

نحو سياسية وقائية متكاملة

فى مواجهة مشكلات الإدمان فى مصر (*)

مقدمة:

موضوع الوقاية من تعاطى المواد المسببة للإدمان، ومن المشكلات المترتبة على ذلك، موضوع بالغ التعقيد، والحساسية، لسبب رئيسى هو أنه أمر تختلط فيه عناصر المعرفة العلمية باعتباريات أخرى متعددة، منها ما ينتمى إلى عالم الأمن الداخلى والخارجى للوطن، ومنها ما يرتبط بالقيم الروحية والأخلاقية، ومنها كذلك ما يتصل بشئون القانون، والقانون الدولى، والاقتصاد، والتنمية بمعناها الخاص والعام، والصحة الجسمية والنفسية... إلى آخر هذه الاعترابات. لذلك فإن تعدد وجهات النظر فى كيفية رسم السياسة الوقائية أمر وارد، وتشعب الاجتهادات فى هذا الصدد مسألة طبيعية، بل ويحسن الترحيب بها بالقدر المناسب، حتى يستطيع كل ممثل لواحد من الاعترابات المذكورة أن يسهم بما تكون لديه من رأى وخبرة فى مجال اختصاصه، وبذلك يمكن فى النهاية فرض حصار محكم حول المشكلة وتشعباتها الأخطبوطية، عن طريق خطة استراتيجية تحسب لكل التشعبات أوزانها فى الواقع الراهن، وفى المستقبل المنظور.

والجذر المشترك الذى ينبغى للأطراف المعنية جميعا أن تكون على وعى به، وعلى اتفاق حوله، هو أن الحكمة الشعبية التى تقرر أن «قيراطا من الوقاية خير من فدان من العلاج» تصدق كل الصدق فى ميدان التعاطى وما يترتب عليه من مشكلات الإدمان.

(*) المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنايئة (نشرة مستقلة) ١٩٨٨.

ويبقى بعد ذلك أن يثار السؤال الهام والأساسى: كيف يكون التخطيط للوقاية عالية الكفاءة؟ وهذا ما نحاول الإجابة عليه فى الدراسة الراهنة.

سوف نبدأ الحديث فى هذه الدراسة بتحديد لعدد قليل من المصطلحات التى سنستخدمها فى الفقرات التالية. ثم ننتقل إلى تقديم الخطوط العريضة لما نسمة بالنظرة المتكاملة للسياسة الوقائية، وهى خطة استراتيجية (بعيدة المدى) أساسها التوازن والتنسيق بين زوايا الاهتمام المتعددة على المستوى القومى. وبعد ذلك نتقدم إلى الحديث عن التقدير^(١). والتقييم^(٢)، كعمليتين أساسيتين لترشيد السياسة الوقائية، أى لضمان تحقيق مستوى مقبول من الكفاءة لتدابير الوقاية كما يتبناها صانع القرار.

المصطلحات الرئيسية:

١ - مصطلح الوقاية^(٣). يقصد بالوقاية مجموع التدابير التى تتخذ تحسبا لوقوع مشكلة، أو لنشوء مضاعفات لظروف بعينها، أو لمشكلة قائمة بالفعل؛ ويكون هدف هذه التدابير القضاء الكامل، أو القضاء الجزئى، على إمكان وقوع المشكلة. أو المضاعفات، أو المشكلة، ومضاعفاتها جميعا (Soueif, 1973).

وأهم ما فى هذا التعريف أنه يشير صراحة إلى أن الوقاية قد تكون كاملة وقد تكون جزئية. ومن ثم فهو يتفق مع التفرقة التى تتبناها هيئة الصحة العالمية (التابعة للأمم المتحدة) بين الوقاية من الدرجة الأولى، والوقاية من الدرجة الثانية والوقاية من الدرجة الثالثة (WHO Techn. Rep. Ser., 1974, No. 551, p. 17).

وفيما يلى تعريف كل من هذه المستويات الثلاثة:

١ - أ - الوقاية من الدرجة الأولى^(٤): ويكون هدفها هو منع المشكلة أو الاضطراب من الحدوث أصلا.

(1) assessment

(2) evaluation

(3) prevention

(4) primary prevention

١ - ب - الوقاية من الدرجة الثانية^(١): ويكون هدفها تشخيص المشكلة أو الاضطراب، والقضاء عليه أو تحسينه بالقدر الممكن فى أقصر وقت ممكن.

١ - ج - الوقاية من الدرجة الثالثة^(٢): ويكون هدفها إيقاف تقدم المشكلة أو تعطيل تفاقمها، رغم بقاء الظروف التى أحاطت بظهورها. (المرجع السابق).

٢ - مصطلح التعاطى^(٣): يشير هذا المصطلح إلى تناول أى مادة من المواد المسببة للإدمان (أو الاعتماد) بغير إذن طبي. ولذلك تستخدم بعض المراجع الأجنبية فى هذا الصدد مصطلح non - medical use of drugs.

وتشير نتائج البحوث الميدانية فى مصر وفى الخارج إلى ضرورة التفرقة بين مستويين للتعاطى، هما: التعاطى على سبيل التجريب والاستكشاف، والتعاطى كإدمان أو اعتماد. وهى تفرقة بالغة الأهمية نظرا لما يترتب عليها من نتائج علمية وعملية.

٣ - مصطلح المواد المسببة للإدمان أو الاعتماد^(٤): ويقصد به الإشارة إلى المواد التى إذا تناولها الإنسان (أو الحيوان) فإنها فى تفاعلاتها داخل أنسجته الحية، تحدث لديه حالة اعتماد نفسى، أو اعتماد بدنى، أو الحالتين معاً.

وبهذه المناسبة تفضل هيئة الصحة العالمية (منذ سنة ١٩٦٤) استخدام مصطلح الاعتماد^(٥) بدلا من مصطلح الإدمان^(٦) وذلك لأسباب علمية دقيقة (WHO Techn. Rep. Ser., 1973, No. 526 p. 16 - 17).

التخطيط لسياسة وقائية:

١ - الأهداف: بتحليل موضوعى دقيق لطبيعة ظاهرة التعاطى، ولخبرات عديد من المجتمعات فى عالمنا المعاصر، يمكن القول بأننا إذا كنا نطلب قدرا معقولا من

(1) secondary prevention

(2) tertiary prevention

(3) use or abuse

(4) dependence producing substances

(5) dependence

(6) addiction

الكفاءة للسياسة الوقائية التي سوف ننتهجها في مواجهة هذه المشكلة فلا بد من تحقق شرطين أساسيين لأهداف هذه السياسة:

الشرط الأول أن تكون هذه الأهداف محددة. والشرط الثاني أن تكون هذه الأهداف واقعية.

وتكون الأهداف محددة بالقدر الذى ينص به صراحة، فى الخطة على ما يأتى:

١ - أ - مستوى الإنجاز المطلوب: هل هو الوقاية من الدرجة الأولى، أم الوقاية من الدرجة الثانية، أم الوقاية من الدرجة الثالثة. وغنى عن البيان أن هذه المستويات الثلاثة متدرجة فى الطموحات المعلقة عليها؛ أكثرها طموحا هو المستوى الأول؛ وأقل من ذلك درجة هو المستوى الثانى، وأقل من ذلك درجة هو المستوى الثالث. وبالتالي فجدير بوضع السياسة أن يكون واضحا مع نفسه (ومع مواطنيه) منذ البداية فيما يتعلق بهذه النقطة لأن التدابير والإجراءات اللازمة لوضع السياسة موضع التنفيذ تختلف باختلاف المستوى المطلوب إنجازه. ولأنه ربما كان من الحكمة التفكير فى أفضلية الاتجاه أولا إلى تحقيق هدف متواضع نسبيا (الوقاية من الدرجة الثالثة مثلا)، فإذا صادفت السياسة نجاحا ملحوظا فى هذا المستوى كان فى ذلك ما يشجع جميع الأطراف على تصعيد المواجهة إلى المستوى الثانى، فالمستوى الأول. أو ربما اتجه الرأى إلى ضرورة العمل فى اتجاه الأهداف الثلاثة معاً، ولكن مع إعطاء الأولوية (من حيث الجهد والإنفاق) للهدف الثالث المتواضع، على ألا نغفل تماما العمل فى السبيل إلى الهدف الثانى والهدف الأول ولكن مع التقليل النسبى المؤقت للجهد والإنفاق المكرسين لكل منهما.

