التوعية بأضرار المخدرات من واقع التجربة المصرية

الحسين عبدالمنعم*

حاولت الدراسة الراهنة رصد الجهود المصرية فى مجال الوقاية والتوعية بأضرار المخدرات بالشكل الذى يسمح بتقييم هذه الجهود وفق المعايير العالمية التى تم استعراضها فى بداية الدراسة. هذا؛ وتنوعت الجهود المصرية فى مجال الوقاية مابين مؤسسات رسمية وغير رسمية مثل البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات، والمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، ولجنة المستشارين العلميين للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، ووزارات التربية والتعليم، والأوقاف، والعمل، والصحة، والبيئة، والإعلام، بالإضافة إلى المجلس الأعلى للشباب والرياضة، وكذلك الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى.. وقد أسفر فحص الجهود المبذولة فى مجال الوقاية من تعاطى المخدرات فى مصر، عن عدد من الملاحظات التى يمكن حصرها فيما يلى : عدم الاستفادة من نتائج الدراسات التى يجريها البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات بالشكل الذى يسهم فى تفعيل هذه النتائج فى الواقع، وحل لجنة المستشارين العلميين، ولم يعد لها دور فى تقديم المشورة العلمية، كما يحتاج صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى إلى مزيد من التنسيق بين مؤسسات الدولة الأخرى، كما أنه فى حاجة إلى مزيد من القوى البشرية القادرة على عمليات التدريب للعاملين فى ميادين الوقاية والعلاج والتأهيل، أما بالنسبة لأدوار مؤسسات الدولة الرسمية مثل الوزارات المعنية والجامعات، فهى لاترقى إلى المستوى المطلوب مع خطورة المشكلة، فضلا عن كونها موسمية، تقف عند حد توقيع البروتوكولات، وحملات التوعية غير المستندة إلى أساس علمى، كما تعد الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى العاملة فى مجال الوقاية من التعاطى والإدمان قليلة جداً. وتعانى معوقات عديدة .

وحاول الباحث فى ختام دراسته الإجابة على تساؤل رئيس حول اتجاه معدل انتشار تعاطى المخدرات فى مصر، من واقع البحوث والدراسات .

مقدمة

تُعد مشكلة إدمان أو الاعتماد على المخدرات واحدة من أخطر المشكلات النفسية الاجتماعية التى تواجه مجتمعات عديدة فى العالم منذ زمن بعيد .. بيد أنها برزت كمشكلة تحتل مكان الصدارة بين المشكلات الاجتماعية والصحية على الصعيد العالمى منذ منتصف الستينيات من القرن الماضى، وزاد الاهتمام بها طوال الثمانينيات والتسعينيات حتى الآن.

* أستاذ علم النفس بكلية الآداب ، جامعة القاهرة، وعضو البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات فى مصر.

المجلة القومية لدراسات التعاطى والإدمان ، المجلد الثامن ، العدد الأول ، يناير ٢٠١١ .

ومما زاد من حجم المشكلة هو شيوعها بين مختلف الطبقات، وظهور مواد نفسية* Psychoactive substances أشد خطورة مثل الهيروين والكوكايين، كما ظهر "البانجو" ناهيك عن اقتران هذه المواد بوقوع عديد من المشكلات والأمراض الاجتماعية مثل: تدهور الصحة الجسمية والنفسية، وسوء التوافق الاجتماعى، وتفاقم السلوك الإجرامى، بالإضافة إلى ازدياد المغارم الاقتصادية نتيجة التعاطى والإدمان.

وقد واكب بروز المشكلة على الصعيد العالمى ظهور كثير من المؤلفات والبحوث ذات الطابع العلمى الرصين التى تتعرض للمشكلة من كل جوانبها؛ يمكن تصنيفها فى فئات أربع هى :

١ – مجموعة الدراسات الوبائية التى تهتم بالكشف عن مدى انتشار التعاطى فى المجتمع، والشكل الذى يتوزع به بين الشرائح الاجتماعية المختلفة، والعوامل الاجتماعية التى ترتبط بهذه الصورة من الانتشار.

٢ – مجموعة الدراسات التى تحاول الكشف عن منشأ Etiology سلوك التعاطى، وهنا نجد اهتمامًا بالعوامل المهيئة فى شخصية المتعاطى، والعوامل المرتبطة بالمادة المتعاطاة، والعوامل الاجتماعية الحضارية الدافعة لسلوك التعاطى، وهى دراسات ذات طابع وبائى أيضًا.

٣ – مجموعة الدراسات التى تركز على الكشف عن الاضطرابات الجسمية والنفسية والمشكلات الاجتماعية المترتبة على التعاطى والإدمان.

٤ – مجموعة الدراسات التى تهدف إلى التصدى لمشكلة التعاطى من خلال إجراءات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل.

* يفضل استخدام مصطلح مواد نفسية بدلا من مصطلح المخدرات، لأن كلمة المخدرات فى صيغتها العربية تشير إلى ما يؤثر تأثيرًا مهبطًا فى الجهاز العصبى المركزى، فى حين أن مصطلح "المواد النفسية" يشمل كلا من المواد المهبطة والمواد المنشطة على السواء. وقد ازداد استخدام مصطلح المواد النفسية بعد صدور اتفاقية ڤيينا لسنة ١٩٧١ المعروفة باسم "اتفاقية بشأن المواد النفسية لسنة١٩٧١" (مصطفى سويف ، ١٩٩٠) .

ويُعد رصد الدور المصرى فى مجال الوقاية من التعاطى والإدمان نموذجًا للفئة الرابعة من الدراسات وهى "التصدى للمشكلة من خلال إجراءات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل".

وقبل استعراض الدور المصرى فى مجال الوقاية من المخدرات؛ نعرض لبعض الأسس العلمية التى تستند إليها برامج الوقاية فى العالم حتى يسهل علينا فيما بعد تقويم الخبرة المصرية فى هذا الإطار.

التصدى لمشكلة تعاطى المواد النفسية

تتوزع جهود أى مجتمع عند التصدى لمشكلة المخدرات بين نوعين من الجهود هما :

أ – مكافحة العرض، وهى الجهود التى ترمى إلى مكافحة التهريب والزراعة والتصنيع والاتجار والحيازة غير المشروعة للمواد المخدرة.

ب – خفض الطلب على المخدر Reduction of drug demand ويقصد به جميع السياسات والإجراءات التى تستهدف خفض أو إنقاص رغبات المتعاطين فى سبيل الحصول على المواد المخدرة إلى أدنى درجة ممكنة، ويتمثل خفض الطلب فى إجراءات الوقاية Prevention والعلاج Treatment وإعادة التأهيل Rehabilitation (لجنة المستشارين العلميين١٩٩٢) .

ويرى مصطفى سويف ١٩٩٦ أن هذا التصنيف لجهود المواجهة يقوم على افتراض مؤداه أن المخدرات سلعة كسائر السلع يخضع التعامل معها (فى السوق غير المشروعة) للعوامل التى تحكم العلاقة بين العرض والطلب، ومن ثم يستنتج أنه إذا قل الطلب على مخدر ما فسوف يصبه الكساد.

ولقد بدأت جهود مواجهة المشكلة منذ زمن بعيد بإجراءات "مكافحة العرض" والتى تقوم على دعائم ثلاث هى المكافحة الأمنية، والقانون، والاتفاقات الدولية والإقليمية.

تمثلت "المكافحة الأمنية" فى مصر فى إنشاء "مكتب المخابرات العام للمواد المخدرة" فى عام ١٩٢٩، وهو ما يعرف حاليًا بالإدارة العامة لمكافحة المخدرات، والأجهزة المتعاونة معه.

وفى مجال "القانون"؛ لم يدخر المشرِّع المصرى جهدًا فى استخدامه بوصفه أداة ردع بالغة الأهمية .. كان ذلك فى وقت مبكر نسبيًا عندما صدر أمر عال سنة ١٨٧٩ بتحريم استيراد وزراعة القنب، ثم توالت التشريعات بعد ذلك حتى كان أحدثها القانون ١٢٢ لسنة ١٩٨٩ المعروف باسم (قانون مكافحة المخدرات ١٩٨٩) .

أما فى مجال "الاتفاقات الدولية والإقليمية" فليس أدل من مصادقة مصر على الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ (Single convention, 1961) واتفاقية المواد النفسية الدوائية لسنة ١٩٧١ (Convention on Psychoactive substances, 1971) والاتفاقية الدولية للاتجار غير المشروع فى المخدرات والمواد النفسية الدوائية لسنة ١٩٨٨ (Convention against illicit traffic, 1988) هذا؛ فضلاً عن عدد من الاتفاقيات الثنائية فى هذا الصدد (انظر: فتحى عيد ١٩٨١، لجنة المستشارين العلميين ١٩٩٢) .

وتجدر الإشارة إلى أن النموذج المصرى فى مكافحة العرض يماثل إلى حد كبير النموذج البريطانى الذى بدأ عام ١٨٦٩ بصدور أول قانون لتنظيم التعامل مع الأدوية الطبية، وكذلك النموذج الأمريكى الذى بدأ عام ١٩٢٠بصدور قانون فولستيد Volstead Act وتزامن معه قانون هاريسون للمخدرات Harison Narcotics Act، وهما القانونان اللذان دعما المحاذير الأخلاقية Moral exhortation السائدة ضد التعاطى (Lamarine,1933).

أما فيما يتعلق بإجراءات مواجهة "الطلب" فتمتد جذورها إلى الأربعينيات من القرن الماضى عندما فشلت المحاذير الأخلاقية والقيود القانونية فى تحجيم مشكلة المخدرات فى الولايات المتحدة الأمريكية.

تمثل ذلك فى توجه الحكومة الفيدرالية نحو سياسة "الترهيب" من التعاطى، والتى بدأت بعرض فيلم "جنون سيجارة القنب Reefer Madness" والذى عمد إلى إثارة رعب صغار الشباب من تعاطى المخدرات مثل الماريجوانا Marijuana . ولم ينجح هذا الأسلوب بدوره، فلجأوا خلال حقبتى الخمسينيات والستينيات إلى اتباع بعض الأساليب التربوية العقلانية التى تعتمد على تزويد الطلاب بمعلومات عن الآثار الفسيولوچية الضارة للمخدرات (Falco, 1990; Botvin, 1998) ولم تؤد هذه الأساليب أيضًا إلى تقدم ملموس فى رقابة الشباب من الوقوع فى براثن التعاطى والإدمان. ومع عجز استراتيچيتى الترهيب والتخويف من الآثار الضارة للمخدرات؛ تنبه الباحثون إلى ضرورة إضافة بُعد معرفى فعَّال فى التربية الموجهة نحو حسن التعامل مع المخدرات، يعمل على رفع كفاءة بعض الجوانب المعرفية فى شخصية الفرد مثل : تقدير الذات Self-esteem ومركز الضبط Locus of control والقدرة على اتخاذ القرار المناسب Decision making واستند هذا التصور على افتراض مؤداه أن متعاطى المخدرات ـ باعتباره فرداً ـ يكشف عن نظام من السلوك والتوجه القيمى المصحوب غالبًا بفقر فى التوافق النفسى يفصح عن نفسه حتى قبل دخوله عالم التعاطى (Lamarine, 1993) .

ومع تطور البحث فى أساليب المواجهة؛ بدت الحاجة الملحة إلى السير قُدمًا فى مواجهة مكافحة العرض، وإجراءات خفض الطلب المتمثلة فى التركيز على الجوانب النفسية للفرد، والتى عبر عنها "جلبرت بوتفن" بالتدريب على مهارات الحياة Life skills training (Botvin, 1998) .

وفى هذا السياق يشير سمارت Smart عام ١٩٧٦ إلى أن الجهود القانونية فى مواجهة مشكلة المخدرات تكتسب أعلى درجة من الفاعلية إذا ارتبطت بها وتزامنت معها الجهود التربوية والتأهيلية. وضرب سمارت مثالا بما حدث فى اليابان عند مواجهتها للانتشار الوبائى لتعاطى الأمفيتامينات (مصطفى سويف، ١٩٩٠ أ).

وأخذ هذا التصور الطابع الدولى فى فبراير ١٩٨٧ عندما عقدت لجنة العقاقير المخدرة التابعة للأمم المتحدة جلستها الثانية والثلاثين فى ڤينا، والذى أكدت فيه ضرورة توافر عنصر التوازن بين إجراءات مكافحة العرض، وإجراءات خفض الطلب على المواد النفسية غير المشروعة عند بناء أى برنامج يهدف إلى التحكم فى هذه المواد. وهو المعنى نفسه الذى ورد فى توصية المؤتمر الدولى للمخدرات عام ١٩٨٧ أيضاً، والذى حضره ممثلون من ١٣٨ دولة، وممثلون لمنظمات إقليمية وتنظيمات غير حكومية (مصطفى سويف، ١٩٩٠أ). وهو ما عبرت عنه أيضاً هيئة الصحة العالمية WHO فى إحدى وثائقها عام؛ ١٩٨٨؛ حيث جاء ما نصه "هناك حاجة عاجلة إلى وضع سياسات وبرامج قومية خاصة بالمواد المحدثة للإدمان".

ورغم تأكيد أهمية الموازنة بين إجراءات مواجهة العرض وخفض الطلب، فإن أغلب الجهود فى معظم دول العالم ما زالت منصرفة نحو مواجهة العرض مقارنة بمواجهة الطلب، والتى يقف فى سبيلها بعض العقبات التى تحول دون التقدم فى إجراءاتها المتمثلة فى الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل؛ من هذه العقبات :

أ – الاعتقاد السائد بأن مشكلة المخدرات أكثر ارتباطاً بالجريمة، وبالتالى فهناك تصور مفاده أن قوة القانون هى الحل المسوغ لها. ويفسر لنا هذا الاعتقاد الزيادة المطردة فى تشديد العقوبة منذ بداية القرن العشرين حتى الآن.

ب – ضخامة الاعتمادات المالية اللازمة لجهود خفض الطلب أثارت اعتقاداً بأن هذا المنحى عديم الجدوى ومرهق لميزانيات معظم الدول الفقيرة.

جـ – سيطرة النموذج الطبى فى علاج الإدمان المعتمد على مجرد تطهير الجسم من سموم المخدر وما يتبعه من انتكاسات تصل إلى ما يزيد على ٥٠٪ من جملة المتلقين للعلاج أثار اعتقاداً بعدم جدوى العلاج باعتباره أحد آليات خفض الطلب (محيى الدين أحمد حسين، ١٩٩٤) .

وهذا يفسر لنا دائمًا سيادة سياسة مكافحة العرض على إجراءات خفض الطلب عند التصدى لمشكلة المخدرات، وذلك على الرغم من الأهمية البالغة لمهام خفض الطلب فى الحد من مشكلة المخدرات، إما بالوقاية وإما بالإجراءات العلاجية أو بإعادة تأهيل المتعاطين. وسيقتصر الحديث فى هذا المقام على "الوقاية" باعتبارها من المهام الأساسية لخفض الطلب.

الوقاية من تعاطى المخدرات

يشير مصطلح الوقاية إلى أى عمل مخطط يتم القيام به توقيًا لظهور مشكلة معينة، صحية أو اجتماعية، ويكون الهدف من هذا العمل الإعاقة الكاملة أو الجزئية لظهور المشكلة أو مضاعفاتها أو كليهما (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢، ص١٨٩) واعتاد الخبراء فى منظمة الأمم المتحدة وهيئة الصحة العالمية تصنيف الوقاية فى فئات ثلاث؛ هى :

١- الوقاية من الدرجة الأولى

ويقصد بها منع وقوع الإصابة أصلاً، أى منع وقوع فعل التعاطى، والتدبير لهذا المنع أمر بالغ الصعوبة، وذلك لتعدد العوامل المساهمة فى حـــدوث الإدمـــان (هند طه، ١٩٩٤) . ويتطلب هذا المستوى من الوقاية تحديد فئتين من الأفراد يحتمل تورطهما فى الإدمان، وهما:

أ – الجماعات المستهدفة للتعاطى أو الجماعات الهشة Risk groups ويقصد بها أية جماعات محدودة داخل المجتمع الكبير، يرتفع احتمال تورط أفرادها فى الإدمان؛ ويسهم فى زيادة احتمال التورط عدة عوامل سميت بعوامل الهشاشة، حصرها "عارف ووستر ماير" عام ١٩٨٨ فيما يلى :

- وجود تاريخ للإدمان فى الأسرة.
- الانهيار الأسرى.

