الإدمان وخطورته على مستقبل الشباب المصرى

قامت لجنة الصحة بمجلس اشورى بمناقشة موضوع (الإدمان وخطورته على مستقبل الشباب المصرى) وذلك تحت رعاية الدكتور عبد الغفار صالحين رئيس اللجنة وقد شارك فى إدارة الجلسات كل من الدكتور حامد محمد إبراهيم الدالى وكيل اللجنة والاستاذ الدكتور على محمود قاسم وكيل اللجنة والاستاذ الدكتور محمد فرج على فضل أمين سر اللجنة وقد تم الاستماع إلى السادة الخبراء فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان وذلك على مدى ٧ جلسات استماع وقد أدار الحوار الدكتور محمود جمال أبو العزائم

وقد حضر الجلسات السادة:

● الاستاذ الدكتور هشام رامى أمين عام المجلس القومى للصحة النفسية

الاستاذ الدكتور عارف عبد الحليم خويلد أمين عام الأمانة العامة للصحة النفسية

● الاستاذ الدكتور ممتاز عبد الوهاب نائب رئيس الجمعية المصرية للطب النفسى

● الاستاذ الدكتور مصطفى شاهين رئيس الجمعية المصرية العامة لمكافحة المخدرات ومنع المسكرات

● الاستاذ الدكتور أحمد أبو العزايم رئيس الاتحاد النوعى المصرى للوقاية من الإدمان

● الاستاذ الدكتور عمرو عثمان رئيس الصندوق القومى لمكافحة الإدمان

● الاستاذ الدكتور عميد جواد عبود مسئول التدريب بالإدارة العامة لمكافحة المخدرات

● الاستاذة الدكتورة إيناس إبراهيم الجعفراوى مقررة المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان

● دكتورة هالة رمضان على مقررة مشروع المسح الاجتماعى لظاهرة الإدمان بين طلاب المدارس

● الاستاذ الدكتور محمود شعبان المشرف العام على برامج التوعية والتثقيف بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى

● الاستاذة الدكتورة ليلى عبد الجواد المشرف العام على الخط الساخن بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان

● الاستاذ الدكتور إيهاب الخراط استشارى الطب النفسى ورئيس لجنة حقوق الإنسان بمجلس الشورى

وفى بداية الجلسات تحدث د. محمود أبو العزايم عن أن هناك طلبات احاطة بالمجلس واقتراحات برغبة حول مشكلة المخدرات وتأثيرها وقد استفحلت المشكلة فى الفترة الأخيرة ويتهم البعض أن السبب فى ارتفاع ظاهرة دخول المخدرات ناتج عن التسيب منذ الثورة ونلاحظ أن الإدارة العامة لمكافحة المخدرات تعلن عن ضبط حاويات تحتوى على الملايين أو الآلاف من الأقراص المهربة من الخارج ولها تأثير على الجهاز العصبى والنفسى

ونحن نحاول أن تكون هناك منظومة مكافحة وعلاج متكاملة بحيث لا يعمل فيها رجال مكافحة المخدرات فقط ولا الأطباء فقط ولا البحث الاجتماعى فقط ولا الاخصائيين النفسيين والاجتماعيين فقط بل يعمل المجتمع ككل بتكاتف ففى البداية كنا نقول إنها مشكلة شرطية ثم قلنا إنها مشكلة طبية نفسية اجتماعية ولكن أثبتت البحوث والدراسات الاجتماعية أننا لابد أن نعمل كماكينة واحدة متشابكة التروس حتى نستطيع أن نواجه المشكلة فكان لابد أن نعمل فى تناسق

