



مصر

وضعية المخدرات وسياسة مكافحتها

إعداد:

الدكتورة دلال عبد الوهاب
الأمينة العامة للصحة النفسية



مجموعة التعاون في ميدان مكافحة استهلاك المخدرات والاتجار غير المشروع بها

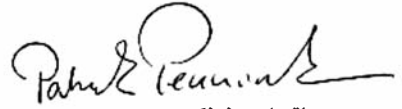


مقدمة

تنشر مجموعة بومبيدو سلسلة جديدة من "ملامح الدول"، ساعية إلى تحقيق هدف يتمثل في وصف وضع المخدرات والسياسات المتبعة في مجال المخدرات في الدول الأعضاء والبلدان التي تتعاون مع شبكاتها (الشبكة المتوسطية للتعاون في مجال المخدرات والإدمان (MedNET)، وشبكة جنوب أوروبا وشرقها). ويتمثل هدفها على المدى البعيد، في توفير قاعدة أولى للمساهمة في إقامة مرصد وطني في البلد المستهدف.

تفحص هذه الوثيقة، "ملمح البلد"، الحالة الراهنة للمخدرات وكذا السياسة المنتهجة من قبل مصر في مجال المخدرات. وهي توفر بذلك، تحليلاً وصفيًا يمكن المحترفين من دراسة طرق المعالجة والوقاية وكذلك الأمر بالنسبة لإنفاذ القانون في مصر. وبالإضافة إلى ذلك، فإن هذا التحليل يمكن من الحصول على نظرة عامة عن تأثير المخدرات في المجتمع، لكنه يمكن كذلك من الحصول على نظرة عن وضعية مستهلكي المخدرات. كما يعطي كماً من المعلومات عن الالتزامات المختلفة والعلاقات الدولية والعلاقات المقامة مع دول الجوار لمكافحة الإفراط في المخدرات والاتجار غير المشروع فيها. وتفيد الوثيقة في كونها امتداداً لتنفيذ السياسات الوطنية، وتبين النجاحات المحققة والدروس المستخلصة من مكافحة استخدام المخدرات والاتجار غير المشروع فيها.

أود أن أعرب عن امتناني لدائرة سياسات مكافحة المخدرات التابعة لرئاسة مجلس وزراء إيطاليا، على الدعم المالي الذي قدمته لإنجاز هذا الكتيب، وكذا للأمانة العامة المصرية للصحة النفسية. أشكر كذلك ماتيو دولاروشفوكو على توفيره نسخة أولية للتقرير وضمانه متابعة عميقة لهذا المشروع.



باتريك بينينكس
الأمين التنفيذي لمجموعة بومبيدو

شريك المشروع

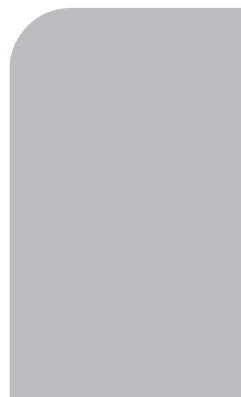
رئاسة مجلس وزراء إيطاليا، دائرة سياسات مكافحة المخدرات



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

الفهرس

3	مقدمة
4	شريك المشروع
5	الفهرس
7	المعلومات والبيانات ذات الصلة بالمخدرات
7	تمهيد
8	بيانات عامة عن مصر
11	الوضع العام للمخدرات
17	الإدمان في مصر (بإيجاز)
19	المؤسسات الوطنية لمكافحة المخدرات
19	نظرة موجزة عن وضعية مكافحة المخدرات
20	إنفاذ القانون والتشريع
20	التشريع في مجال علاج الإدمان
21	الوقاية
22	برامج علاج المدمنين بالإقامة
25	الحد من المخاطر
25	برامج التدريب المتوفرة
30	مكافحة الفساد وغسل الأموال
30	اتفاقية مكافحة الفساد
34	تفعيل العمل الدولي لمكافحة الإرهاب
35	اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة الدولية المنظمة عبر الحدود الوطنية وبرتوكولاتها الثلاثة
36	التعاون الإقليمي والدولي
37	توافر البيانات
37	المرصد الوطني للمخدرات في مصر
38	الآفاق بالنسبة لسنة 2014
44	الحاجات
45	الخاتمة
46	ببليوغرافيا



معلومات وبيانات بشأن المخدرات

تمهيد

سعيًا منها إلى تغيير نظرة المصريين للإدمان واعتباره مرضًا، وتوعيتهم بمبادئه العلاجية، أعدت الأمانة العامة للصحة النفسية بمصر والشبكة المتوسطية للتعاون في مجال المخدرات والإدمان (MedNET)، التابعة لمجموعة بومبيديو بالمجلس الأوروبي، مشروع بحث مشترك. وقد استهدف هذا المشروع الذي وضع تحت عنوان: "سد الثغرات: الاستجابة للحاجات في ميدان العلاج ومراكز العلاج في مصر"، النقاط التالية:

- تحديد الحاجات في مجال العلاج، ومصالح العلاج المتوفرة وكذا نقائص العلاج الممنوح.
- التأكيد على ضرورة إقامة شبكة في ميدان علاج المدمنين من أجل الضغط لإقامة تعاون بين جميع هيئات العلاج في مصر
- إعداد اقتراح تعديل المادة 122 من قانون 1989 المتعلق بالجانيين عند ارتباط الجريمة باستهلاك المخدرات أو الإدمان.

تتضمن أهم نشاطات هذا المشروع دراسة للوضع، وتقييما للحاجات، وسياسة الضغط التي تستهدف المحترفين العاملين في جميع تخصصات ميدان الإدمان، وكذا الجمعيات الأهلية غير الحكومية وأسر ضحايا الإفراط في المخدرات. وقد برمجت زيارتان دراسيتان في إطار نشاطات المشروع، يقوم بهما وفدان متعددا الاختصاص، يزور الأول المملكة المتحدة ويزور الثاني إيطاليا. وستمكن هاتان الزيارتان الدراسيتان من الاطلاع على إدارة مرافق الإدمان، والتعرض لنظام إحالة مدمنين من النظام القانوني على مرافق العلاج وزيارة المرصد الأوروبي للمخدرات.

ستساهم هذه المبادرة في إصلاح خدمات علاج الإدمان في مصر، وذلك:

- بجمع المهنيين وكل من ينشط في هذا الميدان مع بعضهم البعض الآخر،
- اقتراح تعديل القوانين الجارية المتعلقة بعلاج الإدمان
- تعزيز أنشطة التوعية والوقاية
- دعم المؤسسات العمومية والخاصة، فضلا عن خبراء العلاج الإكلينيكي قصد تصميم أدوات لتقديم صورة أوضح للمشكل الحالي واستهداف كل من الوقاية والإدارة بكيفية أكثر فعالية.
- ومن جانب آخر، ستوفر هذه الأنشطة أرضية ملائمة لحماية حقوق ضحايا الإفراط في استهلاك المخدرات والحد من وصمة العار التي تلاحق المستهلكين في أوساط المجتمع المصري.

بيانات عامة عن مصر

جمهورية مصر العربية	السنة		
86 895 099	2013		السكان
	2013	0 - 14	هرم الأعمار
% 18		15 - 24	
% 38,3		25 - 54	
% 6,6		55 - 64	
% 4,8		65 فأكثر	
% 1,88	2013		النمو السكاني
24,8 سنة	2013		متوسط العمر
6 700 دولار	2012		النتائج المحلي الإجمالي للفرد الواحد
% 13,5	2012		نسبة البطالة
% 24,8	2010	سنة 15 - 24	نسبة البطالة لدى الشباب بين 15 - 24 سنة
% 20	2005		نسبة السكان تحت عتبة الفقر
% 26,1	2012		نسبة الأمية
جمهوري			طبيعة الحكم

- المساحة: 1.001.450 كلم²
- العاصمة: القاهرة
- المجموعات العرقية: الحامية الشرقية (مصريون، بدو، بربر) 99 %، يونانيون، نوبيون، أرمينيون وأوروبيون آخرون (إيطاليون وفرنسيون بصفة أساسية) 1 %.

- اللغة: العربية (اللغة الرسمية): الانجليزية والفرنسية متداولتان في الأوساط المثقفة.
- الديانة: الإسلام السني هو الغالب 94 % (تقديرات رسمية)، المسيحية: الأقباط وغيرهم 6 % (تقديرات رسمية).
- الموانئ: الإسكندرية، الغردقة، أصوان، أسيوط، مرسى سفاجا، مرسى مطروح، بورسعيد، السويس، عين السخنة.
- متوسط العمر المتوقع عند الولادة: 67 سنة (رجال)، 71 سنة (نساء)
- أهم الصادرات: البترول، المواد البترولية والقطن.

من حيث عدد السكان

مصر أكبر بلدان الشرق الأوسط من حيث عدد السكان، وثالث بلد في إفريقيا (بعد نيجيريا وإثيوبيا). يتمركز غالبية السكان البالغ عددهم 86,8 مليون في المناطق الرئيسية الثلاث للبلاد، أي في القاهرة والإسكندرية وعلى طول ضفتي النيل إلى غاية الدلتا في شمال القاهرة، وعلى طول قناة السويس. وتعتبر هذه المناطق من أكثر مناطق العالم كثافة سكانية، بمعدل 1540 ساكنا في الكيلومتر المربع الواحد، مقابل متوسط قدره 86 ساكنا في الكيلومتر المربع الواحد في باقي مناطق البلاد الأخرى.

وبالإضافة إلى ذلك، هناك جماعات صغيرة متواجدة في مناطق مصر الصحراوية، تتمركز حول الواحات والطرق التاريخية التي اشتهرت بالتجارة والسفر. وقد حاولت الحكومة، وحققت نجاحا نسبيا، أن تشجع نزوح هذه الجماعات نحو الأراضي التي تحولت في الآونة الأخيرة، إلى أرض مروية، بعد اقتطاعها من الصحراء. لكن بالنظر إلى نزوح أعداد متزايدة من السكان نحو المناطق الحضرية، بحثا عن منصب شغل ومستوى معيشة أفضل، فإن عدد سكان المناطق الريفية في تناقص مستمر.

وفقا "لمعهد بيترسون للاقتصاد الدولي"، فإن البطالة الناجمة عن التزايد الحاد للسكان من فئة الشباب تكون المشكل الأساسي في مصر. وهكذا، فإن نسبة الأفراد الوافدين إلى سوق العمل تبلغ حوالي 4 % في كل سنة. ونسبة البطالة لدى الشباب الحائزين على شهادات تفوق نسبة عدد الذين لا يملكون شهادات بعشر مرات. وتمس هذه الظاهرة بصفة خاصة، شباب المدن المتعلمين الذين يكونون غالبية الأفراد المتظاهرين في الشوارع أثناء الثورة المصرية في سنة 2011. وبوجود نسبة تقارب 50,3 % من المصريين تحت 25 سنة من العمر، و4,8 % ممن تتجاوز أعمارهم 65 سنة، فإن سكان مصر من أكثر سكان العالم من حيث نسبة الشباب^{2,3}.

1 الساعة السكانية". الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

2 :Jump up Korotayev A., Zinkina J. Egyptian Revolution

A Demographic Structural Analysis. Entelequia. Revista Interdisciplinar 13 (2011): 139-169

3 التحديات الاقتصادية طويلة الأمد التي يجب أن تكسبها مصر"، سوق 1 فبراير 2011، استرجاع 1 فبراير 2011

يبلغ العدد الإجمالي لسكان مصر 86.895.099 نسمة (تقديرات يوليو 2014). ووفقا لما أوردته منظمة التعاون والنمو الاقتصادي (OCDE) والبنك الدولي، فقد ارتفع عدد سكان مصر بحوالي 23,7 مليون بين 1990 و2008، الأمر الذي يترجم نموا قدره 41 %⁴.

من حيث المساحة

مصر هي ثاني أكبر البلدان العربية من حيث المساحة بعد الجزائر.

تمثل المساحات المسكونة والمزروعة 4 % فقط من المساحة الإجمالية للبلاد. وتقع هذه الأراضي على طول نهر النيل الذي يجتاز البلاد من جنوبيه إلى شماله. وبأراضي البلاد قاحلة بصفة أساسية.

بذلت مصر جهودا معتبرة خلال العقد الأخير، لتحسين أراضيها. ويمثل تزويد المناطق القاحلة بالماء المشكل الرئيسي. لذلك، أصبحت مصر تولي أهمية أكبر لتطوير البنى التحتية، وتحسين تزويد البنى التحتية بالماء والكهرباء، وتوسيع شبكات النقل والاتصال اللاسلكي.

من حيث الاقتصاد

مصر هي ثاني أكبر الدول العربية من حيث الاقتصاد بعد المملكة السعودية.