- الدخل المنخفض.
- ضعف الوازع الدينى.
- اختلال الانضباط داخل الأسرة.
- تدخين السجاير قبل سن ١٢سنة.
- مصاحبة أقران متعاطين.
- الظروف السيئة فى بيئة العمل.
- الأداء المدرسى المنخفض. (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢)

وتجدر الإشارة إلى أن العوامل السابقة يندر أن يقوم أحدها منفرداً، بل الغالب أن يقوم بعضها (إن لم يكن كلها) معًا، وأن تنشط معًا، مما يجمع آثارها معًا ويجعلها شديدة الوطأة على الفرد.

هذا؛ وقد تأكدت معظم العوامل السابقة من خلال مجموعة الدراسات الوبائية المصرية (Soueif et al., 1982a; 1982b).

ب – الحالات تحت الإكلينيكية: وهى الحالات التى تكشف عن أشكال أو درجات معينة من الاضطرابات والأعراض التى لا ترقى لأن تشخص بأنها أعراض إكلينيكية تضعهم فى عداد المرضى، ولكنها لا تتركهم ليحسبوا ضمن الأسوياء. وتؤكد بعض الدراسات الميدانية أن نسبة منهم يمكن أن تكون تربة خصبة لظهور أنماط مختلفة من الإدمان الذى يخدم وظيفة محددة بالنسبة لها، هى التداوى أو التطبيب الذاتى. ويشير التقرير الاستراتيچى للجنة المستشارين العلميين إلى أن عيادات الصحة المدرسية يمكن أن تسهم فى التشخيص المبكر لهذه الحالات، ومن ثم تقديم الخدمـــة الطبية النفسية المبكرة لحمايتهم من الانزلاق فى طريق الإدمان (لجنة المستشارين العلميين،١٩٩٢).

٢- الوقاية من الدرجة الثانية

ويقصد بها التدخل العلاجى المبكر، بحيث يمكن الوقاية من التمادى فى التعاطى والوصول إلى مرحلة الإدمان، وكل ما يترتب على مرحلة الإدمان من مضاعفات (أحمد عكاشة، ١٩٩٤) . ويكفى الإشارة إلى ما توصلت إليه مجموعة الدراسات الميدانية التى أجريت فى مصر منذ عام ١٩٧٨ حتى الآن، وهو أن حوالى٧٥٪ ممن يقدمون على التعاطى يتوقفون ويتراجعون قبل الوصول إلى مرحلة الإدمان. وهذه النسبة ثابتة بالنسبة لمعظم المواد النفسية، ما عدا "الهيروين" فلم تتوفر هذه المعلومة عنه (الحسين عبدالمنعم، ١٩٩٩) .

ويشير التقرير الاستراتيچى إلى أن الكشف عن هذه الفئة أمر ميسر فى سياق إجراءات الكشف الطبى الدورى العادى للتجمعات الشبابية عند الالتحاق بالمدارس والجامعات أو النوادى أو أثناء الوقوع فى مخالفات قانونية (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢) .

٣- الوقاية من الدرجة الثالثة

ويشار بها إلى التدخل العلاجى المتأخر نسبيًا، وذلك لوقف المزيد من التدهور المحتمل للمضاعفات الجسمية والنفسية المترتبة على الإدمان. ويدخل تحت هذا النوع من الوقاية جميع إجراءات العلاج الطبى والنفسى، والتأهيل الاجتماعى (أحمد عكاشة، ١٩٩٤؛ مصطفى سويف، ١٩٩٦) .

الفلسفة القائمة خلف سياسة خفض الطلب المتمثلة فى إجراءات الوقاية بدرجاتها الثلاث :

تقوم فلسفة الوقاية على عدد من الافتراضات التى تم التحقق منها من خلال التصورات النظرية والدراسات الإمبيريقية، والتى تم اختبارها فى ضوء النظريات النفسية المختلفة، وفيما يلى بعض هذه الافتراضات :

١ – أن سلوك التعاطى؛ مثله مثل أى سلوك مُشْكل ينشأ نتيجة للتفاعل الدينامى بين الفرد بخصاله السيكولوجية وبيئته الثقافية الاجتماعية، وفى هذا الإطار قدِّمت مجموعة من العوامل المتشابكة؛ بعضها يزيد من احتمالية التورط فى خبرة التعاطى، بينما يقلل البعض الآخر من هذه الاحتمالية (Lamarine, 1993; Botvin, 1998).

٢ – يرى الباحثون فى مجال الوقاية بوجه عام أن الجهود الرامية إلى خفض الطلب يجب أن تستند إلى دعامتين أساسيتيْن؛ الأولى موجهة نحو تقويض العوامل المهيئة، والأخرى موجهة نحو التغيير والتعديل فى توقعات الأفراد المعرفية والتى تشمل : المعرفة، والاتجاهات، والمعايير، ومهارات مقاومة التعاطى، ومتغيرات الكفاءة العامة، ومهارات إدارة الذات، والمهارات الاجتماعية (الحسين عبدالمنعم، ١٩٩٩؛ Botvin, 1998).

٣ – يستند الباحثون إلى ما أشارت إليه الدراسات الطولية فى ميدان التعاطى من أن فعل التعاطى مرتبط بعدد من الشواهد المنبئة فى الطفولة المبكرة. فقد انتهت بعض هذه الدراسات إلى أن المتعاطين يكشفون عن بعض مظاهر سوء التوافق الاجتماعى وينخرطون فى أشكال السلوك المضادة للمجتمع، كما يكشفون عن انخفاض ملحوظ فى التحصيل الدراسى، وذلك قبل الانغماس فى خبرة التعاطى. وقد دفعت هذه النتائج "لامارين" إلى القول بضرورة التبكير بالتدخل الوقائى حتى قبل ميلاد الطفل، وذلك عن طريق إعادة تعليم الوالدين (Lamarine, 1993) .

٤ – يفترض البعض أن عدداً من المشكلات التى تؤدى إلى البدء فى خبرة التعاطى تكمن فى عجز الفرد عن رفض ضغوط الجماعة الدافعة للتعاطى، ومن ثم فالحاجة ملحة إلى تدريب الشباب على مهارات مقاومة الضغوط ومواجهة مشكلات الحياة اليومية (طريف شوقى، ١٩٩٨؛ Gorman,1998).

٥ – يستند الباحثون إلى الشواهد الواقعية التى تشير إلى أن مشكلة تعاطى المخدرات ليست مشكلة قانونية أو صحية بقدر كونها مشكلة اجتماعية قابلة للوقاية.

٦ – تشير البحوث إلى أهمية الأقران والأصدقاء فى تحديد ما إذا كان المراهق سيقدم على تعاطى المواد النفسية أم لا، حيث تُعد جماعة الأقران من أهم وأقوى المتغيرات المنبئة باحتمالات التعاطى المستقبلى، خاصة إذا كان الأقران من المتعاطين، أو يمارسون ضغوطًا لخوض خبرة التعاطى. ومن هنا يرى الباحثون أن التحكم فى نوعية الأقران قد يقى من الوقوع فى دائرة التعاطى والإدمان (مصطفى سويف، ١٩٩٦) .

٧ – تستند فلسفة الوقاية المعتمدة على تنمية مهارات الفرد على كم هائل من الدراسات التجريبية والميدانية.. منها ما أشار إليها باركر (Barker, 1992) من أن تكنيك حل المشكلات فعال ومؤثر فى حل مشكلات التوافق لدى الأشخاص المستهدفين، ويعمل على وقايتهم من الوقوع فى أفعال التعاطى. كما أشار كولمان وزملاؤه (Coleman et al., 1993) إلى أن التدريب على مواقف حل المشكلات الشخصية فى المواقف التربوية لدى الأطفال والمراهقين، يؤثر بفاعلية فى تعميم هذا التعلم على أنواع السلوك الاجتماعى الأخرى مثل سلوك تعاطى المخدرات.

ويؤكد كل من شير وبوتفن (Sheier & Botvin, 1998) هذا المعنى عندما أشارا إلى أن التدريب على المهارات الاجتماعية ومهارات الكفاءة الشخصية يحول دون تعاطى المراهقين للكحوليات، ويقلل من محاولات الإقدام على التعاطى، ويقدم استراتيجيات بديلة فى مواجهة ضغط الأقران.

وهو المعنى نفسه الذى انتهى إليه أريميو (Aremu, 1998) فى نيجيريا حينما أكد دور الإرشاد النفسى فى تنمية المهارات السلوكية التى تعوق فعل التعاطى.

وطبقًا للفلسفة السابقة؛ حرص الباحثون فى بعض دول العالم المتقدم منها والنامى على بناء برامج للوقاية، ملائمة لطبيعة الجمهور المستهدف فى كل بلد، قادرة على التعامل مع الظاهرة بشكل غير مباشر، بمعنى آخر التعامل مع مجموعة المتغيرات الشخصية التى تدفع إلى التعاطى، وبالتالى تهدف هذه البرامج إلى تنمية بعض المهارات الشخصية كنوع من الوقاية أو التحصين.. وتشير الدراسات فى هذا السياق إلى أن معظم هذه البرامج كان فعالاً ومؤثرًا فى خفض الطلب على المخدرات فى الثقافات التى استخدمت فيها؛ والمستقبل واعد بمزيد من هذه البرامج التى تسير جنبًا إلى جنب مع الإجراءات الطبية الهادفة إلى تخليص جسم المتعاطى من السموم.

وفيما يلى نعرض لعدد من البرامج الشائعة فى ميدان الوقاية.. مع أهمية الإحاطة بالحدود الطبيعية المفروضة على إمكانية الإفادة التطبيقية من هذه البرامج فى الثقافات العربية، حيث يقتضى الموقف أقدارًا من التعديل على الصيغ الواردة لهذه البرامج فى التراث العالمى بما يجعلها صالحة للتطبيق فى بيئتنا انطلاقًا من مسلمة الفروق الحضارية بين الثقافات المختلفة.

بعض البرامج العالمية الشائعة فى مجال الوقاية من تعاطى المخدرات :

١ – *مشروع برايد (برنامج للوقاية من تعاطى المخدرات) بولاية أريزونا الأمريكية Pro-ject Pride: A substance abuse program : هو برنامج متعدد النماذج؛ يركز على عدد من الجوانب أهمها :*

- تزويد الطلاب بالمعارف عن المخدرات، وبآثارها الضارة على الجسم.
- تنمية المشاعر الإيجابية لدى الطالب دون الاعتماد على المخدر.
- تنمية استراتيجيات الاحتفاظ بالأصدقاء.
- تنمية مهارات حل المشكلات واتخاذ القرارات، ومهارات الاتصال الجيد، واحترام الذات.

يتم التدريب على بعض نشاطات البرنامج فى الفصل المدرسى، والبعض الآخر يقدم على هيئة نشاطات منزلية تتم بالتعاون مع الوالدين.

يغطى البرنامج المرحلة العمرية من ٥ – ١٢سنة، ويشترك فى تقديمه معلمو الفصول بعد تدريبهم على الأنشطة بشكل مكثف. ويرى مصممو البرنامج أن نجاحه يتوقف على كفاءة المعلم، ورضاه، ومعتقداته عن فاعلية البرنامج، وحسن استخدامه لأساليب تقديم الأنشطة "المحاضرة، ومحاكاة النماذج، وتمثيل الدور" (Flannery & Torquati, 1993).

٢ – *فقط قل:لا للمخدرات، نعم للحياة":Just say:"No to drugs"and "Say yes to life*

برنامج بوليفى لوقاية طلاب المدارس الثانوية من تعاطى المخدرات، بالتعاون مع وكالة الولايات المتحدة للتطور الدولى US Agency for International Development ، يهدف البرنامج إلى تحرير المدارس الثانوية من المخدرات من خلال تحديد عوامل الخطر ورفع كفاءة مواجهتها من خلال مساعدة الطلاب على اكتساب مهارات اتخاذ القرار الفعّال، واكتساب المعرفة والمهارات.

ويشتمل البرنامج على أنشطة تمكِّن الطلاب من ممارسة الحكم الذاتى ومعالجة المواقف من خلال نمط الاتصال الثنائى بينهم وبين المدرب(Osterling, 1995) .

٣ – *برنامج دونى Donny Program /المحسب آليًا للوقاية من تعاطى المخدرات :*

هو برنامج موجه لوقاية تلاميذ المدارس الابتدائية – ذوى المستوى الاجتماعى الاقتصادى المنخفض – من تعاطى المخدرات ، يهدف البرنامج إلى إكساب التلاميذ عدة مهارات، هى :

- تزويد التلاميذ بمعلومات موضوعية عن المخدرات والكحوليات.
- تغيير المعتقدات والاتجاهات والقيم المرتبطة بتعاطى المخدرات.
- إكساب التلاميذ مهارات مقاومة إغراءات التعاطى، ومهارات اتخاذ القرارات وحل المشكلات، ومهارات التعامل Coping skills.

يعتمد البرنامج على نظرية التعلم الاجتماعى، مستخدماً تكنيكات تمثيل الدور، والعمل الجماعى، وشغل أوقات فراغ المراهقين بالرسومات الكرتونية الجذابة، وبرامج ألعاب الكمبيوتر (Gropper et al., 1995).

٤ – *مشروع التعاون مع الأطفال Project Kids in Cooperation with Kids*

يهدف المشروع إلى تعزيز التربية الموجهة نحو حسن التعامل مع المخدرات بين أطفال المدارس الابتدائية. ويعتمد البرنامج على تنمية مهارات إدارة الحياة، واتخاذ القرار، وزيادة الوعى بأخطار المخدرات، وفى الوقت نفسه يقدم تدريبات للأقران، وإرشادات للآباء من أجل التعاون مع الأطفال فى مقاومة إغراءات التعاطى بصورها المختلفة، بمعنى آخر؛ يركز البرنامج على الفرد وبيئته فى محاولة للحد من العوامل المهيئة (Rollin et al., 1995).

٥ – *برنامج اللياقة الجسمية لوقاية المراهقين من تعاطى المخدرات Physical fitness program for prevention of adolescent substance abuse*

تم اختبار كفاءة التدريب على اللياقة الجسمية كطريقة فعالة فى وقاية المستهدفين من تعاطى المخدرات فى ثلاثة مجتمعات أمريكية مختلفة، يهدف البرنامج إلى تزويد الطلاب باستراتيجيات الحفاظ على الجسم، وكسب الثقة، وتنمية مهارات وضع الأهداف، واتخاذ القرار والتخطيط وحل المشكلات (Collingwood, 1996).

٦ – مشروع "نحو لا لتعاطى المخدرات" *Project TND Towards No Drug Abuse*

هـذا المشـروع منحـة مـن المعهـد الوطنى لمواجهـة المخدرات بالولايـات المتحـدة National Institute on Drug Abuse صُمِّم لخفض معدلات التعاطى بـين المستمرين من شباب المدارس الثانوية، ويحتوى البرنامج على نشاطات لتنمية مهارات إدارة الذات، وبصفة خاصة التدريب على خطوات اتخـاذ القـرار الفعـال فـى مواقف الخطر، بالإضافة إلى مهارات مقاومة المؤثرات الاجتماعية الدافعة للتعاطى (Sussman, 1996).

٧ – *برنامج جامعة أوريجون للتربية الموجهـة نحـو حُسـن التعامـل مـع المخـدرات*
The Oregon State University Drug Education Program

صمم البرنامج لوقاية شباب الكليات الرياضية من الوقوع فى براثن التعاطى. ويهدف إلى ما يلى :

- تشجيع الطلاب على بناء فلسفة شخصية نحو تعاطى المخدرات.
- تزويد الطلاب بمعلومات موضوعية منظمة عن المخدرات خلال الجلسات.
- توضيح القيم المرتبطـة بالمخـدرات، والتدريب علـى مهـارات الحيـاة Skills for life.
- تدريب الطلاب على اختبار بدائل التعاطى، وتشجيع اتخاذ القرار الصحيح.
- الرعاية الصحية لطلاب الكليات الرياضية.