١ - ب - تحديد الشريحة الاجتماعية المستهدفة بالسياسة الوقائية: كأن تكون مجموعة الشباب فى السن من ١٦ إلى ١٨ سنة، أو مجموعة الإناث فى فترة العمر المقترنة بالخصوبة أو مجموعة الطلاب الجامعيين عموما، أو

مجموعة الشباب الذكور العاملين فى الصناعة ممن تقع أعمارهم دون الثلاثين، أو أية مجموعة أخرى من شرائح المجتمع المصرى. ذلك أن كل شريحة من هذه الشرائح تتخذ مشكلة التعاطى والإدمان فيها خصائص وسمات نوعية تميزها عن الشكل الذى تتسم المشكلة به فى غيرها من الشرائح والجماعات، بحيث يحتاج الأمر مع بعضها إلى إجراءات وقائية لا معنى لتطبيقها بالنسبة لغيرها من الشرائح، بل وقد يتطلب الأمر تطبيق إجراءات تتعارض مع ما ينبغى اتخاذه من تدابير وقائية إزاء شرائح أو جماعات أخرى.

١ - ج - تحديد المادة المسببة للإدمان، أو فئة المواد المراد التحصين ضد تعاطيها، أو ضد ما يترتب على تعاطيها من مشكلات نفسية اجتماعية، وصحية. فمشكلات الوقاية على أى مستوى من مستوياتها الثلاثة فى مواجهة المخدرات الطبيعية^(١) (كالخشيش أو الأفيون ومشتقاته) تختلف إلى حد كبير عن مشكلات الوقاية من تعاطى الكحوليات ومضاعفاتها، وهذه تختلف بدورها عن تدابير الوقاية ضد تعاطى المخدرات الدوائية كالملطفات الصغرى، والمنبهات، والمنومات والمسكنات.

هذا عن تحديد أهداف التخطيط لسياسة وقائية فى مواجهة تعاطى المواد المسببة للإدمان. بعبارة موجزة أن تكون الأهداف محددة من حيث درجة الوقاية المطلوبة، ومن حيث الشريحة الاجتماعية المستهدفة، والمادة أو فئة المواد المقصودة أساسا بتدابير الوقاية. وبدون هذا التحديد تختلط التدابير وقد تتضارب فيلغى بعضها أثر البعض الآخر أو يضعفه، بما ينطوى عليه ذلك من إهدار للأموال، وللطاقات البشرية، ولعنصر الزمن وهو عنصر هام فى مواجهة المشكلة ومضاعفاتها.

ونتقل الآن إلى الشرط الثانى من الشروط التى يلزم توفرها فى أهداف الخطة الوقائية، وهو أن تكون هذه الأهداف واقعية.

(1) natural narcotics

تتحقق صفة الواقعية فى أهداف السياسة الوقائية إذا توفرت لها الشروط الآتية:

١ - د - أن تكون ملائمة لمدى تعقد مشكلة التعاطى بوجه عام. وبالتالي فلا يجوز أن تكون هذه الخطة قانونية فحسب، ولا طبية فقط، ولا تربوية فى المقام الأول.. إلى آخر هذه الاعتبارات جميعا. فإذا حدث ذلك لسبب أو لآخر فهذا حكم مبكر عليها بالفشل لأنه ينطوى على تبسيط مخل بمتطلبات موقف بالغ التعقيد. وبالتالي فلا بد أن تكون الخطة (ونحن هنا نتكلم عن الخطة على المستوى الاستراتيجى أو ما نسميه بالسياسة القومية) مركبة، بصورة تكافىء مدى تركيب مشكلات التعاطى والإدمان. ومع ذلك فىمكن أن نتصور وجود خطط وقائية جزئية متعددة، تتوجه كل منها لمواجهة جانب معين من جوانب المشكلة، كالجانب القانونى، أو الجانب الطبى، أو الجانب الطبى النفسى، أو الجانب التربوى... الخ. ولكن فى هذه الحالة يجب أن يتوفر لها (فى جملتها) شرط التنسيق (وعدم التضارب) فيما بينها. كذلك يمكن تصور تعدد الخطط الوقائية الجزئية من زاوية أخرى؛ زاوية المادة المسببة للإدمان والمطلوب التصدى لها، هذا أيضا جائز؛ ذلك أن مواجهة الوقائية لمشكلة تعاطى الهيروين تحتاج إلى تصورات وإجراءات تختلف عما تحتاج إليه مواجهة الوقائية لتعاطى وإدمان المخدرات الدوائية، والنوعان من مواجهة يختلفان عما يقتضيه التصدى لإدمان المسكرات. وفى هذه الحالة أيضا لابد من أن يتوفر لهذه الخطط شرط التلاقى أو عدم التضارب فيما بينها. النقطة المهمة هنا أن الخطة الوقائية على المستوى القومى يجب ألا تنطوى على تبسيط مخل بما يتطلبه التعقد الحقيقى للمشكلة، فإذا اقتضى الأمر تصميم خطط جزئية متعددة فلا بد من جهد إيجابى يقوم على نظرة شاملة تلغى ما قد يكون بينها من التعارض.

١ - هـ - أن تكون أهداف الخطة محسوبة على أساس النسبة بين الفائدة المرجوة والآثار الجانبية المتوقعة، (الغرم/ الغنم)^(١). فكل خطة وقائية، شأنها شأن

(1) cost/ effect ratio

كل علاج، لها آثارها الجانبية غير المرغوبة، وذلك إلى جانب ما نرجوه لها من آثار أساسية مرغوبة. وقرار الأخذ بهذه الخطة أو عدم الأخذ بها يجب أن يعتمد (بكل وعى وتنبه) على حساب النسبة بين النوعين من الآثار، المرغوبة وغير المرغوبة. وبالتالي فلا يجوز أن نأمل في خطة وقائية ليس لها آثار جانبية غير مرغوبة، لأن هذا تصور غير واقعي، ولا يجوز للمخطط أن يرفض خطة على أساس أن لها نتائج سيئة، فالعبرة ليست بذلك، ولكن بالنسبة بين النتائج الحسنة والنتائج الجانبية السيئة.

١ - و - أن تكون الأهداف محسوبة على أساس أن لها نتائج مباشرة (أو قريبة أو عابرة)، ونتائج أخرى غير مباشرة (أو بعيدة). فلنفرض مثلا أننا نجرب طريقة جديدة في تغيير الميول والاتجاهات^(١) عند الشباب وذلك بغرض استغلالها في تغيير ميول قطاع معين من الشباب نحو تعاطي بعض المخلفات الدوائية. عندئذ يجب أن نفرق بين القدر من التغيير الذى سنلحظ وجوده عقب توقيع العامل المغير مباشرة، والقدر من التغيير الذى سوف يبقى فى النفوس بعد بضعة شهور أو بعد سنة مثلا.

والخلاصة، فى موضوع الأهداف هذا، أنه لا جدوى لأى تخطيط (شامل أو جزئى) للوقاية من تعاطي المواد المسببة للإدمان والمشكلات المترتبة على ذلك، ما لم يتوفر لأهداف الخطة أو السياسة شرطان أساسيان هما، التحديد، والواقعية. ونعنى بالتحديد فى هذا السياق: تحديد مستوى الوقاية المطلوب، وحدود الشريحة الاجتماعية المستهدفة، وطبيعة المادة الإدمانية المقصودة. ونعنى بواقعية أهداف الخطة فى هذا المقام: مدى ملاءمتها أو مكافأتها لدرجة التعقد التى تتصف بها مشكلات التعاطي والإدمان، وإلى أى مدى تغلب الآثار الإيجابية المرغوبة للخطة على الآثار الجانبية التى قد تترتب على تطبيقها، وأخيرا وزن أو حجم الآثار المباشرة والآثار غير المباشرة (أو البعيدة والباقية) للتطبيق.

(1) attitudes

طبيعة السياسة الوقائية المتكاملة ومكوناتها:

يجب إمعان النظر فيما هو مقصود بالسياسة الوقائية الشاملة، طبيعتها ومكوناتها: لأن وضوح هذه السياسة، فى ذهن المخطط والمنفذ، شرط ضرورى (وإن لم يكن كافيا) لتحديد مستوى النجاح الذى يقدر لأي جهد يبذل فى إطار هذه السياسة، سواء أكان جهدا جزئيا أم جهدا شاملا.

