالى (٣١) ساعة على النحو التالى (٩٠١) مشهد تدخين بإجمالى (٢٢ساعة و ٣٠ دقيقة)، و(٢٤٠) مشهد تعاطى مخدرات وكحوليات بإجمالى (٨ ساعات و ٣٠) دقيقة.
- حدد المرصد قائمة سوداء تضم الأعمال الدرامية التى احتوت على مشاهد تدخين وتعاطى للمخدرات جاء على رأس القائمة مسلسل الطبال لأمير كرارة للعام الثانى على التوالى ب (٦٠) مشهد تدخين بإجمالى ساعتين و (١٠) دقائق و (٣٠) مشهد تعاطى مخدرات بإجمالى ساعة و(٢٥) دقيقة، ومسلسل الكيف لباسم سمرة ب (٤١) مشهد تدخين بإجمالى ساعة و(٥٩) دقيقة و(٢٨) مشهد تعاطى مخدرات بإجمالى ساعة (٣٠) دقيقة.
- وضع المرصد قائمة تضم الأعمال الدرامية الأقل احتواءً على مشاهد تعاطى المخدرات وجاء على رأسها مسلسل (سقوط حر) للفنانة نيلى كريم ومسلسل (رأس الغول) للفنان محمود عبد العزيز.

إدارة نوادى الدفاع الاجتماعى بوزارة التضامن الاجتماعى:

وتعود نشأة أندية الدفاع الاجتماعى إلى الستينيات من القرن السابق عندما تشكلت اللجنة العليا لمكافحة تعاطى المخدرات عام ١٩٦٧م، ثم أعيد تشكيلها عام ١٩٧٢م، وأسفر ذلك عن وجود إدارة عامة للدفاع الاجتماعى فى وزارة الشئون الاجتماعية فى عام ١٩٧٦م، من ضمن مسئولياتها تقرير برامج اجتماعية لرعاية مدمنى المخدرات والمسكرات.

وتعرف وزارة الشئون الاجتماعية نادى الدفاع الاجتماعى: بأنه مؤسسة اجتماعية وقائية / علاجية، تعمل من خلال منهج تكاملى وبأسلوب علمى وتخضع لإشراف أجهزة الدفاع الاجتماعى بوزارة الشئون الاجتماعية، التى لها أن تسند إدارة هذه الأندية إلى إحدى الجمعيات المشهرة، وبالفعل فإن وزارة الشئون الاجتماعية تقوم بالإشراف على عدد من الأندية من خلال الجمعية العامة للدفاع الاجتماعى بكل محافظة، ويسند عدد آخر من الأندية إما إلى جمعيات أهلية تهتم أساسًا بمكافحة الإدمان، أو إلى جمعيات أهلية متعددة النشاط (الفوال، نجوى؛ عدلى، هويدا، ٢٠٠٣: هـ).

وقد تبين للباحث أن عدد أندية الدفاع الاجتماعى حتى آخر شهر مارس ٢٠٢١م هو عدد (١٣٠) نادى دفاع اجتماعى تقريبًا، وذلك على مستوى جميع محافظات الجمهورية، كما يوجد أيضًا مكاتب مراقبة داخل وزارة التضامن الاجتماعى، وتقوم بمتابعة حالات الأطفال الأحداث المحكوم عليهم، ويوجد بهذه المكاتب خبراء اجتماعيين، ومن أهم أدوارهم متابعة حالات الأحداث وإيداعهم بدور الإيواء المناسبة بالتنسيق مع الجهات المعنية، ودعمهم اجتماعيًا ونفسيًا وتأهيلهم مهنيًا، ويوجد عدد (٢٥٢) مكتب مراقبة تقريبًا حتى نهاية شهر مارس ٢٠٢١م، وذلك على مستوى جميع محافظات الجمهورية، ويوجد أيضًا مؤسسات رعاية داخل وزارة التضامن الاجتماعى وعددها (٥١) مؤسسة رعاية تقريبًا، وتنقسم إلى عدد (٣٤) مؤسسة رعاية بنين وبنات، وعدد (١٤) مؤسسة رعاية للكبار بلا مأوى، وعدد (٣) دار ملاحظة للأطفال.

أهم أهداف أندية الدفاع الاجتماعى:

١- التوعية الشاملة بأخطار وأضرار المخدرات والمسكرات.
٢- علاج المدمنين سواء عن طريق النادى أو عن طريق الهيئات العلاجية المتخصصة.
٣- بذل كل جهد ممكن فى سبيل إعادة تأهيل الحالات مهنيًا.
٤- إجراء البحوث والدراسات العلمية للتعرف على حجم الظاهرة فى نطاق النادى للوقوف على مدى انتشارها بين القطاعات الجماهيرية، بهدف تحديد البرامج الوقائية المناسبة لكل من هذه القطاعات وتوصيلها إليهم.
٥- بذل الجهد للكشف المبكر عن الحالات، وبصفة خاصة فيما بين العمال والطلاب.

٦- إقامة الندوات واللقاءات فى أماكن التجمعات العمالية والطلابية والشعبية، مع الاستعانة بكافة الوسائل السمعية والبصرية الممكنة.

(الفوال، نجوى؛ عدلى، هويدا، ٢٠٠٣: و).

وقد تم تجميع بيانات بمهام وأدوار بعض الجهات الحكومية المعنية بالوقاية والعلاج من الإدمان، وذلك بالملحق رقم (٣).

ملحق رقم (٣)

ملخص مهام وأدوار بعض الجهات الحكومية المعنية بالوقاية والعلاج من الإدمان.

ثالثاً: تعقيب على التجارب المصرية:

تبين للباحث عدم وجود برنامج للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى على أرض الواقع وأيضًا عدم وجود برنامج للتنسيق فى الدراسات السابقة سواء العربية أو الأجنبية، وذلك من خلال البحث عن طريق أكاديمية البحث العلمى، وتبين أيضًا صعوبة حصر الجمعيات الأهلية التى تعمل فى مجال الوقاية من الإدمان حيث أنه لا توجد ميادين عمل محددة وواضحة عند البحث عن الجمعيات العاملة فى المجال، ولكن الجمعيات تعمل فى مجال الوقاية من الإدمان كأنشطة فرعية لميادين عمل أخرى كثيرة ومتنوعة مما يصعب معه الحصر، ومن هنا لابد أن تتضافر الجهود للقضاء على هذه الظاهرة.

وفيما يخص الاستراتيجيات القومية لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر وما يتعلق بها من خطوات، فقد مرت بعدة مراحل ولعل من أهمها ما يلى:

- في عام ١٩٩٢م كانت أول استراتيجية قومية متكاملة لمواجهة مشكلة المخدرات.
- عام ٢٠٠١م الاستراتيجية الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات.
- عام ٢٠٠٧م الاستراتيجية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر.
- عام ٢٠٠٩م "نموذج مؤشرات" لرصد ومتابعة أداء الوزارات الممثلة فى تنفيذ أهداف الاستراتيجية، ومتابعة جهود المؤسسات المعنية بمواجهة المشكلة.
- ٢٠١٣م الخطة الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر.
- ٢٠١٥م الخطة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان.
- ٢٠١٦م الخطة الاستراتيجية والتنفيذية لعلاج الإدمان واستخدام المخدرات عن الفترة من (٢٠١٦ حتى ٢٠٢١م).
- ٢٠١٩م تعديلات فى قانون الخدمة المدنية بمقتضاها "يتم إنهاء خدمة من يثبت تعاطيه وإدمانه المخدرات".

- ٢٠١٩م توصية اللجنة الفرعية المشكلة من لجنة الخطة والموازنة بمجلس النواب لمتابعة تنفيذ استراتيجية مصر ٢٠٣٠، وموازنات البرامج والأداء بحتمية زيادة موارد صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، وزيادة الأعداد المستهدفة للعلاج فى خطة ٢٠٢٠ للصندوق.
- ٢٠١٩م مشروع قانون تنظيم عمل مصحات علاج الإدمان غير الحكومية بالتنسيق مع وزارات (الصحة والسكان – العدل – الداخلية).

على الرغم من أن العمل الاستراتيجى فى جوهره هو رسم لسياسات طويلة المدى، إلا أن السنوات الماضية بدايةً من الألفية الجديدة بصفة عامة وخلال الفترة من عام ٢٠١١ حتى الآن بصفة خاصة قد شهدت زخمًا كبيرًا من الأحداث حملت فى طياتها تحولات جذرية مست جوانب الحياة محليًا وعالميًا، وقد كان لهذه التحولات المتسارعة آثارها على كافة العمليات المرتبطة بظاهرة المخدرات، لذا كان لزامًا مراجعة وتطوير الاستراتيجيات الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر للوقوف على الأبعاد المطلوب تطويرها، على أن تتضمن المراجعة اقتراح الآليات والبرامج التى تسعى الاستراتيجية الحالية إلى تحقيقها وتنفيذها فى المرحلة المقبلة، وكان نتيجة لهذه التحولات والتغيرات إصدار الاستراتيجيات المتعاقبة والخطط الوطنية المتلاحقة وصولاً للمرحلة الحالية.

وعلى الرغم من الأهداف الطموحة فى صياغة هذه الاستراتيجيات والخطط الوطنية إلا أن ما يتم تنفيذه من هذه الأهداف قليل جدًا نظرًا للتحديات والمعوقات التى تواجهها عند التنفيذ، والتى تؤثر على المردود المطلوب، ونظرًا لعدم التنسيق المطلوب بين كافة الجهات المعنية بالمواجهة، وعدم المتابعة والتقييم للخطط والبرامج بالكيفية المناسبة.

فيما يخص الوضع الراهن لعلاج الإدمان والتأهيل فى مصر فقد دخل صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي معترك علاج الإدمان منذ عام ٢٠٠٠م، وبالرغم من كل الجهود تظل الأسرة المتاحة لعلاج الإدمان بالمستشفيات الحكومية أقل من الحاجة المتزايدة، وما تزال محافظات كثيرة بعيدة نسبيًا عن مرمى الخدمات العلاجية الحكومية، وما تزال أقسام علاج الإدمان جزءً من مستشفيات الأمراض النفسية، ما يزال هناك اختلاط فى المصحات بين الحالات المحولة من المحاكم والحالات التى تأتى على أساس التطوع، ما يزال من غير الممكن حجز المدمنين الأقل عن الثمانية عشرة سنة فى المستشفيات الحكومية، وبالرغم من أن العلاجات النفسية أصبحت تشكل جانبًا من مكونات علاج المدمنين فلا توجد معلومات مؤكدة أو موثقة حول ما يتم تقديمه فى هذا الخصوص، وأيضًا ضعف التنسيق بين الهيئات والمؤسسات المعنية العاملة فى مجال العلاج.

فيما يخص دور مؤسسات التنشئة الاجتماعية فى مواجهة مشكلة المخدرات فهى تهتم ببناء الشخصية الواعية القادرة على أن تقف فى وجه هذا الداء الذى يزداد يومًا بعد يوم نتيجة للتحولات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التى أدت لتضاؤل فرص العمل وغلاء الأسعار وارتفاع سن الزواج وتغير نسق القيم والمعايير الاجتماعية، علاوة على التحولات فى النظام العالمى نتيجة للعولمة والتغيرات الثقافية

الهائلة فى ثقافة الشباب، وازدياد شراسة العصابات الدولية التى تعمل على زيادة أعداد المدمنين على مستوى العالم عمومًا وفى مجتمعنا خاصةً فى السنوات الأخيرة.

وتتضمن هذه المؤسسات الأسرة، المؤسسات التعليمية، المؤسسات الدينية، المؤسسات الإنتاجية، الأندية، أندية الدفاع الاجتماعى، والبيئة المحيطة بالشخص فى المجتمع المحلى والتى تضم الجيران والزملاء والشلل فضلًا عن المجتمع العام الذى ينبغى أن تتم فيه تغيرات هيكلية لمواجهة خطر الإدمان والتعاطى للمخدرات.

ويستند هذا الدور إلى أهمية العلاقة المباشرة التى يطلق عليها علاقة الوجه للوجه فى دعم الشخصية حتى لا تقع فى براثن المخدرات المعروضة، وتتضمن الحماية الاجتماعية العلاقات القوية داخل الأسرة، والمؤسسات الدينية، والتعليمية، والترفيهية، فضلًا عن البيئة المحيطة بالشخص والتركيز على ثقافة الحوار فضلًا عن توفر القدوة، ويجب تحويل السياسات إلى برامج وأنشطة لكل مؤسسة على أن تشمل أنشطة وقائية وأنشطة علاجية.

فيما يخص تطبيق قانون رعاية المريض النفسى رقم ٧١ لسنة ٢٠٠٩ لا يزال القانون بحاجة إلى التعديلات لصعوبة تطبيقه وعدم ملاءمته لظروف واحتياجات مرضى الإدمان وذويهم، ولا يوجد أى تنسيق بين إدارات العلاج الحر بمديريات الصحة والمجالس الإقليمية للصحة النفسية بالمحافظات والوحدات المحلية فيما يخص التراخيص لمراكز علاج الإدمان، ولا يوجد أى تنسيق بين إدارات العلاج الحر بمديريات الصحة والمجالس الإقليمية للصحة النفسية بالمحافظات واللجان العامة لحماية الطفل بدواوين المحافظات فيما يخص متابعة الأطفال النزلاء بمراكز علاج الإدمان، ولا يوجد أى تنسيق بين جهات استخراج التراخيص لمراكز علاج الإدمان وهى: (نقابة الأطباء – المجلس القومى للصحة النفسية – إدارات العلاج الحر بمديريات الصحة– الشئون الاجتماعية بالمحافظات)، وهو ما يؤدى إلى عدم كفاءة الإشراف والمتابعة والتقييم لهذه المراكز وضياع حقوق المرضى وذويهم.

الفصل الخامس

استطلاع الرأى فى برنامج العمل المقترح

للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى

"الدراسة الميدانية"

ويتضمن مبحثين:

المبحث الأول: منهجية الدراسة.

المبحث الثانى: عرض وتحليل وتفسير النتائج

الفصل الخامس: استطلاع الرأى فى برنامج العمل المقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى "الدراسة الميدانية"

يهدف هذا الفصل إلى عرض الدراسة الميدانية، وذلك من خلال المباحث التالية:

المبحث الأول: منهجية الدراسة.