اعتمد البرنامج على الأسلوب التربوى فى تقديم المعلومـات، كمـا يعتمـد علـى استراتيجيات نظريـة التعلـم الاجتماعـى فـى تنمية المهـارات (Tricker & Connolly, 1996) .

٨ – *برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training (SST)*

برنامج أمريكى موجه للشباب الأمريكى من أصل إفريقى لوقايتهم من تعاطى المخدرات، ولقد صمم البرنامج بناء على افتراض مؤداه أن تدعيم المهارات الاجتماعية من الممكن أن يقف عائقًا أمام الانزلاق فى مخاطر التعاطى.

من هذا المنطلق؛ هدف البرنامج إلى التدريب على مهارات حل المشكلات الاجتماعية، وإدارة الغضب، وحل الصراعات، كما هدف إلى تنمية القيم. وأظهر البرنامج عبر التقويم المبدئى زيادة فى السلوك التوكيدى لدى الشباب كما ساعدهم على إدارة الغضب. وما زال البرنامج فى حاجة إلى دراسات تقويمية أخرى لاختبار فعاليته فى خفض الإقبال على التعاطى (Banks et al., 1996).

٩ – *برنامج التدريب على مهارات الحياة The life skills trainning program*

هو برنامج أمريكى صمم لحماية المراهقين من الدخول فى خبرة التعاطى، ولذلك فهو يتعامل مع المستهدفين، والمجربين، والمتعاطين فى المناسبات. ويهدف إلى تزويد الطلاب بالمعارف، والاتجاهات، والمعايير، ويكسبهم مهارات مقاومة المؤثرات الاجتماعية المشجعة على التعاطى.

ويعتمد البرنامج فى مواجهة التعاطى على ثلاثة محاور أساسية، هى :

- تدريب الطلاب على كيفية اكتساب مهارات إدارة الذات (اتخاذ القرار، وحل المشكلات، ومهارات التحكم فى الذات).
- تدريب الطلاب على كيفية اكتساب المهارات الاجتماعية العامة (مهارات الاتصال الجيد، ومهارات التفاعل والمحادثة والمجاملة، ومهارات التوكيد اللفظى وغير اللفظى).
- تزويد الطلاب بمعلومات وإكسابهم مهارات متعلقة بمقاومة إغراءات التعاطى.

والمحوران الأول والثانى يعززان الكفاءة الشخصية، ويخفضان من الدافعية للتعاطى، ومن المؤثرات الاجتماعية المشجعة، أما المحور الثالث فيهدف إلى تزويد الطلاب بآليات مقاومة التعاطى، وبناء اتجاهات ومعايير مضادة للمخدرات بشكل عام.

واعتمد مصممو البرنامج على عدة آليات للتعليم والتدريب منها: التلقين، والمناقشة الجماعية، والتدريبات السلوكية، مستخدمين أساليب الدعم الاجتماعى والعائد فى تثبيت المهارات.

وأثبت البرنامج فاعلية كبيرة فى مواجهة تدخين السجاير، وشرب الكحوليات، وتعاطى الماريجوانا (Botvin, 1998).

١٠ - مشروع "وودروك" لتنمية صغار المراهقين *The Woodrock Youth Development Project*.

يهدف إلى خفض تدخين التبغ وتعاطى المخدرات غير المشروعة بين المراهقين بولاية فيلادلفيا الأمريكية، وذلك من خلال الحد من العوامل المهيئة للتعاطى عن طريق التدريب على مهارات حل المشكلات، ومواجهة المشكلات الصعبة فى مواقف حياتية صممت لهذا الغرض، وكذلك عن طريق زيادة الوعى بأخطار التعاطى وتحسين صورة الذات الأكاديمية لدى الطلاب.

وأظهرت التقويمات المتتابعة لهذا المشروع أنه نجح فى تحسين صورة الذات، وساعد على تنمية مهارات حل المشكلات، وزود الطلاب بمعلومات عن المخدرات، ومع ذلك فشل فى تقويض العوامل المهيئة للتعاطى؛ واقترح الباحثون أهمية ضبط بعض المتغيرات البيئية لتحقيق الفائدة المرجوة (Losciuto et al.,1997).

١١ – *برنامج كانمنج Kunming للوقاية من تعاطى المخدرات وفيروس الإيدز HIV/AIDS/*

برنامج موجه إلى طلاب الجامعة بالصين يهدف إلى الوقاية من المخدرات والإيدز من خلال تزويد الطلاب بما يلى :

- معلومات موضوعية صحيحة عن المخدرات والإيدز، تمهيداً لبناء اتجاهات سلبية نحوهما.
- تدريب الطلاب على حل المشكلات الشخصية والاجتماعية.
- تدريب الطلاب على مهارات المقاومة.

وبعد تقويم البرنامج اقترح مصممو إنشاء شعبة للتربية الوقائية تقدم خدماتها لطلاب المدارس الابتدائية وحتى الثانوية فى إطار النشاطات التعليمية التقليدية (Li et al., 1997) .

١٢ – *برنامج "فى العمق" In-Depth Program*

هو نموذج تربوى موجه نحو حسن التعامل مع الماريجوانا بولاية كاليفورنيا الأمريكية، ويهدف البرنامج إلى تزويد المراهقين باستراتيجيات مقاومة المخدر باعتباره وسيلة لخفض الإقبال على التعاطى، ومن أهم هذه الاستراتيجيات:

- استراتيجيات التعامل مع الأقران.
- استراتيجيات اتخاذ القرار ومواجهة مشكلات الحياة اليومية.
- استراتيجيات تغيير المعتقدات والاتجاهات من خلال إمداد المراهقين بمعلومات مستمدة من علم العقاقير، والطب (Lafferty, 1998).

١٣ – *برنامج التربية الموجهة نحو مقاومة تعاطى المخدرات .*
Drug Abuse Resistance Education (DARE)

هو برنامج للوقاية من تعاطى المخدرات وتقليل العنف بين أطفال المدارس الابتدائية والمتوسطة والثانوية بالولايات المتحدة الأمريكية، ويحقق البرنامج هدفه عن طريق :

- تزويد التلاميذ بمعلومات صحيحة عن الكحوليات والمخدرات غير المشروعة.
- تزويد التلاميذ ببدائل التعاطى ومهارات رفض المخدر، وزيادة الاستبصار بعواقب التعاطى.
- تدريبهم على مهارات اتخاذ القرار، وبناء استراتيچيات لتقدير الذات فى مواجهة ضغط الأقران.
- مساعدة التلاميذ على تحديد الطرائق الملائمة فى المواقف المثيرة للغضب.

ويشتمل البرنامج على استراتيچيات أخرى لمقاومة التعاطى من خلال رفع كفاءة الوالدين، والمعلمين، والقائمين على رعاية الأطفال والمراهقين من خلال تدريبهم على مهارات المساندة الاجتماعية، ومهارات حل المشكلات، وهو بهذا برنامج متعدد المستويات فى التعامل مع الظاهرة (Miller et al., 1998).

١٤ – *برنامج كن نجما : Be a Star Program*

هو برنامج مجتمعى يجرى تنفيذه خارج نطاق المدرسة بولاية ميزورى الأمريكية، يهدف إلى مساعدة صغار المراهقين على مقاومة ضغط الأقران ومواجهة ثقافة المخدرات، وذلك من خلال تدريبهم على مهارات احترام الذات، وتوكيد الذات، واتخاذ القرار فى مواجهة الضغوط الدافعة للتعاطى (Pierce & Shields, 1998).

١٥ - *برنامج الزيارات المنزلية لمساعدة الأمهات المتعاطيات للكحوليات والمستهدفات : Home visitation program*

يهدف البرنامج إلى تنظيم زيارات للأمهات المتعاطيات للكحوليات، وتزويدهن بمهارات التغلب على التعاطى، وإكسابهن بعض مهارات الكفاءة الشخصية، وذلك بعد تحديد مواقعهن.

ويقوم بالزيارات المنزلية أفراد جماعة من النساء قادرات على إقامة علاقات طويلة الأمد مع الأسر، ويعتمد نجاح البرنامج على درجة معرفة أفراد الجماعة بالمتعاطيات والمستهدفات، كما يعتمد على اقتناعهن بالقيام بهذه المهمة، ويطلق على هذا البرنامج "نموذج سيتل للدفاع الاجتماعى التطوعى" . (Grant et al., 1999)

البرامج السابقة؛ بعض من البرامج الشائعة فى مجال الوقاية من تعاطى المخدرات، حرصنا فى تقديمها أن تكون نماذج مختلفة فى الهدف، وطبيعة الجمهور الموجهة إليه.

هذه هى الصورة الماثلة فى العالم عن الوقاية بمعناها العلمى، والتى يعيها كثير من الباحثين فى المجال، والتى تشير بوضوح إلى اتجاه قوى لمواجهة المشكلة بالأسلوب العلمى المستند على بيانات واقعية.

وفيما يلى سنعرض للجهود المصرية فى مجال الوقاية والتوعية بالشكل الذى يسمح لنا فيما بعد بتقييم هذه الجهود وفق المعايير العالمية، وقبل استعراض هذه الجهود نود تأكيد أن أمر الوقاية من منظوره العلمى ورد على المستوى الرسمى فى "التقرير الاستراتيچى الصادر عن لجنة المستشارين العلميين للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان"، عندما أشار بوضوح إلى ضرورة تدريب العاملين فى المجال على تصميم وتنفيذ برامج موجهة نحو زيادة وعى المستهدفين بالمخدرات،

وتأهيلهم بما يسمح لهم بمقاومة إغراءات التعاطى، تبدى ذلك أيضًا خلال استعراض بنود "دبلوم سلوكيات التعاطى والإدمان" المقترح من قبل اللجنة (انظر: لجنة المستشارين العلميين،١٩٩٢) .

وسوف نستعرض الجهود المصرية وفق المحاور التالية :

أولاً : المؤسسات الرسمية وغير الرسمية العاملة فى مجال الوقاية من التعاطى والإدمان فى مصر.

ثانيًا : طبيعة الجهود المبذولة من قبل المؤسسات الرسمية وغير الرسمية فى مجال الوقاية من التعاطى والإدمان فى مصر.

ثالثًا: تقييم الجهود المبذولة.

الجهات الرسمية وغير الرسمية العاملة فى مجال الوقاية من التعاطى والإدمان فى مصر

١ - البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات فى مصر

فى شهر يناير ١٩٧٥ أصدر الأستاذ الدكتور مدير المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية القرار رقم (١) لسنة ١٩٧٥ بإنشاء "البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات" وجاء على رأس قائمة المهام المسندة إلى هيئة البرنامج الدائم ما يأتى :

أ - إجراء البحوث فى ميدان تعاطى المخدرات، على المستوى المحلى، وعلى مستوى الوطن العربى، والاشتراك فى بحوث عالمية.

ب - الإعداد لإقامة جهاز رصد لإعطاء الصورة المتجددة أولاً بأول عن تعاطى المخدرات، بحيث يغطى هذا الجهاز عدداً من المتغيرات الأساسية المرتبطة بانتشارها فى المجتمع، ومن أمثلة هذه المتغيرات ما يأتى : أنواع المخدرات الشائعة، أسلوب التعاطى، ماهية الفئات التى تتعاطى، الأفكار المبررة للتعاطى، ظهور مخدرات جديدة.. إلخ (مصطفى سويف، ١٩٨٦ ؛ الحسين عبدالمنعم، ١٩٩٤) .

٢ - المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان

فى ٢٦ أكتوبر ١٩٨٦ صدر قرار رئيس الجمهورية رقم ٤٥٠ لسنة ١٩٨٦ بتشكيل المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، ويتألف من اثنى عشر عضواً هم وزراء التأمينات والشئون الاجتماعية، والقوى العاملة والتدريب، والعدل، والإعلام، والحكم المحلى، والأوقاف، والثقافة، والتعليم، والصحة، والداخلية، ورئيس المجلس الأعلى للشباب والرياضة، ومدير المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ويرأس المجلس رئيس مجلس الوزراء . ويدخل ضمن اختصاصات هذا المجلس ما يلى :

- ◇ 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 للمشكلات والصعوبات التى تعترض ذلك.

وللمجلس أن ينشئ لجانًا فرعية طبية ودينية واجتماعية ونفسية وأمنية لاكتشاف أفضل السُبل للرقابة والعلاج من الإدمان (فى: لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢) .

٣ - لجنة المستشارين العلميين للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان

أصدر السيد رئيس مجلس الوزراء القرار رقم ٦٤٩ لسنة ١٩٩٠بشأن تشكيل لجنة المستشارين العلميين للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان.. على أن تقوم هذه اللجنة

بإعداد الدراسات وبحث الموضوعات والخطط والبرامج والمهام التى يكلفها بها المجلس فى مجال مواجهة الاتجار فى المخدرات وإحرازها وتداولها وما يترتب على تعاطيها وإدمانها من اضطرابات صحية ومشكلات اجتماعية. وللجنة الاستشارية أن تقدم إلى المجلس من نفسها أو بناء على تكليف من المجلس تقارير وتوصيات فى شأن ما يأتى :

- تصحيح مسار المشروعات التى يجرى تنفيذها لمواجهة مشكلة المخدرات بأبعادها المختلفة.
- الخطوط العريضة لسياسة وقائية هدفها خفض وطأة العوامل التى تسهم فى انتشار تعاطى المخدرات والإقلال من احتمالات تفاقم الاضطرابات الصحية والمشكلات الاجتماعية المترتبة على الإدمان.
- السياسات التشريعية، والتعليمية، والثقافية، والإعلامية التى من شأنها تدعيم جهود المواجهة الوقائية والعلاجية على المدى البعيد.
- التدريب اللازم لرفع كفاءة العاملين فى ميدان مكافحة وعلاج الإدمان بجوانبه المختلفة الطبية والأمنية، والقانونية والإرشادية، والإعلامية (لجنة المستشارين العلميين،١٩٩١).

٤ - صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى*

فى عام ١٩٩١ صدر قرار السيد رئيس الجمهورية بشأن إنشاء صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى باعتباره الآلية التنفيذية لما يصدره المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان من قرارات، كما يمثل حجر الزاوية على مستوى الدولة فيما يتعلق بتصميم وتنفيذ برامج الوقاية من التدخين والمخدرات، ودعم وتوفير خدمات العلاج والتأهيل المجانى للمدمنين بالتعاون مع الشركاء المعنيين .

* لم يتمكن الباحث أثناء كتابة هذا التقرير من الحصول على صورة من القرار الجمهورى الصادر فى شأن إنشاء الصندوق .

٥ - مؤسسات الدولة الرسمية التى تولى اهتماماً بظاهرة انتشار المخدرات وتعاطيها، وسُبل مكافحتها

تولى مؤسسات الدولة اهتماما بمشكلة التعاطى والإدمان، تمثل هذا الاهتمام فى التعاون مع صندوق مكافحة وعلاج التعاطى التابع لمجلس الوزراء فى تنفيذ أجندة متفق عليها لتدريب العاملين فى هذه المؤسسات على الوقاية والتوعية بأخطار المخدرات وأضرارها.

من بين هذه المؤسسات الرسمية : وزارة التربية والتعليم، ووزارة الأوقاف، ووزارة العمل، ووزارة الصحة، ووزارة البيئة، ووزارة الإعلام، والمجلس الأعلى للشباب، والمجلس الأعلى للرياضة، بالإضافة إلى الجهود المبذولة من بعض المؤسسات الأكاديمية والبحثية والمبادرات الفردية، وسنعرض لاحقًا للجهود المبذولة فى هذا السياق.