لابد لأى سياسة وقائية متكاملة، فى ميدان التعاطى والإدمان أن تقوم على محاور ثلاثة: هى: العرض، والطلب، والنتائج. ففىما يتعلق بالعرض تكون هناك تصورات وتدابير تستهدف القضاء على المعروض (فى الأسواق غير المشروعة) من المواد المسببة للإدمان، كلها أو بعضها؛ أو الإقلال منها أو التحكم فيها (كما هو حادث فى حالات الموافقة على المساحات المسموح بزراعة نبات الخشخاش فيها بموجب تشريعات محلية، واتفاقيات دولية؛ أو فى حالة المخلفات الدوائية).

وفىما يتعلق بالطلب، تكون هناك أفكار ومخططات موجهة إلى الفرد المستهلك أو القابل لأن يصبح واحدا من جمهور المستهلكين (أى مدمن، أو متعاطى فى طريقه إلى الإدمان) تهدف إلى صرفه كليا أو جزئيا عن طلب هذه المواد الإدمانية، (مع التسليم بوجود هذه المواد فى متناوله إذا أرادها، نظرا لما يتسرب إلى السوق غير المشروعة رغم الإجراءات القائمة ضد العرض)، كما تكون هناك خطط موجهة إلى البيئة المحيطة بالأفراد لتعديل (أو تغيير) ظروف الحياة أو ظروف العمل الدافعة إلى التعاطى والمشجعة عليه. وفىما يتعلق بالنتائج، تكون هناك تصورات وبرامج موجهة إلى الفرد والأسرة للإقلال من الأضرار الصحية، والاضطرابات النفسية الاجتماعية التى تترتب على التعاطى والإدمان.

وفىما يلى ننظر بالقدر اللازم من التفصيل فى طبيعة التدابير أو الخطط المشار إليها بصدد كل من المحاور الثلاثة ليتسنى لنا الإلمام بطبيعة ما يسمى بالخطط الوقائية فى هذا المجال، ومكوناتها الرئيسية:

أولاً: فيما يتعلق بمحور العرض: يغلب على الأفكار والخطوات التي تتخذ على هذا المحور أن تكون ذات طبيعة قانونية، أو شرطية أو الاثنية معاً بدءاً من التدابير فى إطار القانون الوطنى والشرطة الوطنية، وبقية أجهزة وسلطات الدولة المعنية، كسلطات التشريع والقضاء، وإدارات المكافحة، وأشكال التعاون بين إدارات مكافحة المخدرات والإدارات الشرطية الأخرى، وسلاح الحدود، وخفر السواحل، إلى القانون الدولى، وأجهزة التعاون الدولى كالشرطة الدولية الجنائية (المعروفة خارجياً باسم Inter - pol)، والمكتب الدولى للتحكم فى المخدرات (المعروف باسم INCB) التابع للأمم المتحدة، والمعاهدات الدولية المنظمة للتعاون بين الدول فى تدبير أمور المكافحة، مثل: «الاتفاقية الوحيدة للمخدرات، لسنة ١٩٦١، والمعدلة بروتوكول ١٩٧٢»^(١)، و«اتفاقية فيينا عن المواد المؤثرة فى الأعصاب لسنة ١٩٧١»^(٢).

ثانياً: فيما يتعلق بمحور الطلب. يغلب على التصورات والبرامج التى يمكن تبنيها على هذا المحور أن تكون ذات طبيعة تربوية أو إعلامية، وأحياناً تكون اقتصادية - اجتماعية تتجه إلى تغيير ظروف العمل والأجر فى بعض قطاعات الإنتاج أو الخدمات، وأحياناً أخرى تكون ذات طبيعة طبية. مثال ذلك المحاولات الدائبة فى الوقت الحاضر فى سبيل استكشاف أفضل الطرق التعليمية والتربوية لتحسين الشباب منذ الأعمار المبكرة ضد الإقبال على خبرة تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب. والتفكير على ضوء الحقائق الميدانية التى تؤكد وجود ارتباط جوهري (بدرجة ما) بين ظروف العمل وبين احتمالات الإقبال على التعاطى والتمادى فيه إلى مستوى الإدمان. كذلك تنتظم على هذا المحور أيضاً محاولات تقوم بها السلطات الطبية لتطوير الأداء العيادى للأطباء فى اتجاه التوعية والتدريب على التحفظ الشديد فى تضمين تذاكرهم الطبية الأدوية النفسية بالصورة التى قد ينشأ معها طلب ذو طبيعة إدمانية.

(1) Single convention on narcotic drugs, 1961 (as amended by the 1972 protocol amending the single convention on narcotic drugs, 1961.

(2) Convention on psychotropic substances, 1971.

ثالثا: فيما يتعلق بمحور النتائج، يغلب على البرامج والخدمات أن تكون ذات طبيعة طبية، أو طبية/ نفسية/ اجتماعية. والغالب أن يكون هدف البرامج والخدمات هنا هو الوقاية من الدرجة الثانية أو الثالثة؛ كالتخطيط لإقامة مراكز الإسعاف الطبي - النفسى، التى تهتم أولا بعمليات تخليص الجسم من سميات المخدرات أو الكحوليات⁽¹⁾ على أن يكون ملحقا بها قسم للرعاية والإرشاد النفسى بحيث تتزامن العمليتان معاً العملية العضوية والعملية النفسية لتخليص الشخص من وطأة الارتباط بالمادة المخدرة أو المسكرة فى الحاضر والمستقبل، وهذا ما يجعل هذا النوع من التدابير يدخل فى باب الوقاية وليس فى باب العلاج. وهى وقاية من الدرجة الثانية لأن المشكلة قامت بالفعل، ولكننا نحاول بعد مواجهتها وتشخيصها لكى يتسنى لنا أن نوقفها ونقضى عليها. وهو مستوى من الوقاية لا يجوز الاستهانة به؛ فثمة نسبة من الأشخاص تستفيد منه فعلا إذا لقيت الإرشاد النفسى السليم فى نفس اللحظة والظروف التى تواجه فيها خطرا حقيقيا وأزمة مزعجة هى أزمة الأعراض التسممية من المادة الإدمانية. وثمة مشروعات أخرى يمكن التفكير فيها والتدبير لها تدخل فى باب الوقاية من الدرجة الثالثة. ولا يجوز الاستهانة بها كذلك. وفى جميع الأحوال لابد من التخطيط المتبصر، لأن هذه المشروعات لن تحتاج إلى المبانى والأموال فقط ولكنها تحتاج - وفى المقام الأول - إلى أطقم مدربة تدريبا متخصصا، سواء من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وهيئة التمريض.

نخلص من هذا الذى ذكرناه فى البنود أولا، وثانيا، وثالثا، إلى أننا إذا نظرنا فى موضوع الوقاية، والسياسات (أى الخطط والإجراءات) الوقائية بنظرة شاملة ومتوازنة، أى بنظرة تدخل فى اعتبارها المحاور الثلاثة المشار إليها تبين لنا أن جميع أجهزة المجتمع لها دور أساسى تقوم به فى مجال الوقاية، وبدون الوفاء بهذا الدور سوف ينطوى الموقف على ثغرة من شأنها أن تبدد أو تقلل من فاعلية الجهود والأدوار الأخرى المبذولة فى الميدان.

(1) detoxification centres

(2) counselling

من هنا يمكن القول بأن تشكيل «المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان»، الصادر به القرار الجمهورى رقم ٤٥٠ لسنة ١٩٨٦، كان خطوة على الطريق السليم؛ لأن الناظر فى تشكيل المجلس يستطيع أن يرى كيف أن جميع أجهزة المجتمع تقريبا ممثلة فيه (من حيث أعلى مفاتيح السلطة) لتحمل الدور أو القسط من المسئولية الموكول إليها. ومعنى ذلك أن صانع القرار اقتنع بأننا هنا بصدد مشكلة مجتمعية^(١) بالمعنى الدقيق لهذا المصطلح؛ ونعود فنؤكد قولنا السابق هذه ليست مشكلة طبية فقط، ولا مشكلة قانونية فقط، ولا مشكلة أخلاقية تربوية فحسب، ولا هى اقتصادية تنمية فحسب. . إلى آخر هذه الصفات، ولكنها تجمع فى نفسها كل هذه المشكلات وأكثر. فالاضطراب فى المجتمع، فى بنية المجتمع وفى تشغيل هذه البنية، وبالتالي يكون الوصف الأمين والدقيق هنا هو أننا بصدد اضطراب مجتمعى ويحمد لصانع القرار أنه تبنى هذه النظرة، وخطا هذه الخطوة.

