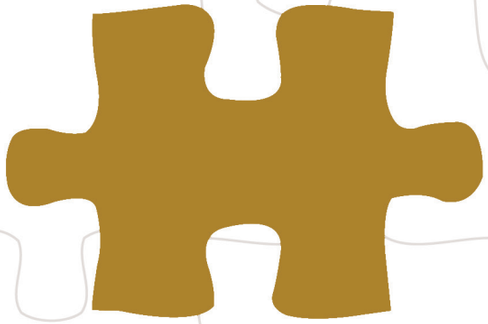
الصحة النفسية
في النظام القانوني المصري

دراسة في التشريعات والسياسات وآثارها على بعض فئات المجتمع

إعداد: د. بسمة عبد العزيز، مراجعة: د. راجية الجرزاوي



ورشة الموارد العربية

د. بسمة عبد العزيز
الصحة النفسية في النظام القانوني المصري
ورشة الموارد العربية

الصحة النفسية في النظام القانوني المصري

الصحة النفسية في النظام القانوني المصري
دراسة في التشريعات والسياسات وآثارها على بعض فئات المجتمع

تعزز التحولات الكبرى في مصر الحاجة إلى مثل هذه الدراسة اليوم أكثر من أي وقت مضى. فهي تنظر في تطور التشريعات والسياسات المصرية المتصلة بالصحة النفسية بشكل عام و المؤثرة على فئات المجتمع، خصوصاً «الأضعف» منهم كالنساء مثلاً، من حيث الموقع والحقوق القانونية والإنسانية. وهي الثالثة في سلسلة يعمل برنامج الصحة النفسية في ورشة الموارد العربية على نشرها في إطار شراكة إقليمية.

تقع الدراسة في أربعة فصول تغطي الجوانب التالية:

- السياسات والتشريعات المتعلقة بالصحة النفسية ورعاية المرضى النفسيين، ١٩٨٧-٢٠١٨.
- القانون ١٤١/١٩٤٤ الخاص بالمصابين بأمراض عقلية، والقانون ٢٠٠٩/٧١ الخاص برعاية المريض النفسي.
- التشريعات والسياسات والمخدرات وأثرها على الصحة النفسية ومكافحتها والعوائق والمشكلات، وتعديلات القانون ١٢٢/١٩٨٩ وتوصيات «البحث القومي للإدمان». ٢٠٠٩.
التشريعات والسياسات والصحة النفسية للمرأة: وضع المرأة وآثار العنف والتمييز على صحة المرأة النفسية، والتشريعات والسياسات المجافية لحقوق المرأة في الدستور وقوانين التأمينات الاجتماعية والعمل والعقوبات والأحوال الشخصية والضرائب والجنسية.... ويتناول الفصل موقع مصر من اتفاقية «السِيداو» والملاحظات الختامية على التمييز ضد المرأة في مصر.

في الملاحق جردة بالقوانين والتشريعات التي تتناولها وملخصاً عن أوضاع الصحة النفسية في ٩ بلدان عربية وتقريراً عاماً عن الصحة النفسية في مصر، فضلاً عن معلومات عن موارد إضافية.

Mental Health in the Egyptian Legislative System, A Study of Legislations and Policies and their Impact on Certain Sectors of the Society
(As-sihha An-nafsiyyah fi An-nizam Al-qanouni AlMisri).
By Dr. Basma Abdul Aziz. Reviewed by Dr. Ragia Al Girzawi
Published by the Arab Resource Collective, ARC. 2011.
www.mawared.org
Supported and funded by the Norwegian Council for Mental Health, NCMH (www.psykiskhelse.no) and NORAD

Arabic edition ISBN, 978-9953-460-19-1

صدر في هذه السلسلة أيضاً:

- الصحة النفسية في النظام القانوني اللبناني. إعداد نزار صاغية ورنا صاغية. ٢٠٠٩
- الصحة النفسية في النظام القانوني الفلسطيني. إعداد د. ياسر العموري وأشرف صيام. ٢٠١١.

ورشة الموارد العربية www.mawared.org

NORWEGIAN COUNCIL FOR MENTAL HEALTH
المجلس النرويجي للصحة النفسية

الصحة النفسية في النظام القانوني المصري

دراسة في التشريعات والسياسات وآثارها
على بعض فئات المجتمع

- المؤلفة: د. بسمة عبد العزيز، طبيبة متخصصة في الطب النفسي، وناشطة حقوقية وعضو في منظمات المجتمع المدني. تولت إلى جانب عملها كطبيبة نفسية مناصب إدارية ومهام متعلقة بحماية حقوق المرضى في الأمانة العامة للصحة النفسية. من كتّاب الرأي في الصحافة المصرية، وقاصّة، ولها عدد من الأبحاث والمؤلفات في الصحة النفسية وفي مجال الدفاع عن حقوق الإنسان ومكافحة التعذيب

- المراجعة: د. راجية الجرزاوي طبيبة ومدافعة عن حقوق الإنسان. مسئولة ملف الصحة والتمييز بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية. عملت في عدد من منظمات المجتمع المدني الحقوقية والتنموية لسنوات. ناشطة في مجال الدفاع عن الحق في الصحة وفي الدفاع عن حقوق المرضى النفسيين ومناهضة التمييز الذي يتعرضون له بوجه خاص، وقد ساهمت في عدد من الأبحاث المتعلقة بهذه المواضيع.

- ورشة الموارد العربية جمعية غير حكومية تأسست العام ١٩٨٨ للعمل مع شركائها على تطوير المعرفة وتعزيز القدرات وتنمية ثقافة الموارد في المجتمعات العربية. تنطلق الورشة من البناء على قدرات كل إنسان وعلى تنمية المعرفة والمهارات اللازمة لترجمة حقوقه إلى واقع، وزيادة تحكمه بظروف حياته في مجتمع من العدل والإنصاف. www.mawared.org

- المجلس النروجي للصحة النفسية منظمة إنسانية تضم معظم المؤسسات النروجية الناشطة في حقل الصحة النفسية. يتمثل أحد أهدافه الرئيسية في تعزيز الصحة النفسية على المستوى العالمي. وتنص استراتيجيته على إيلاء الصحة النفسية أولوية عليا في التعاون الدولي والعون الإنساني. www.physikhelse.no

الصحة النفسية في النظام القانوني المصري

دراسة في التشريعات والسياسات وآثارها على بعض فئات المجتمع

إعداد: د. بسمة عبد العزيز

مراجعة: د. راجية الجرزاوي

فريق تنسيق المشروع:

د. غسان عيسى (المنسق العام)، زينه عوض (منسقة برنامج الصحة النفسية)،

غانم بيبي (مدير التحرير)

الصحة النفسية في النظام القانوني المصري

دراسة في التشريعات والسياسات وآثارها على بعض فئات المجتمع

إعداد: د. بسمة عبد العزيز
مراجعة: د. راجية الجرزاوي
الطبعة الأولى، ٢٠١١
جميع الحقوق محفوظة

فريق تنسيق المشروع: د. غسان عيسى وزينه عوض مع غانم بيبي.
تصدر هذه الدراسة في إطار برنامج إقليمي لورشة الموارد العربية عن الصحة النفسية، في شراكة مع المجلس النرويجي للصحة النفسية، وبدعم منه.

ورشة الموارد العربية: ص ب ٥٩١٦-١٣، بيروت – لبنان.
الهاتف ٧٤٢٠٧٥ (١) (٩٦١+)، الفاكس ٧٤٢٠٧٧ (١) (٩٦١+)
البريد الالكتروني: arcleb@mawared.org
ARC, P.O.Box 27380, Nicosia 1644. Cyprus
www.mawared.org
رقم الإيداع الدولي: ISBN ٩٧٨-٩٩٥٣-٤٦٠-٢١-٣

Mental Health in the Egyptian Legislative System

A Study of certain social sectors

(As-sihha An-nafsiyyah fi An-nizam Al-qanouni AlMisri).

By Dr. Basma Abdul Aziz. Reviewed by Dr. Ragia Al Girzawi
Published by the Arab Resource Collective, ARC. 2011
ARC, P O Box 13-5916, Beirut-Lebanon,
Telephone (+961)(0)1-742075, Fax (+961)(0)1-742077,
E-mail: arcleb@mawared.org,
Website: www.mawared.org

ARC, P O Box 27380; Nicosia 1644 – Cyprus
Supported and funded by the Norwegian Council for Mental Health, NCMH (www.psykiskhelse.no) and NORAD

Project Team: Dr. Ghassan Issa (General Coordinator) and Zena Awad (Mental Health Programme Coordinator). Editor: Ghanem Bibi
Arabic edition ISBN 978-9953-460-21-3

إن الآراء والاستنتاجات الواردة في هذه الدراسة هي للباحثين ولا تعبّر بالضرورة عن آراء ومواقف ورشة الموارد العربية أو المجلس النرويجي للصحة النفسية.

The views and findings expressed in this study are entirely those of the authors. They do not necessarily reflect the views of ARC or the NCMH.

المحتويات

تقديم: بقلم الدكتور غسان عيسى ٧
تمهيد: موضوع الدراسة ومنهجيتها ٩
المقدمة ١١

الفصل الأول:
السياسات والتشريعات المتعلقة بالصحة النفسية ورعاية المرضى النفسيين

- الاضطراب النفسي ١٣
- خدمات الصحة النفسية ١٥
- الهيكل التنظيمي لخدمات الصحة النفسية ١٧
- سياسات وخطط الرعاية الصحية النفسية ١٩٨٧–٢٠١٨ ..... ١٨

الفصل الثاني:
التطور التشريعي للقوانين المتعلقة بالمريض النفسي

- نبذة تاريخية عن القانون ١٤١ ..... ٢٣
- قانون رعاية المرضى النفسيين ٧١ ..... ٢٤

الفصل الثالث:
الصحة النفسية وإدمان المخدرات في ضوء السياسات والتشريعات المصرية

- انتشار المخدرات وأثرها على الصحة النفسية ٢٦
- جهود الدولة في مكافحة المخدرات ٢٨
- عوائق ومشكلات ٣١
- توصيات «البحث القومي للإدمان» ٢٠٠٩ ..... ٣٣
- التطور التشريعي لمكافحة تعاطي المخدرات ٣٤
- تعديلات القانون ١٩٨٩/١٢٢ ..... ٣٥
- تجريم المدمن في القانون ١٩٨٩/١٢٢ ..... ٣٦
- الإيداع في مصحات علاج الإدمان والتعاطي ٣٦
- المدمن: مريض أم مجرم ؟ ٣٨

الفصل الرابع:
التشريعات والسياسات والصحة النفسية للمرأة

- وضع المرأة بين العنف والتمييز المجتمعي ٤٠
- أثر العنف والتمييز على صحة المرأة النفسية ٤٢
- التشريعات والسياسات المجافية لحقوق المرأة: ٤٣
  - في الدستور ٤٣
  - في القوانين ٤٣
  - في قانون التأمينات الاجتماعية ٤٤
  - في قانون العمل ٤٥
  - في قانون العقوبات ٤٥
  - في قانون الأحوال الشخصية ٤٧
  - في حرية التنقل ٤٩
  - في تجريم الختان ٥٠
  - في جرائم الاعتداء الجنسي ٥٠
  - في قانون الضرائب ٥١
  - في قانون الجنسية ٥١
- موقع مصر من اتفاقية «السِّيداو» ٥٢
- الملاحظات الختامية على التمييز ضد المرأة في مصر ٥٣

الملاحق

١) جردة بالقوانين والقرارت التي تتناولها الدراسة ٥٦
٢) الصحة النفسية في تسعة بلدان عربية ٥٨
٣) ملخص تقرير «الصحة النفسية في تسعة بلدان عربية» ٦٣
٤) تقرير عن الصحة النفسية مصر ٦٧
٥) كتب وأدلة عمل مساندة من ورشة الموارد العربية ٨٥
٦) مواقع تتناول مواضيع الصحة النفسية على الشبكة الدولية وفي البلدان العربية ٩٢

تـقـديــم

عندما أعد فريق برنامج الصحة النفسية في ورشة الموارد العربية ورقة المفاهيم التي قدمها إلى المؤتمر الإقليمي التشاوري الذي عقدته الورشة مع عدد من الشركاء في البلدان العربية ما بين ٢٣ و ٢٦ تشرين الثاني / نوفمبر ٢٠١٠ في عمّان بعنوان «العدالة الاجتماعية والتنمية الإيجابية والصحة النفسية للجميع»، لم يكن يخطر في باله أن مقدمات تلك الورقة سوف تكتسب راهنية مباشرة بعد أقل من شهر من المؤتمر.

كتب الفريق في وصفه لسياق ورقة المفاهيم ما يلي:

«يواجه عدد من البلدان العربية أزمات مستمرة اقتصادية وسياسية وبيئية، ونزاعات، وحالات طوارئ وتهجير، كما تعاني مجموعات كبيرة في المجتمع من الفقر والبطالة. بالإضافة إلى ذلك، تتعرّض مجتمعاتنا يوميّاً لعالم «مُعَوْلم» يتأتّى عنه تغييرات كثيرة بعضها مؤذٍ وضاغط، يؤثّر على التماسك الاجتماعي والأمان والعدالة. ولهذه التغييرات تأثيرات كبيرة على تطوّر الهوية، كما تؤدّي، في حال لم يتم التعاطي معه، إلى زيادة في القلق والاكتئاب، وإلى خلل في استخدام الأدوية، وإلى مزيد من العنف، وإلى سلوك انتحاري، بشكل خاص لدى الأطفال والشباب.

تتنوع المحدّدات الاجتماعية لمشاكل الصحة النفسية، وهي تتراوح بين أسباب استياء فردية وقضايا تؤثر على المجتمع بأكمله، مّا يؤكّد على الحاجة إلى مقاربة شمولية للصحة النفسية، متعدّدة المستويات والأقسام، تتضمّن مجالات وأطراً مختلفة. لذا، علينا التشديد على أهمية المحدّدات الاجتماعية الاقتصادية للصحة في هذا الإطار الإقليمي، حيث تغيب المكونات الأساسية للعدالة أي الحقوق والموارد والفرص عن حياة الناس اليومية، ما يجعل أقساماً كبيرة من المجتمع تعتبر هذه المفاهيم معالم مجرّدة، يتم ذكرها فقط في الدراسات والتقارير.