٦ - الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى العاملة فى ميدان مكافحة التعاطى والإدمان

تُعد مؤسسات العمل الأهلى أحد أكبر تشكيلات المجتمع المدنى فى مصر، إذ يتجاوز عددها العشرين ألف جمعية أهلية، فضلاً عن ذلك فهى تنشط فى مجالات عديدة اقتصادية واجتماعية وصحية وتعليمية. وتجدر الإشارة إلى أن مصر بها ما يزيد على (٢٢) ألف جمعية أهلية وناد للدفاع الاجتماعى، يعمل منها فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان بجانب أنشطة أخرى حوالى ١٦٠ جمعية ونادياً، يوجد منها عدة جمعيات معنية أصلاً بمكافحة الإدمان دون غيره من الأنشطة، وهى :

- الجمعية المصرية لتوعية الأسرة والوقاية من الإدمان بالعجوزة.
- جمعية منع المخدرات بمصر القديمة.
- جمعية منع المسكرات ومكافحة المخدرات بالعباسية. ولها ستة فروع فى بعض المحافظات، وتأسست الجمعية عام ١٩٠٥ ثم أعيد إشهارها عام ١٩٦٧طبقًا للقانون ٣٢ لسنة١٩٦٤ (نجوى الفوال وآخرون، ٢٠٠٣ ؛ الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات، ١٩٩٩) .

كما يوجد نوع آخر من الجمعيات تم تأسيسه بناء على مبادرات أهلية صرفة، ومعنية بمكافحة الإدمان مثل : جمعية برايد مصر، والجمعية المصرية للصحة النفسية، والجمعية الإسلامية للصحة النفسية، والاتحاد العربى للوقاية من الإدمان.

أما الأندية الخاصة بالدفاع الاجتماعى، والعاملة فى مجال الإدمان فبعضها مستقل، والبعض الآخر منها ملحق بجمعيات أهلية، وجميعها تم تأسيسه بدعم من وزارة الشئون الاجتماعية (التضامن الاجتماعى حاليًا) وتتلخص أغراض الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى فيما يلى :

أ – التوعية الشاملة بأخطار وأضرار المخدرات والمسكرات.

ب – علاج المدمنين سواء عن طريق النادى أو عن طريق الهيئات العلاجية المتخصصة.

جـ – بذل كل جهد ممكن فى سبيل إعادة تأهيل الحالات مهنيًا.

د – إجراء البحوث والدراسات العلمية للتعرف على حجم الظاهرة فى نطاق النادى أو الجمعية للوقوف على مدى انتشارها بين القطاعات الجماهيرية، بهدف تحديد البرامج الوقائية المناسبة لكل هذه القطاعات وتوصيلها إليهم.

هـ – بذل الجهد للكشف المبكر عن الحالات، وبصفة خاصة بين العمال والطلاب.

و – إقامة الندوات واللقاءات فى أماكن التجمعات العمالية والطلابية والشعبية مع الاستعانة بكل الوسائل السمعية والبصرية الممكنة.

هذا؛ وقد أجرى المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان عام ٢٠٠٣ دراسة تقويمية لنشاط هذه الجمعيات والأندية فى مجال الوقاية والعلاج من الإدمان، سنعرض لنتائجها لاحقًا (نجوى الفوال وآخرون،٢٠٠٣) .

طبيعة الجهود المبذولة من قبل الجهات الرسمية وغير الرسمية فى مجال الوقاية من التعاطى والإدمان فى مصر

أولا: جهود البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات * التابع للمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية

أجرى البرنامج الدائم على امتداد تاريخه مجموعة من البحوث الوبائية، ونشر تقارير عنها باللغة العربية، كما نشر فى الخارج تقارير موجزة عن معظمها باللغة الإنجليزية، وفيما يلى بيان بهذه البحوث وسنوات إجرائها وأحجام العينات فى كل منها :

١ – التعاطى بين تلاميذ المدارس الثانوية (الذكور) فى مدينة القاهرة الكبرى، سنة ١٩٧٨ (ن = ٥٥٣٠) .

٢ – التعاطى بين تلاميذ المدارس الثانوية الفنية (الذكور) فى مدينة القاهرة الكبرى، سنة ١٩٧٩ (ن = ٣٦٨٦) .

٣ – التعاطى بين طلبة الجامعات : جامعتى القاهرة وعين شمس، سنة ١٩٨٣، (ن الذكور = ٢٧١١، ن للإناث = ٢٣٦٦) .

٤ – التعاطى بين عمال الصناعة (القطاع العام)، الذكور، على مستوى الجمهورية، سنة ١٩٨٥ (ن = ٥١٠٨) .

٥ – التعاطى بين تلاميذ المدارس الثانوية، الذكور، على مستوى الجمهورية، سنة ١٩٨٧ (ن = ١٤٦٥٦) .

٦ – التعاطى بين طلبة الجامعات ، على مستوى الجمهورية، سنة ١٩٩٠، (ن الذكور = ١٢٧٩٧، ن للإناث = ٧٢٥٥) .

٧ – التعاطى بين تلاميذ المدارس الثانوية، الذكور، على مستوى الجمهورية، سنة ١٩٩٢، (ن = ١٢٩٦٩) .

٨ – التعاطى بين تلاميذ المدارس الثانوية الفنية، الذكور، على مستوى الجمهورية، سنة ١٩٩٢ (ن = ١١٩٦٦) .

٩ – التعاطى بين طلبة الجامعات، على مستوى الجمهورية، سنة ٢٠٠٤، (ن الذكور = ٨٥٦٨، ن للإناث = ٩٨٢٦) .

١٠ – التعاطى بين طلبة الجامعات الخاصة، سنة ٢٠٠٦، (ن الذكور = ١٦٨٧، ن للإناث = ١٤٠٧) .

(انظر: تقارير البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات من الأول حتى الثانى عشر)

هذا؛ وتمثل البحوث السابقة حلقات فى مسلسل بحثى واحد، هدفه الرئيسى البعيد هو الكشف عن التوجهات الرئيسة لأنماط ومعدلات تعاطى المواد المؤثرة فى الحالة النفسية والعقلية لطلبة المدارس الثانوية (العامة والفنية) وطلبة الجامعات بوصفهم قطاعًا ذا أهمية استراتيجية فى تشكيل حاضر البلاد ومستقبلها، ونتيجة لهذه الجهود فقد تراكمت لدى البرنامج ثروة من المعلومات الدقيقة عن أنماط الطلب ووظائفه بين شرائح الطلاب وعمال الصناعة.

ويتميز هذا المصدر بأن المعلومات التى تم التوصل إليها مجمعة بالفعل ومبوبة ومبرمجة، وأجريت عليها أقدار كبيرة من التحليلات التى تجعلها تكشف عن كثير من الدلالات والعلاقات ذات الأهمية الكبيرة، وهى معدة باستمرار للاستخدام المباشر فى رسم السياسات الوقائية والعلاجية؛ حيث لا يمكن وضع سياسة قومية موجهة إلى خفض الطلب فيما يتعلق بمخدرات بعينها دون أن تؤخذ فى الاعتبار المعلومات الدقيقة المناسبة حول أنماط التعاطى ووظائفه (لجنة المستشارين العلميين١٩٩١ ؛ ١٩٩٢) .

ثانيًا :دور لجنة المستشارين العلميين للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان

انفردت مصر لفترة بتشكيل لجنة المستشارين العلميين باعتبارها جهازًا منوطًا به تقديم المشورة العلمية المتخصصة للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، والصفة الرئيسية التى ميزت هذه اللجنة أنه روعى فى تشكيلها تمثيل التخصصات الرئيسية التى تمس مشكلة المخدرات، كما أتيح لها قدر من حرية الحركة فى عقد الاجتماعات والقيام

بالاتصالات المحلية والعالمية وإجراء البحوث، بحيث مكنها ذلك فى نهاية الأمر من الوصول إلى أفضل منظور ممكن يجمع بين عمق التخصصات المتعددة وتحقيق أفضل تكامل بينها فيما يتعلق بالمعلومات العلمية والإجراءات التطبيقية المؤسسة عليها مع مراعاة ظروف المشكلة فى المجتمع المصرى.

وقد أتيح للجنة المستشارين أن تؤسس عملها على حصيلة نشاط البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات، الذى يعمل فى إطار المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية منذ بداية عام ١٩٧٥، مما أتاح له أن يكوِّن على مدى الأعوام ثروة علمية متميزة بمعايير الجدارة البحثية فى الداخل والخارج.

من هنا يتضح أن الوضع المصرى فيما يتصل بالعلاقة بين العلماء وصانع القرار وضع ممتاز؛ فالمجلس القومى صيغة عالية الجودة لضمان الوصول إلى القرار المتوازن والمتكامل فى صورته المثلى، ولجنة المستشارين العلميين صيغة لا تقل عن ذلك امتيازًا لتكثيف المشورة العلمية الملمة بأطراف المشكلة فى سياقها الواقعى بكل مقوماته المحلية والعالمية، فاللجنة هى أداة المجلس للوصول إلى أفضل توظيف للرأى العلمى فى مكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢) .

وأسفر نشاط اللجنة عن وضع صيغة "لاستراتيچية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر" صدرت عام ١٩٩٢، وفيها تم استعراض تاريخ مشكلة المخدرات فى مصر، ووضعها الراهن، ثم ركزت الاستراتيچية على تقديم تصور متكامل لمواجهة مشكلة المخدرات تعتمد على عنصرين أساسيين هما :

١ – مواجهة العرض عن طريق :

- جهود المكافحة .
- القانـــــــون .
- الاتفاقات الدولية والإقليمية.

٢ – مواجهة الطلب عن طريق :

- القـــانـــــــون .
- الخدمات العلاجية.
- جهـــود التوعيـــة.

كما فصَّل التقرير فى الإجراءات التى تزيد من كفاءة المكافحة؛ قريبة المدى وبعيدة المدى (انظر: لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢) علمًا بأن الاستراتيچية القومية فى مصر صدرت قبل عدة سنوات من انطلاق دعوة الجمعية العامة للأمم المتحدة فى دورتها الاستثنائية عام ١٩٩٨ لكل الدول الأعضاء إلى صياغة استراتيچيات وطنية لمواجهة هذه المشكلة.

وفى عام ٢٠٠١ قدم المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان رؤية جديدة للاستراتيچية انطلاقًا من المستجدات التى طرأت على طبيعة المشكلة فى بعض جوانبها.

وفى عام ٢٠٠٨ قدمت مراجعة ثانية لتطوير الاستراتيچية، وذلك فى ضوء التغيرات الإقليمية المتلاحقة، وفى ضوء التحولات السياسية والاقتصادية التى طرأت على المجتمع المصرى، وانطلاقًا من التغيرات التى طـــرأت علـى الظاهـــرة نفسها، وتنامى دور المجتمع المدنى، وتطور تكنولوچيات الاتصال .. إلخ (نجوى الفوال، ٢٠٠٨).

وتجدر الإشارة إلى أن الاستراتيچية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة المخدرات هى التى تحدد معالم الطريق أمام نشاط صندوق مكافحة وعلاج الإدمان الذى يمثل الآلية التنفيذية للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان.

ثالثًا: دور صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى

يُعد صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى الآلية الأساسية للدولة وللمجتمع فى تنفيذ السياسات المتعلقة بالوقاية من المخدرات، وترجمتها إلى برامج فعَّالة على أرض الواقع، كما يُعد ترجمة لما يقره المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان من سياسات.

وتأتى البرامج الوقائية فى صدارة الجهود التى يبذلها الصندوق فى سبيل تحقيق تقدم ملموس فى مجال خفض الطلب على المخدرات. وتهدف هذه البرامج إلى تكثيف الجهود من أجل رفع الوعى العام بخطورة هذه الظاهرة، وآثارها السلبية على حياة الفرد والأسرة، وعلى جهود التنمية فى المجتمع المصرى، كما تسعى هذه البرامج إلى تفنيد الأفكار الشائعة حول تعاطى المخدرات، والمواد النفسية بصفة عامة.

وفى هذا الإطار تنتظم جهود الصندوق فى المجال الوقائى فى عدة محاور هى :

١ – برامج التوعية الجماهيرية المباشرة، وتستهدف غرس الثقافة الرافضة لتعاطى وإدمان المخدرات حرصًا على منع دخول فئات جديدة إلى تلك الدائرة، وتتنوع برامج التوعية المباشرة فى أسلوبها بحسب الشريحة العمرية والاجتماعية والاقتصادية التى تخاطبها (من طلبة مدارس، وشباب جامعات، والعمال، ورواد مراكز الشباب والأندية الاجتماعية والرياضية، والجمعيات الأهلية، ورواد قصور الثقافة، ومراكز الإعلام المحلى، والمجندين فى قطاع الأمن، ونزلاء السجون.. إلخ. علمًا بأن هذه البرامج تقدم فى أماكن التجمع الطبيعية.

٢ – البرامج التدريبية الهادفة إلى إعداد كوادر مدربة على أسس علمية فى المجالات المختلفة للتعامل مع ظاهرة المخدرات مثل الأطباء، والصيادلة، ووكلاء النيابة، وهيئات التمريض، والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، والدعاة، وكوادر العمل الأهلى، والقيادات العمالية والشبابية، فضلاً عن إنتاج مواد إعلامية للتوعية بمخاطر الإدمان وأضراره .

٣ – الحملات الإعلامية، حيث تم إنتاج عدد من التنويهات التليفزيونية لتوعية الأسرة بدورها فى التنشئة وفى حماية أبنائها من التورط فى التعاطى والإدمان، بالإضافة إلى الإعلانات واللافتات المضيئة على الطرق الرئيسية المؤدية لأماكن تجمعات الشباب مثل الجامعات والنوادى، وعلى طرق السفر الرئيسية للتنبيه إلى

الأخطار الصحية للمخدرات، أو التوعية بدور أصدقاء السوء، بالإضافة إلى طبع هذه الإعلانات على ملصقات وتوزيعها للعرض بالنوادى العامة ومراكز الشباب بأنحاء الجمهورية، وكذلك نشرها فى أماكن الندوات والمحاضرات والدورات التدريبية التى يتم تنفيذها.

٤ – العمل على التأسيس العلمى للإجراءات الوقائية التى يقوم بها الصندوق من خلال دعم المشروعات البحثية مثل دعم النشاط البحثى للبرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات، ودعم برنامج بحوث ثقافة المخدرات فى المجتمع المصرى، بالإضافة إلى دعم بحوث برنامج التناول الإعلامى لظاهرة المخدرات، وبرنامج الدراسات القانونية والبحوث النفسية وغيرها.

٥ – الاتجاه نحو العمل بشراكة كاملة مع الأجهزة المحلية بالمحافظات المختلفة للجمهورية وذلك برعاية مباشرة من السادة المحافظين؛ الأمر الذى أعطى للعمل العام والمتخصص فى مجال الوقاية دفعة حقيقية أدت إلى إحداث نقلة نوعية وتحقيق اللامركزية فى مواجهة الظاهرة.

٦ – تفعيل دور الخط الساخن للصندوق، والذى يقدم العلاج والإرشاد فى سرية تامة وبالمجان، كما يقدم خدمة التحاليل المتخصصة المرتبطة بتعاطى وإدمان المخدرات، كما يحاول الصندوق حاليًا افتتاح فروع جديدة بالمحافظات، وتدريب المتطوعين للعمل بها، علاوة على محاولة تطوير البنية التكنولوجية للخط فى إطار الاستفادة من شبكة المعلومات الإلكترونية.

هذا؛ ويحرص الصندوق على التقويم المستمر للدورات التى يقدمها من وجهة نظر المتدربين، ويتم نشر نتائج التقويم فى تقارير مستقلة ضمانًا لمبدأ الشفافية . فضلاً عن أن الصندوق يقوم بإصدار نشرة دورية لتوثيق أنشطته كل عام (انظر: نجوى الفوال، ٢٠٠٨ ؛ نجوى الفوال، محمود بسطامى، ٢٠٠٧) .