يغطي على الاقتصاد المصري قطاع الخدمات الذي يضم الإدارة العمومية، ويمثل نصف الناتج المحلي الإجمالي تقريبا. كما تمثل السياحة وقناة السويس مصدر دخل هام للبلاد. وتولي الحكومة المصرية كذلك أهمية بالغة لقطاع الفلاحة، نظرا للمساهمة الكبرى لهذا القطاع في الاقتصاد الوطني. وهو يمثل حوالي 20 % من الناتج المحلي الإجمالي، وصادرات البلاد، وحوالي 34 % من مناصب الشغل. كما يساهم قطاع الزراعة في توفير الحاجات الغذائية للشعب المصري، ويمون الصناعة الداخلية بالمواد الأولية الزراعية. ويدعم التطور الصناعي من خلال التوسع الذي يحدثه في سوق السلع الصناعية مثل المبيدات والأسمدة الكيميائية والمعدات والآلات. ومن جهة أخرى، يقدم قطاع الزراعة مساعدة كبيرة في تمويل التطور الاقتصادي والاجتماعي من خلال رؤوس الأموال الصافية التي توفرها الزراعة للقطاعات الاقتصادية الأخرى.

يوجد كذلك قطاع غير رسمي واسع، يقدر أنه يمثل حوالي 30 % من النشاط الاقتصادي. لا شك أن الاعتماد الكبير على الدخل الناجم عن القطاع غير الرسمي قد ساهم في انتشار الفساد في مستويات عديدة من المجتمع والحكومة. غير أنه لا توجد تقارير عن مثل هذه التأثيرات في الإدارة العامة لمراقبة المخدرات المصرية.

توجد مصر في المرتبة العالمية العاشرة بعد المائة لمؤشر النمو البشري (2013). وما زالت لديها قطاعات واسعة من المجتمع تعيش حالة الفقر. وهكذا، فإن نسبة 20 % من المصريين تعيش تحت عتبة الفقر (تقديرات 2005)، في حين بلغت نسبة البطالة 13,5 % (تقديرات 2012). ولم تحقق نتائج الاقتصاد الكلي سوى فوائد محدودة للسكان بوجه عام.

الوضع العام للمخدرات

بينت دراسة أنجزتها الحكومة المصرية في 2003، أن مشكل المخدرات الذي يشمل المبالغ المالية المصروفة على المخدرات غير المشروعة ومصاريف الحكومة التي تستهلك في مواجهة هذا المشكل، يكلف الاقتصاد الوطني حوالي 800 مليون دولار سنويا.

تعتبر مصر بلد عبور بالنسبة لتهرب الهيروين والأفيون القادم من الجنوب الشرقي والجنوب الغربي للقارة الآسيوية، متجها إلى أوروبا وإفريقيا والولايات المتحدة. وهي بصفة خاصة، نقطة توقف للمهربين النيجيريين. وقد أصبحت مصدر انشغال كبير نظرا لتحويلها إلى موقع لغسل الأموال بسبب تساهل التنظيمات المالية وإنفاذها.

وفقا لما جاء في تقرير لوزارة الخارجية الأمريكية صدر في 2005، فقد كشف تحقيق مشترك بين وكالة مكافحة المخدرات الأمريكية والإدارة العامة لمكافحة المخدرات في نهاية 2004، مخبرا لإنتاج مادة المتيلين ديوكسي ميتامفيتامين (MDMA): الإكستازي، في عمارة سكنية صغيرة واقعة بالإسكندرية. وقد أدى اقتحام عناصر الأمن لهذا المخبر السري إلى القبض على أربعة أشخاص وضبط مواد كيميائية وغراء ومعدات. وكانت المرة الأولى التي يتم فيها اكتشاف مخبر سري لمادة (MDMA) في مصر وفي الشرق الأوسط كافة، حسب وكالة مكافحة المخدرات الأمريكية. ويمكن أن يكون هذا الاكتشاف مؤشرا لتوجه جديد يتمثل في إقامة مخابر للمخدرات التخيلية في المنطقة، نتيجة للتساهل الحاصل في تنظيم تجارة المواد الكيميائية. وقد تمت المصادقة على أول قانون متعلق بغسل الأموال، الذي يجرم غسل الأموال الناجمة عن الاتجار غير المشروع في المخدرات وجرائم أخرى عديدة، في 2002 ومنذ صدور هذا القانون، بلغت الضبطيات من الأموال ذات الصلة بالمخدرات ما يفوق ثلاثة ملايين جنيه مصري، أي 310 000 يورو. فتحت الإدارة العامة لمكافحة المخدرات في 2004، مكتبا جديدا مخصصا للتحقيقات المالية ومكافحة غسل الأموال.

ويشير التقرير الصادر عن وكالة مكافحة المخدرات الأمريكية في 2005 ذاته، أن القنب يزرع طيلة السنة في شمال سيناء وفي جنوبها، وكذا في صعيد مصر. في حين أن خشخاش الأفيون يزرع في جنوب سيناء في الفترة الممتدة من شهر نوفمبر إلى شهر مارس. ونظرا لكون التضاريس وعرة، فإن قطع الأرض التي تزرع فيها المخدرات غير المشروعة تكون صغيرة وغير منتظمة الشكل. تكافح الإدارة العامة لمكافحة المخدرات هذا الإنتاج، باستخدام المراقبة الجوية والمخبرين السريين لتحديد أراضي الزراعة غير المشروعة. وبمجرد تحديد أماكن هذه الزراعة، تقوم الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بعملية الإتلاف أثناء النهار، وتقضي هذه العملية بقطع النباتات وحرقها.

وعلى الإدارة العامة لمكافحة المخدرات أن تفعّل الآن برنامج إتلاف شامل بواسطة مبيدات الأعشاب.

من البديهي والأمر كذلك، أن هناك زراعة للقنب وخشخاش الأفيون في سيناء، مع احتمال توسع هذه الزراعة. ويبدو أن هناك توجها لزيادة هذه الزراعة في المزيد من المناطق النائية التي يصعب الوصول إليها. وفي الوقت ذاته، هناك تزايد في العدد الإجمالي للمناطق التي تم فيها اكتشاف هذه الزراعة غير المشروعة.

لا شك أن عوامل الفقر، والنمو الاقتصادي الضعيف، ونقص النشاط البديل المولد للدخل، وارتفاع نسبة البطالة، إضافة إلى قلة الوعي، قد شكلت أرضا خصبة ممتازة للزراعة غير المشروعة في سيناء. يكسب معظم بدو شبه جزيرة سيناء معيشتهم من تربية المواشي ومن نشاط زراعي محدود لا يكاد يضمن عيشهم. ويعيش القليل منهم من عائدات المجالات الاقتصادية الأخرى (النفط والتعدين والسياحة).

تشير البيانات المتعلقة بالإتلاف إلى وجود تأثير مضخم لكون الزراعات غير المشروعة تنتقل بين القطاعات المجاورة سعيا للهروب من جهود إنفاذ القانون. ويبدو أن هناك اتجاها لزيادة هذه الزراعة في أكثر المناطق النائية، لكونها تتميز بصعوبة وصول مصالح القمع إليها.

وفقا لدراسة أنجزت في مصر مع 106 483 شخصا، فإن نسبة الإدمان قد بلغت 3,7% ومن الممكن والأمر كذلك، أن نقدر أن عدد الأشخاص الذين يعانون من الإفراط في تعاطي المخدرات أو من الإدمان يبلغ 3,25 مليون شخص.

سن الإدمان في مصر

16 – 19 سنة	1,68 %
20 – 25 سنة	3,80 %
26 – 35 سنة	4,58 %
36 – 45 سنة	5,37 %
46 – 55 سنة	4,90 %
56 – 65 سنة	3,97 %
> من 65 سنة	1,40 %

نوع المخدرات المستهلكة في مصر

القنب	93,5 %
الكحول	22,6 %
المواد الصيدلانية	11,7 %
الأفيونات	7,2 %
المنشطات (أمفيتامين، كوكايين)	5,3 %
مذيبات متطايرة	0,31 %

المواد الأكثر استهلاكاً هي القنب ومشتقاته (93,5%)، ثم الكحول ومشتقاته (22,6%)، فالمواد الصيدلانية (11,7%)، فالأفيونات ومشتقاتها (7,3%)، فالأمفيتامينات (5,3%)، وأخيراً المخدرات التخليقية (0,31%).

إتلاف القنب وخشخاش الأفيون في سيناء مصر (بالمهكتارات، بيانات الإدارة العامة لمكافحة المخدرات 2004)

2004	2003	2002	2001	2000	
471	407	470	571	4200	قنب، بالفدان
154	80	36	58	86	خشخاش الأفيون، بالفدان

الضبطيات:

2004	2003	2002	2001	2000	
80 249	84 818,60	59 282,80	50 376	30 397	ماريخوانا (كـلـغ)
1 868	1 198	1 080	486	524	قنب (كـلـغ)
114	44,5	33	40	75	أفيون (كـلـغ)
31	26,66	55	38	37	هيروين (كـلـغ)
2,03	0,550	4,070	0,720	14,200	كوكايين (كـلـغ)
2.858	9.856	85.064	12.213	57.076	مؤثرات عقلية (أقراص)
6 194	3 725	785	7 080	3 372	إكستازي (أقراص)

عدد حالات إدانة المجرمين

2004	2003	2002	2001	2000	
32 506	32 488	26 955	27 498	27 898	عدد الحالات
34 415	34 638	28 602	29 140	29 612	عدد المدانين

الحدود

في 30 يونيو من عام 2003، تم ضبط شحنة من القنب وزنها 1150 كـلـغ في ميناء مصراتة بليبيا، بالتعاون مع الإدارة العامة لمكافحة المخدرات في مصر وليبيا. وقد تم ضبط هذه الكمية قبل دخول القنب إلى مصر.

إن الموقع الجغرافي لمصر يجعل منها نقطة عبور بالنسبة لإمكانات لتهرب الهيروين والقنب القادمة من مناطق الإنتاج الرئيسية في جنوب شرق آسيا باتجاه السوق الأوروبية. وتمثل الموانئ والمطارات وقناة السويس على الصعيد الدولي، النقاط الحساسة للعبور والتهرب في

مصر(الهيروين والقنب بصفة أساسية). غير أن متوسط الكميات المضبوطة يبقى معتدلاً بسبب نقص قدرات التصدي لهذه الشحنات ومنعها، لاسيما بمطار القاهرة، الذي يعتبر مركز عبور بالنسبة للتهريب نحو أوروبا. لذلك، فإن مصر تلعب دوراً هاماً بالنسبة للمسارات الجديدة لتهريب المخدرات إلى أوروبا.

تشير ضبطيات نبات القنب في مصر إلى وجد اتجاه ينذر بالخطر في هذا المجال. وقد ارتفعت كمية هذه الضبطيات في مصر، بنسبة 40 % بين 2003 و2004.

يدعو تقرير الإدارة العامة لمكافحة المخدرات لسنة 2004، وكذا أحكام المادة 12 من اتفاقية الأمم المتحدة لمناهضة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لعام 1988، إلى تعيين سلطة وطنية لمراقبة السلائف والمواد الكيميائية، ومنح التصريح باستيرادها وتصديرها، ومراقبة توزيع هذه المواد والوقاية من سوء استخدامها. وعليه، فقد عينت الحكومة المصرية:

1. وزارة الصحة والسكان (الإدارة المركزية للشؤون الصيدلانية – مصلحة المخدرات).
2. وزارة الداخلية (الإدارة العامة لمكافحة المخدرات).

المخدرات المستهلكة بشكل مفرط في مصر هي البانجو (نبات القنب) والحشيش (القنب).

أجرى مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة عدداً من دراسات التقييم السريع في مصر بالتعاون مع وزارة الصحة، وقد أنجزت آخر هذه الدراسات في شهر أغسطس 2004.

أكدت النتائج الأولى لهذه الدراسة تزايد الإفراط في استهلاك نبات القنب (البانجو). كما تشير هذه الدراسة، التي تتفق مع بيانات الضبط والزراعة، أن الاستهلاك المفرط للمخدرات يبدأ بين 15 و25 سنة. وأن تعاطي المخدرات هي بالأساس مشكلة الرجال في مرحلة العمر بين 20 و30 سنة، على الرغم من كون تعاطي النساء في تزايد مضطرد. كما أن سن مستهلكي نبات القنب (البانجو) في تناقص. يقدر عدد المدمنين على الهيروين بين 20 000 و30 000، غير أن مصدر هذه المعلومة غير محدد.

بينت الدراسة كذلك، أن هناك توجهاً مقلقاً لدى مستهلكي المخدرات، ويتمثل في المشاركة في استخدام المحاقن. في الوقت الذي نجد فيه أن العديد من المواد المستهلكة بإفراط في مصر، قد تحول إلى مواد يتم تعاطيها عن طريق الحقن.

بينت النتائج النهائية لدراسات التقييم السريع التي أجريت في شهر أغسطس 2004 في القاهرة الكبرى، أنه توجد في المنطقة جالية معتبرة من مستهلكي المخدرات الذين يعانون من مشاكل كبرى، وهم معرضون لخطر الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية.

معرفة انتقال فيروس نقص المناعة البشرية وسبل الوقاية منه محدودة. أشار معظم المستجوبين بأنهم اشتركوا في استخدام محاقن. كما أن أغلب الذين يتقاسمون المحاقن يقومون بذلك بصفة متكررة.