المبحث الثانى: عرض وتحليل وتفسير النتائج.

المبحث الأول: منهجية الدراسة

وفيما يلى عرض لمنهج الدراسة وإجراءاتها المتبعة:

أولًا: الأهداف:

الهدف العام:

اقتراح آلية قابلة للتطبيق تمثل وسيلة التنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى المعنى بالوقاية والعلاج من إدمان المخدرات.

الهدف من إجراء الدراسة الاستطلاعية:

١- الوقوف على مدى وضوح برنامج العمل المقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى مجال الوقاية من الإدمان (مقترح الدراسة).
٢- الوقوف على مقترحات التطوير أو المعوقات المحتمل مواجهتها والتعرف على الصعوبات أثناء التطبيق.
٣- الوقوف على أسباب صلاحية تطبيق هذا البرنامج أو أسباب عدم صلاحية تطبيقه.

ثانيًا: المنهجية:

١-منهج الدراسة:

اعتمد الباحث فى هذه الدراسة على المنهج الوصفى الذى يتلاءم مع طبيعة الموضوع حيث تم استخدام المعلومات لوصف الخلفية النظرية للموضوع، وجمع البيانات الخاصة ثم تبويبها وتفسيرها بهدف الإجابة على تساؤلات الدراسة ومن ثم استخلاص النتائج.

٢- العينة (عينة الدراسة):

تكونت عينة الدراسة الأساسية من اختيار مجموعة من الأفراد بإجمالى عدد (١٧) مفرده، وتنقسم إلى عدد (٧) أفراد من العاملين بالقطاع الحكومى المعنى بالوقاية والعلاج من الإدمان وعدد (١٠) أفراد من العاملين بالجمعيات الأهلية المعنيين بالعمل فى الوقاية من الإدمان ويفضل أن يكون هؤلاء الأفراد هم المديرين القائمين بالأعمال أو من ينوب عنهم، واختار الباحث عينة الدراسة بطريقة عمدية فى إطار المحددات الآتية:

أولاً: القطاع الحكومى المعنى بالوقاية والعلاج من الإدمان:

محور خفض الطلب:

ويقصد به جميع السياسات والإجراءات التى تستهدف خفض أو إنقاص رغبات المتعاطين فى سبل الحصول على المواد المخدرة إلى أدنى درجة ممكنة وهذا المحور يشتمل على جهات متعددة حسب مرحلة التعاطى والإدمان للمخدرات بكافة أشكالها وأنواعها ومنها:

-مرحلة التوعية والوقاية:

وتتضمن جهات حكومية متعددة ونخص بالذكر منها الجهات المسئولة بصفة مباشرة عن برامج التوعية والوقاية (وزارة التضامن الاجتماعى "الإدارة العامة للدفاع الاجتماعى" -صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى - الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان -بعض المجالس والمراكز القومية والبحثية ذات العلاقة ومنها "المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان - المجلس القومى للصحة النفسية- المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية -معهد التخطيط القومى").

ثانياً: الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال الوقاية من الإدمان:

توجد أنماط متعددة للجمعيات الأهلية التى تعمل فى مجال الوقاية من التعاطى والإدمان وتنقسم إلى:

- جمعيات ذات علاقة بالوقاية من الإدمان.
- جمعيات ذات علاقة بالصحة النفسية.
- جمعيات ذات علاقة بمنع المسكرات ومكافحة المخدرات.
- جمعيات أهلية عامة تعمل فى الوقاية من الإدمان فى ميدان عمل الدفاع الاجتماعى.

ويعمل عدد من هذه الجمعيات تحت مظلة الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات للوقاية من الإدمان، بينما تعمل جميع الجمعيات والمؤسسات الأهلية والاتحادات النوعية والاتحادات الإقليمية فى مصر تحت مظلة الاتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الأهلية.

وتم اختيار فرد من كل جهة من هذه الجهات بحيث شملت مرحلة خفض الطلب وما تضمنته من خطوات مرحلية إجمالى الأفراد المشاركين (١٧) فرد ممثلين للجهات المعنية المذكورة سابقًا.

وتم عرض الاستمارة (استمارة استطلاع الرأى) بعد تحكيمها على مجموعة من ممثلى الجمعيات الأهلية العاملين فى المجال محل الدراسة وممثلى بعض الجهات الحكومية العاملة فى مجال الوقاية والعلاج من الإدمان، وعددهم إجمالى (١٧) مفرده، **وبياناتهم بالملحق رقم (٥)**، وتم تضمين ملاحظاتهم.

٣ – الأداة:

اعتمد الباحث لتحقيق أهداف الدراسة على استمارة استطلاع رأى لجمع البيانات الأساسية، وقد أعد الباحث هذه الاستمارة بغرض استطلاع رأى جميع الجهات المشاركة فى تطبيق هذا البرنامج موضوع الدراسة.

كما اعتمد الباحث فى استقاء بيانات استمارة استطلاع الرأى التى تم ملء بياناتها عن طريق المبحوثين، على عدة مراحل حتى انتهت إلى صورتها النهائية، ففي البداية تم وضع المحاور الأساسية التي تتفق وأهداف الدراسة، ثم تم تحويل كل محور إلى مجموعة من الأسئلة، كما تم تحكيم الاستمارة من قبل عدد من الأساتذة المتخصصين فى هذا المجال محل الدراسة وعددهم (١٣)، **وبياناتهم بالملحق رقم (٤)**، وبناء على ملاحظات التحكيم تم إدخال بعض التعديلات على الاستمارة.

إجراءات تطبيق أدوات الدراسة:

قام الباحث بإجراءات التطبيق، والتى تمثلت فى:

١–تم الحصول على خطابات توجيه من معهد التخطيط القومى إلى الجهات المعنية التى تم اختيارها للمشاركة فى (استمارة استطلاع الرأى) تمهيدًا لتطبيق البرنامج العملى المقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى مجال الوقاية والعلاج من الإدمان للمخدرات.

٢–تم التوجه إلى الجهات المشاركة فى الآلية المقترحة للتنسيق حسب الدراسة.

٣–تم تطبيق استمارة استطلاع الرأى عليها.

الاستمارة بعد تحكيم السادة محكمى أدوات الدراسة

جمهورية مصر العربية

معهد التخطيط القومى

الدراسات العليا

استطلاع رأى بعض الجمعيات الأهلية وبعض الجهات الحكومية فى مجال العلاج والوقاية من التعاطى والإدمان حول برنامج عمل مقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى مجال الوقاية من الإدمان.

السادة الأفاضل/

إن ما نسعى إليه من تطبيق هذه الاستمارة هو معرفة رأى سيادتكم حول هذا البرنامج العملى المقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى مجال الوقاية من الإدمان، وذلك حتى يتسنى لنا معرفة مدى موضوعية ومصداقية هذا البرنامج على أرض الواقع.

لذا نرجو من سيادتكم التكرم بعد الاطلاع على الإطار المقترح وبنود البرنامج بالإجابة على أسئلة هذه الاستمارة، وسوف تعامل هذه البيانات بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمى.

الباحث

محفوظ عبد الرحمن محفوظ الباجوري

باحث ماجستير التخطيط والتنمية

معهد التخطيط القومي

استمارة استطلاع رأى لجمع البيانات الأساسية "خاصة بالجمعيات الأهلية"

أولًا: البيانات الأساسية:

١- اسم الجمعية الأهلية:

.....

٢- العنوان: .....

.....

٣- رقم وتاريخ إشهار الجمعية الأهلية:

.....

٤- جهة الإشهار الجمعية الأهلية:

.....

٥- منطقة نشاط الجمعية الأهلية:

.....

٦- رقم التليفون: .....

٧- رقم الفاكس (إن وجد): .....

٨- البريد الالكترونى (إن وجد):

.....

٩- مجالات نشاط الجمعية الأهلية:

(يمكن اختيار أكثر من إجابة)

- مكافحة ( ).
- وقاية ( ).
- علاج ( ).
- رعاية لاحقة ( ).
- بحوث ودراسات ( ).
- أخرى (تذكر) ( ).

.....

.....

.....

استمارة استطلاع رأى لجمع البيانات الأساسية "خاصة بالجهات الحكومية"

أولًا: البيانات الأساسية:

- **اسم الجهة الحكومية:**

.....

- **العنوان:**

.....

.....

- **تاريخ إنشاء الجهة الحكومية:**

.....

- **مجال عمل الجهة الحكومية:**

.....

- **رقم التليفون:** .....
- **رقم الفاكس (إن وجد):** .....
- **البريد الالكترونى (إن وجد):**

.....

- **مجالات نشاط الجهة الحكومية:**

(يمكن اختيار أكثر من إجابة)

- مكافحة ( ).
- وقاية ( ).
- علاج ( ).
- رعاية لاحقة ( ).
- بحوث ودراسات ( ).
- أخرى (تذكر) ( ).

.....

.....

.....

ثانيًا: أسئلة عن برنامج العمل المقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى مجال الوقاية من الإدمان:

١٠- ما رأيك فى هذا البرنامج؟

مقبول ( ) جيد ( ) جيد جدًا ( ) يحتاج إلى تعديل ( ).

- فى حالة الإجابة (مقبول):
- ما هى مقترحات التطوير؟

١-

٢-

٣-

- فى حالة الإجابة (يحتاج إلى تعديل):
- لماذا؟ وما هى التعديلات؟

١-

٢-

٣-

١١- من خبرة عمل المؤسسة. هل يصلح هذا البرنامج للتطبيق؟

نعم ( ) لا ( ).

- فى حالة الإجابة (نعم):
- ما أسباب صلاحيته؟ (أسباب تتعلق بالبرنامج ذاته) (أسباب تتعلق ببيئة تطبيق البرنامج)

١-

٢-

٣-

- فى حالة الإجابة (لا):
- ما أسباب عدم صلاحيته؟ (أسباب تتعلق بالبرنامج ذاته) (أسباب تتعلق ببيئة تطبيق البرنامج)

١-

٢-

٣-

المبحث الثانى: عرض وتحليل وتفسير النتائج

التعليق على بيانات وميادين عمل الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان:

مما سبق عرضه من جداول خاصة بحصر ما أمكن من الجمعيات الأهلية التى تعمل فى مجال المكافحة والوقاية من التعاطى والإدمان للمخدرات بالمبحث الرابع بالفصل الثالث والخاص بدور الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان يتبين لنا مجموعة من الأمور المهمة والتى تساعد على الوقوف على الوضع الراهن لهذه الجمعيات ومحاولة اتخاذ كافة الإجراءات واتباع الاستراتيجيات التى من شأنها تفعيل دور هذه الجمعيات وتضافر الجهود بالتنسيق مع كافة الجهات المعنية للقضاء على ومكافحة ظاهرة التعاطى والإدمان للمخدرات ومحاولة زيادة عدد الجمعيات التى تعمل فى مجال الوقاية من الإدمان، ومن هذه الأمور ما يلى:

- ندرة عدد الجمعيات الأهلية التى تعمل فى هذا المجال حيث أن عدد الجمعيات التى تعمل فيه (٧٩) جمعية تقريبًا من إجمالى عدد الجمعيات الموجودة فى مصر وتقدر بحوالى (٥٢٢٢٢) جمعية تقريبًا (اثنان وخمسون ألف ومائتان واثنين عشرون).
- تغطية هذه الجمعيات لأغلب محافظات الجمهورية وتمركزها فى بعض المحافظات دون غيرها مثلًا (محافظة القاهرة) ويوجد بها عدد (١٨) جمعية من إجمالى عدد (٧٩) جمعية، وأيضًا محافظة الجيزة وبها عدد (٧) جمعيات، ومحافظة المنوفية وبها عدد (٦) جمعيات، ومحافظة القليوبية وبها عدد (٦) جمعيات، ومحافظة الإسكندرية وبها عدد (٣) جمعيات، ومحافظة الغربية وبها عدد (٤) جمعيات، ومحافظة بنى سويف وبها عدد (٤) جمعيات، محافظة أسيوط وبها عدد (٣) جمعية، محافظة الإسماعيلية وبها عدد (٣) جمعية، محافظة البحيرة وبها عدد (٢) جمعية، محافظة الشرقية وبها عدد (٣) جمعية، محافظة المنيا وبها عدد (٢) جمعية، محافظة أسوان وبها عدد (٢) جمعية، محافظة كفر الشيخ وبها عدد (٢) جمعية، كما يوجد أيضًا عدد (٢) من الجمعيات المركزية والتى تعمل على مستوى الجمهورية وأيضًا على المستوى الإقليمى والدولى، كما يوجد عدد آخر من المحافظات به جمعية واحدة فقط بكل محافظة، ويتضح ذلك من الجدول التالى:

(جدول رقم "٥-١") (إعداد الباحث).

توزيع الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان على المحافظات المختلفة

م	الإقليم	المحافظة	التكرارات
١	محافظات حضرية	القاهرة	١٨
٢		الإسكندرية	٣
٣		السويس	١
٤		بورسعيد	١
٥	محافظات وجه بحرى	الشرقية	٣
٦		القليوبية	٦
٧		كفر الشيخ	٢
٨		الغربية	٤
٩		المنوفية	٦
١٠		البحيرة	٢
١١		الإسماعيلية	٣
١٢		دمياط	١
١٣		الدقهلية	١
١٤	محافظات وجه قبلى	الجيزة	٧
١٥		بنى سويف	٤
١٦		المنيا	٢
١٧		أسيوط	٣
١٨		أسوان	٢
١٩		الفيوم	١
٢٠		سوهاج	١
٢١		قنا	١
٢٢		الأقصر	--
٢٣	محافظات الحدود	البحر الأحمر	١
٢٤		مطروح	١
٢٥		شمال سيناء	١
٢٦		جنوب سيناء	١
٢٧		الوادى الجديد	١
--	المستوى القومى (الجمهورية)	الجمعيات المركزية	٢
	الإجمالى	**٢٦**	**٧٩**

- تفرع أنشطة هذه الجمعيات وعدم تركيزها على مجال الوقاية من التعاطى والإدمان للمخدرات حيث توجد بها أنشطة متعددة ومنها (خدمات ثقافية وعلمية ودينية– مساعدات اجتماعية– أنشطة صحية– رعاية الطفولة والأمومة– رعاية الفئات الخاصة والمعوقين– الدفاع الاجتماعى– حماية البيئة والمحافظة عليها– تنمية المجتمعات المحلية– وغيرها من الأنشطة المتنوعة).