غير أن هذه مجرد خطوة، وهى الخطوة الأولى، وتبقى بعد ذلك خطوات يجب أن تتوالى على الطريق.

والخطوة التالية التى لا بد منها هى أن يضع هذا المجلس أو يتبنى خطة عمل قومية فيما يتعلق بالوقاية؛ يجب أن يكون هناك تصور على درجة ما من الوضوح، له كل مقومات الخطة المتكاملة على مستوى المجتمع، فالمسئوليات محددة وموزعة مقدما، ووراء هذه المسئوليات ميزانيات مرصودة، وجداول زمنية محددة. ولا يكفى فى هذا الصدد أن يقال إن لدى كل وزارة أو كل هيئة برنامجها، وإلا لما كانت هناك ضرورة لقيام المجلس القومى، فالوزارات والهيئات كانت موجودة من قبل أن يقوم تشكيل المجلس، وكانت تقوم بأداء مهام معينة، بعضها يصب فى مجال الوقاية. غير أن قيام الدولة بتشكيل المجلس القومى من بين هذه الوزارات أو الهيئات يعنى أنه نشأت بالفعل حاجة أو مطالب اجتماعية لم يعد الوضع القائم كافيا للوفاء بها. وبالتالي فقد نص البند ١ من المادة الثانية من

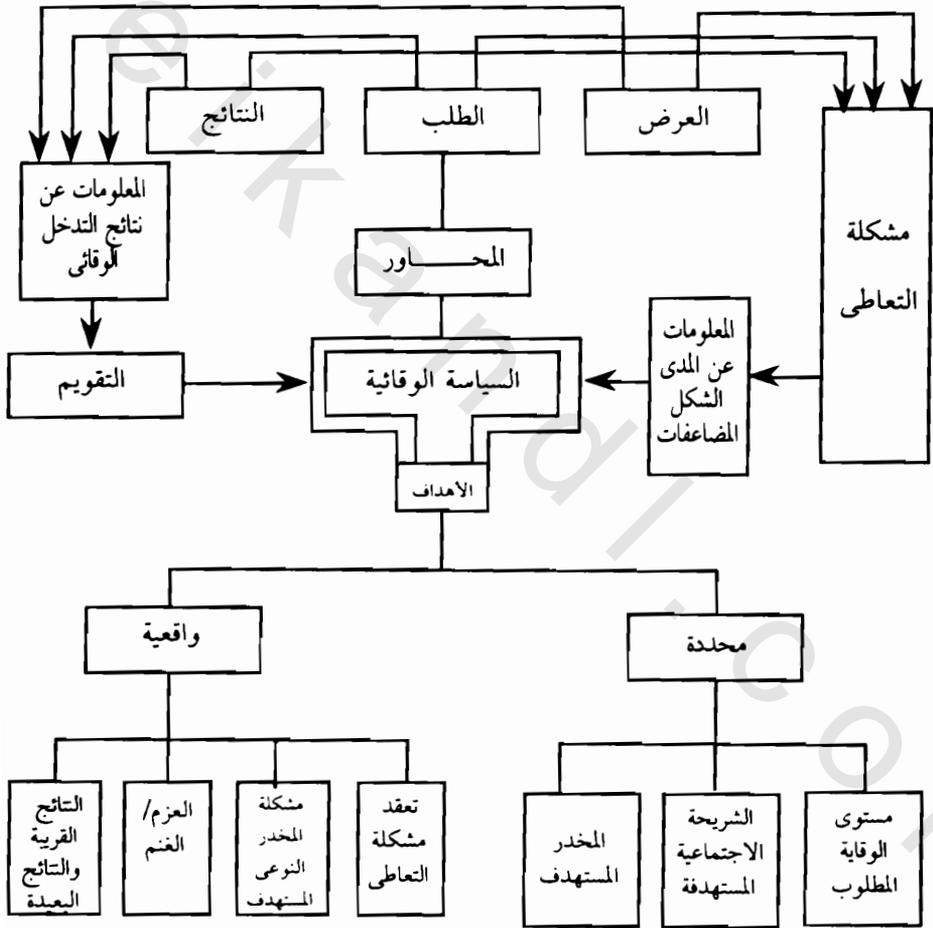
(1) societal problem (or disorder)

القرار الجمهورى الخاص بالتشكيل على أن المهمة الأولى للمجلس هي: «وضع السياسات المطلوب الالتزام بها...». كما ورد فى المادة الثانية ما نصه: «تحديد دور كل من الوزارات والهيئات والمؤسسات الحكومية، أو العامة، أو الخاصة، فى تنفيذ برامج مكافحة وعلاج الإدمان، والتنسيق فيما بينها... الخ». ومن ثم فالخطوة التالية يجب أن تكون هى وضع السياسة أو الخطة أو التصور المتكامل الذى سوف يتبناه المجلس، وينسق على أساسه (بتنظيم التعاون، ومنع الازدواجية والتعارض) بين الوزارات والهيئات العامة والخاصة، فيما تقوم به من الأدوار والمسئوليات. بعبارة أخرى، إن وجود هذه الخطة القومية أو التصور الذى يرسم خطوات العمل المنظم على مستوى المجتمع، ويكامل بين هذه الخطوات، هو الترجمة إلى مستوى الفعل القومى لقيام المجلس القومى.

وفى هذا الصدد نرى لزاما علينا أن نورد هنا نصا صريحا نقلا عن وثيقة صدرت منذ شهور قليلة عن هيئة الصحة العالمية (فى آخر مارس سنة ١٩٨٨). جاء فى هذا النص ما يلى: «هناك حاجة عاجلة إلى وضع سياسات وبرامج قومية خاصة بهذه المواد المسببة للإدمان. ومع ذلك فالوثائق والمنشورات الصادرة عن هيئة الصحة العالمية تلفت النظر إلى أنه على الرغم من إلحاح هذه الحاجة فإنه لا يوجد سوى عدد محدود من الدول هو الذى لديه بالفعل سياسة شاملة يتبناها بخصوص الكحوليات والمواد الإدمانية» (WHO, March 1982).

فى هذا الصدد يُذكر لمصر أنها كانت طوال تاريخها الحديث سباقة إلى تبنى كل ما من شأنه أن يعزز التعاون الدولى فى ميدان مكافحة المواد الإدمانية وتنظيم التعامل بشأنها. وأحدث شاهد على ذلك مسارعته إلى التوقيع على اتفاقية فيينا لسنة ١٩٧١ الخاصة بالمخلقات الدوائية المسببة للإدمان، فى الوقت الذى تلكأت فيه عدة دول أخرى، ما بين نامية ومتقدمة، فى اعتماد هذه الاتفاقية. (Convention 1971). لذلك ينظر الآن إلى مصر - فى المحافل الدولية المعنية بهذا الموضوع - على أنها ستكون من المسارعين إلى الاستجابة لهذه الدعوة الصادرة عن هيئة الصحة العالمية. ولا يخفى علينا جميعا أن وضع خطة أو سياسة قومية

متكاملة، لها أول ولها آخر، ولها معالم واضحة، وتجمع مثل هذه الخطط الصادرة عن الدول المختلفة، تجمعها لدى الهيئات الدولية المعنية، سوف يزيد من قدرة هذه الهيئات على وضع مخططات للتعاون الدولي أكثر فاعلية من ذي قبل لأنها سوف تستند إلى تلك الخطط القومية، وتقوم - إلى حد كبير - على التنسيق بينها على المستوى الدولي.



الشكل (١) نموذج مبسط لسياسة وقائية متكاملة

في مواجهة مشكلة تعاطي المخدرات

ترشيد السياسة القومية للوقاية من الإدمان ومشكلاته:

يقصد بترشيد أى خطة أو سياسة إمداد واضعيها، والقائمين على تنفيذها، بالقدر الأمثل من المعلومات عن الظاهرة، أو المشكلة، التى تتصدى هذه السياسة لمواجهتها، وكذلك أكفاً الطرق لتعديل مسار الخطة أولاً بأول (حسب ما يستجد من معلومات تقتضى أن تؤخذ فى الاعتبار) وذلك لضمان وصول الخطة إلى أهدافها الرئيسية بأكفاً صورة ممكنة؛ ويدخل فى قياس الكفاءة هنا: الإحكام، والزمن اللازم للإنجاز، والضالة النسبية للآثار الجانبية.