وعلى الرغم من أنه لا يبدو أن هؤلاء الأفراد ليس لهم شركاء كثيرون في مجال العلاقات الجنسية، فإن ممارساتهم الجنسية تتضمن مخاطر كبرى. فما يقارب نصف عينة الأشخاص النشطاء جنسياً، كانت لهم تجارب مع تجارة الجنس. ومن جهة أخرى، فإن الغالبية العظمى من هؤلاء الأشخاص لم يسبق أن استخدموا واقيات ذكورية. ولأن عدداً محدوداً جداً من الأشخاص المستجوبين لم يتلق أي علاج خاص بمشكلة الإفراط في تعاطي المخدرات. كما أن جميع الأشخاص المستجوبين تقريباً لم يجر لهم أي كشف عن فيروس نقص المناعة البشرية.

من المؤكد أنه قد تم توثيق القدرة على الانتشار السريع للفيروسات المتنقلة عن طريق الدم في أوساط الجماعات المستهلكة للمخدرات عن طريق الحقن، توثيقاً جيداً. والشروط الضرورية لمثل هذا الانتشار متوفرة بكل وضوح لدى جماعات مستهلكي المخدرات في محيط القاهرة الكبرى.

من جانب آخر، يمكن أن ينتقل وباء فيروس نقص المناعة البشرية في وسط مستهلكي المخدرات عن طريق الحقن في القاهرة الكبرى إلى باقي السكان عن طريق العلاقات الجنسية غير المحمية. فمن المستعجل والأمر كذلك، مواصلة تنفيذ إستراتيجيات الحد من المخاطر بما يضمن الوقاية من مثل الوباء.

من الضروري توعية مستهلكي المخدرات استهلاكاً إذا إشكال، بسبل الوقاية من انتقال الفيروسات الوبائية عن طريق الدم. فعلى سبيل المثال، يمكن تنظيم هذه التوعية من خلال عمليات توعية فعالة بواسطة الأقران. وعلاوة على ذلك، ينبغي حث مستهلكي المخدرات المحقونة على عدم استخدام معدات الحقن الملوثة، وذلك عن طريق الحد من الصعوبات التي تحول دون الوصول إلا معدات الحقن المعقمة. ويمكن تحقيق ذلك من خلال توعية متعاطي المخدرات عن طريق الحقن بمدى أهمية عدم تقاسم معدات الحقن، وتثقيف الصيادلة بفوائد توفير معدات معقمة لمستهلكي المخدرات المحقونة، ووضع برامج لتوزيع الإبر والمحاقن، سواء بمواقع ثابتة أو بالتعاون مع القائمين على خدمات التوعية.

من المهم تشجيع المدمنين وتوعيتهم بالسعي للعلاج، وبصفة خاصة، بتوسيع خدمات العلاج بما في ذلك علاج الاستبدال للمواد الأفيونية، وكذا بتوفير المعلومات الضرورية عن توفر هذا النوع من العلاج وفوائده.

ينبغي رفع نسبة اختبار الكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية في أوساط مستهلكي المخدرات. ويمكن تيسير ذلك بتبرية مستهلكي المخدرات وتوعيتهم بمخاطر فيروس نقص

المناعة البشرية، وفوائد الكشف المبكر عنه، والأماكن التي يمكن التوجه إليها لإجراء اختبار الكشف عن الإصابة بهذا الفيروس الخطير. وعلاوة على ذلك، من خلال إنشاء شبكة من مراكز الإرشاد والفحص الطوعي للكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية، وبتيسير الوصول للعلاج المضاد للفيروسات الرجعية للمصابين بمرض نقص المناعة البشرية، الأمر الذي يشكل عامل تحفيز للمتعاطين من أجل الخضوع لاختبار الكشف عن هذه الإصابة.

أخيراً، من الواضح أنه من الضروري السعي لتحسين مراقبة السلوك المحفوف بالمخاطر لدى أصحاب الاستهلاك الخطير للمخدرات بشأن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. ويمكن بلوغ هذا الهدف من خلال إقامة نظام إعلامي مندمج حول المخدرات، وإجراء تحقيقات ميدانية حول الانتشار المصلي وكذا تحقيقات آلية حول السلوك ذي المخاطر.

وفي هذا الصدد، يتعاون المكتب الإقليمي التابع لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة مع الإدارة العامة لمكافحة المخدرات على المستوى دون الإقليمي. ففي أراضي الحكم الذاتي الفلسطينية، ساعد برنامج مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة على تدريب موظفي قمع المخدرات ومكافحتها في مصالح إنفاذ قانون المخدرات المحلية. ومن أهم النشاطات المنجزة في إطار تحقيق هذا الهدف، نذكر جملة التدريبات التي تم إدارتها حول إنفاذ القانون. وقد سمحت هذه التدريبات التي أقامتها الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، بتدريب 120 ضابطاً من الإدارة الفلسطينية لمكافحة المخدرات بين 1998 و1999. وبالإضافة إلى ذلك، استفاد ستة ضباط فلسطينيين من تدريب خاص بالمدرّبين من المستوى العالي.

شاركت مصر في 1995، مع إسرائيل والسلطة الفلسطينية والأردن في استشارة فنية منظمة من قبل مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، حول مراقبة المخدرات على المستوى دون الإقليمي. كما شاركت مصر في الاستشارة الفنية على المستوى دون الإقليمي، التي نظمتها الهيئة الأممية ذاتها في شهر فبراير 1999، حول مكافحة المخدرات في الشرق الأوسط (المحور الأول). كما استضافت مصر الاجتماع الثاني الذي أقيم بالقاهرة في 13 و14 يوليو من السنة ذاتها، وضم كلا من سوريا ولبنان، والعربية السعودية، والأردن والدولة المنظمة مصر.

يقيم المكتب الإقليمي لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة علاقات ممتازة مع الحكومة المصرية، وهناك عدة مشاريع جارية حول الحد من العرض والطلب على المخدرات. وفي مجال الوقاية من الجريمة والعدالة الجنائية، هناك العديد من الأنشطة الرامية إلى مكافحة الفساد والإرهاب والهجرة السرية. كما أن هناك علاقات متينة وتعاون بين الوزارات المختلفة، مثل ما هو الأمر بين وزارة العدل والإدارة العامة لمكافحة المخدرات ووزارات الداخلية، والصحة والسكان، والتربية، وكذا المجلس الوطني للطفولة والأمومة. وعلاوة على ذلك، هناك العديد من الأنشطة الجارية بين المنظمات الحكومية والمنظمات الأهلية.

الإدمان في مصر (بايجان)

يبلغ عدد السكان في مصر 86,9 مليون نسمة، غير أنه لا توجد إحصائيات حكومية رسمية عن الإدمان أو عن تعاطي المخدرات في البلاد. تجري عدة هيئات، مثل الجامعات أو المركز الوطني للبحوث الاجتماعية والإجرام، الكثير من الدراسات الوبائية لتقدير مدى انتشار الإدمان في مصر. ولا شك أن أهم دراسة وبائية أنجزت في هذا المجال، هي تلك الدراسة التي حلت، بالإضافة إلى انتشار الإدمان، طبيعته وعلاقته بالمركبات الديموغرافية والاجتماعية، وهي الدراسة الميدانية الوطنية حول الإدمان التي أنجزتها الأمانة العامة للصحة النفسية منذ 1996⁵.

أنشئ صندوق لمكافحة المخدرات وعلاج المدمنين، وقام، بالتعاون مع كل من المركز الوطني للبحوث الاجتماعية والإجرام، والجامعات، والمجلس الأعلى للإدمان، والأمانة العامة للصحة النفسية، بإعداد الإستراتيجيات الوطنية لمكافحة المخدرات وعلاج المدمنين⁶.

بينت دراسات أن معدل عمر التعاطي الأول للمخدرات في تراجع، وأن الإدمان متفشي عند الرجال أكثر منه لدى النساء. بالإضافة إلى أن إدمان الكحول صار في تزايد مستمر خلال السنوات الأخيرة⁷.

بالإضافة إلى ذلك، نجد أن واحدا من 36 شخصا ممن يقل عمرهم عن عشرين سنة، قد جرب مرة واحدة على الأقل مادة يمكن أن تولد إدمانا. و 16 من هؤلاء الذين جربوا مخدرات غير مشروعة أصبحوا متعودين على تعاطيها، وأصبح أربعة منهم مدمنين^{8,9}.

شملت المرحلة الثالثة من الدراسة الميدانية الوطنية حول الإدمان التي جرت بين 2005 و 2007، ثماني (8) محافظات، تمثل 0,25 % من السكان المستهدفين. وقد أظهرت هذه الدراسة أن 9,8 % من المجموع قد استهلكوا مادة مولدة للإدمان مرة واحدة على الأقل. وتبلغ نسبة المستهلكين بصفة تجريبية 3,1 %، أما المستهلكون المنتظمون فيمثلون 4,8 %، في حين بلغت نسبة المدمنين 1,6 %.

5 حمدي أ. صبري ن، سدراك ا. رفعة و، (2011)، الدراسة الميدانية الوطنية حول الإدمان، التقرير النهائي، وحدة الدراسة التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية، وزارة الصحة، مصر

6 المرجع السابق ذاته

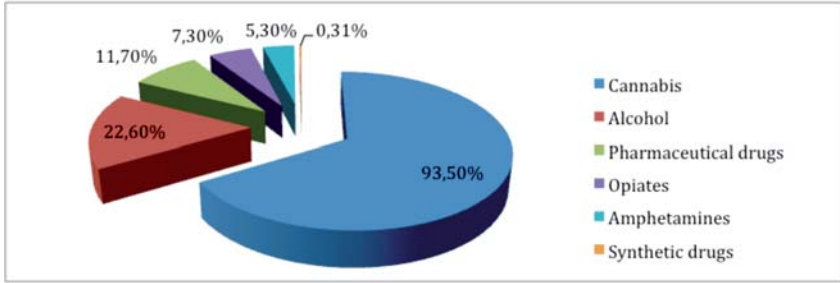
7 عكاشة، أ (2011)، تاريخ الصحة النفسية في العالم العربي. في صور من الطب النفسي: آفاق عربية (نشر: أ. عكاشة و. م. ماج) 1-20 رابطة العالم النفسية.

8 العقباوي، أس. (2000). غلافراط في المخدرات في العالم العربي: ملص مصر: في منشورات أ. عكاشة. ماج. م. صور من الطب النفسي، آفاق عربية ص 143-150

9 مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (1999): تعزيز مصلح العلاج والتأهيل لمستهلكي المخدرات في مصر، نيويورك: مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والوقاية من الجريمة.

أما المواد الأكثر استهلاكاً، فهي القنب ومشتقاته (93,5%)، فالكحول ومشتقاته (22,6%)، ثم المواد الصيدلانية (11,7%)، والمواد الأفيونية ومشتقاتها (7,3%)، والأمفيتامينات (5,3%) والمخدرات التخليقية (0,31%) (الشكل 1) ¹¹.

الشكل 1. توزيع المواد المولدة للإدمان في مصر



أنجزت المرحلة الرابعة من الدراسة الميدانية الوطنية في الفترة الأخيرة، حول الإدمان داخل محافظة واحدة (القاهرة، العاصمة). وقد أنهيت الدراسة ونشرت نتائجها محلياً.

استهدفت هذه الدراسة بصفة أساسية، الفئات الريفية والأوساط الاجتماعية والاقتصادية الدنيا في القاهرة. وقد أظهرت النتائج أن 7% من السكان الذين يبلغ سنهم 15 سنة فما فوق مدمنون. وبالنظر لاستهلاك مرة واحدة لإحدى المواد المسببة للإدمان، كانت نسبة الرجال للنساء، أكبر في القاهرة (2 إلى 1) منها في المحافظات الأخرى (13 إلى 1)، مما يشير إلى أن هناك تزايداً لمشكلة الإدمان بين الإناث في القاهرة.

ووفقاً لما أظهرته الدراسة الميدانية الوطنية حول الإدمان، يوجد على الأقل نصف مليون مدمن في القاهرة هم في حاجة للعلاج ¹¹.

حللت الدراسة كذلك العوامل الاجتماعية الديموغرافية ذات العلاقة بالإدمان. فعلى سبيل المثال، تبين الدراسة أن الدين له تأثير على استهلاك الكحول فقط (المسيحيون يستهلكون أكثر من المسلمين)، وأن استهلاك الكحول والمخدرات يكون أكثر لدى الفئات العمرية بين 20 – 45 سنة. كما لوحظ أن هناك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي وتعاطي المخدرات أو الإدمان. إذ نجد حالات إدمان أكثر لدى فئة العمال الديوين. في حين لم تتم ملاحظة أية علاقة بين الحالة الاجتماعية الفردية (الزواج والعزوبة) والإدمان.

10 حمدي أ. ممدوح، ر. سدرák أ. فتحي، ح. المروسي ت (2009)، الدراسة الميدانية الوطنية حول الإدمان، المرحلة الثالثة، وحدة الدراسة التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية، وزارة الصحة، مصر

11 حمدي أ. صبري ن، سدرák أ. رفعة و، (2011)، الدراسة الميدانية الوطنية حول الإدمان، التقرير النهائي، وحدة الدراسة التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية، وزارة الصحة، مصر.