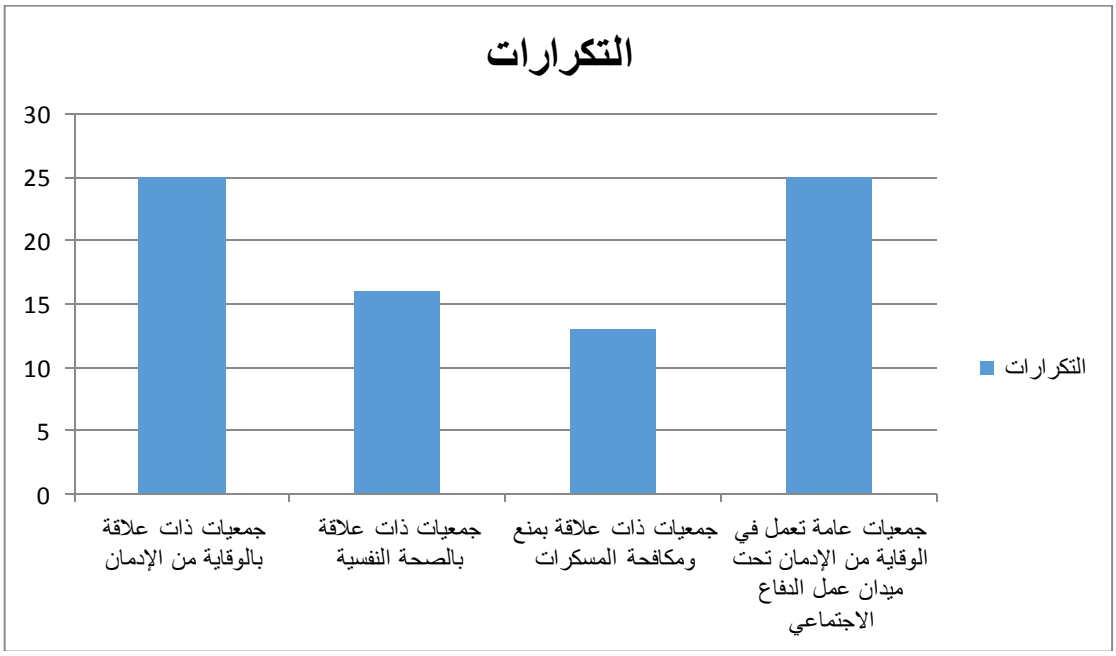
- تفرع مجالات العمل الأساسى لهذه الجمعيات وبعدها عن مجال الوقاية من التعاطى والإدمان للمخدرات (خدمات ثقافية وعلمية ودينية– مساعدات اجتماعية- الدفاع الاجتماعى– أنشطة صحية وغيرها من مجالات العمل المتنوعة).
- عدم وجود ميدان عمل أساسى للجمعيات فى هذا المجال حيث توجد ميادين عمل متعددة ومنها (جمعيات ذات علاقة بالوقاية من الإدمان– جمعيات ذات علاقة بالصحة النفسية – جمعيات ذات علاقة بمنع ومكافحة المسكرات – جمعيات عامة تعمل فى الوقاية من الإدمان تحت ميدان عمل الدفاع الاجتماعى وغيرها من ميادين العمل المختلفة التى يصعب حصرها).

جدول رقم (٥–٢) تصنيف الجمعيات وفقًا لنمط وميدان العمل

م	النمط	التكرارات	النسبة
١	جمعيات ذات علاقة بالوقاية من الإدمان	٢٥	%٣٢
٢	جمعيات ذات علاقة بالصحة النفسية	١٦	%٢٠
٣	جمعيات ذات علاقة بمنع ومكافحة المسكرات	١٣	%١٦
٤	جمعيات عامة تعمل فى الوقاية من الإدمان تحت ميدان عمل الدفاع الاجتماعى	٢٥	%٣٢
	الإجمالى	**٧٩**	**%١٠٠**

(إعداد الباحث).

شكل بيانى رقم (٥-١) تكرارات الجمعيات وفقًا لنمط وميدان العمل (إعداد الباحث).



- تواريخ إنشاء وقيد عدد من هذه الجمعيات قديم جدًا، وبالرغم من ذلك لا يوجد خبرة لديها، ولم تستطيع الاستمرار فى ممارسة أنشطتها، وتوقف العمل بها ومنها جمعيات (الجمعية المصرية لتوعية الأسرة للوقاية من الإدمان- مركز البحيرة للوقاية من أخطار الإدمان والمخدرات- جمعية الصحة النفسية والتوعية من أخطار الإدمان- جمعية منع المسكرات ومكافحة المخدرات) ويبلغ عدد الجمعيات المتوقفة (١٩) جمعية تقريبًا من إجمالى عدد (٧٩) جمعية.

جدول رقم (٥-٣)

بيان الجمعيات العاملة فى الوقاية من الإدمان المتوقفة عن العمل

م	الجمعية	المحافظة
١	الجمعية المصرية لتوعية الأسرة للوقاية من الإدمان	أسيوط
٢	جمعية الصحة النفسية و التوعية من أخطار الإدمان	الإسماعلية
٣	مركز البحيرة للوقاية من أخطار الإدمان والمخدرات	البحيرة
٤	حياة مضيئة لمكافحة المخدرات والإدمان	الجيزة
٥	الجمعية المصرية لتوعية الأسرة والوقاية من الإدمان	الجيزة
٦	الجمعية العربية لعلاج الإدمان	الجيزة
٧	جمعية مكافحة الإدمان والوقاية من الجريمة	الشرقية
٨	حوار لعلاج الإدمان ومشاكل المراهقة	القاهرة
٩	جمعية اصدقاء المرضى النفسية والإدمان	القليوبية
١٠	جمعية حماية النشء من الإدمان بدروة	المنوفية

١١	جمعية تصدى لخطر الإدمان بجامعة المنوفية	المنوفية
١٢	جمعية حماية النشىء من التدخين والإدمان	المنوفية
١٣	جمعية محاربة الإدمان	بنى سويف
١٤	جمعية الصحة النفسية و التوعية من أخطار الإدمان	الإسماعلية
١٥	جمعية منع المسكرات و مكافحة المخدرات	القاهرة
١٦	الدفاع الاجتماعى المصرى – فرع الفيوم	الفيوم
١٧	التوفيق والدفاع الاجتماعى	بنى سويف
١٨	الدفاع الاجتماعى	سوهاج
١٩	جمعية الدفاع الاجتماعى	قنا
	الإجمالى	**١٩**

جدول رقم (٥-٤) أعمار الجمعيات العاملة فى الوقاية من الإدمان

م	أعمار الجمعية	التكرارات
١	منذ عام حتى خمسة أعوام	١
٢	(٦ : ١٠) أعوام	٣٤
٣	(١١ : ٢٠) عام	٩
٤	(٢١ : ٣٠) عام	١٨
٥	أكثر من ٣٠ عام	١٧
	الإجمالى	**٧٩**

- توجد الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية والجمعية المصرية العامة لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات وتعمل كلًا منهما على المستوى المحلى والإقليمى والدولى فى مجال المكافحة والوقاية من التعاطى والإدمان للمخدرات وما زالا يعملان حتى الآن ولهما أعمال كبيرة وفاعلة.

الفصـل الختامى

النتائـج والتوصيات

ويتضمن مبحثين:

المبحث الأول: النتائج والتوصيات

المبحث الثانى: البرنامج المقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان

الفصـل الختامى: النتائج والتوصيات

يهدف هذا الفصل إلى عرض النتائج والتوصيات والمقترحات، وذلك من خلال المباحث التالية:

المبحث الأول: النتائج والتوصيات

المبحث الثانى: البرنامج المقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان.

المبحث الأول: النتائج والتوصيات

أولًا: نتائج الدراسة بصفة عامة:

- لم يتسم تنفيذ الاستراتيجيات والبرامج السابقة بالجدية المطلوبة، وبالتالى غاب التقييم الموضوعى للبرامج، فى حين تقتضي المواجهة العلمية اعتبار المخدرات قضية تنموية فى المقام الأول والتعامل معها فى سياق أوسع يشمل كافة الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.
- ضعف التنسيق بين الجهات المعنية، حيث إن مشكلة بهذا التشعب لا يمكن لجهة واحدة أن تلم بكل أبعادها، مما يستلزم التواصل النشط المستمر وتبادل المعلومات وتسلسل الأدوار وتكاملها بين كافة الجهات المعنية الحكومية منها والأهلية.
- قصر برامج المواجهة على بعض الفئات التى شملتها البرامج أو بالنسبة للمناطق الجغرافية التى تغطيها وتعلق الأمر بمدى التيسيرات الإدارية التى توفرها المحافظات أو المدارس ... إلخ، وبالتالى لم تأخذ البرامج المفهوم الشمولى المتكامل ولم تغط جميع الفئات.
- ضعف التشبيك مع الشركاء المحليين فى تصميم وتنفيذ وتقييم ومتابعة البرامج، وبالتالى فقدت هذه البرامج عنصرى الاستمرارية والمتابعة.
- محدودية الموارد المالية والبشرية التى تقوم بتخصيصها الجهات المعنية لتنفيذ أدوارها المحددة بهذه الاستراتيجيات.
- الغالبية العظمى من القائمين التجارب لم يهتموا بتقييم البرامج والأنشطة التى تقدمها، كما أنها لا تطلب التغذية العكسية من المجتمع والمؤسسات الأخرى والشباب ووسائل الإعلام لمعرفة أسلوب سير البرامج والأنشطة فى تحقيق الأهداف، والتغييرات الضرورية التى ينبغي إجراؤها.
- معظم التجارب لم تعطى لدور الأسرة فى عملية الوقاية من مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات الاهتمام الملائم والمكافئ لها فى عملية المكافحة المطلوبة.
- ندرة عدد الجمعيات الأهلية التى تعمل فى هذا المجال.
- تفرع أنشطة هذه الجمعيات وعدم تركيزها على مجال الوقاية من التعاطى والإدمان للمخدرات.
- عدم وجود ميدان عمل أساسى للجمعيات فى هذا المجال حيث توجد ميادين عمل متعددة.
- تواريخ إنشاء وقيد عدد من هذه الجمعيات قديم جدًا، وبالرغم من ذلك لا يوجد خبرة لديها، ولم تستطيع الاستمرار فى ممارسة أنشطتها، وتوقفت عن العمل.
- هذا النمط من الجمعيات الأهلية فى مصر لم ينل أى اهتمام بحثى، وهى الجمعيات العاملة فى مجال مكافحة الإدمان.

- عدم الاهتمام الكافى الموجه من قبل المجتمع المدنى بشخصياته العامة ونشطائه بإنشاء هذا النمط من الجمعيات رغم أهميته، مما دفع الدولة إلى أن تضطلع بالدور بصورة شبه كاملة.
- إن أغلبية الجمعيات والأندية محل الدراسة ليست حديثة العهد، مما يفترض خبرتها الطويلة فى التعامل مع قضية الإدمان وإلمامها بكافة تفاصيلها، وكذلك معرفتها بمعظم الفاعلين الآخرين، سواء كانوا فاعلين محليين أو دوليين، ومع ذلك فإن التفاعل الإقليمى والدولى لهذه الجمعيات والأندية ما زال محدود الكفاية.
- تبين أن الاهتمام الكبير الموجه من الأغلبية الساحقة من الجمعيات والأندية العاملة فى مجال مكافحة الإدمان بالتوعية كهدف رئيسى، والتعويل على آلية إقامة الندوات والتجمعات الشبابية كآلية أساسية فى إنجاز هذا الهدف.
- توجد جهود للوقاية من الإدمان لدى الجمعيات الأهلية فى مصر.
- توجد جهود للوقاية من الإدمان لدى الجهات الحكومية فى مصر فى الوقاية والعلاج من التعاطى والإدمان للمخدرات.
- عدم وجود علاقة تكاملية كافية بين القطاعات والجهات المسئولة عن حماية المجتمع من ظاهرة الادمان والتعاطى للمخدرات.
- إذا لم تتكاتف جميع مؤسسات المجتمع الرسمى وغير الرسمى لمكافحة الظاهرة فإن المشكلة ستظل بعيدة تمامًا عن الإنحسار.
- غياب البيانات الشاملة الموثقة التى تبرز على المستوى القومى أبعاد الدور الذى تلعبه المنظمات الأهلية يؤثر على معرفة الوضع الحقيقى لإسهام تلك الجمعيات الأهلية.
- هناك الكثير من البرامج الوقاية التى يتم تنفيذها، بعضها من جهات حكومية وأخرى من جهات غير حكومية وأهلية، وبها برامج مخصصة لتوعية الجمهور العام وأخرى لتوعية فئات معينة، وهناك جهود أهلية متنوعة تقوم بالعديد من البرامج الوقائية، ولكن هذه الجهود تتسم بالضآلة الشديدة، فمصر بها عدد (٥٢٢٢٢ ألف) جمعية أهلية تقريبًا، ولا يوجد منها سوى عدد (٢٠٠) جمعية أهلية تقريبًا تعمل فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان، وذلك على الرغم من وجود جمعيات منها نشيطة إلى حد كبير وتتعاون مع صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى والمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان.

ثانيًا: التوصيات:

- التدعيم الفنى للجمعيات الأهلية من خلال تنظيم دورات تدريبية لبناء قدرات الكوادر البشرية والعاملين بالجمعيات وصقل مهاراتهم الإدارية والفنية وتدريبهم على أساليب ومناهج الوقاية الموجهة للشباب والأسر والفئات الأكثر عرضة للمشكلة.