ويعتمد فى هذا الصدد على عمليتين أساسيتين، هما: التقدير والتقويم. ويقصد بالتقدير قياس الظاهرة كما هى فى اللحظة الحاضرة، أى الوصول إلى وصف كمى لأبعادها الرئيسية بالقدر الذى تسمح به وسائل القياس المتاحة. وتتفاوت دقة القياس أو التقدير من مجال إلى آخر، وخاصة فيما يتعلق بالظواهر والمشكلات الاجتماعية. وبوجه أخص فى ميدان المشكلات المجرّمة. إلا أن هذا لا يعنى أبداً استحالة الوصول إلى تقديرات تقترب من الحقيقة. وهناك طرق علمية حديثة تبين لنا السبيل إلى الاقتراب من القياس الدقيق لظواهر السلوك الاجتماعى المنحرف بما فى ذلك تعاطى المواد المسببة للإدمان. وتعتمد هذه الطرق أساساً على علم الإحصاء من ناحية ومناهج البحث الاجتماعى الميدانى من ناحية أخرى. وعلى هذه الطرق مجتمعة يعتمد العلماء الذين يجرون ما يسمى بالبحوث الوبائية فى انتشار التعاطى والإدمان (Lin & Standley 1962, Soueif 1972, WHO 1974, هذا عن التقدير).

أما التقويم فنعنى به الحكم على قيمة إجراء معين، أى على مستوى كفاءته فى أداء الوظيفة التى من أجلها تم تطبيق هذا الإجراء. وفى معظم الأحوال يكون التقويم مؤسساً على التقدير، فنحن نقوم بتقدير الظاهرة أو المشكلة التى تهمنا (كأن تكون مدى انتشار تعاطى مادة إدمانية معينة فى قطاع معين من الشباب) قبل أن نتدخل بإجراء معين، ثم نقوم بتقديرها مرة أخرى بعد إتمام التدخل، ثم نقارن

بين التقديرين، فإذا وجدنا فرقا ملموسا بينهما، وكان هذا الفرق فى اتجاه ما أردناه بالإجراء الذى تدخلنا به حكما بقيمة أو بكفاءة هذا الإجراء. وإذا لم يظهر فرق ملموس أو ظهر فى اتجاه مضاد لما كنا نرجو، حكما بعكس ذلك.

وفى ميدان السياسات والبرامج الوقائية من الإدمان، يكون الترشيح بأن نحرص على القيام بهاتين العمليتين، التقدير والتقييم، كجزء لا يتجزأ من السير فى تنفيذ هذه السياسات أو البرامج. فنحصل أولا على أى قدر متاح لنا من المعلومات المحققة عن مدى انتشار التعاطى، وأشكال هذا التعاطى، وتوزيعه بين الشرائح الاجتماعية المختلفة، وما يرتبط به من اضطرابات مرضية واجتماعية، وأحجامها وتوزيعها الاجتماعى هى الأخرى. ثم نقوم بتطبيق السياسة أو البرامج الوقائية التى أعدناها. وبعد فترة معقولة (تقدر بأنها لازمة لكى تؤتى هذه السياسة أو البرامج ثمارها المرجوة) نعود فنجمع ما جدّ من معلومات عن مدى الانتشار وأشكاله وتوزيعه. الخ بين الشرائح الاجتماعية التى سبق أن استهدفناها ببرامجنا، ثم نعقد المقارنات الموضوعية بين المعلومات السابقة والمعلومات اللاحقة لتبين إذا ما كان قد طرأ تحسن يذكر على أبعاد التعاطى والإدمان التى استهدفناها بمواجهتنا أم لم يطرأ تغير يذكر. فإذا اكتشفنا أن التحسن المنشود قد حدث واصلنا العمل بالسياسة نفسها (مع إدخال المعلومات الجديدة فى اعتبارنا)، وإذا وجدنا أنه لم يحدث شىء يذكر من التحسن أو أن الموقف ازداد سوءا، بدأنا النظر فى إحداث ما يلزم من تعديلات فى خططنا على ضوء ما تجمع لدينا من معلومات ميدانية جديدة. وهكذا.

هذا هو المقصود بترشيح السياسات أو البرامج الخاصة بالوقاية من المواد المسببة للإدمان وعواقبه.

ولا يعنى ذلك أن نتوقف جميع إجراءات الوقاية حتى نجمع المعلومات الكافية لحسن تقدير حجم التعاطى وأشكاله ومضاعفاته. ولكن يعنى أن نبدأ مباشرة بإدخال المعلومات المتوفرة لدينا، وذلك بأن نحصل الأجهزة المسهمة فى تصميم

السياسات والبرامج الوقائية على هذه المعلومات، وأن تنشئ هذه الأجهزة فى بنيتها، منذ الآن، القنوات الخاصة بتحصيل أو استقبال هذه المعلومات من الكيانات المختصة والقائمة خارج هذه الأجهزة، ولا يقتصر تشغيل هذه القنوات على الحصول على المعلومات بل يمتد إلى توصيلها إلى داخل الأجهزة، إلى مراكز اتخاذ القرار داخل هذه الأجهزة. ثم يكون من واجب هذه الأجهزة، إلى مراكز اتخاذ القرار داخل هذه الأجهزة. ثم يكون من واجب هذه الأجهزة أن تعرف كيف تستخدم هذه المعلومات على مستوى وضع السياسات، وعند تصميم البرامج التفصيلية، وعند تنفيذها هذا هو الترشيد المطلوب.

وربما ساعد فى توضيح التصور المطروح هنا أن نشبه المجتمع بمصنع كبير؛ لابد لهذا المصنع، إذا أريد له أن يقترب من الحد الأمثل فى توظيف طاقاته، لابد له من أن يعمل حسب خطة عامة تكامل بين كل العمليات الفرعية التى تقوم بها أقسامه وأطقمه المختلفة. ولابد أن يكون فى تصميم بنيته أقسام مهمتها الأساسية تحصيل المعلومات عن الجديد فى أمر الصناعة التى يقوم بها المصنع (الجديد فيما يتعلق بفنية الصناعة وفيما يختص بحالة السوق من حيث العرض والطلب)، وأن تكون هذه الأقسام على اتصال مباشر بالإدارة الفنية المتوسطة والعليا (حيث تصنع القرارات)، وأن تعرف الإدارة الفنية للمصنع كيف تستخدم هذه المعلومات، ومتى، وأن تستخدمها فعلا، وأن ترصد نتائج هذا الاستخدام لتقويم ما استحدث من تطوير.

هذا التشبيه، تشبيه المجتمع بالمصنع الكبير، وتشغيل المجتمع بتشغيل المصنع الكبير، قد يساعد على أن يقتنع بعضنا بعملية الترشيد. لأن مفهوم الترشيد أمر وارد فى الصناعة، أكثر بكثير مما هو وارد فى شئون إدارة المجتمعات. ولكن هذا التشبيه يجب ألا يؤخذ على إطلاقه، لأن الفروق متعددة ومعقدة بين المصنع والمجتمع وهو أمر لا نستطيع أن نتجاهله، وإن كنا نوصى باستخدام التشبيه، ولكن فى حدوده المعقولة.

ونعود الآن إلى الحديث المباشر عن ترشيد السياسة الوقائية فى مواجهة التعاطى والإدمان. بدون الترشيد ستكون الجهود المبذولة مجرد ردود فعل لحالة من القلق القومى الذى يشتد حيناً ويهدأ حيناً آخر حسب ظروف غاية فى التركيب والتعقيد. وبالتالي ستظهر ردود الفعل كذلك فى موجات موازية ترتفع أحياناً وتنخفض أحياناً أخرى فيما تكشف عنه من اهتمام. والنتيجة النهائية أنها سوف تنطوى على إهدار شديد للأموال والطاقات، لأننا فى كل مرة من مرات ارتفاع الموجة سوف نبدأ من جديد ويكون ما حصلناه من قبل من خبرات ومعلومات قد تلاشى أو علاه الصداً بحيث لم يعد صالحاً للاستعمال. وربما عاد هذا التصرف على المجتمع بأضرار لم تكن فى الحسبان.