المعلومات المتعلقة بالسكان المصريين في مجال الكحول والمخدرات شحيحة جداً، كما يبين ذلك كون أغلب أفراد العينة يرون أن تناول البيرة والقنب لا يؤدي إلى الإدمان¹².

المؤسسات الوطنية لمكافحة المخدرات

نظرة موجزة عن وضعية مكافحة المخدرات

لقد انضمت مصر إلى الاتفاقيات الدولية لسنوات 1961 و1971 و1988، المتعلقة بمكافحة المخدرات. وتعتبر القوانين المصرية بصفة عامة، متوافقة مع هذه الاتفاقيات. ويتم تحيين قوانين المخدرات الخاضعة للمراقبة بصفة دورية، طبقاً للتطورات الحاصلة في مجال تهريب المخدرات غير المشروعة واستهلاكها.

تشرف الإدارة العامة لمكافحة المخدرات التابعة لوزارة الداخلية على الجهود المبذولة لمكافحة المخدرات. والمديرية العامة لمكافحة المخدرات التي أنشئت في 1929، هي أقدم هيئات العالم المكلفة بمكافحة المخدرات.

يدير هذه الهيئة وكيل وزارة، ولها مكاتب اتصال في جميع المدن الكبرى، والمطارات، والموانئ. تقوم الإدارة العامة لمكافحة المخدرات بحملات للقضاء على القنب طوال السنة، وكذا بحملة وطنية سنوية للقضاء على خشخاش الأفيون. والإدارة العامة لمكافحة المخدرات عضو نشيط في المكتب العربي لشؤون المخدرات التابع لمجلس وزراء الداخلية العرب، الناشط في إطار الجامعة العربية. كما أنها تشارك باستمرار في اجتماعات لجنة المخدرات.

تواصل الحكومة المصرية السعي بكل صرامة، لتنفيذ إستراتيجية مكافحة المخدرات التي تم إعدادها في 1998. وتتعاون كل من الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، ووزارة الداخلية المصرية، وحرس الحدود، ومصالح الجمارك، والوحدات الخاصة العسكرية، مكونة فرقا خاصا مكلفة باعتراض شحنات المخدرات.

أعدت الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، في إطار مسعى وزارة الداخلية للتصدي لزراعة المخدرات في شبه جزيرة سيناء، بالاعتماد على تقريرها لسنة 2004، وبالتعاون مع قوات الأمن والجيش، خطة عمل ترمي لتحقيق الأهداف التالية:

- (I) إتلاف الزراعات غير المشروعة في المناطق الجرداء النائية
- (II) اعتقال المزارعين وحجز الأدوات المستخدمة في الزراعة
- (III) مهاجمة أماكن تخزين البانجو (نبات القنب) بعد جمع المعلومات عنها
- (IV) فرض رقابة مشددة على جميع المنافذ ومناطق التهريب في سيناء وفي محافظات أخرى.

شرعت الإدارة العامة لمكافحة المخدرات في الآونة الأخيرة، في تقدير الزراعة غير المشروعة ميدانياً. وتشير بيانات السنوات الماضية أن الكمية الإجمالية للنباتات التي تم إتلافها والتي تم ضبطها قد آلت إلى كميات تقدر بالهكتارات.

لا شك أن هناك جهوداً مبذولة من قبل الحكومة والقطاع الخاص، غير أن عراقيل مالية وتحديات لوجيستية تحد من فعاليتها.

إنفاذ القانون والتشريع

التشريع في مجال علاج الإدمان

على الرغم من أن تقرير الدراسة الميدانية الوطنية لسنة 2007، يشير إلى أن 8,5 % من الأشخاص المكونين للعينة من مستهلكي المخدرات: وتتراوح أعمار أغلبيتهم بين 15 و 25 سنة، فإن المدمنين يعتبرون كمجرمين وليس كمرضى يحتاجون إلى علاج.

خلال سنوات عديدة خلت، ظل المجتمع المصري ينظر إلى مستهلكي المخدرات ومدمنها على أنهم مجرمون، ولذلك، فقد عانى المدمنون المصريون من سوء التواصل بين النظام القضائي ونظام الصحة النفسية. لذلك، فقد أُحيل أغلب المدمنين على السجون بدلاً من تحويلهم إلى مراكز العلاج، على الرغم من أن القانون المصري يمنح القاضي الحق في الأمر بإحالة المدمنين على مثل هذه المراكز. وقد نجم عن هذا الوضع العديد من المشاكل الاقتصادية والاجتماعية والصحية في أوساط السكان المصريين.

ومن جانب آخر، أعدت الإدارة العامة للصحة النفسية قانوناً جديداً يركز على العلاج الطوعي. ومن يرفض ذلك من المدمنين يكون مسئولاً عن العواقب السلبية الناجمة عن السلوك الإدماني.

القانون رقم 71 لسنة 2009، بشأن رعاية المريض النفسي

لقد تغيرت خلال السنوات الأخيرة، إستراتيجيات العلاج سواء بالنسبة للإدمان أو العلاج النفسي. حيث برزت هذه التعديلات مع اعتماد القانون الجديد رقم 71 بشأن رعاية المريض النفسي، الذي اعتنى بالمسائل ذات الصلة بحقوق المرضى داخل مؤسسات العلاج النفسي، وكذلك الأمر بالنسبة لمتابعة إجراءات العلاج داخل هذه المؤسسات.

لا يغطي قانون الصحة النفسية بصفة واضحة التنظيم المتصل بالإدمان بشكل صريح. غير أنه يتناول الإدمان في سياق الاعتلال المشترك. لكن تمت مراجعة المذكرة التنفيذية (مدونة السلوك) للقانون المتعلق بالصحة النفسية قبل نهاية 2011، حيث أُدرج الإدمان ضمن الاضطرابات النفسية بشكل غامض، باعتباره أحد الاضطرابات النفسية.

القانون رقم 122 لعام 1989، المتعلق بالمخدرات

وفقا للمادة 37 من قانون العقوبات المصري، يمكن أن يحال المدمن على مرفق متخصص للعلاج بدلا من السجن. يبدأ هذا القبول الإجباري بستة أشهر ولا يتجاوز ست سنوات. وخلال هذه المدة تتم متابعة العلاج وتقييمه من قبل لجنة متعددة الاختصاص. غير أن هذه المادة من القانون غير معمول بها لأسباب تظل مجهولة.

اعتمدت مؤخرا قوانين قاسية ضد الاتجار غير المشروع في المخدرات وتعاطيها. وهكذا، يمكن إصدار أحكام مثل الإعدام والسجن المؤبد دون إمكانية الإفراج المشروط، وغرامات كبيرة يمكن أن تصل إلى 500 000 جنيه مصري. وقد نجمت عن هذه القوانين انعكاسات سلبية على قرار القضاة في إصدارهم أقصى الأحكام ضد المتهمين خوفا من عدم دقة الإجراءات.

هناك مادة من القانون المصري رقم 122 لعام 1989 المتعلق بالمخدرات، تنص على أنه قد يحال أي جاني على العلاج ضد إرادته، إذا ارتكبت الجريمة تحت تأثير المخدرات غير المشروعة.

وخلال السنوات الثلاث الأخيرة، سجن 3213 رجلا بسبب ارتكابهم مخالفات ذات صلة بالإدمان، وهذا العدد في تزايد مضطرب. وهناك كذلك ارتفاع كبير نسبته 30 % للسجينات المدمنات. بينما لا توجد سوى حالات قليلة تمت معالجتها وفقا لأحكام القانون رقم 122 لسنة 1989. إذ وجدت ثمان حالات فقط أثناء تنفيذ المشروع، أُلحيت على مستشفى الخانكة للصحة النفسية، خلال السنوات الخمس الأخيرة، اثنان منها في السنة الماضية. وقد تمت إحالة جميع هذه الحالات من قبل قاضي متحمس في إحدى محاكم الإسكندرية.

الوقاية

صندوق الوقاية والعلاج من الإدمان وتعاطي المخدرات

أنشئ هذا الصندوق لمكافحة الإدمان في عام 1991، طبقا للمرسوم الرئاسي رقم 46 لعام 1991، ولأحكام القانون رقم 122 لعام 1989. بادر الصندوق بحملة وبرنامج عمل يركز على خطة عمل الحكومة المتعلقة بالقضاء على مشاكل تعاطي المخدرات والإدمان في مصر.

على ضوء هذا الهدف، واجه صندوق الوقاية والعلاج من الإدمان وتعاطي المخدرات المشكلة من خلال البرامج والآليات، ساعيا إلى تطوير جميع المظاهر الجديدة والتطورات التي تحدث في سياق وقاية شباب مصر من الوقوع بين برائن تعاطي المخدرات وحمايتهم، مع مد يد العون لأولئك الذين وقعوا في هذا الفخ واعداتهم للنشاط والإنتاج كأعضاء فاعلين يشاركون في تطوير مجتمعنا.

يمثل صندوق الوقاية والعلاج من الإدمان وتعاطي المخدرات إحدى الآليات الرائدة لتنفيذ البرنامج الوطني للوقاية من التدخين وتعاطي المخدرات، والدعم وتوفير العلاج المجاني وتوفير خدمات إعادة التأهيل للمدمنين، بالتعاون مع الشركاء المعنيين.

يرتكز الصندوق على مبادئ أساسية مثل إشراك الشباب الفاعل في جهود الوقاية، ويركز على الفئات الأكثر عرضة لمخاطر الوقوع في مشكل الإدمان، مع وضع برنامج متكامل للتقييم والمتابعة. وعلاوة على ذلك، فإنه يركز على المنظمات ذات الصلة، ويستهدف الأسرة، باعتبارها مدخلا رئيسيا لحماية الشباب من أفة التدخين والمخدرات، بالاعتماد على تفاعل المجتمع.

الأهداف

- تنفيذ المخطط المعتمد من قبل المجلس الوطني لمكافحة الإدمان وعلاجه، من خلال:
 - تهيئة المصحات المتخصصة في علاج الإدمان وتجهيزها
 - إنشاء سجون خاصة بالمدانين بسبب جرائم أو مخالفات ذات صلة بالمخدرات
- تطوير برامج وطنية لتطبيق السياسات المسطرة من قبل المجلس الوطني لمكافحة الإدمان، من خلال:
 - تنفيذ برامج وأنظمة في ميدان مكافحة المخدرات وعلاج الإدمان، وتوفير الأجهزة والأدوات الضرورية لبلوغ أهدافها.
 - إنجاز بحوث ودراسات، ووضع برامج تدريبية، وبرامج ثقافية وأنشطة إعلامية، في مجال الوقاية وعلاج الإدمان وتعاطي المخدرات.
 - المساهمة في نفقات علاج المدمنين ومعيشتهم.
 - وضع برامج وأنشطة للرعاية اللاحقة للمدمنين ومتعاطي المخدرات بعد علاجهم وإعادة تأهيلهم.
- دعم المنظمات والجمعيات التي تنشط في ميدان الوقاية والعلاج والرعاية اللاحقة.

برامج علاج المدمنين بالإقامة

الأهداف

- اعتماد سياسة "الأبواب المفتوحة"
- استخدام تقنية (HIGHST) المخبرية
- التعاون مع الشركاء
- الاهتمام بعائلات المدمنين

النظرة

"جميع الأشخاص الذين تتأثر حياتهم سلبا بفعل تعاطي المخدرات يحصلون على مجموعة واسعة من الخدمات"

(مجموعة Treatnet)

المهمة

- توفير مجموعة متنوعة وفعالة وشاملة من خدمات العلاج المتطور تستجيب لحاجات المرضى، ومساعدة أسرهم
- توفير الإعلام للمجتمع المصري حول الإدمان.

يتضمن برنامج العلاج بالإقامة ما يلي:

- عيادات خارجية: التشخيص والتحفيز
- وحدة إزالة التسمم: علاج أعراض الامتناع
- وحدة إعادة التأهيل: الخطوات الأولى
- مركز العلاج النهاري، العودة إلى حياتك
- العلاج الخارجي والمتابعة، حافظ على المسار الصحيح

برنامج علاج الإدمان

- مرحلة إزالة التسمم (وحدة الملاحظة)
- مرحلة إعادة التأهيل (وحدة الاستشفاء)
- العلاج النهاري وبرنامج الرعاية اللاحقة (مركز العلاج النهاري)
- وحدة الملاحظة والرصد.

بعد استيفاء أوراق القبول، يتم قبول من هم في حاجة للعلاج في وحدة الملاحظة. يخضع المريض في هذه الوحدة لفحص طبي متكامل ولاختبارات روتينية. يتلقى المريض في وحدة الملاحظة علاجاً نفسياً وجسدياً. وعندما يتم التحكم في أعراض الامتناع، يعرض المريض على لجنة التقييم.

وحدات إعادة التأهيل

- بطلب من لجنة التقييم، يحول المريض إلى وحدة لإعادة التأهيل.
- يدوم برنامج وحدة إعادة التأهيل بين 30 و90 يوماً.
- ويتعلق بالتعاون النشط للمرضى مع فريق العلاج.
- يتخذ الفريق المعالج مقاربة بيولوجية نفسية واجتماعية، بما في ذلك الأنشطة الروحية.
- استكمالاً لبرنامج وحدة الملاحظة، يلتحق المريض بلجنة التقييم.