- إنشاء وحدة داخل الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان تكون مهمتها متابعة الجمعيات الأهلية والإشراف الفنى عليها فيما يخص البرامج والمشروعات التى تنفذها الجمعيات فى مجال الوقاية والعلاج والتأهيل من التعاطى والإدمان للمخدرات.
- تدعيم الشراكة والتشبيك بين مؤسسات المجتمع المدنى والأهلى بعضها ببعض، وبينها وبين الجهات الحكومية من جانب آخر، بما يهيئ مزيدًا من الفرص لتبادل الخبرات والدروس المستفادة.
- عمل لجان مجتمعية مرتبطة بمناطق جغرافية محددة (الأكثر عرضة للخطر أولًا) لتنفيذ برامج تنموية وتوعوية بمختلف المحافظات فى (المؤسسات التعليمية – مراكز الشباب والأندية – المؤسسات الدينية – المصانع والشركات)، بالإضافة إلى عقد المسابقات وتنظيم المهرجانات الرياضية والمعسكرات الجماعية، وذلك بمشاركة من قيادات المجتمع المحلى ورجال الدين والخبراء وأعضاء مجلس الشعب ونجوم الرياضة والشخصيات المحبوبة.
- التنسيق مع الجمعيات والمستوصفات الطبية الخيرية لإنشاء وحدة للإرشاد والوقاية الأولية والتعريف بالخط الساخن لعلاج الإدمان (١٦٠٢٣) داخلها، وتوفير دورات تدريبية للعاملين بها بشأن سبل الإكتشاف المبكر لحالات التعاطى، وبالتنسيق مع الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان.
- التعاون مع الجمعيات الأهلية المتعاملة مع أطفال الشوارع لتضمين مكون عن مشكلة التدخين والمخدرات ببرامجها وبناء قدرات كوادرها لتنفيذ هذه البرامج بشكل فعال ومؤثر.
- تعظيم دور الجمعيات الأهلية للقيام بالدور الوقائى والحماية من أخطار المخدرات، باعتبار أن تلك الجمعيات هى الأكثر معرفه بظروف المجتمعات المحلية، كما أنها الأشد التصاقًا بأسر المجتمعات التى تقع فيها تلك الجمعيات وهو ما يظهر أّهمية ما يمكن أن تضطلع به من دور فى هذا المجال.
- التكامل فى الأدوار ويعنى أن دور الجمعيات الأهلية فى مكافحة الإدمان لن تكون ذات فعالية إلا إذا تكاملت مع أدوار المؤسسات الحكومية وغيرها من المؤسسات المعنية بالقضية .
- التكامل فى العمليات ويعنى أن تتكامل جهود الوقاية بدرجاتها مع العلاج مع التأهيل، وكذلك مع التنمية بالمفهوم الشامل، والتى تعد فى واقع الأمر خط الدفاع الأول.

- التنسيق بين إدارات العلاج الحر بمديريات الصحة والمجالس الإقليمية للصحة النفسية بالمحافظات والوحدات المحلية فيما يخص التراخيص لمراكز علاج الإدمان الخاصة وأيضًا التابعة لجمعيات أهلية.
- التنسيق بين إدارات العلاج الحر بمديريات الصحة والمجالس الإقليمية للصحة النفسية بالمحافظات واللجان العامة لحماية الطفل بدواوين المحافظات فيما يخص متابعة الأطفال النزلاء بمراكز علاج الإدمان الخاصة وأيضًا التابعة لجمعيات أهلية.
- التنسيق بين جهات استخراج التراخيص لمراكز علاج الإدمان وهى (نقابة الأطباء – المجلس القومى للصحة النفسية – إدارات العلاج الحر بمديريات الصحة – مديريات التضامن الاجتماعى بالمحافظات).
- دمج المتعافين مجتمعيًا وذلك بإلحاق شباب المتعافين ببرامج التدريب والتأهيل لسوق العمل وملتقيات التوظيف التى تتبنى إقامتها وزارة الشباب والرياضة بالتعاون مع القطاع الخاص والجهات المعنية حتى يتسنى دمج المتعافين فى نسيج المجتمع واعتبارهم عنصر فعال ومنتج بمختلف القطاعات وهو ما يشكل لبنة أساسية فى منع انتكاستهم مرة أخرى فى براثن الإدمان.
- على الجمعيات الأهلية أن تغير اتجاهاتها بالنسبة لدورها وأن تسعى إلى تحويل هذا الدور من العمل الخيرى إلى العمل التنموى، والإتجاه إلى الاعتماد على الذات فى تمويل الأنشطة التنموية غير المدرة للدخل.
- تعميم البرامج المعتمدة على الجمعيات الأهلية بالمعايير المحددة لاستخدامها فى التوعية والتثقيف والإرشاد (البدء بالتجربة فى محافظات محددة، ثم التعميم إذا ثبت نجاح البرامج).
- دعم التماسك الأسرى عن طريق التنمية القومية بما يسمح بتواجد الوالدين واشتراكهم الدائم فى تربية أولادهم والتركيز على المشكلات الاجتماعية والنفسية التى يواجهها أفراد المجتمع ومنها (البطالة – عدم القدرة على الزواج – مفاهيم الرجولة المغلوطة).
- التخطيط لدراسات متعمقة على الفئات السكانية الأكثر عرضه لإستعمال المواد المخدرة (المراهقين – المتسربين من التعليم – النشء فى المدارس – المعاهد والجامعات – العمال والفنيين – تجار الأعمال الحرة – عرب البدو – الأسر المفككة – السائقين وخاصة سائقى النقل الثقيل).

المبحث الثانى: البرنامج المقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان

نبذة عن البرنامج:

تم الإعتماد فى إعداد برنامج العمل المقترح للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من التعاطى والإدمان على ضوء الوضع الراهن لدور الجمعيات الأهلية ودور الجهات الحكومية المعنية بالوقاية والعلاج من التعاطى والإدمان للمخدرات، وعلى تحليل الدراسات السابقة التى تناولت جهود الوقاية من التعاطى والإدمان، وعلى تحليل الاستراتيجيات والخطط القومية لمكافحة مشكلة المخدرات فى مصر، وكذلك تحليل بعض الجهود والتجارب الفاعلة فى الوقاية من الإدمان سواء التجارب العربية أو التجارب الدولية.

أيضًا اعتمد الباحث فى تجميع البيانات اللازمة للإجابة على التساؤلات الرئيسية لهذه الدراسة من خلال تجميع بيانات الجمعيات العاملة فى الوقاية من الإدمان فى ميادين العمل المختلفة حسب ما ورد من الإدارة المركزية للجمعيات الأهلية بوزارة التضامن الاجتماعى، وأيضًا عن طريق استمارة استطلاع الرأى التى تم تصميمها خصيصًا للوقوف على مدى صلاحية هذا البرنامج من عدمه، أو أوجه القصور به.

الرؤية العامة للبرنامج:

التنسيق بين كافة الشركاء وأصحاب المصلحة لتحقيق مواجهة متكاملة لمشكلة المخدرات ترتكز على المنحى التنموى بأبعاده (الاجتماعية – الاقتصادية – الصحية – البيئية)، وحسب استراتيجية وأهداف التنمية المستدامة، وتشمل جوانب المواجهة الخاصة بخفض الطلب على المواد المخدرة وبالأخص جانب (الوقاية) من أجل بناء جيل مصرى قادر على تحقيق نهضة البلاد.

الأسس التى يقوم عليها البرنامج:

- الإطار النظرى للدراسة.
- نتائج الدراسات السابقة وما انتهت إليه من توصيات.
- الموارد والإمكانيات المتاحة بالجهات الحكومية المعنية بالوقاية والعلاج من الإدمان، والجمعيات الأهلية العاملة فى مجال الوقاية من التعاطى والإدمان.
- الخبرات والجهود المبذولة من الجهات الحكومية، والجمعيات الأهلية فى الوقاية والعلاج من الإدمان.
- مقابلات الباحث مع بعض الخبراء والمتخصصين فى مجال الوقاية من الإدمان، ومشاركة الباحث فى بعض البرامج والمشروعات والأنشطة المتعلقة بالوقاية من التعاطى والإدمان من خلال بعض الجهات الحكومية والجمعيات الأهلية.

أهداف البرنامج:

الهدف العام:

اقتراح آلية قابلة للتطبيق تمثل وسيلة التنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى المعنى فى الوقاية والعلاج من إدمان المخدرات.

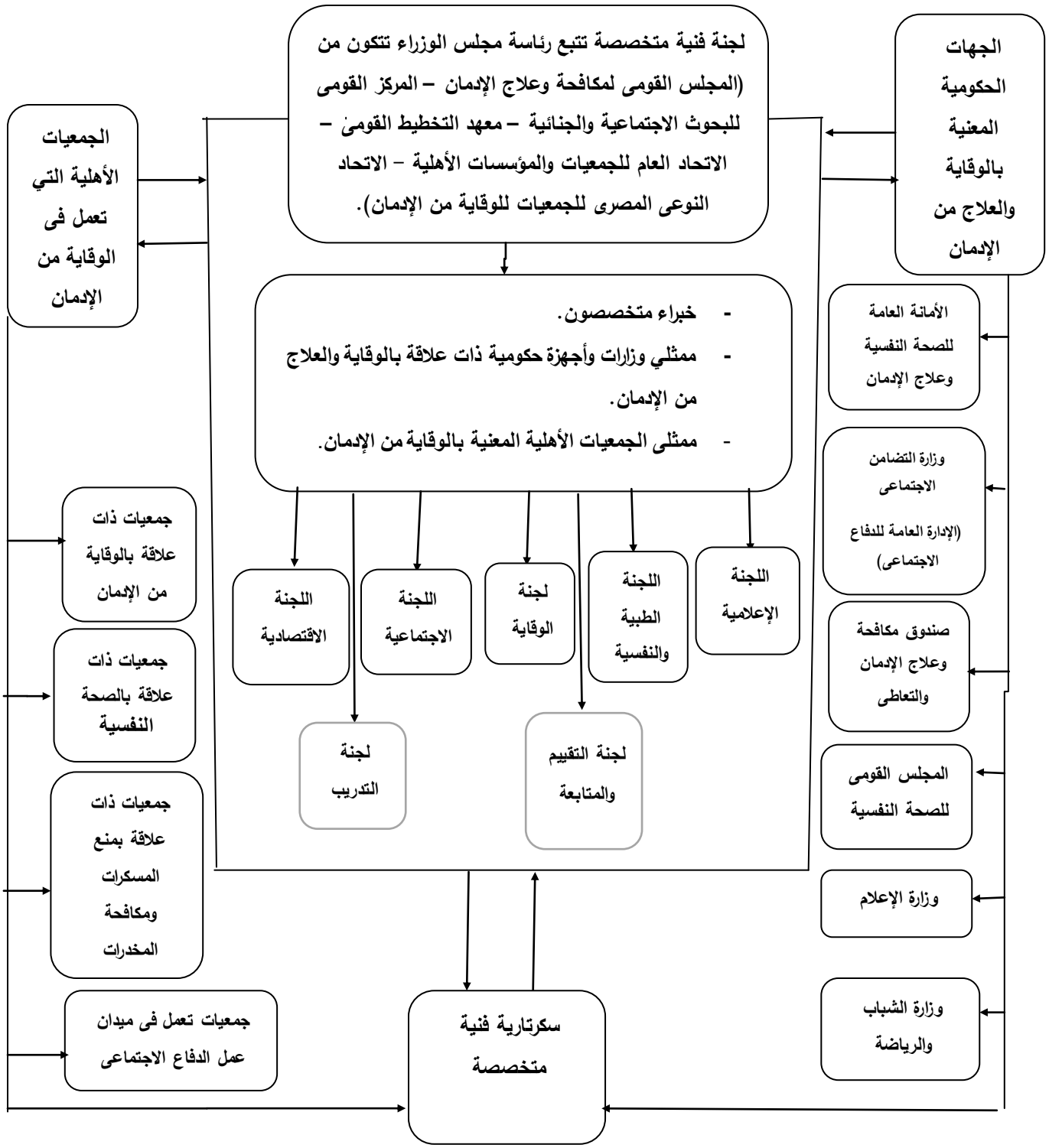
وسائل تنفيذ البرنامج:

- اللجان المركزية المشتركة.
- قاعدة الخبراء والمتخصصين.
- الشركاء المحليون.
- المتطوعون فى مجال الوقاية من المخدرات.
- الكوادر الشبابية بالجمعيات الأهلية.
- الخط الساخن لعلاج الإدمان (١٦٠٢٣).
- المرصد القومى للمخدرات.
- المرصد الإعلامى للمخدرات.

الجهات المنفذة:

- المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، وزارة التضامن الاجتماعى.
- المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- معهد التخطيط القومى.
- الاتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الأهلية.
- الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات للوقاية من الإدمان.
- الإدارة العامة لنوادى الدفاع الاجتماعى، وزارة التضامن الاجتماعى.
- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، وزارة التضامن الاجتماعى.
- المجلس القومى للصحة النفسية، وزارة الصحة والسكان.
- الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، وزارة الصحة والسكان.
- الجمعيات الأهلية المعنية.

شكل رقم (٦-١) آلية مقترحة للتنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان (إعداد الباحث).



متطلبات التنفيذ:

- **لجنة فنية متخصصة:** إنشاء لجنة فنية متخصصة تتبع رئاسة مجلس الوزراء تتكون من (المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان – المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية – معهد التخطيط القومى – الاتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الأهلية – الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات للوقاية من الإدمان)، وذلك نظرًا لأن البرنامج يسعى بالأساس لاستثمار الآليات الوطنية الموجودة لمواجهة المشكلة، والاعتماد على أن **تتم عملية التقييم من خلال كوادر علمية متخصصة ووفقًا لمعايير موضوعية، وذلك وفقًا للمحاور العملية التالية:**

–إعداد وتطوير مؤشرات قياس أداء علمية دقيقة لتقييم الأنشطة التنفيذية يضعها خبراء اللجنة الفنية بالتشاور مع كافة الجهات المعنية.

–المتابعة المستمرة للتقارير الدورية المقدمة من الجهات الرئيسية المنفذة، وفقًا للمؤشرات المتفق عليها وإصدار تقارير تحليلية لمدى التقدم المحرز فى الأنشطة.

–اقتراح الحلول والبدائل للمساهمة فى تطوير البرنامج، وذلك وفق نتائج عملية المتابعة والتقييم، ومن خلال التحاور النشط مع كافة الجهات المعنية.

–إعداد قاعدة بيانات وطنية تضم كافة الأنشطة والجهود المبذولة والتقدم المحرز فى هذا البرنامج.