ثم تحدث العميد الدكتور جواد عبود مسئول التدريب بالإدارة العامة لمكافحة المخدرات فقال إن الكارثة التى نعانى منها اليوم الأدوية الصيدلانية ومنها عقار الترامادول وأصبحنا محطة لهذه الأدوية وبالنسبة للهيروين تم ضبط هذا العام ٣٢ كيلو فى ظل الظروف الموجودة وفى العام الماضى تم ضبط ٤٧ كيلو وفى العام الذى سبقها تم ضبط ٢٢٢ كيلو ولا يهم حجم الضبط بقدر حجم التعاطى وهو متراجع والهيروين منتصف التسعينات فى مصر بدأ يتراجع وأخذ مرتبة متأخرة فى عملية التعاطى والإنتاج العالمى من الهيروين كبيرا جدا ومع بداية ١٩٩٥ ظهرت كارثة جديدة وهى بدائل للهيروين وهى العقاقير المسكنة الموجودة فى الصيدلية والبعض كان يصنعه كبديل لأغراض الانسحاب وبدأنا وضع بعض القيود على وزارة الصحة وتطبيق قرار وزير الصحة بتطبيق تنظيم تداول الأدوية وأنشأت جداول مرفقة بقانون الصيدلة مضاف له بتنظيم التداول بألا يكتب غير مادة واحدة وتصرف خلال خمسة أيام وتسحب من المريض الوصفة الطبية وتقيد لدى الصيدلى فى دفاتر وبدأت تصرف هذه الأدوية كحصص للصيدليات فى صورة كوته ويوقع الصيدلى على الكوته و بدأنا نلاحق مندوبي الصرف ونتابعهم وبدأت بعض الصيدليات لا تبيعه للمريض وتبيعه للمتعاطى لأن نسبة الربح فى هذه الأدوية أكثر من الاتجار فى الهيروين ومخالفة القرارات ترجع إلى المادة ٣٣ فى مخالفة قانون الصيدلة حيث أن العقوبة من ٢ إلى ١٠ جنيهات نحن مازلنا نعمل بقانون ١٢٧ لسنة ١٩٥٥ نريد تعديل القانون حتى نستطيع زيادة الغرامة والأمر فى موضوع الترامادول لا يقف عند المنتج المصرى وتم وضع قيود على استيراد المادة التى تدخل فى عملية التصنيع وإدارة المخدرات لابد من الموافقة عليها وإجراء تحريات لأن هناك من يستوردها ولا يصنعها بالطريق المشروع وتم تحديد حجم احتياج السوق من الاقراص ويتم تحديد المادة الخام تبعا لاحتياج السوق من الاقراص ويتم الموافقة من جانب الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ومن جانب وزارة الصحة

»إدارة الصيدلة« وتحديد الكمية التى يتم استيرادها من الترامادول والشحنة التى تأتى لابد أن تقيد فى ملفات ويوجد تفتيش عليها من إدارة الصيدلة.

والترامادولات هى عبارة عن أفيونات وبعضها مهرب من الهند والصين عليه »أمفيتامين« ولذلك نجد أن مشاكلها الصحية والنفسية أصبحت عنيفة جدا فالصرع من أكثر الظواهر لدي متعاطى الترامادول »نوبات صرعية« فهى تتعلق بالمخ وكهربة المخ

وقد كشف المكتب الاقليمى المعنى بالمخدرات والجريمة فى الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بالمنظمة الدولية لمراقبة المخدرات أن منطقة الشرق الأوسط أصبحت سوقا نشطة لتجارة المخدرات مشيرا إلى أن عدد متعاطى المخدرات فى المنطقة العربية يقدر بما بين ٥ . ٦ ٪ من الشكان ومن جهة ثانية فإن حجم الاتجار بالكوكايين فى إفريقيا فقط خلال عام ٢٠٠٩ قدر بنحو مليار دولار كما ظلت القارة منطقة عبور العديد من المواد المخدرة المنتجة فى أمريكا اللاتينية وآسيا والمتجهة إلى أوروبا وأمريكا.

وجدير بالذكر أن المغرب ومصر لم يعودا الدولتين اللتين تعانيان وحدهما من زراعة بعض النباتات المخدرة بل أن الظروف السياسية وحالة عدم الاستقرار جعلت السودان أيضا يدخل ضمن الدول التى تزرع بها النباتات المخدرة وكذلك فإن زراعة المخدرات عادت إلى منطقة سهل البقاع بلبنان وسبب توقف برامج بدائل التنمية التى كانت تقدمها الأمم المتحدة وكذلك السعودية فإنها تستحوذ على أكبر عمليات ضبط لأقراص الكابتاجون فى العالم إذ بلغت الكميات المضبوطة بها عام ٢٠٠٧ نحو ١٤ طنا بعد أن كانت لا تتعدى ٣,٠ طن فى عام ٢٠٠٢

ويمكن استنتاج أن أسباب زيادة انتشار المخدرات فى المنطقة العربية ترجع إلى الموقع الجغرافى وانفتاح المنطقة على ثلاث قارات ووجود منافذ بحرية تنفذ منها عصابات الجريمة المنظمة والانفتاح على الثقافات الأخرى وانخفاض سن تعاطى المخدرات بين الشباب العربى فبعد أن كانت هذه الظاهرة منحصرة فى الفئة العمرية الواقعة بين ١٤ و١٨ سنة أصبحت تضم من هم فى عمر ١١ سنة وكذلك البعد الاقتصادى بشقيه بين مجموعة لديها القدرة على شراء المخدرات ومجموعة تعانى من فقر وبطالة يدفعانها إلى استخدام المخدرات أو الاتجار بها ثم الأمية التى تؤثر فى نحو ١٠٠ مليون عربى ولها دورها فى التشجيع على تعاطى المخدرات.