رابعاً: دور بعض مؤسسات الدولة الرسمية فى مكافحة التعاطى والإدمان

١ - دور وزارة التربية والتعليم فى مواجهة التعاطى والإدمان

وضعت وزارة التربية والتعليم ممثلة فى وكالة الوزارة للخدمات التربوية خطة لوقاية الطلاب من خطر التدخين والإدمان، وذلك على النحو التالى :

- إعداد النشرات والأدلة والكتيبات والملصقات التى تحذر من أخطار التدخين وأضراره.
- تنظيم قوافل للرعاية الاجتماعية تضم؛ أطباء ورجال دين وتربويين إلى أكبر عدد من المديريات التعليمية والمعسكرات والنوادى المدرسية لتبصير الطلاب بأضرار التدخين والإدمان.
- إعداد الندوات العلمية بالمدارس لمناقشة الطلاب حول موضوع التدخين وأضراره، وكيفية مقاومته.
- تنظيم بعض العروض السينمائية بالمدارس للتحذير من أخطار التدخين وأضراره.
- إعداد وسائط تعليمية وملصقات توضح أثر التدخين وأضراره.
- تطعيم بعض المقررات الدراسية بموضوعات تحذر من آثار التدخين والتعاطى على الصحة.
- طرح مسابقات بحثية بين الطلاب عن أخطار التدخين والتعاطى، ورصد الجوائز التى تحفز الطلاب على المشاركة فيها.
- تكثيف البرامج الرياضية الجماعية لامتصاص طاقات الشباب، واستثمار أوقات فراغهم وبث الثقة فى نفوسهم.
- التنسيق مع الجهات الصحية والعلمية والدينية والأهلية للمساعدة فى مواجهة المشكلة بين طلبة المدارس.

وفى هذا الإطار صدرت عدة قرارات وزارية لمنع التدخين والتعاطى فى المدارس، ويكفى الإشارة إلى قرارات وزير التربية والتعليم رقم ٣٢ لسنة ١٩٩٤، ٢٣٩ لسنة

١٩٩٧، ٩٢ لسنة ٢٠٠١ وجميعها تمنع كل من له صلة بالمدرسة من التدخين أو التعاطى أثناء سير العملية التعليمية أو أثناء الامتحانات (انظر: مسعد عويس، ٢٠٠٤) .

٢ - دور وزارة الإعلام فى الوقاية من التعاطى والإدمان

أمكن رصد جهود التوعية المبذولة من قبل الأجهزة التابعة للدولة (الإذاعية المرئية والمسموعة) والصحف القومية، والندوات التى يقيمها رجال الدعوة، ويشارك فيها بعض كبار رجال الدولة أحيانًا، وفيما يلى بعض الضوء على هذه الجهود :

أ – دور الإذاعة المرئية (التليفزيون) :

يمكن القول إن المادة الإذاعية التى ترد فى هذا الموضوع تتوزع بين أربعة أنواع وهى:

- الأحاديث الوصفية المباشرة مع القدوة السيئة: وفيها يتحدث مقدم البرنامج إلى شخص مقبوض عليه فعلاً بتهمة التعاطى، ويصف المقبوض عليه ما حدث له، متحدثًا غالبًا عن نوع المخدر الذى كان يتعاطاه، وربما عن جوانب من نمط تعاطيه، وعن ارتباطه ببعض المعارف أو أصدقاء السوء، مبديا الندم والخزى على ما قام به.. وقد يؤدى هذا الطراز من الأحاديث مهمته من خلال ما يسمى "عمليات التعلم بالمحاكاة أو العبرة".

- الحديث التعليمى المباشر الموجه إلى المستمع : وفيه يتناول المتحدث موضوع التعاطى من جميع زواياه (انتشاره، وأضراره الجسمية والنفسية والاجتماعية، وحرمته من الناحية الدينية)، دون أن يستعين بنموذج حى لوقوع التعاطى وأضراره كما هو الحال فى الفئة الأولى من الأحاديث. وغالبًا ما يكون المتحدث من ذوى الخبرة فى أحد فروع المعرفة العلمية التى تمس موضوع المخدرات كالأطباء ورجال التربية ورجال الدين أو أحد المتخصصين فى العقاقير الطبية.

- الإعلانات المصورة : ومن أمثلتها أن يظهر وجه لشاب فى مقتبل العمر دامع العينين، أو منهك القوى، ويكون الإعلان مصحوباً فى الغالب بكلمات تحمل معنى التحذير.

- الأفلام المتكاملة التى تمثل جوانب من الحياة فى ظل تعاطى مخدر ما، وما يعقب ذلك من نتائج، ربما للشخص وحده، وربما للشخص وللمحيطين به، وقد تكون الأفلام مصرية أو أجنبية (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢)، ويكفى الإشارة إلى عدد من الأفلام التى ظهرت فى العقود الأخيرة مثل : الباطنية، والقرش، والعار، ومملكة الهلوسة، والمدمن، والكيف، والوحل، والإمبراطور (انظر: نجوى الفوال وآخرون،٢٠٠٤) .

ب – دور الصحف القومية

تم استخدام الصحف القومية على نطاق واسع منذ ثمانينيات القرن الماضى فى جهود التوعية ضد التعاطى، وامتزج فى رسائلها كثير من العناصر، بعضها تعليمى موجه إلى المتعاطين، والبعض الآخر موجه إلى القائمين على تنشئتهم، والبعض الثالث موجه إلى سلطات الدولة يستحثها على بذل الجهود فى اتجاهات مختلفة. كذلك شارك فى هذه الكتابات كتاب ينتمون إلى تخصصات متباينة غلبت على معظمها التعبيرات الانفعالية ضد التعاطى على حساب المعانى التى تدل على دراسة علمية للموضوع فى أى بعد من أبعاده المتعددة، ولا تتوفر حتى الآن دراسات حاولت تحليل مضمون المادة الواردة فى هذه الصحف تمهيداً للوقوف على دلالتها المختلفة.

جـ – الندوات والمحاضرات

يتم تنظيم هذه الندوات وسط التجمعات الشبابية، إما بمبادرات فردية من الجهة المنظمة، أو بالتعاون مع إحدى المؤسسات المعنية بالوقاية من التعاطى مثل صندوق مكافحة وعلاج الإدمان.

وتجدر الإشارة إلى أن المادة العلمية تقدم فى صورة أحاديث تعليمية مباشرة، ويشارك فيها غالبًا إما دعاة دينيين، وإما أطباء، أو المتخصصين فى علم النفس أو الاجتماع، وقد يشارك فيها بعض كبار رجال الدولة، وتعقد هذه الندوات فى أماكن وجود هذه التجمعات الشبابية (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢) .

والقاسم المشترك الأعظم بين جهود التوعية الثلاثة هى أنها تهدف دائمًا إلى ما يسمى "بالوقاية من الدرجة الأولى"، أى حث الشباب على الامتناع التام أصلاً عن الإقدام على أى محاولة لتجربة التعاطى. من ناحية أخرى؛ نشير إلى أنه لا يوجد حتى الآن سجل منظم يمكن الرجوع إليه لوضع حصر دقيق لجهود التوعية المبذولة من خلال الأجهزة التابعة للدولة، فيما عدا النشرات التوثيقية لأنشطة صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، والتى تلقى الضوء على الندوات والمحاضرات الموجهة نحو الوقاية من التعاطى والإدمان، والتى يقوم بها الصندوق فقط (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، ٢٠٠٩) .

٣ - دور وزارة الأوقاف فى الوقاية من التعاطى والإدمان

تعاونت وزارة الأوقاف مع صندوق مكافحة وعلاج الإدمان فى تنظيم برامج تدريبية للدعاة فى مواجهة الإدمان، وذلك لتحقيق الأهداف التالية :

- تزويد الدعاة بالمعلومات الأساسية فى مجال التعاطى والإدمان.
- تزويد الدعاة بمعلومات وخبرات عن أثر الإدمان فى الحياة الاجتماعية والاقتصادية.
- تفعيل دور الدعاة فى حماية النشء من الوقوع فى براثن التعاطى والإدمان من خلال خطب الجمعة، والدروس اليومية، وقوافل التوعية، وفى الندوات، والملتقيات الفكرية.
- تزويد الدعاة بمعلومات عن خطط واستراتيجيات المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، ونشاط الصندوق فى مجال الوقاية والعلاج (مسعد عويس، ٢٠٠٤) .

٤ - دور وزارة العمل فى الوقاية من التدخين والإدمان

تسهم وزارة العمل فى تنفيذ قانون العمل رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ وجاء فى المادة (٣٩) من لائحة تنظيم العمل ما يلى : التدخين فى أثناء العمل أو فى أماكن العمل "إذا كان التدخين لا يترتب عليه خطورة" يخصم أول مرة يومًا ثم يومين ثم ثلاثة ثم خمسة .

وجاء فى المادة (٤٠) أنه إذا كان التدخين يسبب خطورة على المنشأة، فيتم الإنذار بالفصل عند التدخين أول مرة .. ويعاقب المدخن بالفصل عند التدخين لثانى مرة بعد العرض على اللجنة الثلاثية.

٥ - دور وزارة الصحة فى الوقاية من أضرار التدخين والإدمان

- أسهمت وزارة الصحة فى إصدار قانون رقم ٥٢ لسنة ١٩٨١ بشأن تنظيم استيراد أو تصدير أو إنتاج السجائر أو التبغ، على أن تكون بالمواصفات التى تحددها الوزارة، كما يحدد هذا القانون شكل الإعلان عن السجاير، والتحذير منها.
- كما صدر القانون رقم ٨٥ لسنة٢٠٠٢ بشأن تعديل بعض أحكام القانون السابق، حيث زاد من جرعة التحذير من التدخين، ومنع الإعلان عنها فى الصحف والمجلات، وعدم استغلالها فى صورة جوائز أو هدايا مجانية.

٦ - دور وزارة البيئة فى الوقاية من التدخين والإدمان

أصدر وزير البيئة القرار قم (٤) لسنة ١٩٩٤ وجاء فى المادة (٤٦) منه ما يلى : يلتزم المدير المسئول فى المنشأة باتخاذ الإجراءات الكفيلة بمنع التدخين فى الأماكن العامة المغلقة إلا فى الحدود المسموح بها فى الترخيص الممنوح لهذه الأماكن، ويراعى فى هذه الحالة تخصيص حيز للمدخنين بما لا يؤثر على الهواء فى الأماكن الأخرى، كما يحظر التدخين فى وسائل النقل العام.

هذا؛ وقد حدد القانون العقوبات لمن يخالف القانون، وذلك فى المادة (٨٧) والتى ورد فيها "يعاقب بغرامة لا تقل عن ألف جنيه ولا تزيد على عشرين ألف جنيه فى حالة

عدم التزام المسئول عن المنشأة بمنع التدخين فى الأماكن العامة المغلقة.. كما يعاقب بغرامة لا تقل عن عشرة جنيهات ولا تزيد على خمسين جنيهًا كل من يدخن فى وسائل النقل العام، وفى حالة العودة تكون العقوبة الحبس والغرامة المنصوص عليها فى الفقرات السابقة.

كما تسعى وزارة البيئة بين الحين والآخر إلى تنظيم حملات قومية كبرى لمكافحة التدخين، كما تسهم فى إجراء الدراسات للوصول إلى الحلول المثلى للتخلص من هذه الآفة.

٧ - دور كل من المجلس الأعلى للشباب والمجلس الأعلى للرياضة فى الوقاية من التعاطى والإدمان

- تم توجيه مديريات الشباب بكل المحافظات لتنظيم برامج رياضية تحت شعار "لا للتدخين، لا للإدمان". وذلك بالتعاون مع الاتحاد العام للكشافة والمرشدات، وبيوت الشباب، والاتحاد العام لمراكز شباب القرى، وشباب المدن.
- دعوة القيادات الرياضية للامتناع عن التدخين والمساهمة فى إصدار نشرات بالتعاون مع المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان.
- تعاون المجلس الأعلى للشباب مع المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان فى عقد دورات وبرامج تدريبية لمواجهة الإدمان.

٨ - دور الجامعات ومراكز البحث العلمى ودور النشر والأفراد فى الوقاية من التعاطى والإدمان

فى دراسة وثائقية تحليلية قامت بها نجوى الفوال وزملاؤها (٢٠٠٢) بدعم من المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، والمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، أمكن خلالها رصد المنشورات فى مجال المخدرات على مدى خمسين عامًا من ١٩٥٠ - ١٩٩٩،

انتهـوا خلالها إلى حصر ٣٢٢ مرجعًا فى مجال المخدرات، موزعة فى خمسة أبعاد هـى :

- البُعد الاجتماعى.
- البُعد السياسى والاقتصادى.
- البُعد النفسى.
- البُعد القانونى والأمنى.
- البُعد الثقافى.

هذه المراجع منشورة فى صور مختلفة، وذلك على النحو التالى :

المصدر	عدد	٪
رسالة	٦٦	٢٠ر٥
كتاب	٥٦	١٧ر٤
مقال أو دورية	٣٢	٩ر٩
ورقة بحثية فى مؤتمر	٤٤	١٣ر٧
تقرير بحثى	٣٥	١٠ر٩
تقرير دورى إحصائى	٥٠	١٥ر٥
بحث للحصول على دبلوم	٣٩	١٢ر١
المجموع	٣٢٢	١٠٠

ويشير هذا العدد إلى ضعف الاهتمام بحجم ظاهرة المخدرات، وما تمثله من تهديد لكل الجهود المبذولة من أجل تنمية المجتمع المصرى.

هذا؛ وتؤدى هذه المصادر أدوارًا متباينة فى رسم معالم الصورة المثلى للتعامل مع الظاهرة، ومع ذلك فحجم الاستفادة منها محدود، نظرًا لانصراف القائمين على أمر التوعية عنها، والاكتفاء بالحس العاطفى والانطباعات الشخصية.

خامسًا : دور الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى فى الوقاية من التعاطى والإدمان

تهتم الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى بمكافحة الإدمان من خلال التوعية والعلاج والتأهيل، وأنشطة أخرى مثل مساعدة أسر المدمنين، وتشجيع البحث العلمى فى مجال التعاطى والإدمان.

وجاءت "التوعية بأخطار المخدرات والإدمان" على رأس قائمة الأهداف التى تحاول هذه الجمعيات والأندية تحقيقها، حيث أقرَّ بهذا مسئولو ١٥٧ جمعية من أصل ١٦٠ بنسبة ١ر٩٨٪ (فى: نجوى الفوال وآخرين،٢٠٠٣) .

وتُعد المؤتمرات والندوات من أهم أدوات وقنوات التوعية، حيث أقرَّ مسئولو الجمعيات بعقد ندوات يتراوح عددها ما بين ٢٠ – ٥٠ ندوة فى العام الواحد، أى بمعدل يتراوح ما بين ندوتين إلى أربع ندوات شهريًا .

وفى هذا الإطار أمكن رصد عدد من الموضوعات التى تقدم فى هذه الندوات ؛ أهمها :

- التوعية بأخطار المخدرات والمسكرات.
- التوعية بأخطار التدخين.
- الديـــن والإدمـــــان.
- تعاطى المخدرات وتأثيرها على الفرد والمجتمع.
- التوعية بخطورة التدخين السلبى على الأم والطفل.
- مشكـــلات الشبـــاب.

هذا؛ ويتنوع الجمهور المستفيد من هذه الدورات ما بين شباب، وطلاب، وعمال، وجمهور عام، وربات بيوت، وأحداث مودعين بالمؤسسات العقابية، وحرفيين، وكبار سن، ومزارعين، وعمال تراحيل.

وتجدر الإشارة إلى أن الجمعيات والنوادى تصدر نشرات دورية عن نشاطها فى مجال الندوات.. كما يحرص أغلبها على توزيع مطبوعات ونشرات خاصة بمكافحة الإدمـان، من هذه المطبوعات ما يلى :

- أخطار التدخين والمخدرات على النفس والعقل والمال والدين.
- التوعية بمخاطر الإدمان.

- كيفية التعرف على المدمن داخل الأسرة.
- مفهوم الصحة النفسية.
- موقف التشريع المصرى من الإدمان.
- التعريف بالدفاع الاجتماعى ومشروعاته نحو المخدرات.
- مسئولية المرأة فى الوقاية من الإدمان.

من ناحية أخرى؛ تحرص بعض الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى على تنظيم "دورات تدريبية" للعاملين فى ميدان مكافحة التعاطى والإدمان مثل الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، والدعاة، ورجال الإعلام.. وغيرهم من العاملين فى الجمعيات، والنوادى، ومراكز الشباب.