- **تفعيل أدوار المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان.**
- **اتفاقات شراكة:** عقد اتفاقات شراكة بين أعضاء اللجنة الفنية المتخصصة من جانب والجهات المشاركة بالبرنامج–سواء الجهات الحكومية أو الجمعيات الأهلية –من جانب آخر لضمان تنفيذ البرامج واستدامة أنشطته.
- **وحدة لمناهضة التدخين والمخدرات داخل كل وزارة أو جهة حكومية معنية:** إنشاء وحدة لمناهضة التدخين والمخدرات داخل كل وزارة أو جهة حكومية معنية بالمشكلة وكافة الجامعات المصرية أسوة بوحدة مناهضة التدخين والمخدرات داخل وزارة التربية والتعليم، وتكون من مهامها تنسيق الجهود بين الجهة الحكومية واللجنة الفنية المتخصصة التابعة لرئاسة مجلس الوزراء من خلال اللجان الفرعية واللجان المركزية، على أن يكون لها تمويل خاص من الجهة الحكومية أو الوزارة التابعة لها حتى يتسنى لها تنفيذ المهام الموكل إليها أداؤها باعتبار أن قلة التمويل من أهم معوقات تطبيق البرنامج.
- **تقارير سنوية:** إعداد تقرير سنوى من اللجنة الفنية المتخصصة يرصد مدى التقدم وأوجه القصور فى تنفيذ البرنامج استنادًا لمؤشرات قياس الأداء، ويرفع هذا التقرير لرئيس مجلس الوزراء بعد تقييم التقرير السنوى ووضع مقترحات بالتطوير وتلافى أوجه القصور فى الأداء واعتماد هذا التقرير من السيد/ رئيس مجلس الوزراء.

- **ورش عمل تشاورية:** تتمثل أولى خطوات تنفيذ البرنامج فى عقد ورش عمل تشاورية مع ممثلى الجهات المشاركة لمناقشة بنود البرنامج والوقوف على أدوار الجهات المنفذة وتحديد جداول زمنية وأهداف وميزانيات محددة لعملية التنفيذ، ويتم عقد ورش العمل التشاورية من خلال عدة اجتماعات، لمعرفة الإجراءات اللازمة لتنفيذ البرنامج، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالى:-

جدول رقم (٦-١) الإجراءات اللازمة لتنفيذ البرنامج: (إعداد الباحث).

رقم الاجتماع	بنود ورشة العمل
الاجتماع الأول والثانى	-حضور اللجنة المشكلة من الجهات المشاركة فى البرنامج المقترح. -توضيح أهمية التنسيق وما يتوقع أن يضيفه للمجموعة. -تحديد آليات إدارة الاجتماعات وأسلوب إدارة الحوار وكيفية التحدث والاختلاف وتحديد قواعد محددة للاجتماعات. -سماع مقترحات وآراء أفراد المجموعة. - عرض الوضع الراهن لدور الجمعيات الأهلية العاملة فى مجال الوقاية من التعاطى الإدمان، وتحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات. -حصر الجمعيات الأهلية العاملة فى المجال، وإنشاء قاعدة بيانات لها. - عرض الوضع الحالى لدور المؤسسات والجهات الحكومية المعنية بالوقاية والعلاج من الإدمان، وتحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات. -حصر الجهات الحكومية المعنية بالوقاية والعلاج من الإدمان، وإنشاء قاعدة بيانات لها.
الاجتماع الثالث	- تحديد أهداف كل جهة من الجهات المشاركة فى البرنامج بوضوح ودورها فى تحقيق هذه الأهداف. - عرض كل جهة من الجهات ما يمكن أن تقدمه من جهود فى حدود الإمكانيات المتاحة. - عرض النماذج الرائدة والفاعلة بكل جهة من الجهات المشاركة. - وضع دليل تنفيذى يوضح دور كل وزارة أو مؤسسة أو جمعية أهلية فى تنفيذ البرنامج، مع ربط ذلك بتنفيذ وتطوير مؤشرات قياس الأداء التى وضعتها اللجنة الفنية المتخصصة.
الاجتماع الرابع	-تشكيل اللجان بدءً من الوحدة الموجودة داخل كل وزارة أو جهة حكومية معنية بالمشكلة أو أى جهة أهلية مشاركة بالبرنامج، ومرورًا باللجان الفرعية، والتى تتولى كل لجنة فيها مسئولية أحد الجوانب أو الأبعاد التى تشكل أركان البرنامج طبقًا لتخصصات أعضائها وبما يتناسب مع محاور البرنامج، وتشمل (الأبعاد الإعلامية - البعد الطبى والنفسى - البعد الوقائى - بعد التقييم والمتابعة- الأبعاد الاجتماعية- بعد التدريب - الأبعاد الاقتصادية) ثم اللجان المركزية المشكلة من الجهات المشاركة فى البرنامج لتصميم ومتابعة الأنشطة والمشروعات المنبثقة عن البرنامج، بهدف تعميق وتعظيم سبل التعاون مع هذه الجهات والتى يكون أحد مهامها رفع تقارير دورية بشأن أدائها للجنة الفنية المتخصصة التابعة لرئاسة مجلس الوزراء.

	– –توضيح أسهل الطرق للتواصل المستمر بين الجهات المشاركة فى البرنامج. –تحديد آليات إعداد تقارير المتابعة والتقييم بأنواعها، ومسارات التغذية المرتدة وصلاحيات التصحيح والتحسين المستمر.
الاجتماع الخامس	– تحديد مصادر وفرص غير تقليدية للتمويل، سواء التمويل الداخلى من الموازنة العامة للدولة، أو القطاع الخاص، أو الجمعيات الأهلية، أو المنظمات الدولية والإقليمية. –تشبيك نظام معلومات ودعم قرار لمؤشرات ونتائج البحوث القومية لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر، ونتائج المرصد القومى للمخدرات والمرصد الإعلامى لتناول قضية التعاطى والإدمان للمخدرات فى الأعمال الدرامية، وذلك وفق متطلبات إعداد ومتابعة وتقييم البرنامج مقترح الدراسة، ووفق متطلبات توقيع مصر على المعاهدات والاتفاقيات الدولية ذات الصلة وبالتعاون مع الأجهزة الحكومية المعنية والجمعيات والمنظمات الأهلية العاملة فى مجال الوقاية من التعاطى والإدمان للمخدرات.
الاجتماع السادس	– بيان أهمية التكامل فى الأدوار والمهام المطلوبة لتحقيق الأهداف المنشودة من البرنامج. – وضع آلية فعالة للتكامل والحوار المستمر بين الجهات المشاركة والمنفذة لضمان استدامتها فى التنفيذ والمتابعة والتقييم.

متطلبات تطوير نظم وآليات المتابعة والتقييم للبرنامج:

- اعتماد الآلية المؤسسية المسئولة عن متابعة وتقييم البرنامج مقترح الدراسة.
- تحديد آليات إعداد تقارير المتابعة والتقييم بأنواعها، ومسارات التغذية المرتدة وصلاحيات التصحيح والتحسين المستمر، ويتضح ذلك من خلال سكرتارية فنية متخصصة بكل مستوى من مستويات اللجان المشكلة بمقترح الدراسة.
- التطوير والمراجعة المستمرة لمؤشرات قياس الأداء، سواء بطرح مؤشرات جديدة وفق المتغيرات المحلية والخارجية المؤثرة، أو تطوير المؤشرات الجارية، وذلك من خلال الخبراء المتخصصون باللجنة الفنية المتخصصة، وفق المقترح.
- التطوير المستمر للمؤشرات الإحصائية على مستويات متعددة، سواء على المستوى القومى أو على المستوى الإقليمى للمحافظات المصرية بإصدار (تقارير نتائج البحوث القومية ونتائج الجهود المبذولة على مستوى المحافظات المصرية) على غرار تقارير التنمية البشرية.

آليات متابعة وتقييم الأداء التنفيذى للبرنامج:

تشكل عملية المتابعة والتقييم أداة فعالة لرصد مدى التقدم المحرز فى الأداء التنفيذى للبرنامج، ومدى تحقيقه لأهدافه ومتابعة أداء الجهات المنفذة له، وتعتبر هذه العملية أفضل آلية لتحديد جدوى الأنشطة

المختلفة وتعديلها وفقًا لظروف ومعطيات عملية التنفيذ، مما يساعد فى تحسين نوعية المشروعات والأنشطة المقدمة أو تطوير مشروعات وأنشطة جديدة أكثر فعالية، على أن **يتم تنفيذ عملية المتابعة والتقييم بشكل منتظم ودورى، ووفق المعطيات التالية:**

- مدى تنفيذ البرنامج كما خطط له.
- رصد موارد مالية وبشرية لتنفيذ البرنامج، (وهو ما يعد مؤشرًا جوهريًا على مدى إلتزام جميع الجهات بجدية التطبيق).
- الأدوات التى تستخدم فى التنفيذ.
- الأنشطة التى تم تنفيذها، والتى لم تنفذ.
- رصد تحقيق هذه الأنشطة للأهداف المرجوة منها.
- المعوقات التى حالت دون تحقيق الأهداف.
- الدروس المستفادة والخطوات المستقبلية.

بعض التوصيات والمقترحات لدعم تنفيذ البرنامج ولضمان تلافى القصور فى تنفيذ الأهداف المنشودة من البرامج الموجهة للوقاية من التعاطى والإدمان للمخدرات:

أولًا: التدريب:

- تدريب العاملين بتلك الجمعيات والمؤسسات الأهلية والجهات المعنية المشاركة فى البرنامج لاطلاعهم على أفضل وأحدث السبل فى مواجهة الإدمان وتجارب العالم الناجحة فى هذا المجال.
- تعريف العاملين بالجمعيات والمؤسسات الأهلية بقانون تنظيم العمل الأهلى فى مصر رقم (١٤٩) لسنة ٢٠١٩م "القانون الحالى"، واللائحة التنفيذية الخاصة بالقانون، والتدريب على التعامل معه من خلال البرامج والأنشطة المختلفة.
- تعميم البرامج المعتمدة على الجمعيات الأهلية والمجتمع المحلى بالمعايير المحددة لاستخدامها فى التوعية والتثقيف والإرشاد (البدء بالتجربة فى محافظات محددة، ثم التعميم إذا ثبت نجاح البرامج).
- نشر النماذج والمبادئ المتفق عليها على المدارس، والجامعات، والأحياء، والمنظمات الحكومية والجمعيات والمؤسسات الأهلية (منشورات – مطويات – أدلة).
- تقييم البحوث والأدلة التدريبية والإرشادية الحالية المستخدمة فى مكافحة أو الحد من تعاطى المخدرات، والتركيز على حث النشء على رفض المخدرات.
- استخدام برامج مكافحة للمخدرات تعتمد على البحوث العلمية وتتم مراجعتها تبعًا للمتغيرات المستجدة على الظاهرة، ويتم تعميمها حال نجاحها.

ثانيًا: البحوث العلمية وتحديد الأولويات البحثية:

- تطوير ووضع مشروعات وأنشطة وقائية تعتمد على بحوث علمية ونشرها وتطبيقها فى الأماكن المستهدفة.
- توفير الدعم البحثى لمساندة تطبيق البرامج الوقائية سواء بالتعرف على التحديات المتغيرة، والتنبيه والإنذار المبكر، ومتابعة الخبرات العربية والدولية وتطويع المناسب منها.

ثالثًا: قاعدة البيانات:

- ضرورة وجود قاعدة بيانات وطنية تحتوى على كل أبعاد الظاهرة (الصحية – الاجتماعية – الاقتصادية – البيئية وغيرها)، وتحديثها سنويًا إن أمكن وتضم كافة الأنشطة والجهود المبذولة والتقدم المحرز فى التعامل مع قضية تعاطى وإدمان المخدرات.

رابعًا: توجيه مزيد من الاهتمام برفع الوعى بقضايا ومخاطر تعاطى وإدمان المواد الإدمانية لدى الشباب والأسر، واعتبارها قضية تنمية.

المراجع

المراجع

أبو العزائم، أحمد؛ أبو العزائم، محمود (٢٠٠١). الوقاية من الإدمان. *دار الطباعة والنشر الإسلامية*. القاهرة.

أبو النصر، مدحت محمد. (٢٠١٦). تجارب أجنبية وعربية ناجحة فى مكافحة مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات. القاهرة.

عقبات، أحمد مطهر. (٢٠١٠). دور وسائل الإعلام فى الوقاية من انتشار المخدرات. تونس.

الأمانة العامة لجامعة الدول العربية. (١٩٩٣). ندوة دور الهيئات المتطوعة والتنظيمات الأهلية فى التنمية الاجتماعية. القاهرة.

الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان. (٢٠١٢) مسودة المشروع المقترح من الأمانة العامة للصحة النفسية "تعديل بعض أحكام القانون رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩الخاص بمكافحة المخدرات". القاهرة.

الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان. (٢٠١٩). دليل المستشفيات. القاهرة.

الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، إدارة الأبحاث، وحدة طب نفسى الأطفال والمراهقين (٢٠١٧). الصحة النفسية وسوء استعمال المواد المخدرة بين طلبة المدارس الثانوية فى جمهورية مصر العربية. القاهرة.

الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، وحدة الأبحاث. (٢٠١٥). البحث القومى للإدمان "معدلات استعمال وإدمان المخدرات والكحوليات، التقرير المجمع لمراحل البحث القومى للإدمان". القاهرة.

الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، وحدة الأبحاث. (٢٠١٩). خريطة الإدمان فى جمهورية مصر العربية "حجم المشكلة والخدمات المتاحة". القاهرة.

الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان؛ وحدة الأبحاث، جامعة القاهرة، كلية الطب، قسم الطب النفسي. (٢٠١٢). تأثير قانون رعاية المريض النفسى رقم ٧١ لسنة ٢٠٠٩على علاج مرضى الإدمان فى مصر. القاهرة.

الباز، شهيدة. (١٩٩٧). المنظمات الأهلية العربية على مشارف القرن الواحد والعشرين – محددات الواقع وآفاق المستقبل "لجنة المتابعة لمؤتمر التنظيمات الأهلية العربية". القاهرة.

الباز، شهيدة. (١٩٩٧). المنظمات الأهلية العربية على مشارف القرن الحادى والعشرون "محددات الواقع وآفاق المستقبل"، لجنة المتابعة لمؤتمر التنظيمات الأهلية العربية. القاهرة.

بيرل س. بيرمان (٢٠٠٤). قواعد التشخيص والعلاج النفسى نظريات نفسية متعددة لصياغة الحالة. ترجمة: محمد نجيب الصبوة، جمعه سيد يوسف. *إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع*. القاهرة.