الخروج

- طبقا لطلب لجنة التقييم التي تفحص الحالة الاجتماعية والنفسية للمريض، يمكن أن يلتحق هذا الأخير ببرنامج العلاج النهاري أو برنامج المتابعة الخارجية.

برنامج العلاج النهاري

- يتطلب برنامج العلاج النهاري شفاء المريض من أعراض الامتناع وأن يبرهن على استقرار نفسي وجسماني.
- يتعلق برنامج العلاج النهاري بالوضع النفسي التربوي، وبالمهارات الحياتية، وحالات المخاطر العالية، إلى جانب التحفيز والدعم النفسي المستمر.
- يفغل العلاج النهاري خلال ستة أيام في الأسبوع.

الرعاية اللاحقة

- يدار برنامج الرعاية اللاحقة من قبل برنامج الملاحظة
- يتطلب الشفاء من أعراض الانسحاب مع استقرار نفسي وجسماني
- يلتحق المريض بالبرنامج خلال يومين في الأسبوع ويحضر حصص العلاج الفردي والجماعي.

الوحدات المشاركة في تطبيق برنامج العلاج

عمل كبير تنجزه وحدات تعمل في انسجام

(1) عيادات خارجية

- التشخيص
- الكشف المبكر
- المتابعة

(2) الوحدات الاستشفائية

- برنامج كلي لعلاج المدمنين داخليا (علاج في وسط الجماعة)

(3) مركز العلاج النهاري

- برنامج الوقاية من الانتكاسة للمرضى المتعافين
- الإرشاد السري والتربية النفسية

4) مخبر علم الأمراض السريرية

- كل اختبارات المخدرات وفحوص الكشف
- كل اختبارات الكشف عن الأمراض والعدوى المنقولة عن طريق الدم ذات الصلة بالمخدرات.

أخيرا

لا شك أن الكمال هو الطريق وليس المقصد، ففي كل يوم نواجه عقبة، وانتصارا أو نكسة، لكننا نتعلم دائما، ونحاول، مسلحين بالأمل.

الحد من المخاطر

لا يزال غير مطبق في مصر

برامج التدريب المتوفرة

1. المحتوى العلمي للدورات التدريبية للأطباء والأطباء النفسانيين المبتدئين حول علاج الإدمان

- برامج الوقاية من الانتكاسة وأهميتها (نموذج التطبيق العملي)
- العلاج الجماعي، المؤشرات، الديناميكيات، الأنواع والقيود
- جلسة للتطبيق العملي وتقييم نوع من العلاج الجماعي
- علاج بتقنية لعب الأدوار: الأساسيات، المؤشرات، والقيود
- جلسة علاج وفق تقنية لعب الأدوار وتقييمها

التدريب على طرق العلاج المختلفة

- العلاج وفق الطريقة الجدلية: المؤشرات، الأساسيات، القيود والتطبيقات النظرية
- العلاج بالتنويم المغناطيسي: المؤشرات والتطبيقات النظرية
- أمثلة من التطبيقات العملية.

الإدمان على التدخين

- أسباب الإدمان على التدخين، المظاهر وتأثيراتها. العلاج الدوائي والعلاج النفسي
- أنواع الاسترخاء الفني: المؤشرات والتطبيقات العملية
- أنواع أخرى من الإدمان: العلاقة بالإدمان على المخدرات، التشخيص التفريقي. الأهمية وكيفية التعامل مع: السرقة، الإدمان على الطعام، الإدمان على العمل، والدين، والجنس، والقمار، والتسوق عبر الانترنت.
- أنواع العلاج الصيدلاني المستخدم في علاج الإدمان: المؤشرات والقيود
- البرامج الوقائية
 - مفاهيم إعادة التأهيل: المميزات الفردية والبيئية
 - دور المرشد وسماته
 - معايير إدراج نموذج هارتر حول تقدير الذات
 - إستراتيجيات برامج الوقاية
 - نماذج البرامج الوقائية
 - التطبيقات العملية لبعض أنواع المهارات الحياتية.
- الجماعات العلاجية: المفهوم، السياق التاريخي والقيود
- البرامج الدينية: الأهمية والمحاذير. البرنامج في 12 خطوة
- مراكز العلاج: دورها، المفهوم والأهمية
- العلاج النهاري مقابل الإقامة الاستشفائية: أهميته ودوره. عرض بعض التطبيقات
- الحاجة إلى أنواع أخرى من العلاج وقيودها
- العلاج في السجون: خدمات الخطوط الهاتفية الإستعجالية والمراكز الوسيطة
- البرامج الاندماجية وأهميتها
- خطط العلاج وتقييم أنواع العلاج التأهيلي
- دراسة دور الأسرة وتفاعلها في إدارة الأزمات.

تقييم العلاج:

- مهارات إزالة السموم
- علاج الإدمان الاستعجالي
- الدراسة الميدانية: الحاجة إليها، استخدامها وقيودها
- الاختبارات المخبرية: أنواعها، معاييرها(التنظيم) وقيودها
- اختبارات القياس النفسي.

التدريب على المفاهيم الأساسية المتعلقة بالإدمان

- عرض مشكلة الإدمان في مصر، على ضوء الدراسة الوبائية الأخيرة المنجزة في مصر
- مفاهيم الإدمان وتشخيصه المبني على التصنيفات الدولية
- الإدمان وكيفية انعكاسه على مفاهيم العلاج
- سمات شخصية المدمن، تفهمه والعلاقة العلاجية
- المخدرات، تصنيفاتها وتأثيراتها النفسية.

نماذج من العلاج التأهيلي

- أسرة المريض واستثمارها في العلاج بالنظر للحالة الإكلينيكية للمريض
- أنواع العلاج الأسري ومدارسه
- تطبيقات: لعب الأدوار ونماذج لأسر
- العلاج المعرفي السلوكي: أساسيات وتطبيقات.

الإدمان في التخصصات الطبية المتنوعة

- تعاطي المخدرات في ميدان الطب الداخلي والجراحة وتطبيقاتها في العلاج
- الالتهاب الكبدى
 - الأنواع وطرق انتقالها في أوساط المرضى المدمنين
 - تأثير الالتهاب الكبدى على علاجه وعلى علاج الإدمان
 - الجوانب المالية لعلاج الالتهاب الكبدى وسبل الوقاية منه.
- نقص المناعة البشرية (الإيدز)
- المرض العقلي المصاحب: مراجعة برامج علاج حالات التشخيص المزدوج
- الإدمان والألم المزمن
 - الألم الجسماني
 - العلاج الدوائي بالمواد الأفيونية
 - صعوبات العلاج
 - إدارة الألم المزمن
 - العلاج النفسي
- علاج الاستبدال الدوائي
 - مفهوم تقليص المخاطر: أهميته والحاجة إليه
 - البدائل الصيدلانية: لكل آلية بديلة:
 - "مع ماذا" مقابل "ضد"
 - إمكانية تطبيق علاج الاستبدال في مصر.

التدريب في مجال مهارات العلاقة العلاجية

- أهمية الدافعية. خصوصيات كل مرحلة وضرورة فهم حاجات المريض
- مهارات الدافعية
- مهارات الاتصال، أساليب الإرشاد وأهميتها
- مهارات التدخل السريع
- أخلاقيات العلاقة العلاجية وأهمية الالتزام بها.

II. المحتوى العلمي لدروس التدريب الموجه لطاقم التمريض والعمال الاجتماعيين والمدمنين الذين أعيد تأهيلهم.

نماذج العلاج التأهيلي

- برامج الوقاية من الانتكاس، أهميتها، ونموذجها العملي التطبيقي
- العلاج الجماعي، المؤشرات، والديناميكية، والأنواع والقيود
- تطبيق بعض أنواع العلاج الجماعي وتقييمها
- العلاج بواسطة الدراما النفسية، الأسس، والمؤشرات والقيود
- تطبيق التقنيات العلاجية للعلاج بواسطة الدراما النفسية، تقييم الدورة.

برامج العلاج والمصالح العلاجية وخريبتها في مصر

- جماعات العلاج، المفهوم، والخلفيات التاريخية والقيود
- الروحانية مقابل البرامج الدينية، البرنامج في 12 خطوة
- مراكز العلاج: الدور والمفهوم والأهمية
- العلاج النهاري مقابل الإقامة الاستشفائية: الأهمية والدور، عرض بعض التطبيقات
- أنواع أخرى من العلاج، المؤشرات والقيود. العلاج في السجون، خدمات الهاتف الاستعجالي والمنازل الوسيطة.
- برامج الإدماج: مخططات العلاج، وتقييمها
- نظرة عامة على أنواع علاج التأهيل
- دراسة الأسرة وتفاعلها عند الأزمة

التدريب على برامج الوقاية

- مفاهيم الاسترداد، المميزات الفردية والبيئية. دور المرشد وسماته. معايير إدراج نموذج هارت حول تقدير الذات. إستراتيجية برامج الوقاية. دراسة نماذج من برامج الوقاية.
- مهارات الحياة اليومية وتطبيقات عملية
- أنواع أخرى من الإدمان وعلاقتها بخطة العلاج

التدريب على أساسيات الإدمان

- حدة مشكل الإدمان في مصر طبقا لنتائج الدراسات الوبائية الأخيرة المنجزة في مصر
- مفاهيم الإدمان وتشخيصاته المبنيّة على التصنيف الدولي.
- الإدمان باعتباره مرضا وانعكاسه على مفاهيم العلاج
- شخصية المدمن وفهمه وكيفية التعامل معه
- المخدرات: تصنيفاتها وتأثيراتها النفسية

التدريب على إدراج المريض ضمن الجماعة

- تقييم المريض داخل جماعته وخطة علاجه
- العلاج الانشغالي، أنواعه، إيجابيات وسلبيات كل نوع، وإمكانيات تطبيقه في مصر
- أفواج عمل
- العلاج بالرياضة: استخدامه في علاج المدمنين مع تطبيقات
- العلاج بالفن: استخدامه في علاج المدمنين مع تطبيقات
- كيفية إدماج المريض في الحياة وفي المجتمع. التعليم والأمية، العمل، الأسرة والعمل التطوعي. تطبيقات.
- علاقة المريض بالعنف والجريمة، وفقا للواقع المستنتج من الدراسات الوبائية المنجزة في العالم وفي مصر. مسألة التشغيل في خطة العلاج.

مكافحة الفساد وغسل الأموال

اتفاقية مكافحة الفساد

على الرغم من كون مصر قد رتبت في 2004 من قبل منظمة الشفافية الدولية في المرتبة 77 من مؤشر تصنيف مدركات الفساد بمعدل قدره 3,2 من 10 (1 الأكثر فسادا، و 10 الأقل فسادا)، فقد برزت مصر كبلد رائد في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في مجال تعزيز الإصلاحات في هذه المنطقة. ففي سنة 2002، تمت إدانة 48 عضوا من كبار المسؤولين الحكوميين بسبب الرشوة، والاختلاس وإساءة استغلال السلطة. وتمثل هذه المتابعات القضائية خطوة إيجابية نحو تعزيز سيادة القانون، وإبراز الحكم الراشد للمواطنين المصريين ومواطني بلدان المنطقة. وعلى الرغم من هذه الجهود، لا يزال الفساد منتشرا في القطاع العمومي والقطاع الخاص في مصر.

صادق مجلس الشعب المصري على اتفاقية مكافحة الفساد في ديسمبر 2004. وهكذا، فقد أودعت مصر وثيقة التصديق بتاريخ 25 فبراير 2005، لتكون البلد الثامن عشر (18) الذي يصادق على الاتفاقية.

قصد تعزيز مشاركة مصر في تنفيذ متطلبات اتفاقية مكافحة الفساد، نظمت وزارة العدل، بالاشتراك مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، والسفارة الفرنسية، ورشة تدريب وتوعية حول مكافحة الرشوة لمسؤولي العدالة الجنائية خلال صيف 2005. ولاشك أن التوعية والتعاون يندرجان في صميم مكافحة الفساد. كما يمثل تطبيق القوانين الوطنية لمكافحة غسل الأموال وتدعيمها جزءا أساسيا من مكافحة الفساد، وذلك من أجل التصدي للمعاملات المالية غير المشروعة التي يمكن أن تتم عبر القنوات المتعددة من قبل مسؤولي القطاعين العام والخاص، وتيسير استرجاع الأموال المسروقة من الخزينة العمومية.

لا تعتبر مصر مركزا ماليا إقليميا، وليس لديها قطاع مالي خارجي.

أدخلت مصر في نهاية سنة 2004، تعديلات ترمي إلى تبسيط اللوائح المالية، غير أن هذه التغييرات لم تحدث تأثيرا على مستوى الإجرام المالي. لا تزال مصر تعتمد الاقتصاد النقدي بشكل واسع، ولا تدخل العديد من المعاملات المالية في النظام البنكي إطلاقا.

في 2001، أصدر البنك المركزي المصري ومؤسسات التنظيم المالي عددا من المبادئ التوجيهية المتعلقة بمكافحة غسل الأموال، لاسيما التزامات "معرفة زبونك"، و"الإبلاغ عن المعاملات المشبوهة". ومع ذلك، فقد صنفت فرقة العمل المعنية بالإجراءات المالية مصر ضمن قائمة

البلدان والأقاليم غير المتعاونة، في يونيو 2001، وذكرت جملة من الأمور منها افتقار البلاد لقانون يجرم غسل الأموال تحديداً.