وفى ختام هذا الحديث عن الترشيد يبقى سؤال هام؛ وهو سؤال عن المعلومات المطلوبة فى هذا الشأن، هل يوجد لدينا معلومات - ذات حجم معقول - عن مدى انتشار التعاطى الإدمانى، وأشكاله، والمشكلات الصحية والاجتماعية المترتبة عليه، فى مجتمعنا المصرى. هل هذه المعلومات موجودة فعلاً؟

الإجابة الصادقة والمباشرة، هى: نعم، هذه المعلومات موجودة فعلاً. ونحن لاندعى بهذه الإجابة أن المعلومات المتوفرة لدينا متوفرة بأفضل صورة، وعلى أعلى مستوى كما وكيفاً. ولكن ما ندعيه ونجزم به أنها موجودة بقدر لا بأس به، وبصورة تسمح بالاستغلال المباشر، ولكن معظمها لم يُستغل بعد.

ومع ذلك فهذه المعلومات متنوعة، ومصادرها متعددة، وربما كان أهم هذه المصادر فى الوقت الراهن التقارير المنشورة، وغير المنشورة للإدارة العامة لمكافحة المخدرات، والتقارير الصادرة عن المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنايية، أو الصادرة تحت رعايته، باسم «هيئة بحث تعاطى الحشيش فى مصر»، و«البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات»، و«الوحدة البيولوجية». وتعتبر التقارير الصادرة عن الإدارة العامة للمكافحة، وتلك الصادرة عن المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنايية متكاملة فيما بينها، فتقارير إدارة المكافحة تركز الضوء على

أحجام المواد المضبوطة ونوعياتها، والدعاوى المعروضة على القضاء وما صدر في بعضها من أحكام، مع تقديم نماذج لحالات فردية من القضايا والجنات. وعلى ضوء هذه المعلومات يمكن للقارئ تكوين صورة إجمالية عن حجم مشكلة المخدرات في مصر، والأحجام النسبية لمشكلة كل مخدر على حدة. وفي مقابل ذلك تركز منشورات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية الضوء على تفاصيل مشكلة التعاطي داخل المجتمع، من الذى يتعاطى، وما الذى يتعاطاه، وكيف، وفي ظل أى الظروف يتم التعاطي، وما هى المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية التى تعانى منها كل فئة من المتعاطين؟ الصورة الأولى شاملة، والصورة الثانية مجهرية (أو ميكروسكوبية)، ولا يمكن لوضع السياسة الوقائية فى هذا المجال أن يستغنى عن إحدى الصورتين ويكتفى بالأخرى، ولكن لا بد له من أن يكامل بين الصورتين فى صورة جديدة، ستكون فى هذه الحالة صورة مجسمة لواقع المشكلة فى حياتنا الاجتماعية. ويؤكد الحاجة إلى هذا التكامل أن كلا من الصورتين تقدم بعض العناصر التى لا وجود لها أصلا فى الصورة الأخرى؛ فالصورة التى تقدمها إدارة المكافحة تقدم عنصر التهريب والتجارة والقضايا والأحكام وهو ما لا وجود له أصلا فى منشورات المركز القومي؛ والصورة التى تعرضها منشورات المركز تقدم (ضمن ما تقدمه) الجانب الخاص بتعاطي وإدمان الكحوليات كما تقدم منظور المشكلات الصحية والنفسية الاجتماعية المرتبطة بالتعاطي الإدماني وهو ما لا وجود له فى تقارير إدارة المكافحة. الأولى يقع معظمها على محورى العرض والنتائج، والثانية ينتظم معظمها على محورى الطلب والنتائج. من أجل ذلك نقول إن واضع السياسة الوقائية لا بد له من أن يفتح على الصورتين الحاصلتين من النوعين من التقارير أو المنشورات وأن يكامل بينهما.

ولاشك أن هناك نوعيات أخرى من المعلومات الماسة بصميم مشكلة التعاطي الإدماني، متوفرة لدى مصادر أخرى رسمية (مثل وزارة الصحة)، وغير رسمية

(مثل الجمعية المركزية لمكافحة المخدرات والمسكرات). وربما جاز لنا أن نتوقع توفير مزيد من المعلومات المناسبة من مصادر أخرى إذا أمكن بذل بعض الجهود التنظيمية الإضافية.

والمعنى الهام الذى نريد الإشارة إليه من هذا الحديث عن المعلومات، أن المعلومات المطلوبة لترشيد السياسة والبرامج الوقائية موجودة فعلا، وبقدر لا بأس به، ولكن معظمه لم يستغل بعد. وبالتالي يكون السؤال المطروح فى هذا الموضوع هو كيفية استغلال هذه المعلومات فى ترشيد سياسة وقائية متكاملة تتبناها الدولة، وتدعو للإسهام فى تنفيذها الجهات الرسمية وغير الرسمية.

تلخيص:

والخلاصة، أن اللحظة الراهنة، وقد تم تشكيل المجلس القومى لمكافحة وعلاج مشكلة الإدمان، تتطلب التعجيل بأن يتبنى المجلس خطة قومية شاملة ومتكاملة للوقاية من التعاطى الإدمانى وما يترتب عليه من مشكلات. ولكى يتوفر لهذه الخطة أو السياسة الوقائية (والبرامج المترتبة عليها) مستوى معقول من الكفاءة يشترط، أولا وقبل كل شئ، أن تكون هذه السياسة موجهة نحو أهداف تتصف بصفتين رئيسيتين، هما: أن تكون محددة، وأن تكون واقعية. وتعتبر الأهداف محددة بقدر ما يتعين فيها - صراحة - مستوى الوقاية المطلوب، والشريحة الاجتماعية المستهدفة بهذه الإجراءات أو تلك، والمادة أو مجموعة المواد الإدمانية المطلوب التصدى لها. كما أن الأهداف تعتبر واقعية: بقدر ما تكون ملائمة لمدى التعقد فى مشكلة الإدمان عموما، وفى المشكلة النوعية لإدمان هذه أو تلك من المواد المسببة للإدمان؛ وبقدر ما تكون محسوبة كذلك على أساس النتائج القريبة والبعيدة.

أما عن طبيعة السياسة الوقائية الشاملة ومكوناتها فلا بد لهذه السياسة من أن تقوم على محاور ثلاثة: هى محور العرض، ومعظمه قانونى وشرطى، ومحور الطلب ومعظم ما فيه تربوى وإعلامى، وبعضه اقتصادى/ اجتماعى، والبعض

طبي. ومحور النتائج، ومضمونه غالبا طبي، أو طبي/ نفسى/ اجتماعى.

وقد أوضحنا كيف أن الأمل فى توفير هذه المحاور الثلاثة للسياسة الوقائية المتكاملة هو ما نستشفه وراء تشكيل المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان بالصورة التى شكل بها. ومن ثم ألحنا على ضرورة الحرص منذ البداية على الإبقاء على منظور مشكلة الإدمان كمشكلة مجتمعية وعدم السماح باستقطابها إلى جانب واحد من جوانب الحياة الاجتماعية المتعددة والمتشابكة.

وأخيرا تحدثنا عن ضمانات الترشيد المتواصل لهذه السياسة، بأن يدخل فى صميم بنيتها منذ البداية (أى فى التصميم الأساسى للخطة) القنوات التى تضمن التدفق المتواصل للمعلومات، وأسلوب العمل الذى يضمن الاستناد بصورة دورية على تقدير (وإعادة تقدير) حجم المشكلة، وشكلها ومضاعفاتها، هذا من ناحية؛ وعلى تقويم كفاءة البرامج المطبقة بالاستعانة بالمقارنة بين التقديرات المتتابعة، وذلك لإدخال التعديلات المناسبة، فى التوقيت المناسب، على الخطة والبرامج المتفرعة عنها أولا بأول.