حسنين، محاسن مصطفى. (١٩٩٧). المنظمات الأهلية التطوعية ودورها فى التنمية "المؤتمر العربى الثانى للمنظمات الأهلية العربية". الأردن.

حسون، تماضر. (١٩٩٣). المخدرات وأخطارها وطرق الوقاية منها. *المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم*. تونس.

الحميدان، عايد. (٢٠٠٣). أثر المخدرات على الاقتصاد والأمن الوطنى. *اللجنة الوطنية للوقاية من المخدرات. الكويت.*

الحميدان،عايد. (٢٠٠٧). التعاون بين اللجان الوطنية لمكافحة المخدرات والمؤسسات التربوية فى الحد من انتشار المخدرات "ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات الندوة العلمية، دور المؤسسات التربوية فى الحد من تعاطى المخدرات". مركز الدراسات والبحوث. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. الرياض.

رميح، صالح بن. (٢٠١٠). الأسرة ودورها فى الوقاية من المخدرات "بحث منشور على الانترنت".

سمك، نجوى. (١٩٩٩). القطاع الأهلى والتنمية الاقتصادية فى مصر. *مركز دراسات وبحوث الدول النامية*. القاهرة.

سويف، مصطفى. (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية. *المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب*. الكويت.

سويف، مصطفى. (٢٠٠١). مشكلة تعاطى المخدرات بنظرة علمية. *الهيئة المصرية العامة للكتاب*. القاهرة.

صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى. (٢٠١٤). تقرير فنى عن أنشطة الصندوق من يناير حتى ديسمبر ٢٠١٤. القاهرة.

صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى؛ المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان. (١٩٩٩). المخدرات أوهام – أخطار – حقائق. القاهرة.

عبد الجبار، رضا عبدالحليم. (٢٠١٩). دراسة مقارنة لبعض متغيرات الشخصية لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد المؤثرة نفسيًا وغير المعتمدين. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية الدراسات العليا للطفولة – قسم الدراسات النفسية للأطفال – جامعة عين شمس. القاهرة.

عبد الجواد، مصطفى خلف. (٢٠٠٢). دور الجمعيات الأهلية فى الحد من الفقر ومواجهة البطالة "بحث منشور مقدم للمؤتمر السنوى الرابع للاتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الأهلية". القاهرة.

على، سيروان، كامل؛ بنى، أنوار جميل. (٢٠٠٤). المخدرات وتأثيرها على المجتمع (ط١). *الهيئة الوطنية لمكافحة المخدرات*. بغداد.

غانم، محمد حسن. (٢٠٠٤). الإدمان ونظريات تفسيره وعلاجه "دراسة عبر ثقافية بين المدمنين ودول الخليج العربى". *دار غريب للطباعة والنشر*. القاهرة.

غانم، محمد حسن. (٢٠١٥ أ). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية "الوبائيات – التعريف – محكات التشخيص –الأسباب– العلاج – المآل والمسار". *مكتبة الانجلو المصرية*. القاهرة.

فريد، نصر. (١٩٩٩). فتوى تحريم التدخين. *دار الإفتاء المصرية*. القاهرة.

قانون الصحة النفسية رقم ١٤١ لسنة (١٩٤٤). *جريدة الوقائع المصرية*. (١٠٨). القاهرة.

قانون رعاية المريض النفسى رقم ٧١ لسنة (٢٠٠٩). *جريدة الوقائع المصرية*. *(٢٠)*. القاهرة.

القانون رقم ١٤٩ لسنة (٢٠١٩). بإصدار قانون تنظيم ممارسة العمل الأهلى. *الجريدة الرسمية*. (٣٣) مكرر (ب). القاهرة.

القانون رقم ١٨٢ لسنة (١٩٦٠). بشأن مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار فيها، *الجريدة الرسمية*.(١٣١). القاهرة.

القانون رقم ٧٠ لسنة (٢٠١٧). بإصدار قانون تنظيم عمل الجمعيات وغيرها من المؤسسات العاملة فى مجال العمل الأهلى. *الجريدة الرسمية*. (٢٠) مكرر (و). القاهرة.

القانون رقم ٨٤ لسنة (٢٠٠٢). قانون الجمعيات والمؤسسات الأهلية. *الجريدة الرسمية*. (٢٢) مكرر (أ). القاهرة.

القرار الجمهورى رقم ٤٥٠ لسنة (١٩٨٦). بشأن إنشاء المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان. القاهرة.

قنديل، أمانى. (٢٠٠٢). التقرير السنوى الأول للمنظمات الأهلية العربية. *الشبكة العربية للمنظمات الأهلية*. القاهرة.

قنديل، أمانى. (٢٠٠٥). دور الجمعيات الأهلية فى تنفيذ الأهداف الإنمائية. القاهرة

قنديل، أمانى، وبن نفيس، ساره. (١٩٩٤). الجمعيات الأهلية فى مصر. *مركز الدراسات السياسية والإستراتيجية بمؤسسة الأهرام*. القاهرة.

قنديل، دعاء عبد الفتاح. (٢٠٠٠). نوعية الحياة بين متعاطى المخدرات "دراسة لبعض الملامح الاجتماعية الاقتصادية". معهد الدراسات والبحوث البيئية. جامعة عين شمس. القاهرة.

المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان. (٢٠٠٢). شركاء فى مواجهة التعاطى والإدمان "المؤتمر السنوى الرابع للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان". القاهرة.

المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان. (٢٠١٥). الوقاية والعلاج من الإدمان "دليل معرفى للأسرة والقائمين بالرعاية الأسرية، مرحلة الطفولة والمراهقة". القاهرة.

المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، لجنة المستشارين العلميين. (١٩٩٢). الإستراتيجية القومية المتكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر "التقرير النهائى". القاهرة.

المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان؛ المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية. (٢٠١٠). مجموعة الاتفاقيات الدولية والإقليمية المعنية بمكافحة المخدرات والإجرام المنظم. القاهرة.

المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان؛ المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية. (٢٠١٢). مؤشرات متابعة تنفيذ أهداف الإستراتيجية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر. القاهرة.

المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان؛ صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى. (٢٠٠٧). الإستراتيجية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر. القاهرة.

المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان؛ صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى؛ المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية. (٢٠١٤). المسح القومى الشامل لظاهرة تعاطى وإدمان المواد المؤثرة فى الحالة النفسية فى مصر. القاهرة.

المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان؛ صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى. (٢٠٠٨). الإستراتيجية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر، خطط وآليات التنفيذ "المؤتمر السنوى السابع لمكافحة الإدمان". القاهرة.

محروس، منى طه. (٢٠٠١). تقويم خدمات الجمعيات الأهلية لمكافحة المخدرات. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة حلوان. القاهرة.

محمدين، سيد أحمد. (٢٠٠٣). منهج مقترح لمواجهة الأسباب الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطى الشباب للمخدرات. رسالة ماجستير (غير منشورة). معهد الدراسات والبحوث البيئية. جامعة عين شمس. القاهرة.

مركز الدراسات السياسية والإستراتيجية. (١٩٩٤). الجمعيات الأهلية فى مصر. القاهرة.

المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية. (٢٠٠٣). دور الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى فى مكافحة الإدمان. القاهرة.

المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية؛ المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان. (٢٠١٦). قضايا المخدرات فى مصر، رؤية مستقبلية "المؤتمر الدولى الحادى والأربعون للإحصاء وعلوم الحاسب وتطبيقاتها". القاهرة.

المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية؛ المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان. (٢٠٢٠). دور الجمعيات الأهلية فى مكافحة الإدمان "دراسة تتبعية". القاهرة.

معهد التخطيط القومى. (١٩٩٦). المنظمات غير الحكومية والتنمية فى مصر "دراسات حالات". *سلسلة قضايا التخطيط والتنمية*. (١٠٦). القاهرة.

معهد التخطيط القومى. (٢٠٠١). الجمعيات الأهلية وأولويات التنمية بمحافظات جمهورية مصر العربية. *سلسلة قضايا التخطيط والتنمية*. (١٣٦). القاهرة.

معهد التخطيط القومى. (٢٠٠٢). التخطيط بالمشاركة بين المخططين والجمعيات الأهلية على المستويين المركزى والمحافظات. *سلسلة قضايا التخطيط والتنمية*. (١٤٥). القاهرة.

معهد التخطيط القومى. (٢٠١٢). المجتمع المدنى ومستقبل التنمية فى مصر. *سلسلة قضايا التخطيط والتنمية*. (٢٤١). القاهرة.

معهد التخطيط القومى. (٢٠١٣). دور الجمعيات الأهلية فى دعم التعليم الأساسى "دراسة ميدانية". *سلسلة قضايا التخطيط والتنمية*. (٢٤٦). القاهرة.

معهد التخطيط القومى. (٢٠١٦). نحو إطار متكامل لقياس ودراسة أثر أهداف التنمية المستدامة لما بعد ٢٠١٥ على أوضاع التنمية المستدامة فى مصر خلال الفترة ٢٠١٦ – ٢٠٣٠. *سلسلة قضايا التخطيط والتنمية "سلسلة علمية محكمة"*. (٢٦٨). القاهرة.

مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة (UNODC). (٢٠١٧). تقرير المخدرات العالمى (٢٠١٧) "خلاصة وافية والاستنتاجات والتبعات السياساتية". فينا.

ملحم، محمود. (٢٠١٧). دور منظمات المجتمع المدنى فى تدعيم التنمية الشاملة "ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العلمى الدولى، الإدارة العامة تحت الضغط: نحو إدارة عامة مرنة، متجاوبة، تعاونية وتحولية". جامعة بير زيت بالتعاون مع الرابطة الدولية لمدارس ومعاهد الإدارة ((IASIA، وشبكة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا لبحوث الإدارة العامة ((MENAPAR، وديوان الموظفين العام.

ممدوح، محمد. (٢٠٠٦). دور الجمعيات الأهلية فى تفعيل آلية التنمية المستدامة "دراسة ميدانية على محافظة الفيوم" قسم العلوم الإنسانية البيئية، معهد الدراسات والبحوث البيئية. جامعة عين شمس. القاهرة.

المهدى، محمد محمد. (١٩٩١). دور الأسرة والمدرسة فى مواجهة مشكلة الإدمان فى ضوء الفكر التربوى الإسلامى. رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية التربية جامعة المنيا.

وزارة التضامن الاجتماعي. (٢٠٢٠). بيانات الجمعيات بالإدارة العامة للجمعيات الأهلية. القاهرة.

A.W.Graham, t.k. scnultz, M.F. Mayo-Smith etal (2003). American society of Addiction medicine.Inc.

Alan Twelve trees (2002). *Community Work*. U.S.A: Pal grave Publishers, Third Edition.

Arthur, J.and Baily.R (2000). School and community: *Communitarian Agenda in Education*, Flamer Press, 2000.

Babor Tf, Kranzeler H.R., &Hernandez-Avila, C.A, Vugemach J.A., (2004). Substance Abuse: Alcohol use disorders.Psychiatry, volI.

Dugan Margret (1996). The Role of Protective Factors in Predicting Alcohol and other Drug Abuse in Youth (California: Claremont Graduate University.

Family Checkup (2012).*Positive Parenting Prevents Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services*. National Institute on Drug Abuse (NIDA), USA.

Fawzi, M (2010). Some Medicolegal Aspects Concerning Tramadol Abuse. The New Middle East Youth Plague: An Egyptian Overview. Egyption:*Journal of Forensic Sciences.*

Georgi Popov (2000). Drugs& Prevention- Varna (Bulgari) :Cteno House.

Ibrahim, S(1996). Egypt's NGOs, Volunteerism, Autonomy and Trust, A Paper Presented to UNICEF, December. 1996.

Joseph, S, (1993). Gender and Civil Society, Middle East Report.

Lewis, D. & Wallace, T., (2000). New Roles and Relevance, Develapment NGOs, and The Challenge, of Change, USA, Kumarian Press.

Majdalani, R. (1996). "The changing role of NGOs in Jordan: an emerging actor in development" (in English and French), *Jordanies*, vol. 12, No. 2, 1996.

Nugent, T., Between State, Market and Household,(1991). Analysis of Local Organization & Institution, World Development, vol 21, no 4, 1991.

Seeking Drug Abuse Treatment (2013). Know What to Ask, U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, NHI Publication, USA.

UNODC (2010). World Drug Report :New York, United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2012). World Drug Report, United Nations Office For Drug Control and Crime Prevention.

Winstock, A., (2014). Global drug survey 2014 findings: Reflection on the results of the world's biggest ever drug survey.

Zaki, M, Civil Society (1995). Democratization in Egypt, 1981-1994, Cairo. Ibn Khaldoun Center.

ملاحق الدراسة

ملحق رقم (١)

قائمة المواد الإدمانية من مصادر متعددة

ملحق رقم (١) قائمة المواد الإدمانية من مصادر متعددة.