تأتي هذه الورقة من خلفية هذه الأحداث والتطورات التي تؤثر على حياة الناس ووعيهم وصحتهم النفسية. ويضاعف تعقيد الوضع المتزايد في المنطقة العربية وآثاره المتنوعة الحاجة إلى صحة نفسية مرتكزة إلى المجتمع، كما حدّدتها دراسات عديدة لقياس الحاجات وغيرها في المنطقة.

وفيما يمكن ألاّ تظهر العلاقة بين العدالة الاجتماعية وبين الصحة النفسية في كافة الدراسات، يظهر في مرّات عديدة سوء الصحة كإحدى نتائج غياب العدالة الاجتماعية وغياب المساواة والعدل.»

بعد ثلاثة أسابيع على انعقاد المؤتمر، في ١٧ كانون الأول / ديسمبر، ٢٠١٠ أحرق محمد البوعزيزي نفسه احتجاجاً على أوضاعه المعيشية المتردية، فكانت الشرارة التي أطلقت ثورة تونس. ولم تنتظر مصر طويلاً حتى أصابت الشرارة الهشيم في ٢٥ كانون الثاني / يناير ٢٠١١، ما أنبأ بفتح الطريقنحو تخليص البلدين العربيين من الاستبداد وإطلاق مسار التغيير من أجل العدالة والمساواة.

أن يحرق إنسان نفسه نتيجة الفقر والبطالة هو أقصى تعبير عن انسداد أفق العلاقة بين المواطن والنظام بما في ذلك القوانين والسياسات والتشريعات التي تحكم هذه العلاقة. لذلك، كان لا بد من إلقاء نظرة فاحصة على هذا الجانب في محاولة لتلمس إمكانيات فتح ثغرات في هذا الانسداد.

*****

استند برنامج الصحة النفسية في «ورشة الموارد العربية» إلى عدد من ورش العمل الإقليمية والمحلية التي عقدها والتي كان من أهم توصياتها الحاجة إلى العمل على إلقاء الضوء على السياسات والتشريعات المتعلقة بالصحة النفسية والنفس – اجتماعية في البلدان العربية، وتحديد الثغرات فيها والفرص المتاحة لتعديلها.

أعدت الدراسة د. بسمة عبد العزيز وراجعتها مسئولة ملف الصحة والتمييز في «المبادرة المصرية للحقوق الشخصية» د. راجية الجرزاوي. وقد جاءت من ضمن فعاليات المرحلة الثانية من برنامج الصحة النفسية لورشة الموارد العربية. إنها الدراسة الثالثة التي تتناول هذا الموضوع بعد دراستين أجراهما البرنامج لنفس الغرض في لبنان وفلسطين، متوخياً بذلك تشجيع المشاركة الواسعة في التشريع والرقابة عليه، وضمان أن تراعي القوانين والتشريعات الصحة النفسية والتنمية الإيجابية، وأن تطوّر خطط المناداة لتلبية الحق في الصحة النفسية للجميع.

تجدر الإشارة هنا إلى أن د. عبد العزيز كانت قد أعدت هذه الدراسة قبل ثورة ٢٥ يناير، لذلك فهي تكتسب أهمية استثنائية الآن في ظل الاتجاه العام الذي تأخذه عملية تحديث القوانين والسياسات والتشريعات في مصر بتحديدها لكثير من مواطن الداء السائدة وخصوصاً ما يتعلق منها بالصحة النفسية، ورعاية المرضى النفسيين، وانتشار المخدرات، والصحة النفسية للمرأة وآثار العنف والتمييز عليها.

أخيراً، نشكر الباحثة د. بسمة عند العزيز ود. راجية الجرزاوي على هذا الجهد المميز الملتزم قضايا حقوق الناس في مجال الصحة النفسية. كما نشكر المجلس النروجي للصحة النفسية والوكالة النروجية للتعاون التنموي على دعمهما البرنامج في مرحلتيه الأولى والثانية.

د. غسان عيسى

المنسق العام

ورشة الموارد العربية، حزيران/يونيه ٢٠١١

تمهيد

موضوع الدراسة وأهدافها

سعت هذه الدراسة إلى وضع عدد من السياسات والتشريعات المصرية في بؤرة الضوء، وذلك لمعرفة مدى تأثيرها على الصحة النفسية للأفراد، ولتحديد مواطن الضعف والقصور فيها من منظور حقوقي. وتهدف الدراسة بهذا إلى المساهمة في جهود المناداة والدعوة لتلبية الحق في الصحة النفسية عن طريق تحديد الصعوبات والعوائق المطلوب تعديلها وتطويرها.

الإجراءات المنهجية

هذه دراسة وصفية تحليلية تعتمد على جمع البيانات والمعلومات الموثقة وتحليلها كماً وكيفا. اعتمدت الدراسة على خطوتين رئيسيتين هما:

١) جمع البيانات وتشمل:

- التشريعات والسياسات الخاصة بالرعاية النفسية وعلاج المرضى النفسيين، بما في ذلك الخدمات التي تتوافر داخل المجتمع.
- التشريعات والسياسات الخاصة بمواجهة الإدمان وتعاطي المواد المخدرة خاصة بين الشباب.
- التشريعات والسياسات التي يمكن أن تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على الصحة النفسية للنساء.

٢) القراءة النقدية التحليلية لكل البيانات والمعلومات التي تم جمعها مع التركيز على:

- مدى الانسجام بين التشريعات والسياسات والخطط التنفيذية في مجال الصحة النفسية، من ناحية، ومبادئ حقوق الإنسان، من ناحية أخرى.
- تقييم التطبيق العملي لتلك السياسات والواقع الفعلي بالرجوع إلى تقارير الجهات والمنظمات المعنية ونتائج اللقاءات الفردية.
- التعرف على نقاط القوة وأوجه القصور على مستويات وضع السياسات والتشريع والتطبيق فيما يخص قضايا الصحة النفسية.

مجال الدراسة

اقتصرت هذه الدراسة على عدد محدود من التشريعات والسياسات التي تم اختيارها تبعاً لحجم التأثير الذي تعكسه على الصحة النفسية للأفراد. وقد وجد القائمون على الدراسة أن استعراض جميع القوانين والقرارات المعمول بها في مصر والتي تؤثر على الصحة النفسية للأفراد هو أمر

شديد الصعوبة نظرا لضخامة تلك القوانين والقرارات، من ناحية، ونظراً لندرة المعلومات الموثقة، وصعوبة الحصول على غالبيتها، من ناحية أخرى. تشمل الدراسة في بعض أجزاءها متابعة للتطور التشريعي الخاص بالقوانين المؤثرة في الصحة النفسية تحديداً تلك التي تم تعديلها أو استبدال أخرى بها سواء جاءت أكثر تواؤما مع مبادئ حقوق الإنسان أو أكثر تعدياً عليها.

الأدوات

أهم الأدوات التي استخدمت في الدراسة كان تحليل المضمون، حيث جرى تطبيقه على التشريعات والسياسات المختارة مع ربط هذا التحليل بمشكلات الواقع. وجرى الاستعانة أيضاً بالمقابلات الشخصية التي أمكن من خلالها جمع بعض المعلومات التي تعذر العثور عليها في صورة وثائق مكتوبة.

فريق الدراسة

راجعت الدراسة د. راجية الجرزاوي، وساهم في توفير المواد والوثائق كل من د. عايدة سيف الدولة والأستاذة هدى نصر الله المحامية.

بسمة عبد العزيز
معدّة الدراسة

مقدمة الدراسة

تحفل التشريعات المصرية بقوانين كثيرة مؤثرة على الصحة النفسية للأفراد. فبالإضافة إلى التشريعات والقوانين، هناك طائفة من القرارات والسياسات التي لا يمكن إغفالها لعلاقتها الوطيدة بالصحة النفسية للأفراد. ومع التسليم بأن القوانين والسياسات تؤثر على جميع الأفراد إلا أن هناك بعض الفئات التي يمكن اعتبارها أضعف وأكثر عرضة للتأثر بالظروف المحيطة، وأقرب كذلك إلى الوقوع فريسةً للأعراض أو الاضطرابات النفسية في حال مواجهة ضغوط كبرى أو انتهاكات تسلب من حقوقها التي يفترض أن تكفلها لها المواد الدستورية والقوانين والمواثيق الدولية.

هذه الفئات الضعيفة تشمل الأفراد المصابين باضطرابات وعلل نفسية، خاصة في ظل ثقافة المجتمع السلبية حول المرض النفسي. وهناك أيضاً فئة المدمنين ومتعاطيي المخدرات وغالبيتهم من الشباب الذين تكون صحتهم النفسية أكثر عرضةً للخطر بسبب طبيعة المرحلة العمرية التي يمرون بها والتحديات الاقتصادية والاجتماعية المحيطة بهم. يُضاف إلى الفئتين السابقتين فئة النساء التي تواجه انتهاكات مضاعفة بسبب التفرقة والتمييز المبنيين على النوع الاجتماعي.

سوف نتعرض في هذه الدراسة على التوالي إلى السياسات والتشريعات المؤثرة في رعاية المرضى النفسيين، ثم التشريعات التي تمس بعض المشكلات الأساسية المؤثرة في الصحة النفسية للشباب مثل تلك المرتبطة بمكافحة الإدمان وتعاطي المواد المخدرة، وأخيراً التشريعات التي تتناول حقوق النساء وتقنن التمييز ضدهن.

خلفية ديموجرافية

تضم مصر أعلى كثافة سكانية في المنطقة العربية. ورغم اتساع المساحة الجغرافية للبلاد (حوالي مليون كيلو متر مربع) إلا أن السكان يتمركزون في ٧,٨٣ ٪ فقط من مساحة الأرض حيث أن باقي الأرض صحراوية. ويعيش ٥٧٪ من السكان في الريف و ٤٣٪ في الحضر.[١] يبلغ عدد سكان مصر طبقاً لآخر تعداد سكاني منشور عام ٢٠٠٨ حوالي ٧٢ مليون نسمة، وهو رقم لا يتضمن ما يقرب من ٣,٩ ملايين مصري يعيشون في الخارج.[٢] حوالي ٣٧٪ من السكان هم دون سن ١٥ عاما.[٣] وقد بلغت معدلات البطالة بين الشباب من ٢٠ إلى ٢٩ عاما حوالي ٢١٪، بينما بلغت نسبة

١ الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء: المؤشرات الديموجرافية لعام ٢٠٠٨،
http://www.msrintranet.capmas.gov.eg/pls/fdl/fmnal2?lname=FREE&lang=1

٢ Fatma El zanaty (2008): Egypt demographic and national survey, pp.1.

٣ WHO (2006): regional health systems observatory, health system profile – Egypt, pp.7.

الأمية بينهم في عام ٢٠٠٦ حوالي ١٨٪ أي ما يوازي ٤,١ مليون شاب.[٤] بالإضافة إلى هذا فقد أظهر تقرير لمركز معلومات مجلس الوزراء أن نسبة المواطنين الفقراء المتمتعين بمظلة التأمينات الاجتماعية والصحية تبلغ نحو ١٥٪ فقط، بينما هي الضعف في الطبقات غير الفقيرة.[٥]

تُحدد نسبة ذوي الاحتياجات الخاصة في مصر بنسبة ١,٩ ٪، وهي نسبة تضم ذوي الإعاقات الحركية والسمعية والبصرية والكلامية والذهنية،[٦] ومع ذلك لا توجد في القرير الرسمي لتقييم الأوضاع الصحية في مصر أي إشارة إلى الاضطرابات أو الإعاقة النفسية.

٤ http://www.eip.gov.eg/Documents/StudiesDetails.aspx?id=682

٥ ماجد عثمان وآخرون: أوضاع الفقراء في مصر، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، تقارير معلوماتية، عدد ٣٩، مارس ٢٠١٠.

٦ تقرير تقييم الأوضاع الصحية في مصر من واقع مسح العقد الاجتماعي، ص٢٨ ، ٢٠٠٥.
www.eip.gov.eg/Documents/ResearchCentersStudies.aspx

الفصل الأول

السياسات والتشريعات المتعلقة بالصحة النفسية ورعاية المرضى النفسيين

يشير تعريف الصحة الوارد في دستور منظمة الصحة العالمية إلى أنها «حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرّد انعدام المرض أو العجز». أي أن الصحة النفسية لا تقتصر على غياب الاضطراب النفسي بل تمثل حالة من العافية يمكن فيها للفرد تنمية قدراته الخاصة والتكيّف والتعامل مع التحديات اليومية العادية. من ناحية أخرى، ينص العهد الدولي للحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية على حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه[٧]. بهذا المعنى، تمثّل الصحة النفسية الأساس اللازم لضمان العافية للفرد والمجتمع، بحيث تمكنهما من تأدية وظائفهما بشكل فعال.[٨]

الاضطراب النفسي

لا يكفي لتحديد اضطراب نفسي أن يعاني الإنسان أعراضاً نفسية، بل يستدعي الأمر أن تتواجد هذه الأعراض في ارتباط معين ولفترة معينة وأن يكون لها تأثير ذو دلالة على الأداء الاجتماعي والوظيفي والوجداني للشخص لكي تدخل تحت مسمى الاضطراب. تتضمن الاضطرابات النفسية طيفاً واسعاً من المشكلات، متباينة الأعراض لكنها تتميز في عموميتها بمزيج من التعثر في التفكير والوجدان والسلوك والعلاقات مع الآخرين. ويتضمن ذلك على سبيل المثال اضطراب الفصام والاكتئاب والتأخر العقلي والاضطرابات المترتبة على إدمان العقاقير،[٩] وكلها تؤثر على قدرة الفرد على التكيف مع بيئته الاجتماعية وعلى أداء دوره بشكل إيجابي فعال.

• وبائيات الاضطرابات النفسية في مصر

تفتقر مصر إلى وجود دراسات واسعة حول نسب انتشار الاضطرابات النفسية حتى أنه ورد في

٧ الأمم المتحدة: العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة ١٢، ١٩٦٦.