تواصل مصر إدخال إصلاحات جذرية وتحقيق تقدم في مجال تطوير أدوات فعالة لمكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب. وبفضل تفعيل توصيات فرقة العمل المعنية بالإجراءات المالية، فقد أزيلت مصر من قائمة البلدان والأقاليم غير المتعاونة منذ فبراير 2004.

في شهر مايو 2002، أصدرت مصر القانون المتعلق بغسل الأموال (القانون رقم 80 لعام 2002). يجرم هذا القانون غسل الأموال الناجمة عن الاتجار غير المشروع في المخدرات، والدعارة وغيرها من الأفعال المنافية للأخلاق، والإرهاب، وسرقة الآثار، والاتجار غير المشروع في الأسلحة، والجريمة المنظمة، وكذا العديد من النشاطات الأخرى. كما يلزم هذا القانون البنوك بالمحافظة على جميع السجلات لمدة خمس سنوات، ويضع الإبلاغ عن المعاملات المشبوهة من الشروط المفروضة على مجموع المؤسسات المالية، ويمنع فتح حسابات مالية رقمية. لم يبلغ هذا القانون التشريع المصري المتعلق بالسر البنكي، غير أنه يوفر التبريرات القانونية الضرورية لتقديم معلومات بنكية للمسؤولين المدنيين وللسلطات الجنائية.

ينص هذا القانون كذلك على إنشاء خلية مكافحة غسل الأموال باعتبارها وحدة الاستعلام المالي. وقد شرعت هذه الوحدة في القيام بمهامها رسمياً في الفاتح مارس 2003. وهي خلية مستقلة بميزانياتها الخاصة وفريقها الخاص. وهي تتمتع بالصلاحيات القانونية الكاملة لفحص جميع حالات الإبلاغ عن المعاملات المالية المشبوهة والقيام بجميع التحقيقات الضرورية بالتعاون مع نظرائها من وكالات إنفاذ القانون، بما في ذلك وزارة الداخلية. وتتعاون خلية مكافحة غسل الأموال مع جميع السلطات المسؤولة عن الإشراف وإنفاذ القانون.

يحدد المرسوم الرئاسي 2002/164، الصادر في شهر يونيو 2002، هيكل خلية مكافحة غسل الأموال، ومهامها وإجراءاتها. هذه الهيئة مسؤولة عن إنفاذ القانون المتعلق بغسل الأموال، بما في ذلك نشر المبادئ التوجيهية الصادرة عن السلطة التنفيذية. تأخذ الوحدة تعليماتها من مجلس مكون من خمسة أعضاء يديره وكيل وزارة العدل المكلف بقضايا التشريع. أما الأعضاء الأربعة الآخرون فهم مسئول سوق رؤوس الأموال، ونائب محافظ البنك المركزي المصري، وممثل الاتحاد المصرفي المصري، وأخيراً خبير في الشؤون المالية والمصرفية. في شهر يونيو 2004، تم قبول خلية مكافحة غسل الأموال ضمن مجموعة (Egmont) لخلايا الاستعلام المالي.

صدرت اللوائح التنظيمية الإدارية لقانون مكافحة غسل الأموال في شهر يونيو 2003 في مرسوم الوزير الأول رقم 2003/951. وقد فرت هذه اللوائح الأساس القانوني الذي تستمد منه وحدة مكافحة غسل الأموال سلطتها. بالإضافة إلى أنها تحدد الجرائم الرئيسية المرتبطة بغسل الأموال،

وتنشئ مجلس أمناء لإدارة الخلية، كما تحدد دور سلطات المراقبة والهيئات المالية، وترخص بتبادل المعلومات مع السلطات الأجنبية المختصة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن هذه اللوائح، من بين ما تقوم به، تخفض عتبة قيمة العملات الأجنبية المصرح بها عند الحدود، أي ما يعادل 10 000 إلى 20 000 دولار أمريكي، ويوسع إجبارية هذا التصريح إلى المسافرين الوافدين إلى البلاد أو المغادرين لها. غير أن السلطات لم تشرع بعد في تطبيق هذا الحكم.

على المستوى الإداري، يتحمل المدير التنفيذي لخلية مكافحة غسل الأموال مسؤولية عمل وحدة الاستعلام المالي وتطبيق السياسة التي يسطرها مجلس الأمناء. وتشمل مسؤولياته اقتراح الإجراءات والقواعد التي تتقيد بها مختلف الهيئات المعنية بمكافحة غسل الأموال، وتقديمها لرئيس مجلس الأمناء، ومراجعة اللوائح الصادرة عن سلطات الرقابة قصد جعلها متوافقة مع الالتزامات القانونية والتأكد من أنها محيثة، وضمان فعالية قاعدة بيانات الوحدة وجاهزيتها، وتبادل المعلومات مع الجهات الرقابية في الخارج، وتتصرف بصفتها نقطة الاتصال داخل الحكومة المصرية، كما تقوم كذلك بإعداد تقارير دورية وسنوية عن سير الوحدة، واتخاذ الإجراءات اللازمة بخصوص المعاملات المشبوهة الموصى بها لإبلاغها للنيابة العامة. استقبلت خلية مكافحة غسل الأموال منذ إنشائها 850 تصريحاً بمعاملات مشبوهة من قبل المؤسسات المالية (بزيادة حوالياً 560 تصريحاً عن 2004).

أصدر البنك المركزي المصري في شهر مارس 2004، تعليمات تلزم البنوك والمؤسسات المالية بوضع أنظمة داخلية بما يجعلها متوافقة مع القوانين المتعلقة بغسل الأموال.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن البنوك ملزمة بتقديم تقارير كل ثلاثة أشهر، تبرز مدى التقدم الذي أحرزته في مجال احترام مسؤولياتها بشأن مكافحة غسل الأموال. وقد قام البنك المركزي المصري بفحص مدى امتثال جميع البنوك العاملة في مصر، وأنجز هذا الفحص من قبل فريق خاص بمكافحة غسل الأموال يتكون من خمسة مفتشين تابعين للبنك المركزي. ويتمثل التقييم في استبيانات صادرة عن البنك المركزي وزيارات إلى عين المكان للتحقق من وجود هذه الإجراءات والأنظمة. وعلى ضوء هذه الدراسات، تصنف البنوك إلى ثلاث فئات: متوافقة تماماً، متوافقة جزئياً، وغير متوافقة. وإلى غاية اليوم، وجد أن بنكا واحداً فقط غير متوافق.

إذا وجد قصور ما، فإنه يتم إخطار البنوك المعنية بالتصحيات والتدابير الواجب اتخاذها، مع تحديد أجل أقصى لإدخال التغييرات الضرورية، وتتبع ببرنامج زيارات للتأكد من توافقيتها. وبالإضافة إلى الفحوصات الخاصة، فإن الامتثال للالتزامات مكافحة غسل الأموال من قبل البنوك، يخضع للتقييم كجزء من الفحوصات الدورية الشاملة التي يقوم بها البنك المركزي. ويخضع البنك المركزي كذلك مكاتب تحويل العملة وشركات نقل الأموال للرقابة الصارمة على الصرف الأجنبي، مع تدقيق حاد للحسابات التي تكون محل معاملات مالية تفوق حداً معيناً.

تشمل عقوبات البنك المركزي إصدار رسالة تحذير، وفرض غرامات مالية، ومنع البنوك من القيام بأنشطة معينة، واستبدال مجلس الإدارة، وإلغاء الترخيص الممنوح للبنك.

قامت سلطات السوق المالية، المسؤولة عن تنظيم أسواق الأوراق المالية، بمهمة تفتيش المؤسسات الموضوعية ضمن اختصاصها. تهدف عمليات التفتيش إلى شرح ومناقشة اللوائح والالتزامات المتعلقة بغسل الأموال، وكذا تقييم مدى تطبيق الإجراءات والأنظمة، بما في ذلك التحقق من وجود دليل الإجراءات الداخلية، وضمان تعيين ضباط الالتزام.

تنجز التحقيقات المتعلقة بغسل الأموال من قبل واحدة من الوكالات الثلاث المكلفة بإنفاذ القانون في مصر، تبعا لنوع الجريمة الأصلية المعنية. وفي هذا الصدد، أنشأت وزارة الداخلية، صاحبة الاختصاص العام في مجال القيام بالتحقيقات المتعلقة بجرائم غسل الأموال، دائرة خاصة بمكافحة غسل الأموال. وتتضمن هذه الأخيرة نقطة اتصال بخلية مكافحة غسل الأموال التي تتكفل بالتنسيق مع الدوائر الأخرى داخل الوزارة. تعمل دائرة مكافحة غسل الأموال أثناء التحقيق، بالتعاون الوثيق مع خلية مكافحة غسل الأموال. وقد أقامت قاعدة بيانات خاصة بها لتسجيل جميع المعلومات التي ترد إليها، بما في ذلك التصريحات المتعلقة بالعمليات المشبوهة، والمسائل الجارية، وتلك التي تمت معالجتها.

تتحمل سلطة المراقبة الإدارية بصفة خاصة، مسؤولية التحقيق في الحالات التي تتعلق بالقطاع العام أو الخاص أو بالأموال العامة. كما تقيم علاقات عمل متينة مع خلية مكافحة غسل الأموال طبقا لطبيعة التحقيق. وتلعب الوكالة الثالثة لإنفاذ القانون، وهي وكالة الأمن القومي، دورا مباشرا أكثر محدودية في مجال التحقيق في قضايا غسل الأموال. ذلك أن الوكالة تتدخل عندما يكون الجرم الأصلي خطيرا جدا أو يهدد الأمن القومي.

مصر عضو مؤسس لفوج العمل المالي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، وهي الهيئة الإقليمية التي تشجع أفضل الممارسات لمكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب في المنطقة. وفي نوفمبر 2004، انتخبت مصر لعهدتها مدتها سنة واحدة كأول نائب لرئيس فوج العمل المالي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، والتي دشنت في يوم 30 مارس بالحرين، من قبل 14 بلدا عربيا.

يتضمن التشريع الوطني المتعلق بمكافحة غسل الأموال الساري المفعول في مصر، النصوص التالية:

1. القانون رقم رقم 80 لعام 2002 المعدل بالقانون رقم 78 لعام 2003.
2. قانون البنك المركزي المصري رقم 88 لعام 2003.

تفعيل العمل الدولي لمكافحة الإرهاب

مصر بلد نشيط في مجال مكافحة الإرهاب على المستوى الوطني والإقليمي والدولي. وقد ظلت خلال عقود كاملة، تعاني من الإرهاب الداخلي والدولي. ومن المؤكد أن الهجمات الإرهابية وتمويل الإرهاب قد أعاققت نمو الاقتصاد والأمن القومي في البلاد. فالهجمات الإرهابية على الأقصر في 1997، وتفجيرات طابا الإرهابية في 2004، وتفجيرات القاهرة الإرهابية في 2005، قد بينت أن الإرهاب لا يزال موجوداً، وقد أدى إلى تعزيز جهاز الأمن الوطني. كما أوضحت هذه الهجمات أنه من الضروري تكثيف التعاون الدولي لمكافحة ظاهرة الشبكات الإرهابية العابرة للأوطان.

وبسبب المشاكل الخاصة بالإرهاب الداخلي، التي ما فتئت مصر تعاني منها منذ زمن طويل، فإن الحكومة المصرية تسعى إلى تكثيف التعاون الدولي لمكافحة الإرهاب وتمويله. كما أن الحكومة المصرية على استعداد للتعاون مع السلطات الأجنبية في مجال التحقيقات الجنائية.

وقد تفاعلت الحكومة المصرية بسرعة مع طلبات تجميد أصول الأموال التي قدمتها الولايات المتحدة، وتقوم باستمرار بمراقبة نشاط المنظمات غير الحكومية المحلية، والجمعيات الخيرية قصد استباق تمويل الجماعات الإرهابية في الخارج. صادقت الحكومة في 2002، على القانون المتعلق بالجمعيات الأهلية والمؤسسات المدنية (القانون رقم 2002/84)، الذي يحدد إجراءات إنشاء الجمعيات غير الحكومية، لاسيما نظامها الداخلي، ونشاطاتها وسجلاتها المالية. ويفرض هذا القانون قيوداً على تلقي الهبات الأجنبية التي لم تكن محل ترخيص مسبق من السلطات المختصة.

صادقت مصر على عشر من أليات الأمم المتحدة البالغ عددها 12 آلية، المتعلقة بالوقاية من الإرهاب الدولي والقضاء عليه. وطبقاً للقرار رقم 1373 الصادر عن مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة، فإن لجنة مكافحة الإرهاب تفرض على الدول، كل ما كان ذلك ممكناً، أن تصبح طرفاً في الاتفاقيات والبروتوكولات الدولية المتعلقة بالإرهاب. يمنح فرع الوقاية من الإرهاب التابع لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، بالتنسيق مع لجنة مكافحة الإرهاب، مساعدات بشأن التصديق على الصكوك وإنفاذها، وذلك من خلال المساعدة التقنية والإجرائية التي يقدمها.