مؤشرات وبيانات كاشفة للوضع الراهن لمشكلة المخدرات فى مصر.

● انخفاض ملحوظ فى سن التعاطى ليصل إلى مرحلتى الطفولة والمراهقة حيث تدنى سن بدء التعاطى إلى ١١ عاما وبداية التدخين ٩ سنوات بينما كان فى السابق يتراوح بين ٣٠ أو ٤٠ عاما.

● غياب الدور الحقيقى للوالدين فى مواجهة المشكلة حيث إن ٥٨٪ من المدمنين يعيشون مع الوالدين فى إشارة واضحة لغياب دور الأسرة

●٤٠٪ من المرضى طالبى العلاج لديهم أفراد مدمنون داخل الأسرة

● العلاقة وثيقة بين التدخين وإدمان المخدرات حيث أن ٩٩٪ من المدمنين يدخنون السجائر من بينهم ١٨.٩٪ يدخون أكثر من ٤٠ سيجارة يوميا

● ضعف الشخصية والانسياق وراء ضغط الأقران السلبى والرغبة فى خوض التجربة وحب الاستطلاع ووقت الفراغ، والمشاكل الأسرية هى الأسباب الرئيسية للانخراط فى مشكلة المخدرات

يأتى عقار الترامادول كأكثر أنواع المخدرات انتشارا ويليه مشتقات القنب ثم المورفينات والمهدئات والمنشطات والجدير بالذكر أن تداول عقار التراماول كمادة مخدرة بين الشباب المصرى ظاهرة مستجدة على المجتمع المصري مما يتطلب ضرورة التصدى الحاسم لتداوله من النواحى التشريعية والأمنية والاجتماعية «ملحوظة» تم ضبط ١٠٥ ملايين قرص ترامادول فى مصر خلال عام ٢٠١١ وفقا لتقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات

المعتقدات الخاطئة والشائعة بين الشباب تتمثل فى أن المخدرات تساعد على:

. زيادة القدرة البدنية والعمل لفترات أطول «بنسبة ٣٠،٦٪»

. نسيان الهموم والمشكلات «بنسبة ٣٦،٦٪»

. التغلب على الاكتئاب بنسبة «٣٤،٨٪»

. خفة الظل وقبول الشخصية بنسبة «٣٦،٤٪»

. الجرأة بنسبة «٢٩،٧٪»

. الإبداع بنسبة «٢٦.٢٪»

كما تبين أن:

– ٢٩،٤٥٪ لا يوجد لديه مانع من التجربة دون الدخول فى دائرة الإدمان.

– ٣٧.٨٪ يعتقدون أن التجربة لن تسبب ضررا

– ٣٣٪ من الشباب لا يمانع أن يكون أحد أصدقائه مدمنا

ولذلك كان على البلدان النامية والمتقدمة على حد سواء أن تواجه داخل حدودها الخاصة المشاكل الدولية المرتبطة فيما بينها والمتعلقة بالعرض غير المشروع والطلب غير المشروع أوالاتجار غير المشروع فى المخدرات إن العرض «ويتضمن التهريب »والطلب يعززان ويدعمان الواحد منهما الآخر فى تنمية إساءة استعمال المخدرات والإبقاء عليها وتواصل الدائرة المفرغة للطلب المتزايد والعرض المتزايد ، خلق الأنشطة غير المشروعة فى المخدرات والمشاكل المرتبطة بها.

وينبع هذا إلى حد كبير من طبيعة الطلب على المخدرات الذى يتسم غالبا بسمتين مميزتين

● الأولى : هى الدافع الذى لا يقاوم من جانب المستعمل لتعاطى المخدرات على أساس مستمر أو دورى ليختير تأثيره النفسى أو ليتجنب مشقة غيابه.

● الثانية: هى زيادة القدرة على تحمله ومن ثم تصبح كميته متزايدة ومطلوبة لتحقيق الآثار المرغوبة ويفسر هذان العاملان الدافع

الذى لا يقاوم لاستمرار الاستعمال وتطور القدرة على الاحتمال ولماذا تفشل باستمرار سياسات مراقبة المخدرات التى تستبعد تدابير خفض الطلب ومن ثم ينبغى أن يكون للسياسات والبرامج التى تهدف إلى خفض الطلب غير المشروع على المخدرات تأثير على العناصر التى تساعد على الإدمان واستمراره ويستدعى هذا عمل تدابير للوقاية فى القطاعات العامة والتربوية وخدمات فى قطاع الصحة العامة والنفسية والرقابة على توافر المخدرات المولدة للإدمان وتنمية قوية فى البيئة الاجتماعية والمادية.