٨ http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ar/index.html

٩ /http://www.who.int/topics/mental_disorders/en

أحد تقارير منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٦ أن ٤٪ فقط من أبحاث الصحة في مصر تتناول الصحة النفسية.[١٠]

أورد «أطلس الصحة النفسية» الصادر عن منظمة الصحة العالمية عرضاً لبعض الدراسات وإن كان أحدثها لم يتجاوز عام ٢٠٠٤. من الدراسات المشار إليها في الجزء الخاص بمصر دراسة غانم وآخرين (٢٠٠٤) في خمس محافظات، والتي وجدت أن ١٧٪ من السكان يعانون اضطرابات نفسية (تراوحت النسبة بين المحافظات ما بين ١١ و ٢٥,٤٪)، وأن تصنيف تلك الاضطرابات من الأكثر إلى الأقل شيوعا وضع الاكتئاب في المقدمة بنسبة ٦,٤٪، يليه اضطرابات القلق بنسبة ٤,٩٪، ثم الاضطرابات النفس جسدية بنسبة ٠,٦٪، ثم الاضطرابات الذهانية بنسبة ٠,٣٪[١١].

وأشار الدكتور أحمد عكاشة إلى أن إحدى الدراسات التي أجراها والتي تناول فيها عينة مجتمعية عشوائية في مركزين، أحدهما في الحضر والآخر في الريف، قد أظهرت أن معدل الإصابة باضطراب الاكتئاب يبغ حوالي ١٥٪. وكانت أبرز نتائج هذه الدراسة ارتفاع معدل الإصابة باضطراب الاكتئاب في الريف (١٩,٧٪) عنه في الحضر (١١,٤٪)[١٢]. جدير بالذكر أن الدراسة أشارت إلى الاضطرابات النفسية وليس مجرد الأعراض النفسية، مع الأخذ في الاعتبار أن الأعراض النفسية حتى وان لم تستوف شروط التشخيص الكامل للاضطراب فهي قد تؤثر كثيراً على الفرد من حيث المعاناة التي تتسبب فيها وآثارها على حياته الاجتماعية والوظيفية. كذلك وجدت الدراسة أن هناك عدداً من العوامل الاجتماعية والاقتصادية ترتبط بالظواهر المرضية النفسية وتزيد من احتمالاتها. لخصت الدراسة هذه العوامل في كل من النوع الاجتماعي (حيث النساء أكثر عرضه للإصابة من الرجال)، والحالة الاجتماعية (أعلى بين الأرامل والمطلقين)، والحالة الاقتصادية (البطالة والأمية والازدحام).

والحقيقة أن الأمر لا يقتصر على قلة الأبحاث والدراسات فقط لكن يلاحَظ أن نسبة كبيرة من أبحاث الصحة النفسية أو الاضطراب النفسي تصدر عن الجامعات في سياق التحضير للحصول على درجات الماجستير أو الدكتوراه، حيث الميزانية المتوفرة للبحث ضئيلة والوقت المتاح أمام طلاب الدراسات العليا محدود. في أغلب الأوقات تقتصر الدراسة الوبائية على من يترددون على المنشأة الصحية سواء كمرضى في القسم الداخلي أو العيادة الخارجية ما يجعل كثيراً من الأبحاث والدراسات الموجودة تفتقر إلى المقومات التي تجعلها معبرةً عن الواقع بشكل واف.

- **العبء المرضي للاضطرابات النفسية**

تفيد معرفة مدى انتشار الاضطرابات النفسية وتوزيعها في المجتمع في وضع خطة شاملة

١٠ WHO-AIMS report on mental health system in Egypt (2006).
www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_egypt.pdf

١١ غانم وآخرون، مشار إليها في: منظمة الصحة العالمية، أطلس الصحة النفسية، ٢٠٠٥، ص ١٧٦.

١٢ معلومات من حوار مع الدكتور أحمد عكاشة رئيس الجمعية المصرية للطب النفسي.

للتعامل معها. يمكن من خلال هذه المعرفة تحديد الاحتياجات الأساسية وأوجه الضعف والقوة في الخدمات المقدمة ومن ثم العمل على تطويرها، خاصةً وأن العبء المرضي للاضطرابات النفسية لا يرهق كاهل الأفراد فحسب بل ينعكس أيضاً على البنية الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع انعكاساً سلبياً.

شهد العقدان السابقان اهتماماً متزايداً بمحاولة وضع تصور لعدد سنوات العمر المهدرة بسبب الاضطراب النفسي إذ قدّرت الأبحاث أن الاضطرابات النفسية تقتطع ١٢٪ من إجمالي سنوات العمر المهدرة بسبب الإعاقة. ومن المتوقع أن ترتفع هذه النسبة إلى ١٥٪ بحلول عام ٢٠٢٠، [١٣] وتوضح الدراسات أن اضطرابات الاكتئاب تأتي على قمة الاضطرابات النفسية المتسببة في هذا الإهدار. [١٤]

إن إصابة الصحة النفسية بالاعتلال تعود بمردود سيئ على الفرد والمجتمع، سواء كان هذا الاعتلال على هيئة اضطراب كامل أو مجرد عَرَض من ضمن أعراض الاضطراب، فإنه يؤثر في قدرة الفرد على التكيف مع ظروف الحياة ويحد من قدراته على التقدم والإنتاج، كما يجعل منه عبئاً ثقيلاً على نفسه وعلى الآخرين.

خدمات الصحة النفسية

• المستشفيات والعيادات

يبلغ عدد المستشفيات الحكومية المخصصة للصحة النفسية في مصر ١٨ مستشفى موزعة على عدد من المحافظات. وتبلغ طاقتها التشغيلية الإجمالية حوالي ٦٠٠٠ سرير. بلغت نسبة الإشغال في المستشفيات التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية في شهر يوليو/تموز من عام ٢٠٠٨ حوالي ٨٠٪. ويقدر عدد المرضى الذين تم إدخالهم إلى المستشفيات النفسية التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية عام ٢٠٠٤ حوالي ٢٣,٠٤٧ مريضا[١٥].

بالإضافة إلى هذه المستشفيات الحكومية المتخصصة توجد في بعض المستشفيات العامة في عدد من المحافظات أقسام للصحة النفسية تبلغ طاقتها الإجمالية حوالي ٦٠٠ سرير، كما توجد أقسام للطب النفسي في تسع من كليات الطب بالجامعات المختلفة وفيها حوالي ٢٠٠ سرير أما المستشفيات الخاصة فلا تتجاوز طاقتها الإجمالية ٧٥٠ سريرا، وهو ما يشير إلى أن وزارة الصحة تعدّ المقدّم الأول والأساسي لخدمات الصحة النفسية في مصر.

يبلغ عدد العيادات الخارجية للصحة النفسية في مصر حوالي ٦٢ عيادة. في عام ٢٠٠٤

١٣ Murray CJL and Lopez A (1996a) The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Cambridge (MA), Harvard University Press

١٤ المصدر السابق

١٥ المصدر السابق

بلغ عدد المترددين على العيادات الخارجية ١٧٦,١٣٣ شخصا.[١٦] اثنتان فقط من هذه العيادات مخصصتان لخدمة الأطفال والمراهقين، وهناك عيادة واحدة متنقلة أخرى تقوم بتقديم خدمة المتابعة للحالات التي تتلقى العلاج في المجتمع أي خارج المستشفى. أما مراكز تقديم الرعاية النهارية فلا يتجاوز عددها مركزين اثنين. ووفقاً لتقارير منظمة الصحة العالمية فإنه لا توجد في مصر أي خدمات للإقامة طويلة الأمد أو برامج للإسكان مخصصة للمرضى النفسيين أثناء أو بعد العلاج، كما تعاني مصر بشكل عام من نقص خدمات الصحة النفسية المجتمعية والوقائية.[١٧]

• الموارد البشرية

يبلغ إجمالي عدد الأفراد العاملين في مجال الصحة النفسية ٤,٩٨ لكل ١٠٠ ألف من السكان موزعين كالتالي: ألف طبيب نفسي (١,٤٤ لكل ١٠٠ ألف من السكان)، ١٤٧ طبيبا من تخصصات أخرى غير الطب النفسي (٠,٢ لكل١٠٠ ألف من السكان)، ١٨٠٦ عضو هيئة تمريض (٢,٦ إلى كل ١٠٠ ألف من السكان)، ٧٥ إخصائيا نفسيا (٠,١١ لكل ألف١٠٠) و١٨٨ إخصائيا اجتماعيا (بنسبة ٠,٢٧ لكل ألف١٠٠)[١٨].

الأرقام المذكورة أعلاه توضح الفجوة القائمة بين الوضع الحالي وبين توصيات منظمة الصحة العالمية،[١٩] كما أن توزيع تلك الموارد يشهد تباينا دالاً بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية حيث يبلغ عدد الأطباء النفسيين العاملين في العاصمة وحولها على سبيل المثال حوالي ١,٦ ضعف عددهم في سائر أنحاء البلاد، كما يبلغ حجم هيئة التمريض في العاصمة وما حولها ثلاثة أضعاف حجمها في المناطق الأخرى وهو ما يشير إلى وجود عجز شديد في بعض المناطق النائية والمتطرفة وكذلك إلى ضعف الخدمة المقدمة في الأقاليم والمحافظات.

• الإنفاق على خدمات الصحة النفسية

لا يتجاوز الإنفاق الحكومي على الصحة النفسية في مصر ٢٪ من مجمل الميزانية المخصصة للصحة. يتم توجيه حوالي ٥٩٪ من هذه النسبة للإنفاق على مستشفيات الصحة النفسية التي

١٦ منظمة الصحة العالمية: «أداة تقييم أنظمة الصحة النفسية: مصر»، ص١٠، ٢٠٠٦.

١٧ المبادرة المصرية للحقوق الشخصية: مشروع قانون الصحة النفسية: خطوة أولى على الطريق الصحيح، برنامج الصحة وحقوق الإنسان – نوفمبر/ تشرين الثاني ٢٠٠٨،

١٨ WHO (2006): regional health system observatory: health system profile –Egypt.

١٩ WHO (1996): world health organization, recommendations for mental health services, Geneva

تحدد منظمة الصحة العالمية المعايير الأمثل لخدمات الصحة النفسية بأن توزع ٧٥٪ من خدمات الصحة النفسية توزيعاً متساوياً على كافة مناطق البلاد، وأن يخصص ٢٥٪ من أسرة المستشفيات العامة للمرضى النفسيين، وأن لا تزيد المسافة إلى أقرب منشاة نفسية عن مسافة ساعة سفر بالسيارة. كذلك أوصت بألا تقل نسبة عدد الأطباء النفسيين إلى السكان عن ٠,٢٥ – ١ لكل عشرة آلاف من السكان وألا تقل نسبة أسرة الطب النفسي عن ٥–٨ أسرة لكل عشرة آلاف من السكان.

تتركز بشكل خاص في المدن الكبرى والمناطق الحضرية[٢٠].

لقد أوضح تقرير الحساب القومي لمراجعة أوجه الإنفاق في مجال الصحة والذي يستهدف تحديد ما إذا كان الإنفاق ينسجم مع الاحتياجات الصحية في البلد، أن الجزء الأكبر من الإنفاق على الصحة يتم من جيب المستهلك مباشرة،[٢١] وإنْ كان التقريرلم يتناول الإنفاق على الصحة النفسية على وجه التحديد.

الهيكل التنظيمي لخدمات الصحة النفسية

تدار خدمات الصحة النفسية في مصر من خلال هيكلين تابعين لوزارة الصحة: الهيكل الأول يتمثل في الأمانة العامة للصحة النفسية. أما الهيكل الثاني فهو الإدارة العامة للصحة النفسية في وزارة الصحة.[٢٢]

• الأمانة العامة للصحة النفسية

قرار وزير الصحة والسكان رقم ٣٢ لسنة ١٩٩٨ قضى بإنشاء أمانة عامة للصحة النفسية ومراكز علاج الإدمان بديوان عام وزارة الصحة تتبع وزير الصحة والسكان مباشرة.[٢٣] وتبعاً للقرار جرى تحديد مهام الأمانة في كل من الإشراف علي مستشفيات الصحة النفسية ومراكز علاج الإدمان، ومتابعة أعمال هذه الوحدات بصفة مستمرة بما يحقق تحسين الأداء فيها وتطويره، والتنسيق بين هذه الوحدات وغيرها من الوحدات المتخصصة بما يحقق التكامل بينها، واقتراح الاعتمادات المطلوبة في مشروع الموازنة لتنفيذ خطط هذه الوحدات، ومراجعة قرارات مجالس الإدارة بهذه الوحدات واعتمادها، وإقرار النظام الداخلي للعمل ونظم العلاج والإقامة بوحدات الصحة النفسية ومراكز علاج الإدمان، وتقديم المشورة في مجال الرعاية الصحية النفسية بمحافظات الجمهورية وعرضها علي وزير الصحة، واقتراح تحديث وتعديل وتطوير الهياكل التنظيمية لمستشفيات الصحة النفسية ومراكز علاج الإدمان، وأخيراً، أن تتولي الأمانة العامة دراسة القوانين والقرارات المنظمة للعلاج النفسي وعلاج الإدمان واقتراح ما تراه من تعديلات عليها.[٢٤] وتتبع الأمانة أكبر ١٨ منشأة نفسية، يأتي على رأسها مستشفيات العباسية والخانكة والمعمورة ومصر الجديدة وحلوان.

---

٢٠ منظمة الصحة العالمية: أداة تقيم أنظمة الصحة النفسية: مصر، ص٢١١، ٢٠٠٦.

٢١ Samir Fouad(2005): Egypt National health account, ministry of health USAID, 2001-02.

٢٢ موقع الصحة النفسية في مصر – وزارة الصحة. http://mentalhealthegypt.com/mang.htm.

٢٣ قرار وزير الصحة والسكان رقم ٢٣ لسنة ١٩٩٨ في شأن إنشاء أمانة عامة للصحة النفسية بديوان عام الوزارة، موقع وزارة الصحة. http://www.mohp.gov.eg

٢٤ وزارة الصحة: موقع الصحة النفسية في مصر، http://mentalhealthegypt.com/amanh_A1_Final.htm.