كما تشارك هذه الجمعيات فى تقديم "الخدمات الإرشادية" لطلبة المدارس والجامعات، والمتعاطين، وأسر المدمنين، وغيرهم من طالبى هذه الخدمة فى سرية نظراً لحساسية القضية والحاجة إلى التعامل معها بشكل فردى. فضلاً عن الخدمات العلاجية التى تقدمها بشكل مجانى، أو بأجر رمزى.

وتحرص هذه الجمعيات على وجود سجلات للمترددين عليها طلبًا للعلاج حتى يمكن متابعتهم من جانب الجمعية أو الطبيب المعالج، وذلك من أجل الحماية من الانتكاس.

تقييم الجهود المبذولة

أسفر فحص الجهود المبذولة فى مجال الوقاية من تعاطى المخدرات فى مصر؛ عن عدد من الملاحظات يمكن عرضها فيما يلى :

أولاً: بالنسبة لنتائج الدراسات التى يجريها البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات فى مصر

على الرغم من الثراء المتنوع فى نتائج الدراسات التى يجريها البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات، والتى تكشف عن أنواع التعاطى الشائعة، ومعدلات انتشارها،

وأسلوب تعاطيها، وماهية الفئات التى تتعاطى، والأفكار المبررة للتعاطى، ورصد الجديد فى ميدان التعاطى والإدمان، فإن هذه النتائج تظل إضافة حقيقية للتراث العلمى الإنسانى فى هذا المجال فقط دون توظيفها والاستفادة منها بالشكل المناسب، كما أن التقارير العلمية التى تصدر عن هذه البحوث باللغة العربية يتم نشرها بشكل محدود، فلا يمكن بناء استراتيجيات للوقاية من المخدرات أو غيرها من الأوبئة الأخرى دون التأسيس على معلومات دقيقة مناسبة. ونذكر فى هذا الصدد توصيات المؤتمر العام للأمم المتحدة عام ١٩٨٧ التى أكدت على أهمية الحصول على المعلومات الدقيقة حول أنماط التعاطى ووظائفه عند وضع السياسات القومية الموجهة إلى خفض الطلب فيما يتعلق بمخدرات بعينها. كما أكدت على أهمية الدراسات المسحية (الوبائية) والأساليب الإحصائية فى توفير قاعدة متينة من المعلومات يمكن الاعتماد عليها.

هذا؛ وتُعد المسوح الميدانية أحد مصادر ثلاثة للمعلومات فى هذا الإطار، وهى :

١ – البيانات المسجلة كجزء من عملية منتظمة تجرى فى مواطن العلاج الحكومية وغير الحكومية.

٢ – الوقائع المسجلة بمعرفة سلطات تطبيق القانون (وزارة الداخلية ووزارة العدل).

٣ – المسوح الميدانية التى تقوم بها مراكز البحوث والأقسام الجامعية والمعامل الدوائية (الحسين عبدالمنعم وآخرون، ١٩٩٤) .

ثانيًا : بالنسبة لدور المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ولجنته الاستشارية

إن تأسيس مجلس قومى لمكافحة وعلاج الإدمان أمر لازم يتناسب تمامًا مع خطورة المشكلة التى تتطلب وضع سياسات عاجلة وآجلة لمواجهتها، وهذا أمر محمود، وما يقوم به المجلس من إجراءات وما يقوم به من مشروعات بحثية تصب جميعها فى تقويض المشكلة. وجاء تشكيل لجنة المستشارين العلميين للمجلس بوصفه وسيلة لضمان جودة

السديد، وهى اللجنة التى أفرزت الاستراتيچية القومية المتكاملة التى يمكن الاسترشاد بها فى بناء السياسات الوقائية والعلاجية والتأهيلية.. وما زالت الاستراتيجية منذ عام ١٩٩٢وحتى الآن هى المعين الذى لا ينضب عند اتخاذ أى قرارات فى شأن موضوع المخدرات ومكافحتها. وجدير بالإشارة هنا أن لجنة المستشارين العلميين تم حلّها عقب أحد التشكيلات الوزارية، ولم يعد لها دور فى إمداد المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان فى تقديم المشورة العلمية منذ ما يقرب من عشر سنوات.

ثالثًا: بالنسبة لدور صندوق مكافحة وعلاج الإدمان

يُعد الصندوق هو النقطة المضيئة فى سياق الوقاية من الإدمان، وهو الجهة الأكثر تنظيمًا فى تقديم الخدمة سواء كانت فى مجال التوعية أو التدريب أو العلاج، حيث يعمل الصندوق وفق الاستراتيچية القومية الشاملة لمكافحة التعاطى والإدمان، وتجدر الإشارة إلى أن الصندوق هو الجهة الوحيدة العاملة فى ميدان مكافحة التعاطى الذى يحرص على تقويم ما يقدمه من برامج للتوعية والوقاية والتدريب. فضلاً عن استقطابه عددًا هائلاً من المتخصصين المتميزين فى مجال المخدرات.. ومع ذلك يُعد دوره محدودًا فى مجتمع يزيد تعداد سكانه عن ثمانين مليونًا، كما أنه يحتاج إلى مزيد من التنسيق بين مؤسسات الدولة الأخرى لتنفيذ خطته المرسومة لمواجهة المشكلة، كما يحتاج إلى الاستفادة من تجارب الدول الأخرى فى مجال الوقاية عن طريق تنمية بعض المهارات الشخصية كنوع من التحصين أو التقوية ضد مواد التعاطى.

هذا؛ بالإضافة إلى حاجته لمزيد من القوى البشرية القادرة على عمليات التدريب للعاملين فى ميادين الوقاية والعلاج والتأهيل.

بالنسبة لدور وزارة التربية والتعليم

إن ما عرضناه آنفا عن دور وزارة التربية والتعليم فى مجال الوقاية لا يرقى إلى المستوى المطلوب مع خطورة المشكلة، خاصة فى ظل انتشار معدلات التعاطى بين التلاميذ؛ حيث تشير بعض الدراسات التى أجريت فى المجتمع المصرى إلى ضآلة اهتمام المقررات الدراسية فى مراحل التعليم المختلفة بقضية المخدرات والإدمان من ناحيتى الكم والكيف؛ الأمر الذى يفتح الباب على مصراعيه أمام الأفكار الخاطئة، والمعلومات المستقاة حول القضية من مصادر أخرى كالأصدقاء، لاسيما فى هذه المرحلة من حياة الناشئة.. فضلا عن عدم الاستعانة فى هذه الكتب بنتائج البحوث العلمية فى تطوير ما تقدم من مادة دراسية حول القضية مثل الدور الفاعل للأصدقاء أو الأقران فى الإقدام على تجربة التعاطى (عزة كريم وآخرون، ٢٠٠٦) . ووجود نسب لا يستهان بها من غير المتعاطين من تلاميذ الثانوى العام والفنى لديهم استعداد للتعاطى إذا أتيحت الفرصة لديهم، ووجود نسب أخرى تعتقد فى فائدة بعض أنواع المخدرات.. وهؤلاء جميعًا يمثلون جيش الاحتياط الذى يمكن أن يصبح متعاطيًا فى أى لحظة إذا لم تتوفر الظروف لحمايته من الانزلاق (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٩٢ ؛ الحسين عبدالمنعم، ١٩٩٥). فوزارة التربية والتعليم ما زالت فى حاجة إلى تبنى سياسة وقائية قائمة على أسس علمية متكاملة تمثل خط الدفاع الأول فى التصدى لمشكلة المخدرات؛ خاصة من زاوية خفض الطلب، وذلك من خلال العناية بالجماعات المستهدفة أو الهشة، وحسن استغلال القنوات التعليمية والتربوية لتقديم المعلومات الصحيحة بالصورة الملائمة وفى المرحلة العمرية المناسبة.

بالنسبة لدور وزارة الإعلام فى الوقاية من التعاطى والإدمان

تتفاوت الآراء بشأن دور وسائل الإعلام فى الوقاية من التعاطى والإدمان، والإيجابيات التى يحققها والسلبيات التى قد تعتريه، حيث يرى البعض أن خطورة هذا الدور

الإعلامى تكمن فى تعريض فئات من الجمهور لثقافة التعاطى، وإثارة حب الاستطلاع لديهم لتجربة أنواع معينة من المواد المخدرة؛ الأمر الذى قد يفضى إلى نتائج عكسية فى مكافحة الظاهرة (مصطفى سويف، ١٩٩٦) .

الأمر الآخر الذى يمكن ملاحظته أيضًا هو التناقض فى الخطاب الإعلامى المعنى بمشكلة المخدرات، إما داخل الوسيلة الإعلامية الواحدة وإما بينها وبين غيرها من الوسائل الإعلامية الأخرى (منى الحديدى، ٢٠٠٨) .

وفى الوقت نفسه يغلب على الخطاب الإعلامى الطابع الانفعالى على حساب المعانى التى تدل على دراسة علمية للموضوع فى أى بُعد من أبعاده المتعددة.

من ناحية أخرى؛ يتسم الدور الإعلامى فى الغالب بالموسمية والعشوائية، والسطحية فى المعالجة دون الاعتماد على بيانات ومعلومات حديثة ودقيقة، وبالتالى لا تصل الرسالة إلى عقل المتلقى، ولا تنمى الذوق، ولا تنفر بالقدر الكافى.. ناهيك عن عدم التركيز على القيم الاجتماعية الإيجابية المطلوب استدعاؤها وتأكيدها فى الأسرة المصرية (عزة كريم وآخرون، ٢٠٠٦) .

كما يجب توخى الحذر عند تناول قضية التعاطى والإدمان من خلال الدراما التليفزيونية والسينمائية، حيث يجب إفساح المجال لعرض الآثار السلبية للمخدرات، وعدم تقديم صورة إيجابية للتاجر أو المتعاطى، وعدم تبرير تورطه فى هذا السلوك، لتجنب الاقتداء به أو التعاطف معه.. فالأفلام السينمائية ـ على سبيل المثال ـ لا تعالج القضية من منظور علمى، حيث تركز أغلبها على أن التعاطى يتم غالبا بدافع التسلية، أو التعود، وتحقيق المتعة المزاجية والهروب من المشكلات؛ الأمر الذى يصور سلوك المتعاطى وكأنه سلوك معتاد يوفر للشخص المتعة والتسلية، كما ينظر لذلك السلوك باعتباره المخرج الوحيد للتخلص من مشكلات الحياة؛ مما يضفى على التعاطى نتائج إيجابية أكثر منها سلبية (نجوى الفوال وآخرون، ٢٠٠٤) .

وبصفة عامة، ينبغى لوسائل الإعلام مراعاة عدة قواعد عند التصدى من الدرجة الأولى لظاهرة تعاطى المخدرات؛ منها :

- تقديم الحقائق الدقيقة دون تهويل أو مبالغة.
- تناول موضوع الإدمان من منظور الآثار وليس الدوافع، حتى لا يجد البعض فى هذه الدوافع ذريعة للتعاطى.
- أن يكون الحديث موجهًا إلى من تستهدفهم بالفعل وليس آخرين غيرهم.
- أن يكون مضمون الرسالة المقدمة ذا أساس علمى دقيق.

كما يجب أن "تتحاشى" وسائل الإعلام ما يلى :

- الترويـــــع.
- التهويـــــل.
- تعنيف المعايشين لخبرة التعاطى.
- الطرح الإعلامى للظاهرة دون معرفة كافية بملابساتها، حتى لا تفقد مصداقيتها، وتصبح آثارها عكس ما هو مطلوب منها (محيى الدين أحمد حسين، ٢٠٠٨) .

بالنسبة لدور وزارة الأوقاف فى الوقاية من التعاطى والإدمان

لا ينكر أحد حقيقة أن "التدين" أحد أهم عوامل التحصين ضد التعاطى والإدمان ومع ذلك يتضاءل دور وزارة الأوقاف فى مواجهة المشكلة، ويقف عند حدود التعاون مع صندوق مكافحة وعلاج الإدمان فى تدريب بعض الدعاة لأداء الدور المطلوب منهم فى هذا الإطار. علمًا بأن رجل الدين يُعد عنصرًا فاعلاً فى أى استراتيجية متكاملة لما له من دور فاعل فى خلق ثقافة العمل والإنتاج بين الشباب، وتقويم السلوك، وبث روح التفاؤل، وتيسير أمور الحياة فى إطار من السماحة والمحبة.

وتجدر الإشارة إلى أن الداعية المستنير يمتلك القدرة على سد منابع الانحراف أمام الشباب باعتبارها جزءا لا يتجزأ من رسالته، ويمكنه فى هذه الحالة - بعد أن ينال

التدريب الملائم فى المؤسسات العلمية المتخصصة ـ أن يكون خير معين للشباب على الاقتراب من منابع الفضائل والابتعاد عن الرذائل، ومن ثم تتكامل المعلومة العلمية مع الدعوة الدينية، ومن ثم أيضًا يتحدد المدخل العلمى والدينى للدعاة.

ومما يدلل على أهمية دور الداعية فى هذا المجال ما انتهت إليه دراسة مصطفى سويف (١٩٩٠ب) عندما قارن بين مجموعتين من مدمنى الأفيون المصريين الذكور، تلقى أحدهما علاجًا طبيًا ونفسيًا واجتماعيًا، فى حين تلقت الأخرى علاجًا طبيًّا مقرونًا بالوعظ الدينى، وتضمنت الدراسة تحليل مضمون أقوال رجال الدين الذين شاركوا فى العلاج الجماعى. وقد أسفر التحليل الكيفى لأحاديث رجال الدين عن مجموعة من المؤشرات منها تركيز معظم الأحاديث على أن تعاطى المخدر فعل مؤثم، وشرب الخمر خطيئة، واحتوت بعض الأحاديث على وصف لسلوك المتعاطين بأنهم عديمو المسئولية، وينسون الله والصلاة، ويفقدون كرامتهم، وقد يرتكبون الجرائم.. وكشفت الدراسة عن أن المتحدثين غير ملمين بالآثار السلوكية المختلفة للتعاطى، وأن المتحدثين لم تكن لديهم فكرة حول تصورات واعتقادات المتعاطين أنفسهم وما يتعاطونه وأن أسلوب الحديث متذبذب بين أسلوب رفيع لا يدركه المتعاطى، وأسلوب بسيط يتعامل مع المتعاطى كطفل.

بالنسبة لأدوار وزارات العمل، والصحة، والبيئة، والشباب والمؤسسات الأكاديمية والبحثية فى مواجهة التعاطى والإدمان

تقف أدوار معظم هذه الوزارات عند حدود سن القوانين المحددة للتعامل مع هذه المواد المؤثرة فى الحالة الجسمية والعقلية والنفسية، كما تؤدى وزارة الصحة دورًا كبيرًا فى إجراءات العلاج، والتعافى من الإدمان، والسياق الحالى لا يسمح بالحديث فى هذا الدور.

أما المجلس الأعلى للشباب والرياضة، فيكاد يكون دوره مقصوراً على تنظيم المهرجانات، والحملات المناهضة للتدخين والتعاطى والإدمان، وذلك على الرغم من أن فئات من الجماهير التى يتعامل معها مستهدفة، وتحتاج إلى برامج وقائية وفق سياسة طويلة المدى.

أما الجامعات المصرية؛ فقد أفرزت عدداً من الرسائل الجامعية التى تبحث فى مشكلة المخدرات، واكتفت فى مجال التوعية بعدد من الإجراءات فى مواجهة التعاطى والإدمان، من هذه الإجراءات توقيع بروتوكولات لمناهضة التدخين داخل الجامعة، وحملات التوعية بأخطار المخدرات وأضرارها. وغالبًا ما تتم هذه الشراكة مع صندوق مكافحة وعلاج التعاطى والإدمان، ومراكز البحث العلمى التابعة للجامعة، ويشرف على كل هذا "قطاع خدمة المجتمع وتنمية البيئة" بكل جامعة، وهى فى الغالب أنشطة موسمية لا تتناسب وحجم المشكلة فى المجتمع والجامعة.