ويمكن تطبيق التدابير الوقائية لمواجهة مشكلة الإدمان على ثلاثة مستويات وهى:

● الوقاية من الدرجة الأولى: وتحاول منع حدوث مشكلة الإدمان أو تقليل معدل قوتها

● الوقاية من الدرجة الثانية: تحاول خفض عدد الأشخاص المدمنين على المخدرات حاليا

● الوقاية من الدرجة الثالثة: وتهدف إلى تخفيض آثار الاستعمال المضر للمخدر وتكون عادة من خلال العلاج والتأهيل وإعادة الاندماج الاجتماعى

تقييم الوضع الراهن لعلاج الإدمان فى مصر

. الخدمة العلاجية للإدمان قائمة بالفعل وتقوم بها عدة مستشفيات حكومية »العباسية . الخانكة . المعمورة . الصحة النفسية بمصر الجديدة« وهى مستشفيات تابعة للأمانة العامة للصحة النفسية بوزارة الصحة بالإضافة إلى بعض المستشفيات الجامعية ومراكز العلاج الخاصة

● حدوث تطورات فى تقنيات علاج الإدمان بكافة أنواعه وقد أثبتت معظم هذه التقنيات فعالية واضحة كما هو متوافر بالدراسات والبحوث الاجنبية

● دخل صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى برئاسة مجلس الوزراء مجال الإدمان منذ عام ٢٠٠٠ ويسهم فى علاج عدد لا بأس به المدمنين من خلال تقديم الدعم لعدد من المستشفيات كمستشفى الصحة النفسية بمصر الجديدة وبمركز الطب النفسى بجامعة عين شمس ومستشفى طهشا بمحافظة المنيا ومستشفى المعمورة بالاسكندرية كما تم توقيع بروتوكول مع وحدة الطب النفسى والإدمان بالقصر العينى وجارى دراسة امكانية افتتاح فروع للخط الساخن بكل من مدينة بنها »محافظص«القليوبية» ومستشفى جامعة الزقازيق »محافظة الشرقية« وكذلك القوات المسلحة من خلال المستشفيات التابعة لها.

● رغم كل هذه الجهود تظل الأسرة المتاحة لعلاج الإدمان أقل من الحاجة المتزايدة لإعداد المرضى الذين يحتاجون للعلاج الداخلى »الإقامة الداخلية«

● ما تزال أقسام علاج الإدمان جزءاً من مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية ولذلك االموضع مردود غير مرغوب فيما يتعلق بالوصمة أو باحتمال نقل الأدوية النفسية من الأقسام النفسية إلى المدمنين المحتجزين فى أقسام علاج الإدمان

● مايزال هناك اختلاط فى المصحات بين الحالات المحولة من المحاكم والحالات التى تأتى على أساس التطوع

● ما يزال من غير الممكن حجز المدمنين الأقل من ثمانى عشرة سنة عندما يتقدمون من تلقاء أنفسهم أو من خلال أسرهم وذلك نتيجة لمشكلات تتعلق بالتشريع الخاص بهذه الفئة

● رغم أن العلاجات النفسية أصبحت تشكل جانبا من مكونات علاج المدنين فلا توجد معلومات مؤكدة أو موثقة حول ما يتم تقديمه فى هذا الخصوص

● ما يزال هناك نقص شديد فى الكوادر المدربة القادرة على تقديم العلاجات النفسية المتعددة وتفعيلها كخطوات ضرورية وأساسية لضمان الشفاء والمحافظة على المكاسب العلاجية.

● الافتقار إلى آلية للتطوير والمتابعة فيما يتعلق بالعلاج

● ضعف التنسيق بين الهيئات والمؤسسات المعنية العاملة فى مجال العلاج

دور الجمعيات الأهلية فى الوقاية والعلاج من الإدمان

وقد تحدث الاستاذ الدكتور مصطفى شاهين رئيس الجمعية المصرية العامة لمكافحة المخدرات ومنع المسكرات عن دور الجمعية المصرية العامة لمكافحة الإدمان والمسكرات فذكر أنه بالنسبة للجمعيات الأهلية فالجمعيات هى التى تقوم بعلاج جزء كبير من مشكلة الإدمان لأنها الأقرب فى التواصل مع الجمهور وهناك مشكلتان اساسيتان:

أولا: التمويل فهو مبلغ ضعيف جدا مخصص للجمعيات والجمعية المصرية العامة لمكافحة الإدمان والمسكرات وهى جمعية أنشئت فى مصر تحصل على معونة سنوية حوالى ٤٠٠٠ جنيه فى السنة ففى الأغلب لا تحصل الجمعية عليها بل تعتمد على التبرعات وتحتاج لمصروفات سنوية حوالى ١٢٠ ألف جنيه لتغطية مرتبات الأطباء والموظفين خاصة أن الخدمة تؤدى مجانا أو بأجر رمزى بسيط بالتالى كانت هناك مصاريف وأعباء كثيرة عليها،،وهناك العديد من الصعوبات التى واجهت الجمعية بعد الثورة حيث انخفضت التبرعات مما أثر على الأداء بصورة كبيرة

ثانيا: مشكلة الإعلام والدعاية فلا يوجد طرق لتوصيل مجهودات الجمعية للآخرين لمعرفة امكانيات العلاج الخاصة بها فقد كان يسلط الضوء على المخدرات ولكن هناك بعض الطبقات الكادحة لا تدرى بالإعلام فالجميع يعمل فى جزر منفصلة.

كما تحدث الاستاذ الدكتور أحمد أبو العزايم رئيس الاتحاد النوعى المصرى للوقابة من الإدمان عن دور الاتحاد النوعى المصرى للجمعيات الأهلية للوقاية من الإدمان فذكر أنه منذ بداية القرن الماضى ومصر تواجه موجات غزو بالمخدرات والترويج لها وكانت الجمعيات الأهلية بالمرصاد لهذه الموجات فقد قادت الجمعيات غير الحكومية حملات التوعية والوقاية كما كانت مؤسساتها الداعم الرئيسى للعلاج والتأهيل والتعافى من الإدمان

وقد أنشىء الاتحاد النوعى المصرى فى عام ٢٠٠٢ كثانى اتحاد فى مصر وقد قام الاتحاد باسلوب علمى سليم يعتبر فى حد ذاته جزءا من التخطيط القوى للمواجهة فتوحيد الجهود هى فلسفة ابداعية تبدأ برغبة مشتركة وتصميم للعمل كفريق واحد اجتماعى ضد آفة خطيرة ألا وهى تعاطى وإدمان المخدرات فهذا الاتحاد يؤدى إلى تقوية امكانية العاملين غير المنسقة ويؤدى إلى تحسن التخطيط الاجتماعى وتنمية قدرات المجتمع فى هذا المجال.

●إن القيمة الحقيقية لتوحيد الجهود هى فى اختزال خطوات مكررة ترهق كاهل هذه الجمعيات وتوحد خبراتها وتحد من احتياجاتها التنفيذية والمهارية والقيادية ،إن توحيد الجهود أصبح هدف لكل الهيئات الأهلية والحكومية لبناء شراكات متعددة ولتقديم خدمات وبرامج أكثر كفاءة ولتقديم برامج نموذجية يمكن تعميمها على الأعضاء، **أن جهود الجمعيات الأهلية حجر زاوية لانجاح جهود خفض الطلب على المخدرات من حيث :**

١- هذه الجمعيات تضم قيادات طبيعية لها من الخبرة فى هذا التخصص ما يمكنها من أداء دورها الريادى لهذه الجهود وتتابع وتطور الخدمات المحلية فى كل ربوع مصر.

٢. انتشار الجمعيات فى كل بقاع مصر يدعم عدالة انتشار الجهود الوقائية والتأهلية بعد العلاج بدون الحاجة إلى إنشاء وحدات جديدة

٣ . هذه الجمعيات لديها القدرة على العمل الشمولى فى مواجهة الأزمة مع الجهات الحكومية الأخرى التى تتشعب مسئولياتها على مشاكل أخرى كثيرة

٤. هذه الجمعيات تعمل بلا كلل أو ملل فتضمن الاستمرارية لهذه الجهود وعدم انقطاعها خاصة مع نقص التمويل

٥. هذه الجمعيات تعيش مشكلة تعاطى وإدمان المخدرات ذات الطابع المتغير والذى يختلف من حى لآخر وهى فقط القادرة على تطويع الجهود الوقائية من واقع مجتمعها المحلى بناء على المتغيرات المستمرة بترابط مع باقى مؤسسات الدولة حيث تكمن قوة تأثير هذه الجمعيات فى قدرتها على العمل مع عديد من المؤسسات وهذه الجمعيات لها مقار ولديها إدارتها الجاهزة للعمل بدلا من إنشاء بنية جديدة تتكلف الميزانيات الضخمة فى إدارة حكومية تنقصها الروح والإخلاص.