• **الإدارة العامة للصحة النفسية**

الإدارة العامة للصحة النفسية منوط بها تقديم خدمات الصحة النفسية وعلاج المرضى النفسيين ومرضى الإدمان وكذلك تقديم الخدمة الوقائية من خلال الوحدات والعيادات النفسية التابعة لها على مستوى المحافظات، ولها مهام تتشابه إلى حدٍ كبير مع مهام الأمانة العامة للصحة النفسية.[٢٥]

يلاحظ أن هناك الكثير من التداخل بين مهام كل من الإدارة العامة والأمانة العامة للصحة النفسية، فغالبية الاختصاصات المذكورة كمهام للإدارة تتماثل مع المهام التي تقوم بها الأمانة دون إضافة تذكر، الأمر الذي يمثل إهداراً للموارد والجهود المقدمة من وزارة الصحة في مجال رعاية الصحة النفسية.

كذلك فالهيكل التنظيمي لوزارة الصحة به قدر كبير من التعقيد والتداخل ما يؤثر سلباً على كفاءة وفاعلية برامج وسياسات الصحة النفسية. على سبيل المثال، يتضمن قطاع الرعاية الصحية والتمريض بالوزارة إدارات للرعاية الصحية المتكاملة والرعاية الصحية الأولية ورعاية الأمومة والطفولة ورعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ورعاية أطفال المدارس.[٢٦] ويعكس هذا الهيكل خللاً في تناول الرعاية الصحية الأولية من حيث ضرورة أن تكون هي العنوان الأكبر الذي تنضوي تحته كافة قطاعات الصحة الأولية الأخرى، كالصحة المدرسية وخدمات تنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة – لا أن توضع معها جنباً إلى جنب. كذلك نجد أن مجال صحة المرأة يندرج تحت قطاع تنظيم الأسرة وليس العكس في حين أن صحة المرأة تبدأ قبل أن تصبح زوجة وأم. كما تخلو مهام الإدارات العاملة تحت قطاع تنظيم الأسرة من أي إشارة إلى تقديم الدعم النفسي أو المشورة النفسية للنساء سواء ما يتعلق بتنظيم الأسرة أو قضايا النوع الاجتماعي، مثل العنف والاغتصاب.[٢٧]

سياسات وخطط الرعاية الصحية النفسية

• **الخطة الخمسية للصحة النفسية (١٩٨٧ – ١٩٩١)**[٢٨]

اعتباراً من عام ١٩٨٦، حددت الخطط الحكومية هدفها القاضي بالتوجه نحو إدماج الرعاية الصحية النفسية الأساسية ضمن الرعاية الصحية الأولية وضمن الخدمات الاجتماعية، والتعاون مع القطاعات الحكومية وغير الحكومية المعنية مستهدفةً توفير خدمات الرعاية الصحة النفسية لكافة المصريين بحلول عام ٢٠٠٠ مع تركيز خاص على أكثر فئات السكان تهميشا وضعفا. وارتأت الخطة أيضاً تعزيز استخدام معارف ومهارات الصحة النفسية في رفع مستوى الرعاية

٢٥ وزارة الصحة، موقع الصحة النفسية في مصر، http://mentalhealthegypt.com/mang.htm.

٢٦ http://www.mohp.gov.eg/sec/About/details.asp?l=611&jnew1=6

٢٧ http://www.mohp.gov.eg/sec/About/MainOrg.asp?j=3

٢٨ وزارة الصحة: الخطة الخمسية للصحة النفسية، ١٩٨٧–١٩٩١.

الصحية عموما، واستخدام مبادئ الصحة النفسية لتعزيز الصحة الاجتماعية وما يرتبط بها بما في ذلك التنمية الاجتماعية والاقتصادية والإنتاجية، وتحقيق رفاهة العيش بشكل عام وذلك بالتأكيد على أهمية المشاركة المجتمعية باعتبارها هدفاً ووسيلةً لتحقيق تلك الأهداف.

وتضمنت الخطة عدداً من الاستراتيجيات من بينها تأسيس مجموعة تنسيقية وطنية للصحة النفسية، ودمج خدمات الصحة النفسية الأساسية في خدمات الصحة المجتمعية بدءاً من الرعاية الصحية الأولية، والمشاركة الفعالة لكافة العاملين في مجال الصحة النفسية من كافة المستويات – من الأخصائيين إلى فرق العمل في الرعاية الصحية الأولية _ وتعزيز أواليات الإحالة إلى الخدمات الأخرى، وتوفير سبل العلاج الملائمة، وتوفير أدوية الصحة النفسية الأساسية، والتدريب على الصحة النفسية لكافة العاملين في مجال الصحة في كافة المستويات، وتكامل خدمات الرعاية النفسية مع باقي الخدمات الاجتماعية وتعزيز التعاون مع وزارات التعليم والضمان الاجتماعي والأوقاف والعدل والداخلية إضافةً إلى القطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني.

على مستوى تعزيز البنية التحتية القائمة استهدفت الخطة تحقيق لامركزية الخدمات من خلال إنشاء مستشفيات وأقسام جديدة لأمراض الصحة النفسية أن تصل خدمات الرعاية الصحية النفسية إلى كافة محافظات مصر بحلول نهاية ١٩٩٥، وقد تقرر تضمين الخطة أنشطة تفصيلية لتحسين جودة الخدمات المقدمة في المنشآت القائمة مع التركيز في نفس الوقت على التوسع في تقديم خدمات الرعاية النفسية في تكامل وثيق مع خدمات الصحة العمومية والخدمات الاجتماعية المصاحبة لها.

- **تقييم اللجنة القومية للخطة الخمسية (١٩٨٧ – ١٩٩١)**

في عام ١٩٩١ قامت لجنة قومية بتقييم خطة العمل التي تم تنفيذها في السنوات الخمس السابقة. وقد حددت اللجنة عدداً من الإنجازات وكذلك عدداً من الإخفاقات وأوجه القصور.

من الإنجازات المحددة التي نجحت الخطة في تحقيقها:

- على مستوى البنية التحتية: إنشاء قاعدة بيانات شاملة في الإدارة العامة للصحة النفسية، وبناء خمس مستشفيات جديدة في كل من بنها (محافظة القليوبية، ١٥٠ سريرا)، والعزازي (محافظة الشرقية، ١٤٠ سريرا) وأسوان (١٦٠ سريرا) والتل الكبير (محافظة القليوبية، ٤٠ سريرا) ومصر الجديدة (القاهرة، ١٢٠ سريرا). كما تم تجديد مستشفتي حلوان والخانكة وإمدادهما بأثاث ومعدات وأجهزة جديدة وجرى إنشاء قسم جديد في مستشفى العباسية.
- في إطار الخطة المذكورة تم تنظيم دورات تدريبية حول الصحة النفسية للممارسين العموميين وهيئة التمريض في وحدات الرعاية الصحية الأساسية شملت في العامين (١٩٨٦ – ١٩٨٧) ٢٥٠ طبيبا و٢٥٠ من هيئة التمريض في محافظات أسيوط والمنيا والغربية والسويس. وفي عام ١٩٨٩ نُظمت دورة تدريب لعشرين متدرب في محافظة الإسماعيلية ليقوموا هم فيما بعد بتدريب باقي الممارسين العموميين والعاملين في وحدات الرعاية الأولية في محافظاتهم. مُني هذا الأمر بالتعثر – على الرغم من أهميته –

بسبب مشكلات انتقال المتدربين وقصور عملية المتابعة والتقويم.

- تعززت في الفترة ما بين ١٩٨٧ و١٩٩١ الإنجازات الأكاديمية بفضل التعاون ما بين وزارة الصحة والجامعات حيث أدرجت العلوم السلوكية في عدد من مقررات التدريس الجامعي في كليات الطب كما تم إنجاز عدد من المشاريع البحثية المشتركة بين الطرفين بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية، وبدأ توجيه مزيد من الاهتمام لأبحاث وبائيات المرض النفسي خاصة في الجامعات ذات التوجه المجتمعي مثل جامعة أسيوط وجامعة قناة السويس. وقد أصدرت وزارة الصحة دليلاً تدريبياً في الصحة النفسية لأطباء الرعاية الصحية الأولية في عام ١٩٨٧، ثم أصدرت في عام ١٩٩١ دليلاً آخر للعاملين في الرعاية الصحية الأساسية تضمن قسماً عن الصحة النفسية.

بالمقابل، أورد تقرير اللجنة القومية عدداً من أوجه القصور في تنفيذ الخطة ووجد أن المشكلة الأساسية تكمن في غياب الشكل التنظيمي والإداري الملائم لمتابعة الخطة وتقويمها، كما أشار إلى أن إدماج الصحة النفسية لم يتحقق سوى جزئياً في برامج وزارة الصحة واتخذ في أغلب الأحوال شكل الدورات التدريبية التي ركزت على المناطق الحضرية في المحافظات دون أن تمتد إلى المناطق الريفية أو الصحة المدرسية. ورصد التقرير أيضاً غياب آليات التوثيق والإحالة والمتابعة والتقويم المستمر، وهي آليات ضرورية لتنفيذ الخطة على أرض الواقع. حتى ذلك الحين لم يكن قانون رعاية المريض النفسي قد صدر بعد، وظلت مسألة إصداره نقطة هامة غير متحققة في خطة العمل.

وأكد التقرير أيضاً على أهمية المشاركة المجتمعية في تعزيز الصحة النفسية، كما أشار إلى عدد من المشكلات النفس– اجتماعية التي يجب تجاوزها مثل مشكلة الإدمان، وعدم القدرة على التكيف، والمشاكل المترتبة على الهجرة من الريف إلى المدينة والتي تتعلق بشعور الفرد بالاغتراب وبعدم قدرته على قبول القيم والعادات الجديدة عليه.[٢٩]

تنبغي الإشارة هنا إلى أن إضافة أقسام داخلية جديدة إلى مستشفيات قديمة مثل مستشفى العباسية ربما لا يعكس الأولويات التي ينبغي الالتفات إليها فيما يتعلق بتطوير الاهتمام الصحة النفسية، فالاتجاه العام في أنحاء العالم يميل إلى نشر الخدمات النفسية والتوعية عليها والعلاج منها، كلما أمكن، داخل المجتمع وليس داخل المصحات حيث يتكدس المرضى لسنوات. وتظل المشكلة في عدم وصول الخدمة العلاجية إلى الأماكن الفقيرة والنائية وعدم توفر الدواء وانخفاض الوعي بماهية الأعراض والاضطرابات النفسية، وعدم الثقة في إمكانية الشفاء منها أو التحكم فيها، ووجود وصمة تلحق بكل مريض يخضع للعلاج تمنع الكثيرين من طلب المشورة الطبية اتقاءً لنبذ المجتمع ولرفض قسم كبير منه الاعتراف بوجود ما يسمى بالاضطراب النفسي.

ربما كان تدريب الممارسين العموميين لا يحقق الهدف المنشود تماماً من حيث تقديم الخدمة

٢٩ وزارة الصحة: اللجنة القومية: تقييم الخطة الخمسية (١٩٨٧ – ١٩٩١).

المتخصصة، لكنه، في كل حال، يمثل محاولة جيدة للتغلب على نقص أعداد الأطباء النفسيين وخلو الكثير من المحافظات من وجودهم. أما فكرة إنشاء مصحات ومستشفيات جديدة فقد لا تعود بفائدة تُذكَر في ظل وجود عدد ضئيل من المتخصصين في مجال الأمراض النفسية، وبغير وضع برنامج إعداد جيد للطاقم الطبي والإداري الذي سيتولى أمرها، بل إنها قد تتسبب في وقوع بعض الإضرار حيث يؤدي وجود المنشأة في ظل غياب الإدارة الطبية الواعية إلى عدم تلقي المريض الرعاية اللازمة وإلى وضع عوائق تحول دون إعادة دمجه في المجتمع.

إن الاهتمام بالإدارة وبتوفير المتخصصين فيها وتطوير مهاراتهم وكذلك الاهتمام بتصميم حملات مكثفة لرفع الوعي وسط القطاع المستهلك للخدمة، فضلاً عن تكوين الفرق الطبية المتكاملة في مثل هذه المنشآت يجب أن تأخذ جميعها المساحة التي تستحقها من الأنشطة القائمة وأن تحتل موقعاً أساسياً فيها.

- **المرحلة التالية: (١٩٩١ – ١٩٩٦ و١٩٩٧ – ٢٠٠٣)**[٣٠]

لم تختلف أهداف تلك المرحلة كثيراً عن أهداف المرحلة التي سبقتها حيث ركزت على الاهتمام بإدراج الصحة النفسية في وحدات الرعاية الصحية الأولية وتطوير دور طبيب الأسرة بحيث يصبح قادراً على التعامل مع الجزء الأكبر من الاضطرابات النفسية وعلى تحويل المريض إلى التخصصات الأخرى عند الحاجة. وقد شملت توصيات لجنة التقويم والمراجعة أنشطة بعينها هي رفع الوعي العام بقضايا الصحة النفسية من خلال ورشات العمل والدورات التدريبية ومد الدورات التدريبية إلى المحافظات.

- **استراتيجية الصحة النفسية (٢٠٠٨ – ٢٠١٨)**

في محاولة لتجاوز الفجوة القائمة بين مختلف برامج الصحة النفسية، وسعياً لإدماج خدمات الصحة النفسية بمستوياتها الثلاثة، العلاجية والوقائية والتأهيلية، تحت مظلة واحدة داخل هيكل وزارة الصحة، وضعت الأمانة العامة للصحة النفسية في عام ٢٠٠٨ استراتيجية تفصيلية تحدد عناصر برنامج صحة نفسية متكامل، متضمنةً أهدافه وأنشطته والمخرجات المتوقعة منه والجدول الزمني لتحقيقه، وكذلك معايير إنجازه والموارد المطلوبة لتنفيذه والعقبات التي يُتَوَقّع الاصطدام بها. تمثل هذه الاستراتيجية في ضوء المعلومات القليلة المتناثرة أكثر الوثائق تكاملاً من حيث وضعها لتصور عن كيفية الارتقاء بخدمات الصحة النفسية في مصر.