خامساً: بالنسبة لدور الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى فى الوقاية من التعاطى والإدمان

تُعد الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى بمثابة رأس مال اجتماعى ومورد تنظيمى فى غاية الأهمية، يمكن أن يوظف فى مواجهة الطلب على المخدرات.. ومع ذلك فالجمعيات العاملة فى الميدان قليلة جداً، وتعانى معوقات عديدة يقلل من فعاليتها فى مواجهة موضوع التعاطى والإدمان.. من بين هذه المعوقات ما يلى :

- عدم الاهتمام الكافى من قبل المجتمع المدنى بشخصياته العامة والناشطين فيه بإنشاء الجمعيات الأهلية المعنية بمكافحة الإدمان.
- عدم توافر قواعد بيانات دقيقة عن الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى العاملة فى مجال الإدمان.
- ضعف البناء المؤسسى والتنظيمى لهذه الجمعيات.
- ضعف التمويل ومحدودية مصادره.
- ضعف التنسيق بين الجمعيات الأهلية والأندية العاملة فى مجال مكافحة الإدمان.

ولذلك فهذه الجمعيات يمكن أن تؤدى دوراً فاعلاً من خلال :

- تعديل قانون الجمعيات الأهلية.
- مشاركة رجال الأعمال بفاعلية فى العمل الأهلى خاصة فى مجال الإدمان.
- رفع كفاءة أداء القائمين على هذه الجمعيات والأندية فى التعامل مع جوانب مشكلة التعاطى والإدمان (انظر: نجوى الفوال وآخرون، ٢٠٠٤ ؛ ٢٠٠٨) .

وبعد هذه النظرة التقويمية نأمل فى إعطاء لمحة عن الوضع الحالى لانتشار المخدرات وتعاطيها فى مصر من واقع الدراسات والبحوث.

معدل انتشار تعاطى المخدرات فى مصر.. إلى أين ؟

تشير الدراسات التى أجريت فى إطار البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات فى مصر إلى تراجع معدلات انتشار المواد النفسية عبر فترات زمنية متباينة.

ففى دراسة قام بها الحسين عبدالمنعم (١٩٩٤) بهدف الإجابة عن سؤال أساسى مفاده : (ما الاتجاه العام لانتشار تعاطى المواد النفسية "التدخين، الأدوية النفسية، المخدرات الطبيعية، الكحوليات" بين الطلاب على امتداد خمسة عشر عامًا). وللإجابة عن هذا السؤال تتبع الباحث معدلات انتشار المواد النفسية بين تلاميذ الثانوى العام فيما بين عامى ١٩٧٨، ١٩٨٧على مستوى القاهرة الكبرى، وكذلك بين طلاب جامعتى القاهرة وعين شمس فيما بين عامى ١٩٨٣ – ١٩٩١، وانتهت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها :

- انتشار التدخين بين تلاميذ المرحلة الثانوية، وطلاب الجامعات انخفض بصورة ملحوظة.
- لوحظ أيضًا تناقص فى معدلات انتشار الأدوية النفسية والمخدرات الطبيعية والكحوليات.

وفسِّرت هذه النتائج فى ضوء عدد من المتغيرات التى قد تلعب دوراً فى هذا الانخفاض مثل معدلات الانتشار بين الأصدقاء والأقارب، والرأى فى تأثير المخدرات، وكذلك المصروف الشهرى للتلميذ، حيث إن الإجراءات الوقائية التى تحدثت عنها لم تكن موجودة بهذه الصورة خلال هذه الفترة.

كما أجرى مصطفى سويف (٢٠٠٧) مقارنة بين ثلاث عينات عبر عشرين عاماً، خلال الفترة من ١٩٨٣ : ١٩٩٠ : ٢٠٠٤ .

وخلص مصطفى سويف أيضاً إلى تراجع معدلات انتشار التعاطى عبر العينات الثلاث، حدث هذا التراجع أيضاً فى حالة وجود أقارب يتعاطون، وفى تأثير أو ضغوط الاقتران.. إلخ.

وفى هذا السياق؛ حاول الباحث تفسير التراجع فى معدلات التعاطى من خلال طرح عدد من الأفكار مثل قلة المعروض فى السوق من هذه المواد، وصدور القانون ١٢٢ لسنة ١٩٨٩ وما تخلله من تغليظ للعقوبات، وما أحاط بصدوره من حملة إعلامية اعتمدت أساساً على التنفير والتخويف، كما طرح فكرة التغير فى ثقافة المخدرات، أو العامل الاقتصادى ودوره فى ارتفاع أثمان هذه المواد النفسية جميعاً. وبعد مناقشة مستفيضة مشفوعة بتحليلات إحصائية إضافية على البيانات، انتهى إلى أن العامل الاقتصادى هو الأكثر قبولاً فى تفسير التراجع المتكامل فى جميع مواد التعاطى.

وتجدر الإشارة إلى أن الباحث لم يتطرق إلى دور جهود الوقاية بالصورة التى عرضناها نظراً لعشوائيتها، وعدم استنادها إلى المعايير العلمية، وعدم قدرتها على محاكاة التجارب العالمية فى مجال خفض الطلب على المخدرات. فجميع البرامج التى تتعامل مع موضوع المخدرات بشكل مباشر تراجعت، وحل محلها البرامج التى تتعامل مع المتغيرات الشخصية التى تدفع إلى التعاطى باعتبارها الوسيلة الآمنة للتحصين والحماية.

ومحاولة منا للإجابة عن السؤال الذى طرحناه من قبل، سنحاول المقارنة بين دراستين قام بهما البرنامج الدائم فيما بين ١٩٨٧ – ١٩٩٢ على تلاميذ المدارس الثانوية العامة الذكور على مستوى الجمهورية، وكانت معدلات الانتشار على النحو التالى :

جدول (١)
معدلات انتشار المواد النفسية فيما بين عامى ١٩٨٧ - ١٩٩٢

	عينة ١٩٨٧ (ن = ١٤٦٥٦) ٪	عينة ١٩٩٢ (ن = ١٢٩٦٩) ٪
سجاير	١٠ر٧٧	١٠ر٨
أدوية نفسية	٥ر٤٤	٥ر٢
مخدرات طبيعية	٥ر٩٤	٣ر٦٤
كحوليات	٢٢ر١٤	١٨ر٣

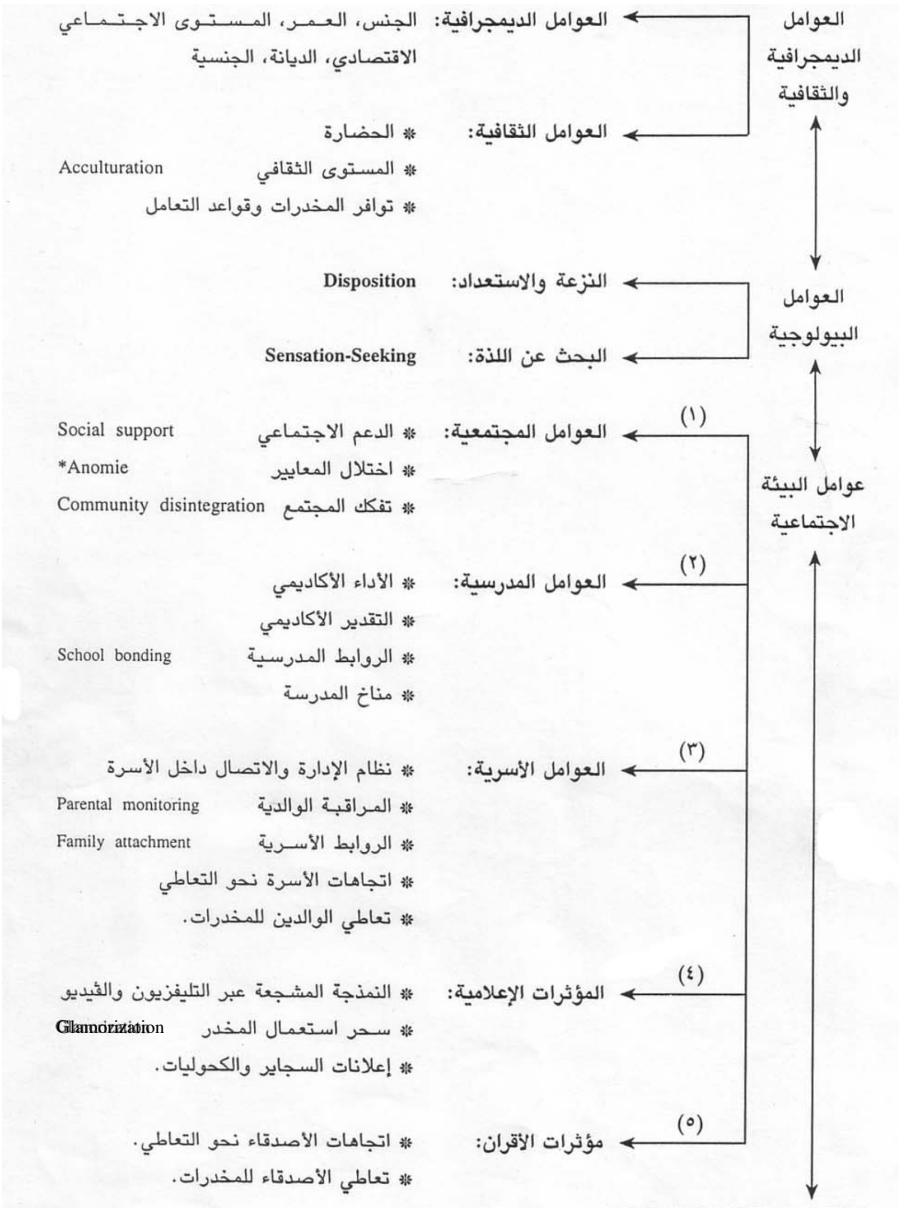
ويكشف الجدول عن استقرار فى تدخين السجاير، وتعاطى الأدوية النفسية، فى حين يشهد تراجعًا فى تعاطى المخدرات الطبيعية والكحوليات.

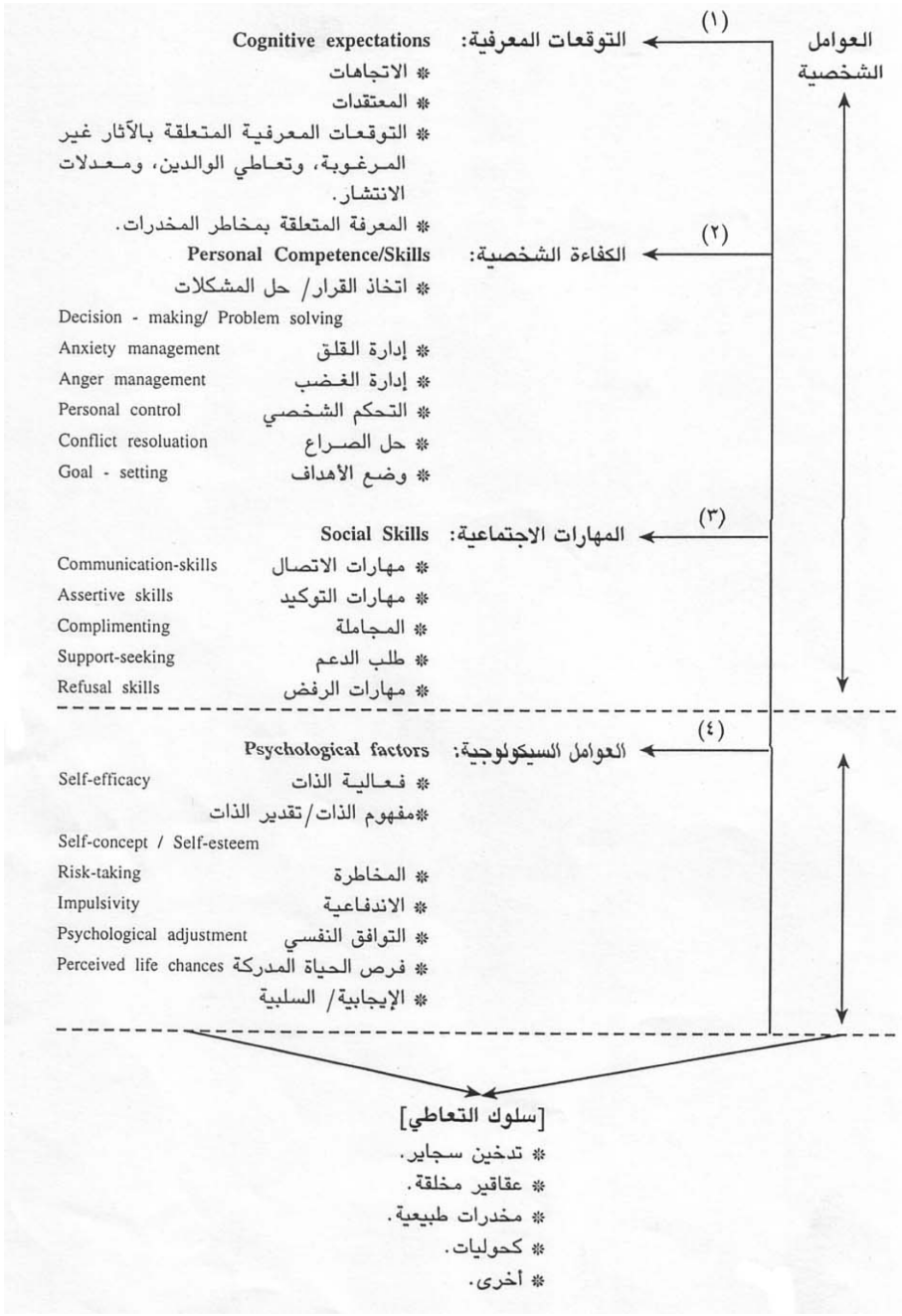
فى حقيقة الأمر؛ يحتاج هذا الانخفاض إلى مزيد من البحوث الميدانية باستخدام تكتيكات إحصائية تسمح برصد الأسباب الأكثر احتمالاً فى التفسير، حيث إن ظاهرة تعاطى المخدرات من الظواهر التى لا يمكن أن تقوم فى فراغ، ولا فى معمل علمى، ولكنها تقوم فى مجتمع له ظروفه التاريخية، والاجتماعية، والاقتصادية، والسياسية.. إلخ، وهى ظروف لابد من أخذها فى الاعتبار جنبًا إلى جنب مع نتائج البحوث العلمية، عند إصدار القرارات وبناء السياسات.

ويكفى أن نعرض فى هذا السياق لنموذج افتراضى يعرض لأهم العوامل المسئولة عن فعل التعاطى بين واقع تحليل لعدد لا يستهان به من الدراسات والبحوث .

العوامل المسئولة عن سلوك تعاطى المخدرات من واقع الدراسات والبحوث

نعرض فيما يلى لنموذج متكامل لسلوك تعاطى المخدرات، والذى يشتمل على مجموعة من العوامل المتشابكة التى من شأنها أن تزيد أو تخفض من احتمالية الانخراط فى سلوك المتعاطى.


العوامل الديمجرافية والثقافية
العوامل البيولوجية
عوامل البيئة الاجتماعية
العوامل الديمجرافية: الجنس، العمر، المستوى الاجتماعي الاقتصادي، الديانة، الجنسية
العوامل الثقافية:
* الحضارة
* المستوى الثقافي Acculturation
* توافر المخدرات وقواعد التعامل
النزعة والاستعداد: Disposition
البحث عن اللذة: Sensation-Seeking
(١) العوامل المجتمعية:
* الدعم الاجتماعي Social support
* اختلال المعايير *Anomie
* تفكك المجتمع Community disintegration
(٢) العوامل المدرسية:
* الأداء الأكاديمي
* التقدير الأكاديمي
* الروابط المدرسية School bonding
* مناخ المدرسة
(٣) العوامل الأسرية:
* نظام الإدارة والاتصال داخل الأسرة
* المراقبة الوالدية Parental monitoring
* الروابط الأسرية Family attachment
* اتجاهات الأسرة نحو التعاطي
* تعاطي الوالدين للمخدرات.
(٤) المؤثرات الإعلامية:
* النمذجة المشجعة عبر التليفزيون والفيديو
* سحر استعمال المخدر Glamorization
* إعلانات السجاير والكحوليات.
(٥) مؤثرات الأقران:
* اتجاهات الأصدقاء نحو التعاطي.
* تعاطي الأصدقاء للمخدرات.