على الرغم من المستوى الرفيع الذي تحتله مصر في مجال التصديق على صكوك الأمم المتحدة المتعلقة بمكافحة الإرهاب، لا تزال هناك اتفاقيتان من أهم الاتفاقيات لم تصدق عليهما مصر، وهما:

1. اتفاقية الحماية المادية للمواد والمرافق النووية.
2. الاتفاقية الدولية لقمع الهجمات الإرهابية بالقنابل

اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة الدولية المنظمة عبر الحدود الوطنية وبروتوكولاتها الثلاثة

تتزايد الأدلة المشيرة إلى العلاقة المتنامية بين الإرهاب والفساد والجريمة المنظمة. فمنذ التسعينات أصبحت الجريمة المنظمة تتجلى بوضوح وتتفاعل في الشبكات المائعة، وتؤدي إلى إنشاء شبكة عبر الحدود الوطنية للجريمة المنظمة في جميع أنحاء العالم. وعلى الرغم من أن الاتجار غير المشروع في المخدرات هو النشاط الرئيسي للإجرام المنظم، فإن الاتجار في البشر والأسلحة النارية والهجرة السرية، والأنواع المحمية، والممتلكات الثقافية والسلع الأخرى غير المشروعة، قد تحولت بسرعة إلى تجارة مربحة للغاية لهذه الشبكات، وولدت نزعة عالمية تنذر بالخطر وتهدد الأمن الدولي.

وقد تأثرت مصر أيضا تأثر من مظاهر شبكات الجريمة المنظمة. وهكذا، سمح تهريب المخدرات، الذي يستعمل مصر كنقطة عبور بين جنوب شرق آسيا وأوروبا وما بعدها، بتحديد التوجهات بشأن أنواع أخرى من التهريب في مصر. ومن جانب آخر، وعلى الرغم من كون مصر ليست بلد مقصد بالنسبة للسلع غير المشروعة، فإن كونها تستخدم كمنطقة عبور نحو مناطق أخرى من العالم، قد أدى إلى زعزعة الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي والسياسي.

صدقت مصر على اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة الدولية المنظمة عبر الحدود الوطنية والبروتوكول الرامي إلى الوقاية والقمع ومعاقبة الاتجار في البشر، لاسيما النساء والأطفال، الذي يكمل الاتفاقية المذكورة أعلاه، وأودعت صك التصديق بتاريخ 5 مارس 2004. وفي الفاتح مارس 2005، صدقت مصر على قبول البروتوكول ضد تهريب المهاجرين عن طريق البر والجو والبحر، الذي يكمل كذلك الاتفاقية المذكورة أنفا. أما البروتوكول الثالث الملحق بهذه الاتفاقية، المناهض للصناعة غير المشروعة للأسلحة النارية وقطع غيارها، وعناصرها وذخيرتها، والاتجار غير المشروع فيها، فلم يتم إمضاؤه أو التصديق عليه من قبل مصر.

تم إنجاز تقييم معمق بخصوص حدة الاتجار في البشر والمهاجرين غير الشرعيين في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في 2005 - 2006، من قبل المكتب الإقليمي لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.

من الضروري أن تسعى مصر لإحراز المزيد من التقدم في هذا الميدان كي تكافح الجريمة المنظمة عبر الحدود الوطنية بكيفية شاملة وفعالة.

التعاون الإقليمي والدولي

الشركاء في المهمة

- منظمة الصحة العالمية



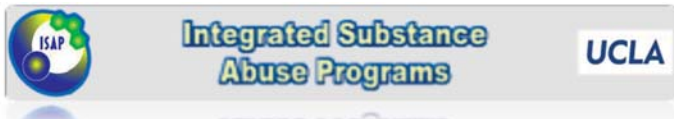
- مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة



- المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية في مصر



- UCLA Integrated Substance Abuse Programs



توافر البيانات

المرصد الوطني للمخدرات في مصر

(حاليا في طور التحضير)

برزت فكرة الشروع في إنشاء مرصد وطني مصري للمخدرات منذ عدة أشهر، غير أنه كان من الصعب إيجاد النموذج الملائم. وقد قدم كل من مجموعة بومبيدو والمجلس الأوروبي مساعدتهما بتوفير عدة نماذج كأتملة محتملة لانطلاق هذا المشروع في مصر، من خلال تنظيم عدد من الزيارات الدراسية واللقاءات مع خبراء في هذا الميدان.

في شهر يونيو 2011، سافر وفد مصري إلى باريس لزيارة المرصد الفرنسي للمخدرات، باعتباره أحد النماذج في هذا الشأن. كانت هذه الزيارة تهدف إلى فهم سير هذا المرصد، ونوع المعلومات التي ينتجها، وهيكله التنظيمي، وكذا المسائل التشريعية المرتبطة بإنشاء مرصد للمخدرات. وبهذه المناسبة، أطلع مدير المرصد ونائبه الوفد المصري على تجربتهما في هذا المرصد، وناقشا الجوانب التي تميز المرصد الفرنسي عن غيره من المراصد الأوروبية الأخرى. وتلقى الوفد نسخة من التقرير السنوي الفرنسي كمثال عن نوع التقارير والمعلومات الواجب إنجازها من قبل مراصد المخدرات.

ويعد عودته إلى مصر، عمل الفريق المكلف بالمشروع على إعداد خريطة معلومات خاصة بمصر. والهدف من هذه الخريطة هو جمع كل المؤشرات المطلوبة من قبل المجلس الأوروبي ومجموعة بومبيدو، الذي ينبغي أن تشملها التقارير السنوية للمخدرات. كما ستوضح هذه الخريطة مجالات النقص في البيانات المطلوبة في أي تقرير ينبغي إعداده مستقبلا من قبل المرصد. وقد تم إعداد بطاقة بيانات لمختلف مؤشرات العرض والطلب على المخدرات، الضرورية المكتملة للتقرير، والتي تساعد المرصد في القيام بمهامه. تم تجريب بطاقة البيانات هذه، كعملية نموذجية في أحد المستشفيات (مستشفى هيليوبوليس)، كمرحلة تجريبية تمكن من حل المشاكل التي يمكن أن تعترض المشروع. وتجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من كون بطاقة البيانات مستوحاة من النموذج الفرنسي، فقد تم تكييفها لتلائم مع الثقافة المصرية ولتستجيب أكثر لنوع الإدمان الموجود في أوساط الجماعات المصرية.

في الأخير، تم تحويل بطاقة المعلومات إلى نظام رقمي يمكن المستشفيات من إدخال معلوماتها مباشرة في قاعدة بيانات أنشئت خصيصا لهذا الغرض. كما تم تدريب موظفي كل المستشفيات التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية، وطلب منهم استعمال هذا النظام الرقمي ابتداء من يناير 2012 لإدخال بيانات المرضى المعنيين. وسيستقبل هذا النظام كل البيانات التي يتم إدخالها والتي ستكون ضرورية لإنشاء المرصد في القريب العاجل.

وقصد توفير المساعدة لعمل المرصد والضغط على الشركاء من القطاع الخاص كي يشعروا في إدخال البيانات في هذا النظام واستخدامه، سيتم إنشاء لجنة علمية خاصة بهذا الموضوع. وفي المرحلة الأولى، سيقوم مستشفى جامعي، ومستشفى خاص، وجمعية أهلية تنشط في مجال رعاية المدمنين، باستخدام قاعدة البيانات هذه، لإدخال المعلومات الضرورية المتعلقة بمرضاها. وسيتمكن هذا المشروع النموذجي من الإحاطة بمشكلة الإدمان بكيفية دقيقة و متعددة القطاعات، مع إحداث الضغط الضروري لتصبح عملية إدخال البيانات في هذا النظام إجبارية على الجميع.

الآفاق بالنسبة لسنة 2014

خطة إدارة علاج الإدمان لسنة 2014

الرؤية

السعي لجعل مصر رائدة في مجال احترام المقاييس الدولية المتعلقة بالعلاج والوقاية، قصد تفادي تفاقم مشكلة الإدمان.

المهمة

توفير خدمات علاج ووقاية ذات مستوى عال، تأخذ في الحسبان البرامج العالمية المستخدمة في العلاج وتستند على الرؤية المصرية بمشاركة مختلف مقدمي الخدمات. كما تأخذ في الحسبان التغيرات الحاصلة في أساليب الاستهلاك وظهور توجهات جديدة مثل انخفاض سن أول تعاطي (حيث انخفض هذا السن إلى غاية 11 سنة).

أما العوامل الأخرى التي ينبغي أخذها في الحسبان، فهي الفئات الاجتماعية المختلفة والنوع الاجتماعي، المبنية على البيانات المستقاة من حقل البحوث المنجزة من قبل الإدارة العامة للصحة النفسية. وبالإضافة إلى ذلك، هناك اعتبارات أخرى في حاجة إلى الأخذ في الحسبان، هي المشاكل المصاحبة والتداخل بين الأطراف التي تتعامل مع محورين أساسيين، هما العرض والطلب في السوق وضرورة تكييف التعديلات القانونية قصد تسهيل أداء الخدمة.

كما ينبغي الأخذ بعين الاعتبار عدم وجود القوى العاملة المتخصصة اللازمة للعلاج والوقاية، الأمر الذي يتطلب تدريب الموظفين الجدد.

دراسة الوضع الحالي

1. تستند هذه الدراسة على نتائج البحث الوطني حول الإدمان الذي أجري بالقاهرة تحت إشراف الأمانة العامة للصحة النفسية.

- المخدرات الأكثر استهلاكاً هي: القنب، متبوعاً بالمواد الأفيونية (الترامدول والهيريون)، ثم الكحول، فالمهدئات، فالأدوية الصيدلانية، فالمنشطات (الأمفيتامينات)، وأخيراً المذيبات المتطايرة.
- الانتشار
 - استهلاك مرة واحدة على الأقل: 32,24 % في القاهرة
 - استهلاك وعمل تحت تأثير المخدر: 17,7 %
 - استهلاك وعمل تحت تأثير المخدر وإدمان (زيادة الجرعة): 8,1 %
 - استهلاك وعمل تحت تأثير المخدر وإدمان (زيادة الجرعة) مع وجود أعراض الامتناع (إدمان): 7,2 %
- الفئات العمرية
 - بين 15 و19 سنة 10,7 %
 - بين 20 و25 سنة 14,4 %
 - بين 26 و35 سنة 15,2 %
 - بين 36 و45 سنة 13,6 %
 - بين 46 و55 سنة 11,4 %
 - بين 56 و65 سنة 7,9 %
 - أكثر من 65 سنة، 8,5 يتعاطون المخدرات بصفة منتظمة.

2. وفرت الدراسة للأمانة العامة للصحة النفسية بيانات مفصلة.

عدد المرضى الذين دخلوا المستشفى في سنة 2010 بلغ 3216، بينما كان عددهم في 2011 مساوياً 3126 (3081 ذكور و45 إناث).

- عدد الأسرة المخصصة لعلاج المدمنين 472 سريراً متوفرة في 11 مستشفى ومركز علاج.
- هذه الأسرة موزعة إلى 460 سريراً للرجال و12 سريراً للنساء.
- 9 مستشفيات تتوفر على مصلحة خاصة لعلاج الإدمان، في حين يخص العدد الباقي لخدمة الاضطرابات النفسية الأخرى.
- هناك مستشفى واحد (هليوبوليس) ومركز، مخصصان حصراً لخدمات علاج الإدمان.
- لا توجد مصالح خاصة بالنساء ضحايا تعاطي المخدرات.

نقاط القوة

- هناك سلوك عام في البلاد متجه نحو تعزيز مكافحة الإدمان ومساعدة المنظمات الأهلية.
- وجود مستشفيات تضمن تقديم خدمات من مستوى عال (مستشفى المعمورة ومستشفى المطار).

- مركز تدريب دولي: مستشفى المطار معترف به دوليا في هذا المجال.
- وجود إدارة خاصة بالإدمان.
- وجود مراكز متخصصة في علاج الإدمان.

نقاط الضعف

- تزايد عرض أنواع المخدرات المختلفة
- وجود عدد محدود من الأسرة: 472 سريرا في المجموع متوفرة في 11 مستشفى مع غياب الخدمات في بعض المحافظات.
- نقص في الخبراء المدربين.
- شخصية المرضى وطبيعة المرض.

الأهداف

- الوقائية
 - الكشف والتدخل المبكر
 - تعزيز التوعية (الصحافة، الملتقيات، خطوط هاتف لإرشاد المرضى وأسرهم).
 - المراقبة العلمية المتكاملة لمشكل الإدمان.
- العلاجية
 - تعميم الخدمة
 - تحسين الخدمة
 - إدخال مقاربات علاجية جديدة

1 - الهدف الوقائي

- الكشف المبكر، هام بصفة خاصة في مرحلة سوء التعاطي قبل الوصول إلى الإدمان، من خلال التعاون مع:
 - مصالح الرعاية الصحية الأولية.
 - العيادات النفسية في المستشفيات العمومية.
 - عيادات التأمين الصحي.
 - تعديلات إدارية أو قانونية للترخيص بالكشف العشوائي أو الروتيني، لاسيما بالنسبة للموظفين الجدد والفئات ذات المخاطر الكبرى في مجال الإدمان (مثلا: أبناء المدمنين، الفرق العاملة بالمستشفى، عمال المصانع، السائقون).