يلاحظ هنا أن هدف توفير الخدمات النفسية في جميع محافظات مصر الذي كان يفترض أن يتم بحلول عام ١٩٩٥ تبعاً للخطط السابقة لم يتم تحقيقه فعلياً. كما أن كثيراً من أهداف الخطط والبرامج المتتالية، كما يرى بعض الخبراء، لم يتحقق على أرض الواقع، ولم يتم تطبيقه

٢٩ وزارة الصحة: الخطة الخمسية للصحة النفسية من عام ١٩٩١ إلى عام ١٩٩٦، الخطة الخمسية للصحة النفسية من عام ١٩٩٧ إلى عام ٢٠٠٣.

وتفعيله بما يؤدي إلى تغير ملموس.[٣١] ويرى هؤلاء أيضاً أن عدم ضمان استمرار المشاريع الرأسية (المشروع الفنلندي، مثلاً)، وانفصالها عن باقي إدارات وزارة الصحة وخص العاملين فيها برواتب ومكافآت لا علاقة لها برواتب ومكافآت باقي العاملين بالوزارة، وإنشاء وتأسيس بنية تحتية جديدة خاصة بها، إنما هي إجراءات تمثل في مجملها استنزافاً للموارد المتاحة التي يجدر توجيهها للتنمية الأفقية المستمرة، على الرغم من الإيجابيات التي قد تنتج عن مثل المشاريع الرأسية هذه. كما إن غياب أصحاب المصلحة المباشرة وأعضاء منظمات المجتمع المدني سواءً عن صياغة الخطط أو متابعة تنفيذها وتقويمها، يظل مؤشراً سلبياً على جدية الالتزام بالمشاريع الرأسية خاصةً وأنها تستوجب توجيه جزء أكبر من ميزانية الدولة لخدمات الصحة النفسية لا يمكن استيفاؤه إلا من خلال ضغوط تمارسها الأطراف المعنية وصاحبة المصلحة في تنفيذ تلك الإستراتيجية.[٣٢]

٣٠ عايدة سيف الدولة بتاريخ ٤ /٩/ ٢٠١٠

٣١ مقابلة مع د. عايدة سيف الدولة بتاريخ ٤ /٩/ ٢٠١٠.

الفصل الثاني

التطور التشريعي للقوانين المتعلقة بالمريض النفسي

من حيث القوانين المتعلقة الرعاية الصحية النفسية، هناك القانون الصادر في عام ١٩٤٤ والذي تم استبداله مؤخراً بقانون العام ٢٠٠٩.

نبذة تاريخية عن القانون رقم ١٤١ لعام ١٩٤٤

صدر القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية حين لم تكن سبل العلاج الناجحة قد اكتُشِفَت بعد. ومن ثم كان في حُسبان المُشرّع أن يبقى هؤلاء المرضى في المنشآت النفسية مدداً طويلة وغير مُحددة. وتصدى القانون المذكور في مُعظم مواده لحالات المرضى الذين يتم احتجازهم رغم إرادتهم داخل المنشآت المُرخص لها بذلك. واقتصر نطاق تطبيق هذا القانون على المرضى الذي يتم احتجازهم إلزامياً، وبذلك لم يتصدى بصورة مُرْضية لحالات الدخول الإرادي.

ولتفادي الأعباء والالتزامات المقررة على المنشأة في حال دخول المريض إلزاميا فإن الكثير من المرضى كان يتم إجبارهم على التوقيع على طلب الدخول الطوعي (الإرادي) للعلاج بالمستشفى من دون تحرير النماذج اللازمة للدخول اللا–إرادي.

وقد مال المُشرع إلى تغليب مصلحة المجتمع على مصلحة المريض المحجوز إذ لم يُحدد مُدداً ومواقيت مُحددة لحجز هؤلاء المرضى، ولم يضع آليات لمراجعة قرارات الحجز في مواقيت منُتظمة. كما أعطى هذا القانون لولى الأمر من الأهل سلطةً مبُالغ فيها لاتخاذ القرارات نيابة عن المريض بما فيها دخوله إلى المستشفى وإخراجه منها الأمر الذي أدى إلى نشوء أوضاع يتم فيها استغلال المرضى من قبل ذويهم. ويلاحظ أن القانون المذكور قد أنشأ مجلساً مركزياً وحيداً لمراقبة حجز المرضى المصابين بأمراض عقلية في كل أنحاء القطر المصري الأمر الذي ألقى أعباءً جسيمة على هذا المجلس خصوصاً مع التزايد المضطرد في أعداد المرضى في المنشآت النفسية.

وقد ترتب على ما سبق أن عانى المرضى النفسيون من طول فترة احتجازهم في المنشآت

بسبب تردد ذويهم في قبولهم بالمجتمع مرة أخرى. كما استعمل هذا القانون مصطلحات تجاوزها الزمن في التعامل مع المرضى النفسيين (مثل القبض – الإفراج) لم ينُظم أحكاماً تكفل حماية حقوق المرضى، ولم يواجه حالات المُتهمين المصابين بأمراض نفسية بالنسبة لتحديد مسئوليتهم الجنائية عن التهم المنسوبة إليهم تاركاً الأمر للقوانين الجنائية التي لم تتطرق للجوانب الفنية في مثل هذه الحالات. وغني عن الذكر أن العقود الأخيرة قد شهدت تطوراً كبيراً في مفهوم حقوق الإنسان بوجه عام وحقوق المرضى النفسيين بوجه خاص. كما شهد الطب النفسي تطوراً كبيراً إذ توافرت وسائل علاجية متعددة تسمح بعلاج هؤلاء المرضى وشفاءهم في مُدد قصيرة، كما تغير مفهوم العلاج النفسي ليُصبح هدفه الأساسي معالجة المريض وإعادته إلى المجتمع ليعيش حياة منتجة وليس إقصاءه وعزله عن المجتمع وإيداعه في المنشآت لمدد طويلة كما هو الشأن في ظل القانون ١٤١ المُشار إليه والذي تقوم الحاجة لتعديله.

قانون رعاية المريض النفسي رقم ٧١ لسنة ٢٠٠٩

راعى واضعو القانون الجديد أن يكون شاملاً خدمات الصحة النفسية بصورة عامة لذا غطى جميع المرضى الذين يتلقون العلاج في المنشآت النفسية سواء كان دخولهم إليها إراديا أو إلزاميا.

استحدث القانون إنشاء مجلس قومي للصحة النفسية تتبعه عدة مجالس محلية في المحافظات التي يوجد فيها منشآت للصحة النفسية لتقوم بالإشراف والمتابعة على المراكز النفسية، كما شدد على وضع إجراءات دقيقة لدخول المرضى وعلاجهم على غير إرادتهم، وادخل نظام التقييم النفسي المستقل في جميع حالات الدخول الإلزامي ضماناً لحقوق المرضى، كما حدد مدداً معينة لبقاء هؤلاء المرضى تحت الإجراءات المُقيّدة للحرية، واشترط تكرار تلك الإجراءات بصفة دورية في حالة انتهاء المُدد المنصوص عليها.

ومن أهم انجازات القانون أنه وضع نصوصا خاصةً لحماية حقوق المرضى النفسيين داخل المنشآت ووضع عقوبات جنائية على انتهاكها. وقد تصدى القانون بصفة خاصة لحق المريض في المشاركة في علاجه والاختيار ما بين الوسائل المتعددة لعلاجه طالما سمحت حالته المرضية بذلك، كما أعطى القانون أهميةً خاصة لحق المريض في سريّة ملفه الطبي، وكفل بعض الضمانات فيما يخص أنواعاً معينةً من العلاجات (كالعلاج الكهربي)، ووضع ضوابط مُحددة يلتزم بها الفريق العلاجي في حالة لجوئه لتقييد المرضى بدنياً أو عزلهم في غرف خاصة بما يتماشى مع المعايير العلمية المُعترف بها والكرامة الإنسانية للمرضى.

واستحدث القانون ما يسمى «الأوامر العلاجية» لعلاج المرضى في المجتمع المحلي وسط عائلاتهم وفي ظروف تساهم في إعادة اندماجهم، ولتخفيف العبء المُلقى على عاتق المنشآت النفسية المزدحمة بالمرضى – الذين مرّ على وجود بعضهم ما يربو على عقدين أو ثلاثة.

وأنشأ القانون أيضاً صندوق الصحة النفسية وذلك لتوفير الاستقلال المادي لمجالس الصحة

النفسية المُوكل إليها رعاية حقوق المرضى النفسيين.

- **بعض أوجه القصور في القانون ٢٠٠٩/٧١**

على الرغم من أن قانون رعاية المريض النفسي قد راعى عدم الوقوع في كثير من الثغرات التي تضمنها القانون القديم لسنة ١٩٤٤، إلا أنه بدوره قد حوا بعض أوجه القصور. منها على سبيل المثال أنه قد استثنى من النطاق الذي تسري عليه أحكامه المرضى الذين يترددون على العيادات الخاصة ومراكز الرعاية الأولية، كما خلت قائمة الحقوق والحريات المنصوص عليها من عدد من الحقوق الأساسية مثل الحق في الحماية من كافة أنواع التمييز أو الاستبعاد أو التصنيف، وكذلك من التأكيد على ضمان كافة الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية وكافة الحقوق والحريات التي تتضمنها المعاهدات الدولية التي صدقت عليها مصر.

وعلى الرغم من أن حق الإدماج المجتمعي هو أحد الحقوق الإنسانية للأفراد المصابين باضطرابات نفسي فقد أغفل القانون النص على التزام الدولة بكفالة تقديم خدمات الصحة النفسية ضمن شبكة الرعاية الصحية الأولية، وكذلك أغفل النص على التزام الدولة توفير وإتاحة خدمات المعالجة المجتمعية. ولم يضع القانون ضمانات في أحوال فرض العلاجات الخاصة كالجراحات النفسية، أو غيرها من أشكال العلاج التجاوزي الذي لا يمكن تدارك آثاره عند مريض أُودع إجباريا في أحد مرافق الصحة النفسية. وكان ينبغي النص على حظر إجراء التعقيم كعلاج للاضطراب النفسي.

أما بالنسبة لتشكيل مجالس الصحة النفسية الوارد في القانون فيعيبه أن الطابع الحكومي يطغى عليه بقوة. فأغلب الأعضاء موظفون حكوميون يتم اختيارهم بحكم مناصبهم أو من قبل رؤساءهم أو هيئاتهم المعنية بمن في ذلك الجمعيات الأهلية وممثلون عن المرضى وعائلاتهم.

يترأس الوزير المجلس القومي للصحة، وهو يمثل السلطة التنفيذية المنوط بها تقديم الخدمة والتي يفترض أن دور المجلس هو مراقبتها. ومن شأن هذا التشكيل الذي يجعل الحكومة رقيباً على ذاتها أن يناقض الاستقلالية المنشودة لهذه المجالس ويضعف من قدرتها على أداء دورها.

بوجه عام يبقى إقرار هذا القانون خطوة على الطريق الصحيح، لكنها لن تصبح مكتملة إلا إذا صحبتها وتلتها خطوات أخرى في مجالات التدريب والتعليم والإعلام وتوفير الموارد وغيرها من الخطوات الضرورية لوقاية المجتمع من الاضطرابات النفسية وحفظ كرامة وحقوق المصابين بها.[٣٣]

٣٣ برنامج الصحة وحقوق الإنسان (المبادرة المصرية للحقوق الشخصية: مشروع قانون الصحة النفسية: خطوة أولى على الطريق الصحيح)، ص ١٨ – ٣٠، نوفمبر/ تشرين الثاني ٢٠٠٨

الفصل الثالث

الصحة النفسية وإدمان المخدرات في ضوء السياسات والتشريعات المصرية

شهد العقد الأخير من القرن العشرين والأول من القرن الواحد والعشرين تزايداً مخيفاً في معدلات الإدمان ليس على المستوى المحلي فقط بل على مستوى العالم بأكمله[٣٤]. فقد سجلت إحدى الدراسات التي قام بها معهد التخطيط القومي في مصر اتساعاً في مساحات الأراضي المزروعة بنباتات القنب الهندي والخشخاش بمختلف المحافظات خلال السنوات الأخيرة، تواكب مع ارتفاع في الكميات التي تم تداولها من الحشيش خلال الفترة من عام ٩٧ إلى عام ٢٠٠٢ حيث تضاعفت من ٤، ٤ أطنان إلى ٨، ١٠ أطنان. كذلك تضاعفت الكمية المتداولة من الكوكايين بين عامي ١٩٩٧ و٢٠٠٢، ولوحظت زيادة كبيرة بالنسبة للأفيون في عام ٢٠٠٠. كما عادت الكميات المتداولة من الهيروين إلى الارتفاع مرة أخرى في عام ٢٠٠٢ بعد أن كانت قد انخفضت كثيراً ما بين ١٩٩٧ و٢٠٠١. [٣٥] انتشار المخدرات وأثره على الصحة النفسية.

انتشار المخدرات وأثره على الصحة النفسية

تؤثر مشكلة تعاطي المخدرات على قطاع كبير من الشباب في سن العمل والإنتاج وكثيراً ما تؤدي إلى الفشل في استكمال التعليم وعدم القدرة على تحقيق أي إنجاز في مختلف جوانب الحياة. وفضلاً عن الأعباء الصحية التي تنشأ عن المخدرات، كإصابات الجهاز التنفسي والدوري والكبد، فإنها تعد أحد أهم أسباب جرائم العنف والقتل والاغتصاب.[٣٦] تنشأ عن إدمان المخدرات لهفة شديدة إلى التعاطي تظهر في صورة سلوك قهري،[٣٧] يهمل الفرد خلاله كل ما درج على الاهتمام به في السابق، ويحتل الحصول على المادة التي يتعاطاها المرتبة الأولى في قائمة أولوياته فيما تتراجع دراسته ووظيفته وعائلته إلى مراتب متدنية. تدريجاً يُسَخِّر جميع قدراته ومهاراته لتوفير

٣٤ هيئة الصحة العالمية : نظرة شاملة حول سوء استخدام المواد،٢٠٠٣/٥/٢٨ (WHO-Em/MNH/156/E/L).

٣٥ تقرير معهد التخطيط القومي حول الآثار الاقتصادية والاجتماعية للإنفاق على المخدرات، ٢٠٠٢.