العوامل الشخصية
(١)
التوقعات المعرفية: Cognitive expectations
* الاتجاهات
* المعتقدات
* التوقعات المعرفية المتعلقة بالآثار غير المرغوبة، وتعاطي الوالدين، ومعدلات الانتشار.
* المعرفة المتعلقة بمخاطر المخدرات.
(٢)
الكفاءة الشخصية: Personal Competence/Skills
* اتخاذ القرار/ حل المشكلات Decision - making/ Problem solving
* إدارة القلق Anxiety management
* إدارة الغضب Anger management
* التحكم الشخصي Personal control
* حل الصراع Conflict resoluation
* وضع الأهداف Goal - setting
(٣)
المهارات الاجتماعية: Social Skills
* مهارات الاتصال Communication-skills
* مهارات التوكيد Assertive skills
* المجاملة Complimenting
* طلب الدعم Support-seeking
* مهارات الرفض Refusal skills
(٤)
العوامل السيكولوجية: Psychological factors
* فعالية الذات Self-efficacy
*مفهوم الذات/تقدير الذات Self-concept / Self-esteem
* المخاطرة Risk-taking
* الاندفاعية Impulsivity
* التوافق النفسي Psychological adjustment
* فرص الحياة المدركة Perceived life chances
* الإيجابية/ السلبية
[سلوك التعاطي]
* تدخين سجاير.
* عقاقير مخلقة.
* مخدرات طبيعية.
* كحوليات.
* أخرى.

ويمكن الخروج من الشكل السابق رقم (١) بالدلالات التالية :

١ – لا يمكن تفسير سلوك التعاطى فى ضوء عامل واحد فقط، حيث إنه مرهون بمجموعة من العوامل المتشابكة، بعضها يزيد من احتمالية انخراط الفرد فى التعاطى، بينما يقلل البعض الآخر من هذه الاحتمالية (Botvin, 1998).

٢ – أن التفاعل بين العوامل البيولوجية والثقافية والاجتماعية هو المسئول عن تشكيل خبرات الفرد المعرفية (الاتجاهات، المعتقدات، التوقعات المعيارية)، ومهاراته العامة (مهارات إدارة الذات، المهارات الاجتماعية)، ومهارات مقاومة المؤثرات الاجتماعية (وسائل الإعلام، الأقران) (Botvin, 1998).

٣ – أن التفاعل بين مجموعة العوامل البيولوچية والثقافية والاجتماعية وبين خبرات الفرد ومهاراته، يفرز ما يسمى بالعوامل السيكولوچية (فعالية الذات، مفهوم الذات، المخاطرة، الاندفاعية، التوافق.. إلخ). وهى المسئولة بشكل مباشر عن سلوك التعاطى.

٤ – بما أن العوامل السيكولوچية هى المسئولة بشكل مباشر عن سلوك التعاطى، فإن التحكم فى مصدرها يؤدى إلى تعديل فيها. وبالتالى فإن التحكم فى مهارات الكفاءة الشخصية ومهارات المقاومة يستتبعه تعديل فى العوامل السيكولوجية الدافعة للانخراط فى سلوك التعاطى. ومن ثم فإن التدريب على بعض مهارات الكفاءة الشخصية (اتخاذ القرار/حل المشكلات/ إدارة القلق/ الغضب)، أو التدريب على مهارات المقاومة يزيد من كفاءة العوامل السيكولوجية فى مواجهة سلوك التعاطى (فعالية الذات، مفهوم ذات إيجابى، خفض المخاطرة، التروى، تحسين عملية التوافق)؛ كذلك فإن التعديل فى بعض جوانب البيئة الاجتماعية (المجتمع، والأسرة، ووسائل الإعلام، والأقران) يستتبعه أيضًا تعديل فى العوامل السيكولوچية المهيئة للتعاطى.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

عكاشة (أحمد) . (١٩٩٤) . الوقاية من الدرجتين الثانية والثالثة . القاهرة : الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩ – ٣٠ أكتوبر) .

الجمعية المركزية لمنع ومكافحة المخدرات . (١٩٩٩) . المخدرات تدمر الجسم والنفس والمجتمع، منشورات الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات، عدد ٥ .

عبد المنعم (الحسين) . (١٩٩٤) .الاتجاه العام لانتشار تعاطى المواد النفسية بين الطلاب على امتداد الخمسة عشر عامًا الأخيرة، القاهرة: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان، (٢٩ – ٣٠ أكتوبر).

عبد المنعم (الحسين) . (١٩٩٥) . التعاطى غير الطبى للأدوية النفسية بين طلبة وطالبات الجامعات المصرية، فى: مصطفى سويف وآخرين، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعات : دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد ٧. القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص ٢٠١ – ٢٥٦.

عبد المنعم (الحسين) . (١٩٩٩). تنمية مهارات حل المشكلات واتخاذ القرارات كمدخل لمقاومة الإدمان، مراجعة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ مساعد فى علم النفس (غير منشورة).

عبد المنعم (الحسين)، الحداد (أمين)، سويف (علاء) . (١٩٩٤) . مركز المعلومات عن المخدرات: ضرورة لرفع كفاءة المواجهة، القاهرة: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩ – ٣٠ أكتوبر).

كمال (آمال) . (٢٠٠٧) . دور المقررات الدراسية والإعلام فى تشكيل ثقافة المخدرات لدى الطلاب . القاهرة: المجلة القومية للتعاطى والإدمان، المجلد ٤، العدد ٢.

صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى . (٢٠٠٩) . نشرة لتوثيق أنشطة صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى، (خلال الفترة من إبريل ٢٠٠٩ : إبريل ٢٠١٠) .

شوقى (طريف) . (١٩٩٨) . توكيد الذات: مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية . القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

كريم (عزة)، مهنا (عطية) وآخرون . (٢٠٠٦). ثقافة تعاطى وإدمان المخدرات لدى طلاب مرحلة التعليم الأساسى. القاهرة: منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

عيد (فتحى محمد) . (١٩٨١). جريمة تعاطى المخدرات فى القانون المصرى والقانون المقارن. القاهرة: دار لوتس للطباعة والنشر.

لجنة المستشارين العلميين . (١٩٩١) . التقرير التمهيدى باقتراح استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان . القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

لجنة المستشارين العلميين . (١٩٩٢) . استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان: التقرير النهائى . القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

حسين (محى الدين أحمد) . (١٩٩٤) . إعادة التأهيل والدمج لمتعاطى المخدرات، القاهرة: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩ – ٣٠ أكتوبر).

حسين (محى الدين أحمد) . (٢٠٠٨) . الوقاية من تعاطى المخدرات وإدمانها فى فئاتها الثلاث، فى نجوى الفوال وآخرين: تعاطى وإدمان المخدرات بين الحقيقة والوهم . القاهرة : منشورات صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.

عويس (مسعد سيد) . (٢٠٠٤) . دور المؤسسات الرياضية والشبابية فى مواجهة الإدمان . القاهرة: مؤسسة سيد عويس للدراسات والبحوث الاجتماعية.

سويف (مصطفى) . (١٩٨٦) تعاطى المخدرات فى مصر: الحاجة إلى تحديد الأولويات. القاهرة: مجلة الطليعة، عدد فبراير.

سويف (مصطفى) . (١٩٩٠أ). الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات : خفض الطلب . القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

سويف (مصطفى) . (١٩٩٠ب) . الخبرة المصرية فى إطارها الحضارى . القاهرة: المجلة الاجتماعية القومية، المجلد ٢٧، العدد ٢ .

سويف (مصطفى) . (١٩٩٦) . المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية . الكويت: سلسلة عالم المعرفة، العدد ٢٠٥ .

سويف (مصطفى) . (٢٠٠٧) . تعاطى المخدرات بين شباب الجامعات:تغير معدلات الانتشار عبر العشرين سنة الأخيرة . القاهرة : المجلة القومية للتعاطى والإدمان . مجلد ٤، العدد ١.

الحديدى (منى) . (٢٠٠٨) . دور الإعلام فى تفعيل الاستراتيجية القومية لمواجهة مشكلة المخدرات. فى : نجوى الفوال وآخرين، الاستراتيجية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر: خطط وآليات التنفيذ، ضمن منشورات المؤتمر السنوى السابع لمكافحة الإدمان (١٥ – ١٦ يونيو).

الفوال (نجوى) . (٢٠٠٨) . ملامح الاستراتيجية القومية لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر، فى: نجوى الفوال وآخرين، الاستراتيجية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر: خطط وآليات التنفيذ، ضمن منشورات المؤتمر السنوى السابع لمكافحة الإدمان (١٥ – ١٦ يونيو).

الفوال (نجوى)، البغدادى (نسرين)، هلال (آمال)، عبدالمنعم (سهير)، كمال (آمال) . (٢٠٠٢) . ظاهرة المخدرات فى مصر: دراسة توثيقية وتحليلية للبحوث والدراسات الاجتماعية، (التقرير الثانى) . القاهرة : منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

الفوال (نجوى)، عدلى (هويدا)، سلامة (حسن)، عبدالعزيز (عزيزة) . (٢٠٠٣) . دور الجمعيات الأهلية وأندية الدفاع الاجتماعى فى مكافحة الإدمان . القاهرة: منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

الفوال (نجوى)، كمال (آمال)، عبدالعزيز (عزيزة) . (٢٠٠٤) . التناول السينمائى لظاهرة تعاطى وإدمان المخدرات (١٩٩٨ – ٢٠٠٢) . القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

الفوال (نجوى)، بسطامى (محمود) (٢٠٠٧) . نحو تفعيل دور اللامركزية فى مواجهة المخدرات: حلقة نقاشية. القاهرة : المجلة القومية للتعاطى والإدمان.

طه (هند) . (١٩٩٤). الوقاية الأولية: معناها وإجراءاتها . القاهرة : الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩ – ٣٠ أكتوبر).

عدلى (هويدا) . (٢٠٠٨) . دور العمل الأهلى فى تفعيل استراتيجية مواجهة المخدرات فى مصر، فى: نجوى الفوال وآخرين، الاستراتيجية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة المخدرات فى مصر: خطط وآليات التنفيذ، ضمن منشورات المؤتمر السنوى السابع لمكافحة الإدمان(١٥ – ١٦ يونيو).

Aremu, O.D. (1998). Counselling approaches for curbing drug abuse among youths, IFE - Psychologia: An International Journal, 6 (1), 165 - 172.

Banks, R.; Hague, A.; Timberlake, T. & Liddle, H. (1996). Effectiveness of social skills training with children: A meta – analytic study, Remedial & Special Education, 17(6), 370-376.

Barker, L.L. (1992). Problem solving techniques in adjustment, services, Vocational Evaluation & Work Adjustment Bulletin, 25 (3), 75 – 76.

Botvin, G. J. (1998). Preventing adolescent drug abuse through life skills training: Theory, methods, and effectiveness, In: Jonathan, C. (Ed.), Social Program That Work, (pp. 225 – 257), New York: Russell Sage Foundation.

Coleman, M.; Wheeler, L. & Webber, J. (1993). Research on interpersonal problem – solving training: A review. Rose: Remedial & Special Education, 14 (2), 25-37.

Collingwood, J. R. (1996). Physical fitness programming for prevention and treatment of adolescent substance abuse. In: J. R. Collingwood (Ed.). The Hatherleigh guide to treating substance abuse: The Hatherleigh guides series, vol. 8 (pp. 159 – 174) New York: Hatherleigh press.

Falco, M. (1990). Beating the next drug crisis, World Monitor, (pp. 46 – 56).

Flannery, D.J. & Torquati, J. (1993). An elementary School substance abuse prevention program: Teacher and administrator perspectives, Journal of drug Education, 23 (4), 387 – 397.

Gorman, D.M. (1998). The irrelevance of evidence in the development of school – based drug prevention policy, Evaluation Review, 22 (1), 118-146.

Grant, T.M.; Ernst, C. & Streissguth, A.P. (1999). Intervention with high risk alcohol & drug-abusing mothers: I. Administrative strategies of the Seattle model of paraprofessional advocacy, Journal of Community Psychology, 27 (1), 1 – 18.

Gropper, M; Liraz, Z.; Portowicz, D; Schindler, M. (1995). Computer integrated drug prevention: A new Approach to teach lower socioeconomic 5th and 6th grade Israeli children, to say no to drugs, Social Work in Health Care, 22 (2), 87 – 103.

Lafferty, L. (1998). Marijuana use prevention: The In – DEPTH model program, Journal of Psychoactive Drugs, 30 (2), 205 – 208.

Lamarine, R. J. (1993). School drug education programming: In search of a new direction, Journal of Drug Education, 23 (4), 325 – 331.

Li, J.; Zhu, H.; B.; Luo, J.; Li, J.; Yang, F.; Chen, L. And et al. (1997). Preventive education for drug abuse and HIV/AIDS infection in a college in Kunming, Chinese Mental Health Journal, 11 (2), 115 – 117.

LoSciuto, L.; Freeman, M.A.; Harrington, E.; Altman, B. & Lanphear, A. (1997). An outcome evaluation of the Woodrock Youth Development project, Journal of Early Adolescence, 17 (1), 51 – 66.

Miller, H.J.; Macphee, D. & Fritz, J.J. (1998). DARE to be you: A family support, early prevention program, Journal of Primary Prevention, 18 (3), 257 – 285.

Osterling, J. (1995). Is the message "Just say no to drugs" or "Say yes to life?" A drug abuse prevention curriculum for Bolivian high school students, In: Kirsch, H. W. (Ed.). Drug lessons & education programs in developing countries, (pp. 195 – 204) New Jersey: Transaction publisher.

Pirece, L.H. & Shields, N. (1998). The be a star community based after school program: Developing resiliency factors in high risk preadolescent youth, Journal of community psychology, 26 (2), 175 – 183.

Rollin, S. A.; Rubin, R.; Marcil, R. & Ferulla, U. (1995). Project KICK: A school-based drug education health promotion research project, Counselling Psychology Quarterly, 8 (4) , 345 – 359.

Scheier, L.M. & Botvin, G.J. (1998). Relations of social skills, personal competence, and adolescent alcohol use: A development exploratory study, Journal of Early adolescene, 18(1), 77 – 114.

Soueif, M.I.; El-Sayed, A.M.; Darweesg, Z.A. & Hannourah, M.A. (1982a). The extent of nonmedical use of Psychoactive substances among secondary school students in Greater Cairo, Drug and Alcohol Dependence, N0.9, 15 – 41.

Soueif, M.I.; Darweesg, Z.A.; Hannourah, M. A. & El-Sayed, A. M. (1982b). The nonmedical use of Psychoactive substances by male technical school students in Greater Cairo: an epidemiological study, Drug and Alcohol Dependence.

Sussman, S. (1996). Development of a school – based drug abuse prevention curriculum for high risk youths, Journal of Psychoactive Drugs, 28 (2), 196-182.

Tricker, R. & Connolly, D. (1996). Drug education and the college athlete: Evaluation of a decision - making model, Journal of Drug Education, 26 (2), 159-181.

Abstract

Getting Alerted Against Drug Abuse Harms
the Egyptian Experience

Hussein Abdelmoneim

In this article we discuss the Egyptian efforts made concerning preventive measures against drug consumption . Such efforts comprised a whole host of endeavors , formal as well as informal ; e.g.the standing project on drug abuse ; the commission of scientific advisors to the national council of drug abuse and addiction , a special fund for drug combat and rehabilitation of addicts…etc. Nevertheless, it should be stated, with all objectivity ,that all these endeavours are simply sat maids or even ignored . Neither ministerial authorities , non youth organizations make use of the wealth of meaningful information and high quality counsel that are left inset . Indeed governmental officers seduce their responsibility to signing protocol , while non governmental organizations launch seasonal offhanded efforts based on hearing rather than knowledge of any scientific work.