م	حسب ملف تسجيل المرضى بالمرصد الوطنى للمخدرات (الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان)	حسب استمارة استقبال ومتابعة الخط الساخن (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى)	حسب استمارة المسح الشامل لظاهرة المخدرات على المتعاطين المترددين على الجمعيات الأهلية (المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان)
١	بيره	الكحوليات	الحشيش
٢	خمور	مشتقات القنب (حشيش – بانجو)	الأفيون
٣	حشيش	مورفينات (أفيون – هيروين – ترامادول – مشتقات الكودايين – نيوبان – كودافين – توسيلار – توسيفان)	الهيروين
٤	بانجو	مهدئات "مشتقات النزوديازبين" (روهبنول – كاليبام – ابيتريل – زانكس – فاليوم – اتيفان)	الأقراص المخدرة
٥	ترامادول	المنشطات "الامفيتامينات" (ماكس – أيفانول – مشتقات افيدرين – كوكايين – ريتالين)	الكحوليات
٦	هيروين	الكلة – المواد المتطايرة	البانجو
٧	أفيون	مثبطات العضلات – السردالود	الكوكايين
٨	مورفين	المهلوسات (الميسكالين –L.S.D)	الماكستون فورت
٩	تالوفين	منومات "مشتقات الباربينيورات" (السيكونال – ثيبنتال)	الأقراص المنشطة
١٠	كودايين	أخرى (الكيرتوزول – أدوية نفسية – أكينتون – باركينول – كافيين – نيكوتين – كوجنتين – الميجرانيل)	أدوية الكحة
١١	أدوية كحة		بنزين – كولة – دوكو
١٢	كوكايين		أخرى
١٣	اكتساسي		

م	حسب ملف تسجيل المرضى بالمرصد الوطنى للمخدرات (الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان)	حسب استمارة استقبال ومتابعة الخط الساخن (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى)	حسب استمارة المسح الشامل لظاهرة المخدرات على المتعاطين المترددين على الجمعيات الأهلية (المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان)
١٤	افيدرين		
١٥	أدوية برد		
١٦	أمفيتامينات		
١٧	مكستون فورت		
١٨	مشتقات الباربيتيوريت		
١٩	مشتقات البنزودايازبين		
٢٠	باركينول		
٢١	كيمادرين		
٢٢	أكينتون		
٢٣	كوجيتول		
٢٤	اتروبين		
٢٥	مهلوسات		
٢٦	مواد متطايرة كالغراء		
٢٧	أخرى		

ملحق رقم (٢)

توزيع خدمات علاج الإدمان الحكومية التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، وجهات الإشراف عليها، وخدمات الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان على المحافظات المختلفة

ملحق رقم (٢) توزيع خدمات علاج الإدمان الحكومية التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، وجهات الإشراف عليها، وخدمات الجمعيات الأهلية فى الوقاية من الإدمان على المحافظات المختلفة

م	الإقليم	المحافظة	مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان	الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان (بدون الجمعيات المتوقفة عن العمل)	المجالس الإقليمية للصحة النفسية
١	محافظات حضرية	**القاهرة**	**٣**	**١٦**	**١**
٢		**الإسكندرية**	**٢**	**٣**	**١**
٣		السويس	--	١	--
٤		بورسعيد	١	١	--
٥	محافظات وجه بحرى	الشرقية	١	٢	--
٦		القليوبية	٢	٥	--
٧		كفر الشيخ	--	٢	--
٨		الغربية	٢	٤	--
٩		المنوفية	١	٣	--
١٠		البحيرة	١	١	--
١١		الإسماعيلية	--	١	--
١٢		دمياط	--	١	--
١٣		**الدقهلية**	**١**	**١**	**١**
١٤	محافظات وجه قبلى	الجيزة	--	٤	--
١٥		بنى سويف	١	٢	--

م	الإقليم	المحافظة	مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان	الجمعيات الأهلية العاملة فى الوقاية من الإدمان (بدون الجمعيات المتوقفة عن العمل)	المجالس الإقليمية للصحة النفسية
١٦		المنيا	٢	٢	--
١٧		**أسيوط**	**٢**	**٢**	**١**
١٨		أسوان	١	٢	--
١٩		الفيوم	--	--	--
٢٠		سوهاج	٢	--	--
٢١		قنا	--	--	--
٢٢		الأقصر	--	--	--
٢٣	محافظات الحدود	البحر الأحمر	--	١	--
٢٤		مطروح	--	١	--
٢٥		شمال سيناء	--	١	--
٢٦		جنوب سيناء	--	١	--
٢٧		الوادى الجديد	--	١	--
--	الجمعيات المركزية	----------	--	٢	--
--	**الإجمالى**	**٢٧**	**٢١**	**٦٠**	**٤**

ملحق رقم (٣)

ملخص مهام وأدوار بعض الجهات الحكومية المعنية بالوقاية من الإدمان

ملحق رقم (٣)

ملخص مهام وأدوار بعض الجهات الحكومية المعنية بالوقاية من الإدمان.

م	الجهة	تاريخ إنشائها	مكانها	الهدف منها	المهام والأدوار
١	المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان	بالقرار الجمهورى رقم ٤٥٠ بتاريخ ٢٦ أكتوبر عام ١٩٨٦م	٤ ش ميدان بن خلدون –الكيت كات– الجيزة بجوار معهد القلب ومستشفى إمبابة العام خلف وزارة الثقافة داخل المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية	هيئة قومية لمكافحة وعلاج الإدمان من خلال مجموعة من الأهداف.	– وضع السياسات المطلوب الالتزام بها فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان. –اقتراح التشريعات والنظم اللازمة للنهوض بمكافحة وعلاج الإدمان. –تحديد دور كل من الوزارات والهيئات والمؤسسات الحكومية أو العامة أو الخاصة فى تنفيذ برامج مكافحة وعلاج الإدمان، والتنسيق فيما بينها، والتأكد من مساندتها لهذه البرامج، والاشتراك فى تنفيذها. –تقييم التجارب الناجحة فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان، وتحديد مجالات الاستفادة منها. –تقييم نشاط مكافحة وعلاج الإدمان وإنجازاته، وإيجاد الحلول المناسبة للمشاكل والصعوبات التى تعترض ذلك. –الإشراف على تنفيذ اتفاقات المعونة والمساعدات المقدمة من الأشخاص الاعتبارية العامة أو الخاصة أو الهيئات الأجنبية لمصر فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان. –نظر المسائل الأخرى التى يرى رئيس المجلس عرضها عليه بحكم اتصالها بمكافحة وعلاج الإدمان. – إعداد مشروع الخطة القومية والبرامج اللازمة لمواجهة الظاهرة والحد من الطلب، للوقاية والعلاج من الإدمان. –التنسيق بين المجلس والوزارات والهيئات والجمعيات الأهلية المعنية بنشاطه ومتابعة تنفيذها للخطط والبرامج. –الاتصال بالجهات والهيئات المحلية والأجنبية والدولية لتبادل المعلومات والخبرات فى مجال الوقاية والعلاج من الإدمان.

م	الجهة	تاريخ إنشائها	مكانها	الهدف منها	المهام والأدوار
٢	صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى	تم إنشاؤه بالقرار الجمهورى رقم ٤٦ لسنة ١٩٩١م	٣٧ أ شارع محمد عز العرب (المبتديان) سابقًا – القاهرة.	آلية تنفيذية للاستراتيجيات الوطنية لمواجهة مشكلة المخدرات.	–الكشف عن تعاطى المخدرات بين العاملين فى وزارات ومؤسسات الدولة. – الرصد الإعلامى لتناول مشكلة التدخين والإدمان فى الأعمال الدرامية. –صياغة البرامج التنفيذية ووضع السياسات والخطط الوطنية. – القيام بالعديد من البرامج الوقائية المتنوعة بالتعاون والتنسيق مع جميع الوزارات المعنية. – تقديم خدمات علاج الإدمان على مستوى محافظات مصر، من خلال المراكز العلاجية التابعة له. – تقديم خدمات التأهيل والرعاية اللاحقة، ودعم المتعافين من الإدمان نفسيًا واجتماعيًا، وتأهيلهم لعمل مشروعات. – عمل حملات للكشف عن متعاطى المخدرات بين سائقى المدارس. – خدمة الخط الساخن للرد على الاستفسارات والشكاوى، وتقديم خدمات علاج الإدمان.
٣	الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان– وزارة الصحة والسكان	أنشئت سنة ١٩٩٨م ككيان مركزى يتبع وزير الصحة مباشرة	١ شارع صلاح سالم – مدينة نصر – القاهرة. داخل مستشفى العباسية للصحة النفسية.	إدارة منشآت الصحة النفسية والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة.	– صياغة البرامج التنفيذية ووضع السياسات والخطط الوطنية والتنفيذية لعلاج الإدمان واستخدام المخدرات. –توفر مستشفيات الأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان فرص العلاج لطالبى الخدمة من خلال العيادات الخارجية والأسرة بالمستشفيات للعلاج الداخلى من خلال المستشفيات التابعة لها وعددها (٢١) مستشفى ومركز. – إجراء البحوث والدراسات العلمية للتعرف على حجم الظاهرة للوقوف على مدى انتشارها ، بهدف تحديد البرامج العلاجية والوقائية المناسبة. – تنفيذ حملات توعية المراهقين والأطفال ضد المخدرات. – عمل حملات للكشف عن متعاطى المخدرات بين سائقى المدارس. – عمل حملات مشتركة بالتعاون مع إدارة مكافحة المخدرات، للتفتيش على الأماكن العلاجية المرخصة، أو التى تعمل دون ترخيص. – خدمة الخط الساخن للرد على الاستفسارات والشكاوى، وتقديم الاستشارات عن خدمات الصحة النفسية وعلاج الإدمان، وذلك **عبر خطي التليفون** ٠٨٠٠٨٨٨٠٧٠٠

م	الجهة	تاريخ إنشائها	مكانها	الهدف منها	المهام والأدوار
					و٢٢٠٨١٦٨٣١. – الرصد الوطنى للمخدرات، بهدف جمع البيانات من أقسام الإدمان بالأمانة العامة للصحة النفسية، ووضع تصور عن تطورات استخدام المخدرات وبيان الخدمات العلاجية، وتكوين قاعدة بيانات تسمح بوضع استراتيجيات لعلاج الإدمان وتطويرها، بناء على مستجدات الواقع.
٤	المجلس القومى للصحة النفسية	أنشأ بقانون رعاية المريض النفسى رقم ٧١ لسنة ٢٠٠٩م، ويتبع وزير الصحة.	١ شارع صلاح سالم – مدينة نصر – القاهرة. داخل مستشفى العباسية للصحة النفسية.	الإشراف على المجالس الإقليمية للصحة النفسية بالمحافظات طبقًا للمادة (٥) من قانون رعاية المريض النفسى ومتابعة تنفيذ أحكام هذا القانون فى منشآت الصحة النفسية طبقًا للمادة (٧) من هذا القانون.	– وضع السياسات التى تضمن احترام حقوق وسلامة المرضى النفسيين، وكذلك نشر تقارير دورية عن أعماله طبقًا لما تحدده اللائحة التنفيذية لهذا القانون. –مراقبة أحوال دخول وحجز وعلاج المرضى النفسيين وأيضًا المدمنين، والتأكد من تمتعهم بالضمانات والحقوق المنصوص عليها فى هذا القانون، وذلك بالمستشفيات والمراكز العلاجية الحكومية والخاصة والتابعة لجمعيات أهلية. –البت فى التظلمات من قرارات المجالس الإقليمية للصحة النفسية. –وضع معايير الترخيص الصادر من وزارة الصحة بإدارة وتشغيل المنشآت المنصوص عليها فى المادة (٢) من هذا القانون وتجديده وإلغائه، ويكون للمجلس لجنة فنية من الأطباء المتخصصين للاطلاع على سجلات المرضى عند اللزوم، وذلك طبقًا لما تتضمنه اللائحة التنفيذية لهذا القانون، ويباشر المجلس اختصاصات المجلس الإقليمى للصحة النفسية المنصوص عليها فى البنود من ٤ إلى ٧ من المادة (٩) من هذا القانون، وذلك فى الفترة الانتقالية وفى المحافظات التى لم يشكل بها مجلس إقليمى للصحة النفسية.

م	الجهة	تاريخ إنشائها	مكانها	الهدف منها	المهام والأدوار
٥	إدارة نوادى الدفاع الاجتماعى التابعة لوزارة التضامن الاجتماعى	نشأت فى عام ١٩٧٦م، وتخضع لإشراف أجهزة الدفاع الاجتماعى بوزارة التضامن الاجتماعى	شارع المراغى– العجوزة – الجيزة	تقرير برامج اجتماعية لرعاية مدمنى المخدرات والمسكرات. – العمل من خلال الجمعية العامة للدفاع الاجتماعى بكل محافظة، ويسند عدد آخر من الأندية إما إلى جمعيات أهلية تهتم أساسًا بمكافحة الإدمان، أو إلى جمعيات أهلية متعددة النشاط.	–التوعية الشاملة بأخطار وأضرار المخدرات والمسكرات. –علاج المدمنين سواء عن طريق النادي أو عن طريق الهيئات العلاجية المتخصصة. –بذل كل جهد ممكن فى سبيل إعادة تأهيل الحالات مهنيًا. –إجراء البحوث والدراسات العلمية للتعرف على حجم الظاهرة فى نطاق النادى للوقوف على مدى انتشارها بين القطاعات الجماهيرية، بهدف تحديد البرامج الوقائية المناسبة لكل من هذه القطاعات وتوصيلها إليهم. –بذل الجهد للكشف المبكر عن الحالات، وبصفة خاصة فيما بين العمال والطلاب. –إقامة الندوات واللقاءات فى أماكن التجمعات العمالية والطلابية والشعبية، مع الاستعانة بكافة الوسائل السمعية والبصرية الممكنة.

م	الجهة	تاريخ إنشائها	مكانها	الهدف منها	المهام والأدوار
٦	المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية	أنشئ المركز كمعهد للبحوث الجنائية سنة ١٩٥٥، وأعيد تنظيمه بقرار رئيس الجمهورية بقانون رقم ٢٢١ في عام ١٩٥٩، وأطلق عليه اسم المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، وأصبح هيئة عامة ذات شخصية مستقلة في عام ١٩٦٩م.	ميدان ابن خلدون – بجوار معهد القلب– العجوزة – الجيزة	يستهدف المركز النهوض بالبحوث العلمية التى تتناول المسائل الاجتماعية المتصلة بسائر مقومات المجتمع، والمشاكل التى يعانى منها المجتمع المصرى، وذلك بغرض وضع الأسس اللازمة لسياسات اجتماعية رشيدة، والمساهمة فى عملية صنع هذه السياسات على أساس علمى سليم.	–إجراء البحوث والدراسات والإشراف عليها. –تنظيم الدورات التدريبية. –نشر البحوث والبيانات العلمية وتبادلها مع الجهات العلمية الأخرى. –إبداء الرأى فى مشروعات القوانين الخاصة بالمسائل الاجتماعية والجنائية.