تعقيبات مفصلة

١ - مصطلح الإدمان، ومصطلح الاعتماد:

فى النصف الثانى من الخمسينيات بدأ تعريف مصطلح «الإدمان» يثير كثيرا من الجدل فى دوائر التخصص الطبية النفسية والفارماكولوجية، والسيكوفارماكولوجية، وذلك لأسباب متعددة لا محل لتفصيل القول فيها فى هذا المقام. وانتقل هذا الجدل إلى لجان الخبراء فى هيئة الصحة العالمية. وانتهى فى مرحلة من مراحل (سنة ١٩٥٧) إلى ضرورة صك مصطلح جديد هو مصطلح «الاعتیاد» يستخدم جنبا إلى جنب مع مصطلح الإدمان لوصف فئة من الحالات النفسية تدور حول التعلق القهرى بتعاطى بعض المواد المؤثرة فى الأعصاب دون أن تنطبق عليها تماما دقائق تعريف الإدمان. واستمر الحال كذلك حتى سنة ١٩٦٤. ولكن فى أثناء هذه المدة كان الجدل قد احتدم من جديد حول

مدى دقة التفرقة بين «الاعتیاد» و«الإدمان». ومرة أخرى احتل هذا الموضوع اهتمام لجان الخبراء فى هيئة الصحة العالمية. واستقر الأمر داخل هذه اللجان على ضرورة التخلی عن المصطلحين، «الاعتیاد» و«الإدمان»، وإحلال مصطلح جدید يقوم مقام الاثنین معا، هو مصطلح «الاعتماد»، على أنه یجمع بین العناصر الأساسية التى تمثل المقام المشترك بین «الاعتیاد» و«الإدمان» وفى الوقت نفسه یتحاشى نقاط التعارض بین المصطلحين. واشترط الخبراء لکی يكون استخدام مصطلح «الاعتماد» دقیقاً أن یقرن دائماً باسم المادة أو فئة المواد المؤثرة فى الأعصاب التى یقصد الكاتب إلى الحدیث عنها. فیقال مثلاً «الاعتماد الكحولی» و«الاعتماد المورفینی» و«الاعتماد على المهلوسات»... الخ. ووضعت لهذا الغرض قائمة بحصر المواد أو فئات المواد التى ینسب إليها الاعتماد. (انظر فى هذا الصدد (WHO 1964, No 273 & 287).

وسیلاحظ القارئ لهذا البحث الراهن أننا نتحرك بین مصطلحی الإدمان والاعتماد كأنهما مترادفان. وهو تحرك غیر دقیق. ولكننا رأینا أن نرتضى هذا القدر من عدم الدقة فى الوقت الحاضر لأن القارئ العربی اعتاد - منذ زمن على مصطلح الإدمان - ورأینا فى الوقت نفسه أن نقدم له بالتدریج الكافى كلمة الاعتماد، ونرجو أن نجتاز فى المستقبل القریب هذه المرحلة ونكتفى بمصطلح الاعتماد حتى نواكب مسيرة الفكر العالمی المتخصص.

٢ - یعتبر موضوع قیاس «الاتجاهات النفسیة» وتغییرها من الموضوعات الهامة فى علم النفس الاجتماعى الحدیث. وقد شغل الاهتمام به أذهان العلماء منذ فترة العشرينیات من هذا القرن، ولكنه بلغ مستويات جدیدة من العناية النظریة والتقنیة بعد الحرب العالمیة الثانیة. (انظر فى هذا الصدد الفصل الرابع من كتاب Kahn 1984، والفصل العاشر من كتاب Berkowitz 980).

ومع تزايد الاهتمام العلمى بموضوع تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب، وخاصة فى فترة العشرين سنة الأخيرة، وانصراف قدر کبیر من هذا الاهتمام إلى

ابتكار الطرق الناجعة للتحكم الوقائي والعلاجى فى ظاهرة التعاطى اتجهت انظار عدد من العلماء إلى الاستفادة من تقنيات تغيير الاتجاهات لاستغلالها فى هذا المجال. (انظر فى هذا الصدد Brelnon & Back 1968, Seymour & Botto 1976, Mcpeek & Edwards 1975, Horowitz & Sedlacek 1973, Stokes 1974).

٣ - من أهم المشكلات التى تثار فى هذا الصدد مشكلة الآثار الجانبية (أى غير المرغوب فيها) فهذا التعليم. وبوجه خاص، سؤال: إلى أى مدى سنجد أنفسنا متورطين فى إثارة حب الاستطلاع عند عدد معين من التلاميذ مع أننا قصدنا بالعملية التعليمية فى هذا المجال صرفهم عن الإقبال على التعاطى. ويجب ألا يستهين القارئ بما ينطوى عليه هذا السؤال من أخطار حقيقية؛ خاصة وأنا هنا فى بحوثنا التى أجريناها على عينات متنوعة تتكون من آلاف من شباب الطلاب والعمال فى البيئة المصرية، وجدنا اقترانا جوهريا (وإن كان محدودا) بين التعاطى وبين التعرض لمعلومات تتعلق بالمخدرات.

ويترتب على ذلك عدد من الأسئلة الفرعية، منها على سبيل المثال: هل هناك طرق تعليمية من شأنها أن تثير حب الاستطلاع عند التلاميذ (وهو الأثر الجانبى المرفوض فى مجالنا هذا) وطرق أخرى لا تثير حب الاستطلاع؟ أم أن جميع الطرق التعليمية يحتمل أن تترتب عليها هذه الآثار الجانبية ولكن بدرجات متفاوتة؟ وفى هذه الحالة يكون السؤال الذى يجب أن يثار هو: ما هى خصائص العملية التعليمية التى تعطى أفضل عائد من حيث صرف الشباب عن التعاطى مع أقل احتمال ممكن للآثار الجانبية؟ أى أن يكون الحسم هنا على أساس نسبة الغنم/ الغرم. وجدير بالذكر أن هيئة الصحة العالمية نهبت فى عدد من تقاريرها إلى هذه المخاطر بمعنى أن المسألة هنا تستوجب الحذر من التفكير المسطح الذى ييسّط الأمور تبسيطا مخللا، فتتصور بسذاجة أن التعليم سيحل هذه المشكلة. انظر فى هذا الصدد (Swift et al 1974, Smart & Fejer 1974).

٤ - أشرنا فى بحث سبق لنا أن تقدمنا به إلى لجنة الخبراء الدائمين لبحوث المخدرات بهيئة الصحة العالمية، إلى أن تحسين ظروف العمل تعتبر من بين الشروط الضرورية لخفض الطلب على المخدرات. ويستند هذا الشرط إلى بعض النتائج الواقعية التى توصلنا إليها فى بحوثنا الميدانية. نسوق منها فى هذا الموضوع عددا محدودا للغاية: تبين لنا، فى بحوثنا المبكرة على متعاطى القنب (الحشيش) أن نسبة كبيرة منهم بلغت ٩, ٥٨٪ كانت مضطرة إلى العمل عددا كبيرا من الساعات يوميا (بلغ فى بعض الحالات ١٥ ساعة متواصلة) لكسب قوتهم اليومي. كذلك أمكن لنا أن نجد معامل ارتباط (توافق) مقداره ٥١, ٠ بين عدد مرات التعاطى فى الشهر وعدد ساعات العمل اليومي. كذلك أمكن لنا التحقق من وجود معامل توافق مقداره ٣٦, ٠ بين مقدار جرعة المخدر التى يتعاطاها المتعاطى فى الجلسة الواحدة وبين عدد ساعات العمل اليومي. ومعنى ذلك باختصار أن هناك ميلا مطردا إلى زيادة حجم التعاطى مع زيادة عدد ساعات العمل اليومي. (كان حجم العينة = ٢٠٤ فردا).

غير أن تحليلنا لظروف العمل يجب ألا يقف عند حدود التبسيط المخجل. فمصادر المشقة فى بيئة العمل متعددة ولا تتوقف فقط عند نقطة عدد الساعات التى يضطر العامل إلى قضائها يوميا فى أداء عمله. وفى البحث المشار إليه فى بداية هذا التعقيب أوضحنا أن المصادر الأساسية للمشقة فى بيئة العمل يمكن تصنيفها تحت فئتين: هما:

أ - مصادر تثير لدى الفرد قدرا متزايدا من فائض التوتر (أى التوتر الذى لا يخدم هدفا يتعلق بإنجاز العمل وبالتالي فهو زائد عن الحاجة) وذلك من خلال فقدان الشعور بالاطمئنان، بالإضافة إلى الإحباط، والسأم.

ب - مصادر تثير لدى الفرد مشاعر «الاغتراب»، بمعنى أن يشعر الفرد بأنه «غريب» فى هذه البيئة؛ وهذه المشاعر هى القطب المضاد لمشاعر «الانتماء» (انظر Soueif 1974).