٣٦ الأمانة العامة للصحة النفسية، قسم الطب النفسي جامعة القاهرة: البحث القومي للإدمان ص ٩،١٣ – ٢٠٠٩.

٣٧ الأمانة العامة للصحة النفسية، قسم الطب النفسي جامعة القاهرة، المصدر السابق، ص١٧.

المخدر دون الالتفات إلى مدى أخلاقية ومشروعية الوسيلة التي يتبعها.

جاء في تقرير الإدارة العامة لمكافحة المخدرات لعام ٢٠٠٤ أن عدد من تم ضبطهم من المتعاطين في الفئة الواقعة عمرياً بين ١٨ و٣٠ عاماً يزيد عن ٥٠٪ من إجمالي المضبوطين.[٣٨] وفي بحث أجرته الأمانة العامة للصحة النفسية عام ٢٠٠٥ وُجِدَ أن أعداد متعاطي المخدرات من المراهقين والفتيات في تزايد مستمر وأن أكثر المخدرات شيوعاً بين الفئة العمرية التي تقل عن ٢٠ عاماً هو القنب.[٣٩] في الوقت ذاته لُوحِظَ انخفاض السن الذي يبدأ فيه التعاطي حيث أشارت نتائج التقرير الأخير للبحث القومي للإدمان عام ٢٠٠٩ أن ١٩٪ من أفراد عينة البحث قد شرعوا في تعاطي المواد المخدرة قبل سن ١٥ سنة، وأن ٧٤٪ بدؤوافي التعاطي قبل سن ٢٥ سنة. أما الفئة العمرية ١٦ – ٣٥ عاماً، والتي تمثل فئة الشباب، فقد ظهر أن ٦٨٪ من أفراد العينة المختارة قد بدؤوا استخدام المواد المخدرة فيها.[٤٠]

جدير بالذكر أن مشكلة تعاطي المخدرات كانت فيما مضى أكثر انتشاراً في الفئة العمرية ما بين ٣٠ و٤٠ عاماً،[٤١] ما يعني أن ثمة تطوراً كبيراً وواضحاً يجنح بالمشكلة نحو وضع أكثر خطورة.

- **العلاقة بين التعاطي والأعراض النفسية**

اهتم البحث القومي للإدمان بدراسة العلاقة بين الاضطراب النفسي من ناحية وتناول المواد المخدرة من ناحية أخرى. جاءت النتائج مثيرة للاهتمام فقد أقر ٣٥،٩٪ من أفراد عينة البحث الذين يعانون بعض الاضطرابات النفسية بأنهم يستعملون بالفعل مواد مخدرة، وأقر ٨٪ فقط من الأصحاء نفسياً بأنهم يستعملونها.[٤٢] تطرح هذه النتيجة تساؤلاً مهماً حول ما إذا كان اعتلال الصحة النفسية يزيد من فرصة التعاطي ومن استعداد الشخص لتجريب المخدر، أم أن التعاطي هو الذي يشكل عاملاً مهماً من العوامل التي تؤدي إلى حدوث اضطرابات نفسية، من طريق التأثير الكيميائي المباشر للمواد المخدرة على المخ. يرى القائمون على البحث أن الاحتمالين قائمان ولا يمكن الجزم بصحة أحدهما دون الآخر.

في الوقت ذاته يشير الباحثون إلى أن استعمال المواد المخدرة يمثل في بعض الحالات نوعاً من المداواة الذاتية لمشاعر الاكتئاب والقلق والاغتراب التي قد تصيب الفرد نتيجة لظروف معيشية ضاغطة.[٤٣] وتأكيداً على الرأي السابق يرى الدكتور أحمد عكاشة أن الظروف الاجتماعية

٣٨ تقرير الإدارة العامة لمكافحة المخدرات لعام ٢٠٠٤.

٣٩ تقرير الأمانة العامة للصحة النفسية، ٢٠٠٥، مشار إليه في: البحث القومي للإدمان، ص ١٥، ٢٠٠٩.

٤٠ الأمانة العامة للصحة النفسية، قسم الطب النفسي جامعة القاهرة، المصدر السابق، ص٥٥.

٤١ تقرير الإدارة العامة لمكافحة المخدرات لعام ٢٠٠٤، المصدر السابق.

٤٢ الأمانة العامة للصحة النفسية، قسم الطب النفسي جامعة القاهرة، المصدر السابق، ص٦٢.

٤٣ سناء أحمد علي، سمير أبو المجد، منى الرخاوي، رانيا ممدوح (٢٠٠٧): قياس العوامل العلاجية الخاصة بالعلاج النفسي الجمعي على عينة من مرضى الإدمان. توطئة للحصول على درجة الدكتوراة في الطب النفسي، قسم الطب النفسي، جامعة القاهرة. مشار إليه في: البحث القومي للإدمان، ص٦٢.

قد أفقدت قسماً كبيراً من الشباب ثقته في الحياة، بخاصة بعد أن أخفقت الدولة في امتصاص طاقاته وقدراته وفشلت في توظيفها بصورة تحقق له بعض الإشباع، وأن الإدمان بأنواعه لا يمثل لهذه الفئة إلا المهرب من الإحباطات المتراكمة إلى المواد المخدرة التي تخفف عنه القلق والتوتر والاكتئاب، وتوفر له ملاذاً من مواجهة المشكلات والأزمات التي لا يرى لها حلاً قريبا.[٤٤]

يرصد الخبراء عدداً من المداخل والعوامل التي اعتبرتها بمثابة مؤشرات إيجابية في تحسين مآل العلاج من الإدمان. من بين هذه المؤشرات الإيمان الديني بشكل عام، ووجود قيادات دينية واعية أبعاد المشكلة وقادرة على توصيل رسائل جيدة وجاذبة للمدمنين، بالإضافة إلى الترابط الأسري، وصحة المناخ التعليمي سواء في المدارس أو الجامعات، وتوافر فرص العمل، وتوافر الإرادة السياسية لمواجهة الإدمان والتصدي للعوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي تدعمه، والدور التنويري والتثقيفي للإعلام، وتطبيق القانون، وتوفر البنى التحتية الصحية الملائمة بما في ذلك المراكز الطبية والمراكز النفسية ومراكز الإرشاد، وأخيراً تشجيع مساهمة المنظمات غير الحكومية في التعامل مع المشكلة.[٤٥]

جهود الدولة في مكافحة الإدمان

انتبهت الدولة إلى مدى تفشي ظاهرة الإدمان وسط مختلف شرائح المجتمع المصري منذ ما يقرب من ربع قرن، أي في منتصف الثمانينيات تقريباً، واتجهت بناءً على ذلك إلى وضع آليات لمكافحة الظاهرة ومحاولة الحد منها، ومن هذا المنطلق تأسس المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان.

• المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان

أنشئ المجلس بقرار جمهوري رقم ٤٥٠ لسنة ١٩٨٦ برئاسة السيد رئيس مجلس الوزراء. ويختص المجلس بالتنسيق بين الوزارات والهيئات والمؤسسات الحكومية أو العامة أو الخاصة وبوضع السياسات واقتراح التشريعات والنظم والاتصال بالجهات والهيئات المحلية والأجنبية لتبادل المعلومات والخبرات والإشراف على اتفاقيات المعونة المقدمة منها في مجال مكافحة وعلاج الإدمان. حالياً فإن المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان يتبع وزارة الأسرة والسكان[٤٦]، ويضم في عضويته عدداً من الوزراء كوزير التعليم والصحة والثقافة والداخلية والإعلام بالإضافة إلى رئيس المجلس الأعلى للشباب والرياضة ومدير المركز القومي للبحوث

٤٤ أحمد عكاشة: ثقوب في الضمير(نظرة على أحوالنا)،ص١٣٥، ١٤٤–١٤٥، مكتبة الأسرة – ٢٠٠٣.

٤٥ عكاشه، Young people and the struggle against drug abuse in the Arab countries, Bulletinon Narcotics, Vol. (XXXVII, Nos. 2&3 ١٩٨٥.

٤٦ قرار رئيس جمهورية مصر العربية رقم ٧٥ لسنة ٢٠٠٩ بتحديد اختصاصات وزير الدولة للأسرة والسكان، الجريدة الرسمية – العدد ١٠ مكرر (أ) ، ص٤، ٢٠٠٩/٣/١١.

الاجتماعية والجنائية.[٤٧] ويتم تمويل وتنفيذ السياسات التي يقرها المجلس من صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي الذي تم تشكيله بقرار رئيس الجمهورية رقم ٤٦ لسنة ١٩٩١,١٥.[٤٨] وتقوم الأمانة الفنية للمجلس بإعداد مشروع الخطة القومية للوقاية والعلاج من الإدمان. وقد حثت توصيات البحث القومي للإدمان لعام ٢٠٠٩ على تفعيل دور المجلس القومي للإدمان من حيث كونه الجهة العليا المسئولة عن تطبيق الإستراتيجية القومية الشاملة لمكافحة الإدمان بكافة جوانبها.[٤٩]

- **استراتيجية مكافحة الإدمان لعام ١٩٩٢**

وضعت لجنة المستشارين العلميين في بعض التوصيات بشأن مكافحة الإدمان كانت صدرت في عام ١٩٩٢ في التقرير النهائي كجزء من استراتيجية طويلة المدى لتقدم رؤية متكاملة عن كيفية مواجهة مشكلة تعاطي المواد المخدرة على جميع المستويات.[٥٠] نورد هذه التوصيات فيما يلي:

توصيات عامة:

- ترى اللجنة أن الدولة قد سارت شوطاً بعيداً في التصدي لمشكلة المخدرات على جبهة مكافحة العرض، ويبدو ذلك بوضوح في تطوير جهود المكافحة، وفي استخدام آليات التشريع واستحداث التعديلات المتلاحقة في القانون سعياً وراء سد جميع الثغرات التي يمكن للمخدر أن ينفذ منها إلى السوق غير المشروعة في البلاد، وفيالدخول طرفا في الاتفاقات الدولية والإقليمية التي من شأنها أن تزيد من كفاءة المكافحة على الصعيدين المحلى والعالمي، وذلك من طريق استغلال آليات التعاون الدولي التي تتيحها هذه الاتفاقات.
- توصي اللجنة بأن تتبنى الدولة مشروع إنشاء بنك مركزي للمعلومات المتعلقة بالمخدرات، يشرف عليه المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان. ويتلقى هذا البنك مدخَلاته من جميع المصادر القومية التي تعمل في حقل المخدرات سواء في مجالات مكافحة العرض أو في مجلات الوقاية أو العلاج والرعاية اللاحقة، أو البحث العلمي. ويكون هذا البنك في هذه الحالة بمثابة السجل القومي المتكامل لمشكلة المخدرات في مصر.

توصيات خاصة:

- أن تمضي الدولة في طريق إنشاء مزيد من مصحات علاج الإدمان حيث تستوجب الحالات

٤٧ /http://www.moiegypt.gov.eg/arabic/departments%20sites/drugs/nationality

٤٨ رئيس الجمهورية: قرار رقم ٤٦ لسنة ١٩٩١ بتنظيم صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، ص١٦٠، الجريدة الرسمية– العدد ٦، في ١٩٩١/٢/٧.

٤٩ الأمانة العامة للصحة النفسية، وقسم الطب النفسي بجامعة القاهرة، المصدر السابق، ص٧٣.

٥٠ لجنة المستشارين العلميين للمجلس القومي لمكافحة المخدرات: توصيات تقرير استراتيجية مكافحة الإدمان– ١٩٩٢.

الإيداع لأسباب قانونية أو الحجز لأسباب طبية، وأن تعنى فيالوقت نفسه بدعم العيادات الخارجية القائمة وإنشاء المزيد منها لتشجيع أصحاب حالات التعاطي المبكر على التقدم طواعية لطلب العلاج. تستهدف الدولة في خطتها تغطية جميع محافظات الجمهورية بهذه المصحات والعيادات.

- أن تتبنى الدولة فوراً دعم العيادات الخارجية الملحقة بخدمة الصحة المدرسية، وإنشاء المزيد منها، بحيث تتمكن هذه العيادات من التدخل العلاجي في حالات التعاطي المبكر بين التلاميذ. وجدير بالذكر أن خدمة الصحة المدرسية تغطي الاحتياجات الطبية لقطاع من صغار الشباب لا يستهان بحجمه.
- أن تتبنى الدولة سياسة مماثلة بشأن دعم العيادات الخارجية الملحقة بمستشفيات الطلبة الجامعيين.
- أن تتبنى الدولة سياسة مماثلة في ما يتصل بالعيادات الخارجية القائمة على علاج عمال الصناعة التابعين لقطاع العام الصناعي، سواء أكانت ملحقة بالمصانع، أم داخلة في نظام للتأمين الصحي.
- أن يراعى في إنشاء وتشغيل مصحات علاج الإدمان شرط استقلال هذه المصحات، استقلالاً تاماً، من حيث المباني والإدارة، عن مصحات الأمراض العقلية.
- أن يراعى عند إنشاء وتشغيل مصحات علاج الإدمان الفصل التام بين أقسام معدة لإيداع حالات الإدمان المحولة بأحكام من المحاكم، وأقسام أخرى تعد لاستقبال وحجز الحالات المتطوعة بطلب العلاج. وذلك تجنبا لأخطار كثيرة يرجح أن تترتب على الخلط بين نزلاء النوعين من الأقسام.
- أن يسير العمل في إنشاء وتشغيل ودعم مصحات وعيادات علاج الإدمان جنبا إلى جنب مع تدريب المرشحين للعمل في هذه الخدمات، حيث أن التدريب النوعي أمر بالغ الأهمية بالنسبة لجميع أعضاء الفريق العلاجي، الذي يشمل أساسا الطبيب والممرض والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي.
- أن تتبنى الدولة سياسة الكشف عن حالات التعاطي المبكر على أوسع نطاق ممكن. ولا يشترط أن يتم ذلك فوراً، ولكن قد يرى المجلس أن يتم ذلك على مراحل. ومن بين مداخل الكشف عن حالات التعاطي المبكر نذكر ما يأتي: حالات طلب الانضمام إلى النوادي والفرق الرياضية، والمعاهد العليا والجامعات وحالات التقدم لبعض الوظائف مثل قيادة الطائرات، والعمل في أبراج مراقبة المطارات. كذلك أن تتبنى الدولة نظاماً للكشف عن التعاطي في حالات حوادث الطرق، ومخالفات المرور الخطيرة على الطرق السريعة بوجه خاص.
- أن يوضع نظام علاج المدمنين على أساس أنه يمضي في مراحل، كل مرحلة تسلم إلى المرحلة التي تليها، بدءاً من مرحلة التطهير من سموم المخدرات، مروراً بالعلاج النفسي،

ووصولاً إلى مرحلة الرعاية اللاحقة. ويستلزم هذا التصور إقامة نظام إداري معين لإدارة العمل في المصحات، وقد يتطلب هذا النظام إنشاء أقسام بها لما يسمى «بالمجتمعات العلاجية»، مع ابتكار الإدارة الملائمة لها. وقد يتطلب توثيق الصلة بمنشآت مستقلة لهذه المجتمعات العلاجية، وحيث تجري عمليات إعادة التأهيل للمدمنين.