ملحق رقم (٤)

بيان بأسماء السادة محكمى أدوات الدراسة (مرتبة أبجديًا)

ملحق رقم (٤)

بيان بأسماء السادة محكمى أدوات الدراسة (مرتبة أبجديًا)

م	الاسم	الوظيفة
١	أ.م.د/ إبراهيم أبو الحسن	أستاذ مساعد بقسم التخطيط الاجتماعى – المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة
٢	أ.د/ إيناس الجعفراوى	أستاذ الكيمياء الحيوية بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ومقرر المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان
٣	أ.م.د/ حنان الدسوقى	أستاذ مساعد بقسم التخطيط الاجتماعى – المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة
٤	أ.م.د/ دينا السعيد أبو العلا	أستاذ علم الاجتماع المساعد ورئيس قسم علم الاجتماع – كلية الآداب – جامعة المنصورة
٥	أ.د/ رضا سلامه هليل	أستاذ ورئيس قسم التخطيط الاجتماعى ووكيل المعهد لشئون التعليم والطلاب – المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة
٦	أ.د/ سامر على السيد السقا	أستاذ ورئيس قسم تنظيم المجتمع – المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة
٧	د/ عبد السلام شرف	رئيس وحدة تقييم الأثر، والمشرف على برنامج دعم منظمات المجتمع المدنى فى مجال الوقاية من وعلاج الإدمان – صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى
٨	أ.د/ مجدى صابر سويدان	أستاذ ورئيس قسم مجالات الخدمة الاجتماعية – المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة
٩	أ.د/ محمد أحمد غنيم	أستاذ علم الاجتماع والأنثروبولوجيا – كلية الآداب – جامعة المنصورة
١٠	أ.م.د/ محمد أشرف	أستاذ مساعد بقسم العلوم التأسيسية – المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة
١١	أ.م.د/ محمد عزت المصرى	أستاذ مساعد بقسم التخطيط الاجتماعى – المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة
12	أ.م.د/ هند فؤاد السيد	أستاذ علم الاجتماع المساعد – المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية
13	أ.م.د/ وفاء سمير نعيم	أستاذ علم الاجتماع المساعد – المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية

ملحق رقم (٥)

بيان بأسماء الجهات المشاركة فى تحكيم مقترح التنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان

ملحق رقم (٥) بيان بأسماء الجهات المشاركة فى تحكيم مقترح التنسيق بين الجمعيات الأهلية والقطاع الحكومى فى الوقاية من الإدمان

م	الجهة	الاسم	الوظيفة	الرأى
١	المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان	أ.د/ إيناس الجعفراوي	مقرر المجلس	جيد
٢	المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية	أ.م.د/ وفاء سمير نعيم	عضو هيئة بحوث المركز	جيد جدًا
٣	الإدارة العامة للدفاع الاجتماعى بوزارة التضامن الاجتماعى	أ/ محمد مظلوم محمود	مدير عام الإدارة	جيد
٤	صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى	د/ عبد السلام شرف	رئيس وحدة تقييم الأثر	جيد جدًا
٥	المجلس القومى للصحة النفسية	د.منال العطار	رئيس المجلس	جيد
٦	الاتحاد العام للجمعيات والمؤسسات الأهلية	أ.د/ محمد جمال ماضى أبو العزايم	عضو مجلس إدارة	جيد جدًا
٧	الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات للوقاية من الإدمان	د/ أحمد جمال ماضى أبو العزايم	رئيس الاتحاد	جيد جدًا
٨	الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية	أ.د/ محمد جمال ماضى أبو العزايم	الأمين العام للجمعية	جيد جدًا
٩	مؤسسة الدكتور أحمد جمال ماضى أبو العزايم للخدمات الاجتماعية والتنمية	د/ أحمد جمال ماضى أبو العزايم	رئيس المؤسسة	جيد جدًا
١٠	الجمعية المصرية للصحة النفسية	د/ أحمد جمال ماضى	رئيس مجلس الإدارة	جيد جدًا
١١	جمعية التضامن الاجتماعى ومنع المسكرات ومكافحة المخدرات	د/ محمود أحمد جمال	عضو مجلس الإدارة	جيد جدًا
١٢	الجمعية المصرية العامة لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات	د/ أحمد جمال ماضى	رئيس مجلس الإدارة	جيد جدًا
١٣	جمعية الصحة النفسية والتوعية من أخطار المخدرات	د/ محمد أحمد جمال	عضو مجلس الإدارة	جيد جدًا
١٤	الجمعية المصرية العامة للدفاع الاجتماعى بالدقهلية	أ/ أحمد أحمد محمد الزكى	مدير الجمعية	جيد جدًا
١٥	جمعية الأورمان – مكتب الدقهلية	أ/ أحمد عبد المحسن	مدير الجمعية	جيد جدًا

ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية

Abstract

Title of the study	**The Role of Non-Governmental Organizations (NGOs) in Prevention of Substance Abuse (A Proposed program for Coordinating between NGOs and Governmental Sector)**	
Researcher	Mahfouz Abdel-Rahman Mahfouz El-Bagori	
Supervisors	Prof. Mogedda Emam Hasaneen	Prof. Noha Ahmed Sabry
Degree	Master degree in planning and development	
University	Institute of national planning	
Academic year	2021	

The problem of the study was that the problem of addiction, which the most dangerous current challenges facing our contemporary world, and threatens the stability, security and development of humankind. This because the addiction epidemic and the related criminal phenomena engulfed various developed and developing societies inducing many serious health, social, security and economic problems. The global production of drugs has reached unprecedented records, so that all efforts must be combined and concerted to confront the problem of drug abuse and addiction, including the efforts of civil society, especially the efforts of civil societies in the prevention of drug abuse and addiction. Unfortunately, the role for NGOs in the prevention of addiction is still very humble; It does not rise and is incompatible with the size of the problem of addiction or dealing with it. The shortage in role of NGOs may due to the scarcity of the number of organization working in this field and their poor resources.

In line with the problem of the study, the current study aimed to identify the role of NGOs and the concerned bodies in the prevention of addiction, to identify the problems and obstacles that these associations face in facing the phenomenon of addiction, and to develop a proposed conception of a program for coordination between NGOs and government bodies in the prevention of addiction.

The study reached a set of results, the most important of which are: poor coordination between the concerned bodies, as a problem with this bifurcation cannot be acquainted by one party, which necessitates continuous active communication, sharing of information, sequencing of roles, and complementarity between all concerned governmental and civic bodies.

Key words: addiction, program, NGOs, role, prevention

Summary

The problem of drug dependence has become the most dangerous current challenges facing our contemporary world, threatening the stability, security and progress of humankind, after the addiction epidemic and the associated criminal phenomena swept through various developed and developing societies, and caused many serious health, social, security and economic problems. The global drugs production reached unprecedented records, and the combating bodies, especially in light of the changes that the world is ravaging now, are facing increasing difficulties in fighting activities of drug production and illicit trafficking in them.

So that, all efforts must be concerted and rigorous to confront the problem of drug abuse and addiction, including the efforts of civil society, on top of which are the efforts of civil societies in the prevention of drug abuse and addiction.

Regarding this type of associations working in the field of addiction prevention, it has not received sufficient research attention until now, despite its dealing with a very serious issue related to Egyptian national security and human development.

It should be noted that the humble number of associations working in field of addiction combating, is not in line with the seriousness of the phenomenon, nor with its nature, which needs more societies that are specialized. Even for the total number of associations under current study (140), it is a very small number compared to other societies. This number cannot be compared to the wide spread of other types of associations, and perhaps the most prominent of them are community development societies.

The current study faced a number of difficulties, the most prominent and most important of which is the lack of an adequate and accurate information

on NGOs working in the field of control and prevention of abuse and addiction. All that they have is a list of data - some of them lacking accuracy or not updating - from the Ministry of Social Affairs, and this issue is not It is only limited to this type of associations, but it extends to many other types. Civil work in general suffers from problem of absence of sufficient and accurate data, which needs tireless research effort on the part of many institutions and research centers concerned with civil societies. Any planning to activate the role of these societies in community service, cannot be accomplished without providing an accurate and comprehensive database

This type of associations did not receive the sufficient attention directed by civil society to its public figures and activists by establishing this type of association despite its great importance, which prompted the government to assume the role almost completely.

Most of the associations working in the field of addiction prevention are not recent, which assumes their long experience in dealing with the issue of drug addiction and their knowledge of all its details. As well as, their knowledge of most other actors, whether they are local or international actors, and yet the regional and international interaction of these societies is still limited.

The researcher found that it is difficult to enumerate NGOs that work in the field of addiction prevention, as there are no clear and specific fields of work when searching for associations working in this field, but associations work in the field of addiction prevention as sub-activities for many other fields of work, which makes it difficult to enumerate. .

Whereas, the phenomenon of addiction threatens the stability, security and progress of society and affects its production, and causes it to have many different problems, there is a limited role for NGOs in the prevention of addiction. In addition, the role of NGOs does not rise and does not match the

size of the addiction problem or deal with it, which may be because of the scarcity of the number of NGOs working in the prevention of addiction, and its weak capabilities. Based on this point of view, it can be said that there is a problem that needs to be studied, diagnosed, and solved.

Objectives of the study:

The study objectives can be summarized as follows:

1. Exploring the current role of NGOs in preventing drug addiction in Egypt.
2. Identifying the current role of government agencies concerned with the prevention and treatment of addiction in Egypt.
3. Studying some examples of success for NGOs in action programs for the prevention of addiction.
4. Studying some success models for government agencies involved in addiction prevention programs.
5. Identifying the problems and obstacles that inhibit civil societies in their fighting the phenomenon of addiction.
6. Developing a proposed concept for a program for coordination between NGOs and the government sector in drug addiction prevention.

Methodology of the study:

The present study relied on the descriptive and analytical approach that is compatible with the nature of the topic, whereby the information was used to describe the theoretical background of the topic, collecting data, then classifying and interpreting it in order to answer the study's questions, and then made conclusions and recommendations.

The current study was organized in successive and regular steps as follows:

The study was divided into six chapters, in addition to a list of references and a list of annexes. The first chapter addresses the general framework of the study. The second chapter: the theoretical framework for the factors of drug

spread in Egypt. While, the third chapter: provides the theoretical framework for the role of NGOs and various institutions work in addiction prevention field .The fourth chapter deals with some international - regional - national experiences in the prevention of addiction. The fifth chapter: The field study and the final chapter: deals with the conclusion, results, recommendations and the proposed program for coordination between NGOs and the governmental sector in the prevention of addiction.

Results of the study

The study reached a set of results, the most important of which are the following:

- The implementation of the previous strategies and programs did not have the required seriousness, and thus the objective evaluation of the programs was absent, while the scientific confrontation requires considering drugs as a development issue in the first place and dealing with them in a broader context that includes all social, economic and political dimensions.
- Poor coordination between the concerned authorities, as a problem with this bifurcation is not possible for one party to be aware of all its dimensions, which necessitates continuous active communication, information sharing, the sequence of roles and their complementarity between both governmental and civic stakeholders.
- Confrontation programs are limited to some of the groups that are included in the programs or to the geographic areas they cover, and the matter is related to the extent of administrative facilities provided by the governorates or schools ... etc. Therefore, the programs did not take the comprehensive, integrative concept and did not cover all groups.

- Lack of networking with local partners in designing, implementing, evaluating and following up programs. Consequently, these programs lost the elements of continuity and follow-up.
- The limited financial and human resources allocated by the concerned authorities to implement the roles specified in these strategies.
- The vast majority of the experiments did not concern with evaluating the programs and activities they provide, nor do they require feedback from the community, other institutions, youth and the media, to know the manner in which programs and activities are going to achieve the goals, and the necessary changes that should be made.
- Most of the experiences did not give the role of the family in the prevention of drug abuse and addiction problem adequate and equivalent attention in the required control process.
- The scarcity of the number of NGOs working in this field.
- The branching of the activities of these associations and not focusing on the prevention of drug abuse and addiction.
- The absence of a basic field of work for associations in this field, as there are multiple fields of work.
- The dates of establishment and registration of a number of these associations are very old, and despite that, they have no experience. They also were unable to continue practicing their activities, and they stopped working.

The study reached a set of recommendations, the most important of which are the following:

- The importance of establishing an executive guide that clarifies the role of each ministry, institution, body, institution or civil society in implementing the programs, with linking this to the implementation and

development of performance indicators set by the National Council for Drug Addiction Control and Treatment.

- Concluding partnership agreements between all parties participating in the program, whether governmental or non-governmental entities, to ensure the implementation of the plan's programs and the sustainability of their activities.
- Establishing central committees from the parties participating in the confrontation to design and follow up the programs emanating from the plan, with the aim of deepening and maximizing the means of cooperation with these bodies.
- Importance of inclusion both smoking and drug prevention in all development programs designed to deal with social and health issues, health education programs, and economic programs carried out by government agencies.
- Establishing a unit for smoking and addition combating within each ministry or government agency concerned with the problem and all Egyptian universities, similar to the anti-smoking and drug unit within the Ministry of Education. One of the tasks of this unit will be to coordinate efforts between the government agency, the Council and the Fund for Addiction and Abuse Treatment and Control, provided that it has special funding from the government agency or its affiliated ministry so that it can implement the tasks it is assigned to perform, given that the lack of funding is one of the most important obstacles to implementing the comprehensive national strategy to confront the addiction problem in Egypt.
- Upgrading the quantitative and qualitative aspect of the concerned civil societies.
- Technical supporting of NGOs through holding training courses to build the capacity of human cadres and workers in associations,

improving their administrative and technical skills, and training them on prevention methods and approaches directed at youth, families and groups most vulnerable to the problem.

- Establishing a unit within the General Secretariat for Mental Health and Addiction Treatment, whose task is to follow up on NGOs and provide technical supervision over the programs and projects implemented by the associations in the field of drug abuse and addiction prevention.
- More coordination with local partners in designing, implementing, evaluating and monitoring programs.

Arab Republic of Egypt
Institute of national planning
Postgraduate studies

The Role of Non-Governmental Organizations (NGOs) in Prevention of Substance Abuse (A Proposed program for Coordinating between NGOs and Governmental Sector)

A dissertation submitted as partial fulfillment of the requirements for the award of master's degree in planning and development

Submitted by

Mahfouz Abdel-Rahman Mahfouz El-Bagori

Supervision

Prof. Dr.
Mogedda Emam Hasaneen
Professor of Sociology
Director of Social & Cultural Planning Center
Institute of national planning

Prof. Dr.
Noha Ahmed Sabry
Professor of Psychiatry
Faculty of Medicine, Cairo University
Head of the Addiction Research Unit
General Secretariat for Mental Health and Addiction Treatment

2021