وقد أشارت لجنة الخبراء الدائمين لبحوث التعاطى، التابعة لهيئة الصحة العالمية، أشارت فى تقرير صادر عنها فى سنة ١٩٧٤ إلى ضرورة التقليل من المشاق التى تسببها مصادر بيئية عامة كواحد من الإجراءات الوقائية ضد التعاطى والإدمان. وخصت بالذكر فى هذا الصدد المشاق الناجمة عن انسداد سبيل الترقى فى الحياة أمام الفرد، وظروف العامل غير الصحية أو غير الآمنة، وبعض المظالم التى تقع على الفرد فى مجال عمله (انظر WHO 1974, No. 551, p. 5).

٥ - أشارت هيئة الصحة العالمية فى عدد من تقاريرها الفنية إلى ضرورة مراعاة كافة الإجراءات المشروعة للحيلولة دون تسرب العقاقير المسببة للإدمان من قنوات الاستعمال الطبى المشروع إلى القنوات غير المشروعة للتعاطى. وجاء فى أحد التقارير على سبيل المثال، ما يأتى: «وللحيلولة دون تسرب الأدوية المسببة للإدمان، من القنوات المشروعة إلى غير المشروعة، أن تكون التذاكر الطبية التى تأذن بتناول هذه الأدوية، قليلة العدد، محدودة الصلاحية..» (انظر المرجع السابق ص ٣٦؛ وانظر كذلك ص ١٩ WHO 1970, No. 497).

٦ - نص القرار الجمهورى الصادر بتشكيل المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان:

قرار رئيس جمهورية مصر العربية

رقم ٤٥٠ لسنة ٩٨٦

بتشكيل المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان

رئيس الجمهورية

بعد الاطلاع على الدستور،

قرر

(المادة الأولى)

يشكل المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان برئاسة رئيس مجلس الوزراء

وعضوية كل من:

- وزير التأمينات الاجتماعية والشئون الاجتماعية .

- وزير القوى العاملة والتدريب .

- وزير العدل .

- وزير الإعلام .

- وزير الحكم المحلى .

- وزير الأوقاف .

- وزير الثقافة .

- وزير التعليم العالى .

- وزير الصحة .

- وزير الداخلية .

- رئيس المجلس الأعلى للشباب والرياضية .

- مدير المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

- ويكون للمجلس مقررا يتولى المجلس اختياره من بين أعضائه .

وللمجلس أن يستعين بمن يرى الاستعانة بهم فى أعماله من الخبراء والمختصين فى مجال مكافحة المخدرات وعلاج الإدمان من بين ذوى الخبرة وأساتذة الجامعات ومراكز البحوث وغيرهم دون أن يكون لهم صوت معدود فى اتخاذ القرارات .

(المادة الثانية)

يختص المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان بما يأتى :

١ - وضع السياسات المطلوب الالتزام بها فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان .

٢ - اقتراح التشريعات والنظم اللازمة للنهوض بمكافحة وعلاج الإدمان .

٣ - 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.

٤ - تقييم التجارب الناجحة فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان وتحديد مجالات الاستفادة منها.

٥ - تقييم نشاط مكافحة وعلاج الإدمان وإنجازاته، وإيجاد الحلول المناسبة للمشاكل والصعوبات التى تعترض ذلك.

٦ - الإشراف على تنفيذ اتفاقات المعونة والمساعدات المقدمة من الأشخاص الاعتبارية العامة أو الخاصة أو الهيئات الأجنبية لمصر فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان.

٧ - نظر المسائل الأخرى التى يرى رئيس المجلس عرضها عليه بحكم اتصالها بمكافحة وعلاج الإدمان.

وللمجلس أن ينشئ لجانا فرعية طبية ودينية واجتماعية ونفسية وأمنية لاكتشاف أفضل الطرق للوقاية والعلاج من الإدمان.

(المادة الثالثة)

تكون قرارات المجلس نهائية وناظمة، وتكون ملزمة لجميع الوزارات والجهات المعنية وعليها اتخاذ الإجراءات اللازمة لتنفيذها، وعلى هذه الجهات تزويد المجلس بما يطلبه من تقارير أو بيانات أو إحصاءات تتصل بنشاطه.

(المادة الرابعة)

يجتمع المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان بناء على دعوة من رئيسه مرة على الأقل كل ثلاثة شهور، ويتولى مقرر المجلس تنظيم أعماله.

(المادة الخامسة)

يكون للمجلس أمانة فنية يرأسها مقرر المجلس تتولى المهام الآتية:

- ١ - إعداد مشروع الخطة القومية للوقاية والعلاج من الإدمان وبرامجها.
- ٢ - إبلاغ قرارات المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان إلى الوزارات والجهات المعنية ومتابعة تنفيذها.
- ٣ - الاتصال بالجهات والهيئات المحلية والاجنبية والدولية لتبادل المعلومات والخبرات فى مجال الوقاية والعلاج من الإدمان.
- ٤ - متابعة تنفيذ الخطط والبرامج التى يقرها المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان وتقديم تقارير دورية عنها.

(المادة السادسة)

ينشر هذا القرار فى الجريدة الرسمية، ويعمل به من اليوم التالى لتاريخ نشره.
صدر برئاسة الجمهورية فى ٢٢ صفر سنة ١٤٠٧هـ الموافق ٢٦ أكتوبر سنة ١٩٨٦م.

المراجع:

Berkowitz, L. (1980) *A survey of social psychology*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 2 nd ed.

Brehm, M. & Back, K. (1968) Self image and attitudes towards drugs, *j. Person.*, 36, 299 - 314.

Convention on psychotropic substances 1971, New York: U.N. 1977.

Horowitz, j. & Sedlacek, W. (1973) University student attitudes and behaviour toward drugs, *J. of college student personnel*, 14/3, 236 - 237.

Lin, T. & standley, C.C. (1962) *The scope of epidemiology in psychiatry*, Geneva: WHO,

- Mc peek, R. & Edwards, G. (1975) Expectancy disconfirmation and attitude change, *J. soc. psychol.*, 1975, 96, 193 - 208.
- Pallak, S.R., Pittman, T.S. & Pallak, M.S. (1984) Attitudes: Their nature, formation and change, in *Social psychology* A.S. Kahn, M.V. Donnerstein & E.I. Donnerstein eds., Dubuque, Iowa: 80 - 111.
- Seymour, F. & Botts, R. Marijuana attitude scale, in *Drug abuse instrument handbook* A. Nehemkis, M. A. Macari & D.J. Letteiri, Washington D.C.: NIDA research issues series, vol. 12, U.S. government Printing office.
- Smart, R.G. & Fejer, D. (1974) *Drug education: current issues, future directions*, Toronto: ARF.
- SouEIF, M.I. (1974) Some issues of major importance for prevention of drug dependence, *National Rev. Soc. Sc.*, (Cairo), 11/2, 39 - 61.
- SouEIF, M.I. (1974) Evaluation of dependence - liability of drugs: the epidemiological approach. paper submitted to the Scientific group on progress in Methodology of Evaluation of Dependence Liability of Drugs, WHO, Geneva, November (mimeographed).
- SouEIF, M.I. (1972) The epidemiology of drug dependence: a discussion of some technical problems, paper submitted to the Expert Committee on Drug Dependence, WHO, Geneva, November. (Later published in: SouEIF, M.I. (1980) *Drug dependence: problems of behavioural research*, Cairo: National Centre for Social and Criminological Research, .
- Stokes, J. (1974) Personality traits and attitudes and their relationship to

student drug using behaviour, *Intern. j. Addict.*, 9/2, 267 - 287.

Swift, B., Dorn, N. & Thompson, A. (1974) Evaluation of drug education' Technical Report to the sir Halley Stewart Trust and to the Council of the I.S.D.D., London: I.S.D.D. (memeographed).

WHO Techn. Rep. Ser. No. 273, Geneva, 1964.

WHO Techn. Rep. Ser. No. 286, Geneva, 1964.

WHO Techn. Rep. Ser. No. 497, Geneva, 1970.

WHO Techn. Rep. Ser. No. 526, Geneva, 1973.

WHO Techn. Rep. Ser. No. 551, Geneva, 1974.

WHO expert working group, Health policies to combat drug and alcohol problems: sydney & Canberra, Australia, 24 - 31 March 1988. (memeographed).