- خط الدفاع الأول في تصدى لمشكلة المخدرات، وخاصة من زاوية خفض الطلب، هو تبني سياسة وقائية قائمة على أسس علمية متكاملة، والعناية بالجماعات المستهدفة أو الهشة، وحسن استغلال القنوات التعليمية التربوية، والعمل على رفع مستوى الخدمة الطبية النفسية حتى يصل أثرها إلى أكبر قدر من الحالات تحت الإكلينيكية بين الشباب. لذلك توصي اللجنة بأن تكون جهود الوقاية من الدرجة الأولى موجهة أساسا إلى الجماعات الهشة. وأن يستفاد في تحديد هذه الجماعات من نتائج البحوث المصرية في هذا الشأن، وهى متوفرة. وجدير بالذكر أن الجهود العشوائية في هذا المجال (أي مجال الدعوة المباشرة للابتعاد عن المخدرات) وهى الجهود الموجهة على أوسع نطاق اجتماعي لتصل إلى جميع الجماعات بغض النظر عن كونها مستهدفة أم لا، يكون لها آثار جانبية بالغة الخطر إذ تستثير دوافع حب الاستطلاع والرغبة في المغامرة عند أعداد كبيرة من أفراد تلك الجماعات غير المستهدفة أو الهشة أصلا، هذا بالإضافة إلى ما تنطوي عليه من إهدار للطاقة والمال.
- يوافق المجلس على الإفادة من قنوات التربية والتعليم لتقديم المعلومات العلمية الصحيحة، بالصورة الملائمة (من حيث مستوى التبسيط والتركيب) في المرحلة العمرية الملائمة وموزعة على الأطر العلمية المناسبة. وهناك خبرات عدد من الدول في هذا الشأن، يمكن الاسترشاد بها. والمهم أن تبدأ الخطوة الأولى في العمل التنفيذي.
- لما كان كثير من البحوث الميدانية الوبائية تشير إلى أن وظيفة التعاطي بالنسبة لعدد ممن يقبلون عليه هي التداوي أو التطبيب الذاتي من بعض الآلام الجسمية أو من الاضطرابات الجسمية– النفسية أو الاضطرابات النفسية، ولما كان كثير من الدراسات الإكلينيكية يشير إلى أن تعاطى المخدرات والمواد النفسية يكون بالنسبة لبعض الأشخاص إفصاحاً مبكراً عن مرض نفسي أو عقلي قد يعبر عن نفسه فيما بعد بأعراض وعلامات أخرى غير التعاطي، توصي اللجنة بأن تولي الدولة مجال خدمات الطب النفسي عموماً مزيداً من الرعاية بكافة الطرق وفي جميع المجالات الممكنة، حتى تزداد فاعلية هذه الخدمات.

عوائق ومشكلات

في مجال سياسات مواجهة الإدمان نشير إلى واحدة من الدراسات التي قام بها الأستاذ الدكتور محيي الدين أحمد حسين عن جدوى علاج متعاطي ومدمني المخدرات، والتي أكد فيها على أن محصلة الجهود التي تبذل في اتجاه احتواء ظاهرة الإدمان لا تكاد تذكر، وأن مردود الخدمة لا

يرقى إلى مستوى الجهد الذي بذل فيها أو المال الذي أنفق عليها، وأن فاعلية الإجراءات العلاجية لا يمكن قياسها بدقة، كما أن موقف هؤلاء الذين لا يلجأون إلى العلاج هو موقف ضبابي وغير واضح رغم أنهم يمثلون الكثرة.

لخص د. حسين أهم العوائق والمشكلات التي رآها في مواجهة ظاهرة تعاطي وإدمان المخدرات كما يلي:[٥١]

- عدم التوازن في الاهتمام بنوعي المكافحة الأساسيين وهما العرض والطلب. ذلك أن جل الميزانية الموجهة إلى هذه الخطط تُنفق على إجراءات مكافحة العرض، رغم أن مكافحة العرض لا تحقق في أفضل صورها أكثر من ١٪ من التحجيم، الأمر الذي يؤدي إلى تفاقم الظاهرة أكثر من إخمادها، ذلك لأن هذا الخفض المحدود في الكمية يؤدي إلى زيادة في السعر مما يغري التجار أكثر وأكثر. أيضاً، فإن مكافحة العرض عادةً ما تكون موجهة إلى مواد مخدرة بعينها بحيث تدخل إلى ساحة الاستهلاك مواد جديدة عوضاً عن المواد المحظورة. وأخيراً، فإن تحجيم العرض لم يحل في أي وقت من الأوقات دون الاستهلاك الذي لا يمكن الحد منه سوى بالتصدي للدوافع وراءه وذلك في صياغة استراتيجيات ملائمة لمكافحة الطلب وتذكية الدافعية لطلب العلاج.
- افتقاد السبل الملائمة للوصول إلى ذوي الحاجة إلى خدمة التأهيل، خاصة وأنه ليس لمعظم المدمنين حاجة أو دافعية للعلاج، وهو أمر مفهوم حيث أن قرار الإدمان مرتبط بظروف نفسية واجتماعية تغلف حياة المدمن وتجعل من الإدمان رغم مخاطره الصحية والاقتصادية والقانونية أمراً مرحباً به.
- عدم الاعتناء بتخليق كوادر قومية قادرة على تقديم خدمة التأهيل النفسي والاجتماعي لمتعاطي المخدرات ومدمنيها. وعدم وجود دليل تأهيلي يُعنى بتوصيف الخدمة بأبعادها المختلفة في السياق المحلي.
- هكذا استخلصت الدراسة عدداً من جوانب القصور في السياسات المتبعة لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات. هذه الجوانب ينبغي الالتفات إليها ومعالجتها من أجل الوصول إلى الغرض الأساسي وهو تقليص المشكلة ثم محاولة القضاء عليها. من الواضح أن الاتجاه إلى تقليل المعروض من المواد المخدرة لا يجدي حيث تستحيل السيطرة الكاملة على هذه التجارة وبالتالي فإن توجيه الجهود والإمكانات المتاحة لخفض الطلب (خصوصاً بتمكين الشباب من رفض التعاطي منذ البداية من طريق العمل على تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية ودفع الشباب إلى المشاركة الفاعلة في المجتمع) هو الطريق الأمثل للمواجهة. وبعد استنفاد سبل الوقاية يأتي بناء سياسة علاجية سليمة تعود بالمدمن إلى موقعه داخل المجتمع.

٥١ د. محيي الدين أحمد حسين، تأهيل متعاطي المخدرات ومدمنيها بين الضرورة والتحدي، المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان، المؤتمر السنوي الرابع، شركاء في مواجهة التعاطي والإدمان، ٢٠٠٢.

توصيات «البحث القومي للإدمان» ٢٠٠٩:

في «البحث القومي للإدمان» تطرح الأمانة العامة للصحة النفسية وقسم الطب النفسي في جامعة القاهرة التوصيات التالية:

- التخطيط لدراسات متعمقة تتناول الفئات السكانية الأكثر عرضةً لاستعمال المواد الخدرة والمسكرة (كالمراهقين، والمتسربين من التعليم، والنشء في المدارس والمعاهد والجامعات، والعمال الفنيين، وتجار الأعمال الحرة، وعرب البدو، والأسر المفككة).
- التخطيط لدراسات متعمقة لمرضى الإدمان الذين يتم علاجهم في كافة مراكز ومستشفيات الصحة النفسية ومقارنتهم بعينة مطابقة من ناحية المواصفات الديموجرافية من الأصحاء.
- رفع مستوى التعليم بحيث يصبح أداةً للبحث عن المعرفة وإدخال البرامج الوقائية ضد التدخين والمخدرات ضمن المنهج الدراسي الرسمي المقرر للمدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية.
- التركيز على المشكلات الاجتماعية والنفسية التي يواجهها الذكور في المجتمع (كالبطالة، وعدم القدرة على الزواج، ومفاهيم الرجولة المغلوطة...).
- تفعيل دور الإعلام للتغلب على المفاهيم الخاطئة والشائعات المنتشرة في المجتمع عن المواد الخدرة والتي تروج لاستخدام متزايد وتثير الفضول وحب التجربة لدى الفئة العمرية الأصغر في المجتمع.
- تفعيل دور المراكز الصحية والمجتمعية والمنظمات غير الحكومية لعمل برامج صحة نفسية لتدريب أفراد المجتمع على كيفية التعامل مع الضغوط والصراعات والمشكلات النفسية والاجتماعية بصورة متكاملة ومستمرة ومن بينها مشكلة استخدام المواد المخدرة وكيفية تغلب المراهقين على ضغط الأقران.
- دعم دور وزارة الصحة والمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية في مكافحة مشكلة استعمال المواد المخدرة والمسكرة.[٥٢]

ويلاحظ تركيز التوصيات على السياسات والبرامج الوقائية بشكل كبير باعتبارها الوسيلة الأكثر نجاحا في مواجهة المشكلة. يلاحظ أيضاً أن البحث لم يضع ضمن أهدافه التطرق إلى الخدمات العلاجية ومدى ملاءمتها الواقع المصري ومدى النجاح الذي تحققه ونسب الانتكاس التي تواجهها، كما لم يتطرق إلى وضع متعاطي المواد المخدرة في التشريعات والقوانين وأثر تطبيقها عليهم من حيث الإيداع بقرار من المحكمة للعلاج أو الحبس. وعموماً فقد استهدف البحث في الأساس ربط مشكلة تعاطي المواد المخدرة بالخصائص الديموجرافية للمجتمع المصري حيث تم إجراؤه في جميع المحافظات.[٥٣]

٥٢ الأمانة العامة للصحة النفسية وقسم الطب النفسي جامعة القاهرة، المصدر السابق، ص٧٣، ٧٤.

٥٣ الأمانة العامة للصحة النفسية وقسم الطب النفسي بجامعة القاهرة، المصدر السابق، ص٢٤، ٢٦.

التطور التشريعي لمكافحة تعاطي المخدرات

• نبذة تاريخية

يطرح موقع الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ملخصاً طريفاً حول تطور التشريعات والقوانين التي صدرت في مصر لمواجهة تعاطي المواد المخدرة. فهو يشير إلى أن مصر قد شهدت أول تشريع مكتوب لمكافحة المخدرات في ١٨٠٠/١٠/٨، حين أصدر قائد الحملة الفرنسية أمراً بتجريم تعاطي الحشيش في مصر. وقد سقط هذا الأمر عام ١٨٠١ برحيل الحملة الفرنسية. وفي ١٨٧٩/٣/ ٢٩ صدر الأمر العالي الذي حظر استيراد الحشيش ومنع زراعته. في ٢٨ /١٨٩١/٥ صدر أمر عال يجرم زراعة الحشيش، وقرر لها عقوبة الغرامة فضلاً عن إعدام المزروعات ومصادرة الحشيش وكل ما يستخدم في نقل المخدرات أو إخفائها.

وفي ١٨٩٥/١/١٤ صدر قرار وزير الداخلية بحظر على أصحاب المحلات العمومية تقديم الحشيش في محلاتهم، أو السماح بتعاطيه فيها، وجعل عقوبة ذلك الغرامة وفي ١٩٠٠/٥/١٩ صدر قرار وزير الداخلية بزيادة الغرامة فضلاً عن الحبس لمدة أسبوع وغلق المحل لمدة شهر.

أما الأفيون فلم تشهد البلاد تشريعاً بحظره إلا في سنة ١٩١٨ حين تقرر حظر زراعته نظراً لحاجة البلاد للأراضي التي تزرع بالأفيون لزراعة الحبوب بسبب الحاجة إليها في أثناء الحرب العالمية الأولى. ونص هذا التشريع على أن يُرفع الحظر بمجرد زوال الحاجة إليه، وفي ١٩٢٠/١٠/١٦ صدر قرار وزير الزراعة بإباحة زراعة الأفيون من جديد لتصديره. ويعد المرسوم الصادر في ٨/٥/ ١٩٢٢ أول تشريع بشأن المخدرات البيضاء حيث نص على حظر تصدير أو استيراد الأفيون والكوكايين والهيروين والحشيش بغير ترخيص من الجهة الإدارية المختصة.

مع عقد اتفاقيةجنيف الدولية الخاصة بالمخدرات في ١٩٢٥/٢/١٩ وعملاً بها صدر في ١٩٢٥/٣/٢١ مرسوم بقانون لمكافحة تعاطي المخدرات وقد نص في المادة ٣١ منه على عقوبة الحبس من شهر إلى ثلاث سنوات وغرامة من عشرة جنيهات إلى ٣٠٠ جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين لجرائم جلب المواد المخدرة أو تصديرها بدون ترخيص من الجهة الإدارية المختصة أو بيع الصيادلة مواد مخدرة أو التنازل عنها من غير تذكرة طبية أو بكميات تزيد عما ورد بالتذكرة. وقد اعتبر إحراز الأفيون جنحة طبقاً لأحكام هذا المرسوم ولكن زراعته لم تكن مجرمة. وفي ٢١ /١٩٢٦/٥ صدر مرسوم بقانون يمنع زراعة الخشخاش الذي يعرف باسم « أبو النوم» منعاً باتاً في جميع الأراضي المصرية. وفي عام ١٩٢٨ صدر القانون رقم ٢١ لسنة ١٩٢٨ لتنظيم الاتجار بالمخدرات واستعمالها، فنص في مادته الخامسة والثلاثين على عقوبة الحبس مع الشغل من سنة إلى خمس سنوات وغرامة من ٢٠٠ جنيه إلى ألف جنيه على كل من صدر أو جلب مواد مخدرة بدون ترخيص من الجهة الإدارية المختصة. وقد أجاز هذا القانون للمحكمة أن تحكم بإرسال المدمن إلى إصلاحية خاصة لمدة لا تقل عن ستة أشهر ولا تزيد عن سنة بدلاً من أن تحكم بعقوبة الحبس.