التوعية:

- الصحافة: توفر وزارة الصحة التوثيق العلمي تحت إشراف فريق من المتخصصين في الإدمان (مقالات في الجرائد، أفلام فنية أو درامية، برامج تربوية)؛
- حملات توعية، بما في ذلك في المدارس والجامعات، والنوادي، والمصانع، والشركات، والمستشفيات.

- خدمات إرشاد هاتفية عن الترامدول، لتوفير معلومات توجيهية عن الكشف والعلاج (حاليا في مرحلة التجريب).
- مراقبة المشكل من خلال اللجنة العلمية للمرصد الوطني لمكافحة المخدرات، بالتعاون مع سلطات أخرى، من بينها وزارة الداخلية، والعدل، والشؤون الاجتماعية. أما عملية متابعة تغيير أنماط الإدمان فقد بدأت من خلال إدخال استبيان في مستشفى المطار كمرحلة تجريبية.
- استخدام نتائج الدراسة الوطنية المنجزة تحت إشراف الأمانة العامة، باعتبارها دراسة ديموغرافية ووبائية لمشكل الإدمان على مستوى المحافظات. كما تستخدم كأساس للمتابعة وملاحظة العوامل المتغيرة وأي تغيرات للوضع الحالي.
- متابعة عمل المرصد وإقامة تعاون مع وزارة الداخلية لإتمام دراسة الوضع الحالي، والتنبؤ بكل التغيرات في أنماط الإدمان.

خدمات علاجية أخرى

- تعميم العلاج
 1. إنشاء عيادات لعلاج الإدمان في مستشفى الصحة النفسية حيث الخدمة متوفرة، مثل ما هو متوفر في مستشفى "دميرة" بالدقهلية ومستشفى عزازي في محافظة الشرقية.
 2. إنشاء عيادات في المستشفيات العمومية حيث تتوفر عيادات وفرق علاج نفسي (الإسماعيلية، قنا، والفيوم والبحيرة)، بمعدل ثلاث عيادات سنويا.
 3. إنشاء عيادات لعلاج الإدمان في وحدات الرعاية الصحية الأولية بتدريب أطباء وحدات الرعاية الصحية الأولية في مجال علاج الإدمان والكشف المبكر، وتدريب العمال في مجال الصحة النفسية في مختلف المحافظات ليكونوا بدورهم نواة تدريب عمال الرعاية الصحية الأولية (الأطباء، النفسانيون، العمال الاجتماعيون). يسعى الهدف السنوي إلى تدريب 300 شخص من مدربي المدربين، المحافظات التي تعاني من نقص الخدمات وتزايد نسبة الإدمان سيتم انتقاؤها لتكون أساس بيانات الدراسة الوطنية.
 4. إنشاء مصلحة في مركز علاج الإدمان المصري الفرنسي - باساليا (البحيرة) كبداية لنشر مراكز الطب النفسي المجتمعي، وعلاج الإدمان، وإعادة تأهيل المدمنين بإدماجهم في المجتمع، وتوفير العلاج الجوارى للمرضى، وذلك بإنشاء مركزين في السنة (في حالة توفير الموقع).

5. رفع عدد الأسرة في المستشفيات، مع الأخذ في الحسبان توزيع الخدمة على المحافظات المختلفة والكثافة السكانية. ويمكن تحقيق ذلك من خلال:
 - إنشاء مستشفى متخصص في العلاج السريري للإدمان، بطاقة 60 سريرا في مستشفى العجمي بالإسكندرية (مركز عباس حلمي)، خلال السنة المالية 2014.
 - إنشاء مستشفى متخصص في علاج الإدمان في محافظة سوهاج (بلسفورة)، سيوفر لسكان صعيد مصر حوالي 50 سريرا.
 - إنشاء وحدة لعلاج الإدمان في مستشفى الصحة النفسية بدمياط، بطاقة 25 سريرا، لكن هذا العدد مدعو ليبلغ مجموع 619 سريرا.

• تحسين خدمات العلاج

- تدريب القوى العاملة
 1. إدراج تدريب المدربين في مستشفيات الصحة النفسية لتكون قادرة على تدريب من يعملون في وحدات الرعاية الصحية الأولية، والمستشفيات العمومية، وعيادات التأمين الصحي في أنظمة الوقاية والعلاج وإحالة المرضى على المتخصصين.
 2. تدريب موظفي مستشفيات الصحة النفسية على المهارات النفسية في علاج الإدمان.
 3. على المستوى الوطني، تدريب العاملين في وحدات الإدمان في الهياكل العمومية والخاصة، لضمان مستوى عال من الخدمة الممنوحة للمرضى.
- توحيد بروتوكول العلاج لضمان خدمات رفيعة المستوى في جميع أماكن العلاج.
- الوصول إلى آخر المعلومات في مجال علاج الإدمان من خلال التعاون مع بعض بلدان الاتحاد الأوروبي.

إدخال أنظمة علاج جديدة

- إنشاء مجموعة علاجية في مستشفى الخانكة
- فتح مصلحة علاج الإدمان في وحدة المجتمع المحلي للأمراض النفسية بقبنيات أبو كبير.
- استخدام مفهوم الحد من المخاطر لإقامة علاقة علاجية مع المدمن.

تنفيذ

أولاً، حملات التوعية

- التعاون مع وزارة التربية ووزارة الشباب ووزارة الصناعة لدراسة إمكانية إقامة ندوات شهرية للفئات والمواقع عالية المخاطر لتوضيح المفاهيم الغامضة أو غير المفهومة.
- التعاون مع وزارة الإعلام للترويج للخدمات الهاتفية حول الترمادول وإنجاز حملات توعية لتوضيح بعض المفاهيم حول سوء استخدام المخدرات من خلال البرامج الثقافية والحصص التلفزيونية.
- توعية زوار مصالح الخدمات الصحية في الأرياف حول أعراض الإدمان والكشف المبكر لحالات الإدمان.

ثانياً، خدمات العلاج

1. إنشاء عيادات لعلاج المدمنين في مستشفيات الصحة النفسية بمعدل عيادة واحدة كل أربعة أشهر (مستشفى العزازي - مستشفى الدميرة)
 - تقييم هذه العيادات وتصنيف أدائها من خلال:
 - عدد المرضى الجدد
 - عدد المرضى المتابعين
 - صرف الأدوية.
 - مراقبة الجودة، من خلال:
 - توزيع استبيانات (على المرضى، العمال، والأسر)
 - جدولة زيارات دورية كل شهر لمتابعة الأداء الراهن
 - إعداد شكل الاستبيان الموجه لمختلف فئات موفري الخدمات والمستفيدين منها (المرضى والأسر). تدريب مسؤولي فرق العلاج على تطبيق هذه الاستبيانات ومتابعة نتائج التدريب الإجمالية كل أربعة أشهر. وتصميم نماذج تعكس سير العمل مثل معدل عدد المرضى الممتثلين للبرنامج العلاجي، أو البيانات الجديدة عن المرضى، مثل نوع المخدرات المستهلكة، ونمط التعاطي.
 - العمل لإعداد دراسة بحثية مستقبلية للمقارنة بين المرضى الملزمين على العلاج والمتطوعين وتحليل خطط العلاج والتوقعات.
 - تكوين قاعدة بيانات تجمع كل الدوائر ومراكز علاج المدمنين في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة.

- إقامة تعاون بين مصالح العلاج وتعزيزه، من أجل اندماجها الكامل، من خلال عقد اجتماعات دورية مع مديري مصالح العلاج في كل محافظة، واجتماعات دورية أخرى مع رؤساء دوائر مصالح علاج المدمنين في كل المحافظات.

2. الجدول الزمني للتدريب.

- خلال فترة أربعة أشهر (الفريق المعالج): يقترح نظام التدريب على كل فريق معالج من أجل الاستجابة لحاجات مستشفيات الصحة النفسية وعيادات النهار بشكل عام. ويتضمن تدريب فريقي عمل لمدة 3 أشهر: يخصص أحد الفريقين لتغطية العيادات الموجودة داخل مستشفيات الصحة النفسية، ويخصص الآخر للعيادات الموجودة داخل المستشفيات العامة. على أن يتضمن كل تدريب برنامجا ينبغي أن ينجز أسبوعيا وشهريا خلال فترة تدوم ثلاثة أشهر.
- جدول زمني لتدريب الأطباء العاملين في فرق العلاج (في المديريات): يتضمن النظام المقترح تدريبا سنويا لحوالي 90 طبيبا. ويدوم كل تدريب ثلاثة أشهر، بوتيرة ثلاثة أيام تدريب في الشهر. وينبغي أن يشارك في التدريب ممثل عن كل محافظة.
- يخصص يوم في الأسبوع (عيادات النهار) للتدريب المهني
- ينبغي تغيير النظام المتبع في عيادات التأمين الصحي (التي لا تعتبر فترة العلاج كعطلة مرضية)، وتغيير ذلك لاعتبار العلاج إجازة مرضية ثلاث مرات في السنة، خلال أيام العمل أو الدراسة، كما هو الشأن بالنسبة لأمراض أخرى.

الحاجات

- توفير أماكن في مستشفيات مندمجة كوحدة للطب النفسي والخدمات المجتمعية
- تيسير التعاون مع وزارة الإعلام ووزارة الشباب، لتنظيم حملات وندوات للتوعية.
- تيسير التعاون مع مراكز الرعاية الصحية الأولية لتدريب زوار الصحة
- تيسير التنسيق مع مصالح التأمين الصحي قصد اعتبار خدمات علاج الإدمان ضمن نظام التأمين الصحي واعتبار فترة العلاج عطلة مرضية.

الخاتمة

ما فتىء مشكل الإدمان في مصر يتفاقم باستمرار ويتناقص معه سن أول استهلاك للمخدرات. كما أن هناك تزايدا مستمرا في عدد الجرائم المتصلة بتعاطي المخدرات وارتفاعا محسوسا في نسبة الإدمان لدى السجينات.

لم تتناول أي مادة من مواد قانون الصحة العقلية المصري رقم 2009/71 على وجه الخصوص، الاضطرابات الناجمة عن استهلاك المخدرات. لذلك، فمن الضروري أن تنص مذكرته التنفيذية بكيفية واضحة، على أن الإدمان هو اضطراب عقلي، وبذلك فهو يحتاج إلى تحديد معايير خدمات العلاج غير الطوعي للمدمنين.

كما أن قانون المخدرات رقم 1989/122 غير معمول به تقريبا، وقد قدمت اقتراحات متعلقة بتعديل بعض موادها وتمت مناقشتها وعرضها.

علما أن الإنفاق الحكومي على خدمات الصحة العقلية محدودا جدا، في الوقت الذي نجد فيه أن الحاجات إليها في تزايد ملحوظ، لاسيما بالنظر إلى خدمات علاج الإدمان، حيث نلاحظ تزايدا مضطربا في عدد المدمنين وعدد الجرائم المتصلة بالإدمان.

وتعاني الحكومة والقطاع الخاص قصورا حادا في قدرات مصالحتها ومواردها البشرية المدربة في مجال علاج الإدمان.

كما تحتاج الأطراف المعنية (المرضى، وأقربائهم، ومقدمو الخدمات، والقضاة، ووكلاء النيابة العامة) إلى المزيد من الوعي، والتدريب، وأن يتقوا في قانون الصحة النفسية وقانون المخدرات على حد سواء.

بيليو جرافيا

- "Population clock". Egypt Central Agency for Public Mobilization and Statistics.
- Jump up Korotayev A., Zinkina J. Egyptian Revolution: A Demographic Structural Analysis. Entelequia. Revista Interdisciplinar 13 (2011): 139-169.
- "The long-term economic challenges Egypt must overcome". Marketplace. 1 February 2011. Retrieved 1 February 2011.
- Jump up^ CO2 Emissions from Fuel Combustion Population 1971-2008 (pdf pages 83-85) IEA (OECD/ World Bank) original population ref e.g. in IEA Key World Energy Statistics 2010 page 57)
- Hamdi E., Sabry N., Sedrac A., Refaat O., (2011) the national addiction survey - final report , Research unit of general secretariat of mental health, ministry of health, Egypt.
- Okasha, A. (2011) history of mental health in the arab world. In Images in Psychiatry: An Arab perspective (eds A. Okasha & M. Maj) 1- 20 World psychiatric association.
- El-Akabawi AS.(2001): drug abuse in the Arab world: a country profile Egypt : in Okasha A. Maj M. (eds) Images in psychiatry : An Arab perspective: p 143 – 150
- UNDOC (1999): Strengthening treatment and rehabilitation services for drug abusers in Egypt. New York, United Nations offices for Drug control and crime prevention.
- Hamdi E. , Mamdouh R., Sedrac A., Fathy H., Elamroussy T.(2009) the national addiction survey – 3rd phase, Research unit of general secretariat of mental health, ministry of health, Egypt.