وفي ١٩٥٢/١٢/٢٥ صدر القانون رقم ٣٥١ لسنة ١٩٥٢ بشأن مكافحة المخدرات وتنظيم

استعمالها والاتجار بها. وقد وضع هذا القانون تنظيماً شاملاً للاتجار بالمخدرات – وألغي ما قبله من تشريعات – ورفع جرائم المخدرات إلى مرتبة الجناية وجعل العقوبة في المادة ٣٣ منه الأشغال الشاقة المؤبدة وغرامة من ثلاثة آلاف جنيه إلى عشرة آلاف جنيه لكل من صدر أو جلب أو أنتج أو استخرج أو فصل أو صنع أو حاز أو أحرز جواهر مخدرة بدون ترخيص أو تعامل بأي صفة كانت فيها أو قدمها للتعاطي أو سهل تعاطيها في غير الأحوال المصرح بها في القانون وكل من زرع نباتاً من النباتات الواردة في جداول المخدرات الملحقة بهذا القانون وكل من جلب أو صدر أو تعامل في نبات من هذه النباتات في أي طور من أطوار نموها أو بذورها بقصد إنتاجها أو بيعها وكل من رخص له في حيازة جواهر مخدرة لاستعمالها في غرض أو أغراض معينة، ويكون قد تصرف فيها في غير تلك الأغراض. وقد أوقف سريان حكم المادة ١٧ من قانون العقوبات على أي جريمة من الجرائم السابقة وهي مادة تستخدم لتخفيف العقوبة. وبالرغم من شدة العقوبة التي تضمنتها هذه القوانين إلا أنها لم تحقق كل الغاية المرجوة منها الأمر الذي دعا إلى إصدار القانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ المعدل بالقانون رقم ٤٠ لسنة ١٩٦٦ ورقم ١٦ لسنة ١٩٧٣ ورقم ٦١ لسنة ١٩٧٧ وأخيرا رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩.[٥٤]

تعديلات القانون ١٢٢ لسنة ١٩٨٩

تتلخص أهم إضافات وتعديلات القانون في التالي:

- **أولاً**، استحداث بعض الظروف المشددة لتغليظ العقوبة ومنها مواجهة خطر الأشخاص الذين يدفعون غيرهم لتعاطي الهيروين أو الكوكايين، ومَن يستغلون ولايتهم على آخرين لإشراكهم في أنشطة المخدرات.
- **ثانياً**، إعفاء كل من بادر من الجناة إلى إبلاغ السلطات العامة عن جريمة قبل علمها بها، أو بعد علم السلطات بما يؤدى إلى ضبط باقي الجناة من العقوبة المقررة في جرائم الجلب والاتجار.
- **ثالثاً**، تشديد العقوبة على كل من يتعدى على رجال السلطة القائمين على تنفيذ القانون أو يقاومهم بالقوة أو العنف أثناء تأدية وظيفتهم أو بسببها.
- **رابعاً**، مصادرة الأموال المتحصلة من الجريمة ووسائل النقل المضبوطة وتخصيص الأدوات المستخدمة والمحكوم بمصادرتها في جرائم المخدرات للإدارة العامة لمكافحة المخدرات بوزارة الداخلية ولقوات حرس الحدود بوزارة الدفاع وذلك حسب جهة الضبط.[٥٥]

وقد حدد القانون جداول المخدرات على سبيل الحصر، وأدان المدمن وعاقبه، كما سوف نشير لاحقا.

٥٤ http://www.moiegypt.gov.eg/Arabic/Departments+Sites/Drugs/development

٥٥ http://www.moiegypt.gov.eg/Arabic/Departments+Sites/Drugs/development

تجريم المدمن في نصوص القانون ١٩٨٩/١٢٢

تنص العقوبات المقررة على «أن يعاقب بالسجن المشدد وبغرامة لا تقل عن عشرة آلاف جنيه ولا تتجاوز خمسين ألف جنيه كل من حاز أو أحرز أو اشترى أو أنتج أو استخرج أو فصل أو صنع جوهراً مخدراً أو زرع نباتاً من النباتات الواردة في الجدول رقم ٥ أو حازه أو اشتراه، وكان ذلك بقصد التعاطي أو الاستعمال الشخصي في غير الأحوال المصرح بها قانوناً، وللمحكمة أن تأمر في الحكم الصادر بالإدانة بتنفيذ العقوبات المقضي بها في السجون الخاصة التي تنشأ للمحكوم عليهم في جرائم هذا القانون أو في الأماكن التي تخصص لهم بالمؤسسات العقابية».

وقد أعطى القانون الحق للمحكمة في أن تأمر بإيداع من يثبت إدمانه في إحدى المصحات التي تنشأ لهذا الغرض بقرار من وزير العدل، بدلاً من الإيداع في السجون الخاصة أو المؤسسات العقابية وذلك ليعالج فيها طبياً ونفسياً واجتماعياً، وذلك من دون أن تقل مدة بقاء المحكوم عليه بالمصحة عن ستة أشهر وأن لا تزيد عن ثلاث سنوات أو مدة العقوبة المقضي بها أيهما أقل. وقد قُيد الإفراج عن المودع بعد شفائه بقرار من اللجنة المختصة بالإشراف على المودعين بالمصحة، فإذا تبين عدم جدوى الإيداع، أو انتهت المدة القصوى المقررة له قبل شفاء المحكوم عليه، أو خالف المودع الواجبات المفروضة عليه لعلاجه، أو ارتكب أثناء إيداعه أياً من الجرائم المنصوص عليها في هذا القانون رفعت اللجنة المشار إليها الأمر إلي المحكمة من طريق النيابة العامة بطلب الحكم بإلغاء وقف التنفيذ، لاستيفاء الغرامة وباقي مدة العقوبة المقيدة للحرية المقضي بها بعد استنزال المدة التي قضاها المحكوم عليه بالمصحة.

وقد نص القانون على عدم جواز رفع الدعوى الجنائية على من يتقدم من تلقاء نفسه للعلاج بالمصحات التي تنشأ لهذا الغرض، على أن تكون جميع البيانات التي يدلى بها سراً، يُعاقب على إفشائه.

الإيداع في مصحات علاج الإدمان والتعاطي

أصدر وزير العدل القرار رقم ٢٦٣٣ لسنة ١٩٩١ بإنشاء وتنظيم مصحات علاج الإدمان والتعاطي. ونصت المادة ١ منه على أن تخصص هذه المصحات للمدمنين والمتعاطين الذين يتقرر إيداعهم للعلاج تطبيقاً لأحكام قانون مكافحة المخدرات. وتمول المصحة من صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي. وتشمل المصحات المنشأة بموجب هذا القرار مصحة علاج الإدمان والتعاطي في مستشفى حلوان، والعباسية للصحة النفسية بمحافظة القاهرة، ومصحة علاج الإدمان والتعاطي في مستشفى المعمورة للصحة النفسية بمحافظة الإسكندرية وعدداً آخر من المصحات في كل من: مستشفى الخانكة بمحافظة القليوبية، ومستشفى طنطا بمحافظة الغربية، ومستشفى كفر العزازي بالشرقية، ومستشفى المنصورية بالدقهلية، ومستشفى بني سويف بمحافظة بني سويف، ومستشفى أسيوط بمحافظة أسيوط، ومستشفى سوهاج بمحافظة

سوهاج، ومستشفى السد العالي للصحة النفسية بمحافظة أسوان.[٥٦]

جدير بالذكر أن غالبية المصحات الحكومية تُقَام داخل مستشفيات الصحة النفسية بتخصيص بعض المباني. ويلاحظ عدم وجود مصحات قائمة بمفردها، الأمر الذي يؤثر بالسلب على الخدمات التأهيلية للنزلاء بسبب غياب المرافق والأنشطة الترفيهية الخاصة بهم إذ يكون الفناء في الأغلب مشتركاً مع المرضى النفسيين ولا يسمح بالخروج من العنابر تفادياً للخلط بين المجموعتين.

يلاحظ أيضاً أن عدد المصحات يبلغ ١١ مصحة موزعة على ١٠ محافظات: مصحتان في محافظة القاهرة ومصحة واحدة في كل من المحافظات التسع الباقية. وهناك ١٨ محافظة لا تملك أي مصحات تابعة لوزارة الصحة ولا تتوفر فيها الخدمة. جدير بالذكر أن هناك عدداً هائلاً من المصحات والمراكز الخاصة التي تعمل في علاج الإدمان يُفترض وجود إشراف حكومي عليها إلا أنها في الواقع تفتقد الرقابة الجيدة، وقد أثارت قضية هروب أحد مدمني المخدارت من مركز خاص كان يعالج فيه قسراً الرأي العام في الفترة الأخيرة حيث كشفت عن قيام المشرفين بتعذيب النزلاء. وقد تقدم عدد من الأهالي ببلاغات تتهم القائمين على العلاج والتأهيل بالتعذيب وإساءة المعاملة، واتضح عدم وجود ترخيص للمركز وعدم وجود مؤهل علمي مناسب عند العاملين. وقد تم إغلاق المركز وإلقاء القبض على المسئولين عنه وهروب بعضهم، ومازالت القضية رهن التحقيقات.[٥٧]

يقتصر الإيداع في المصحات العلاجية المنشأة بموجب قرار وزير الصحة على الحالات المذكورة في المادة ٩ وهي:

- بأمر من المحكمة المختصة طبقاً للمادة ٣٧ من قانون مكافحة المخدرات.
- بأمر من المحكمة المختصة أو بقرار من لجنة الإشراف على المصحات ودور العلاج في المحافظة طبقا للمادتين ٣٧ مكرر (أ) و٣٧ مكرر (ب) من القانون نفسه[٥٨]:

• **المادة ٣٧ مكررا (أ):** لا تقام الدعوى الجنائية على من يتقدم للجنة المشار إليها في المادة السابقة من تلقاء نفسه من متعاطي المواد المخدرة للعلاج، ويبقى في هذه الحالة تحت العلاج في المصحات المنصوص عليها في المادة ٣٧ من هذا القانون أو في دور العلاج التي تنشأ لهذا الغرض بقرار من وزير الشئون الاجتماعية بالاتفاق مع وزير الصحة، وذلك لتلقي العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي إلى أن تقرر هذه اللجنة غير ذلك. فإذا غادر المريض المصحة أو توقف عن التردد على دور العلاج المشار إليها قبل صدور قرار اللجنة المذكورة يلزم بدفع نفقات العلاج ويجوز تحصيلها منه بطريق الحجز الإداري ولا ينطبق في شأنه حكم المادة ٤٥

٥٦ وزارة العدل: قرار وزير العدل رقم ٢٦٣٣ لسنة ١٩٩١ بإنشاء وتنظيم مصحات علاج الإدمان والتعاطي، الوقائع المصرية، ص١٠، العدد ١١٩، ٢٧ /٥/ ١٩٩١.

٥٧ سامي عبد الراضي: القبض على متهم مركز علاج الإدمان الوهمي والبحث عن هاربين، جريدة المصري اليوم، ١٦\٦\٢٠١٠.

٥٨ وزارة العدل: قرار وزير العدل رقم ٢٦٣٣ لسنة ١٩٩١، المصدر السابق، ص٧.

من هذا القانون. ولا تسري أحكام هذه المادة على من كان محرزا لمادة مخدرة ولم يقدمها إلى الجهة المختصة عند دخوله المصحة أو عند تردده على دور العلاج.

• **المادة ٣٧ مكررا (ب):** لا تقام الدعوى الجنائية على من ثبت إدمانه أو تعاطيه المواد المخدرة، إذا طلب زوجه أو أحد أصوله أو أحد فروعه إلى اللجنة المنصوص عليها في المادة ٣٧ مكررا من هذا القانون، علاجه في إحدى المصحات أو دور العلاج المنصوص عليها في المادة ٣٧ مكررا (أ). وتفصل اللجنة في الطلب بعد فحصه وسماع اقوال ذوي الشأن ولها أن تطلب إلى النيابة العامة تحقيق هذا الطلب وموافاتها بمذكرة عن رأيها. ويكون إيداع المطلوب علاجه في حالة موافقته إحدى المصحات أو إلزامه بالتردد على دور العلاج بقرار من اللجنة فإذا رفض ذلك رفعت اللجنة الأمر عن طريق النيابة العامة إلى محكمة الجنايات التي يقع في دائرتها محل إقامته منعقدة في غرفة المشورة، لتأمر بإيداعه أو بإلزامه بالتردد على دور العلاج.

ويجوز للجنة في حالة الضرورة، وقبل الفصل في الطلب، أن تودع المطلوب علاجه تحت الملاحظة لمدة لا تزيد على أسبوعين لمراقبته طبيا وله أن يتظلم من إيداعه بطلب يقدم إلى النيابة العامة أو مدير المكان المودع به، وعلى النيابة العامة خلال ثلاثة أيام من وصول الطلب إليها أن ترفعه إلى المحكمة المشار إليها في هذه المادة لتأمر بما تراه.

المدمن: مريض أم مجرم؟

تنبغي الإشارة هنا إلى وجود تناقض لم يتم تداركه بين تصنيف الإدمان كواحد من الاضطرابات النفسية، من جهة، وبين إعطاء القضاء سلطة توقيع العقوبة على المدمن وحبسه ما لم يرض بالعلاج طواعية، من جهة أخرى. يكون الأمر مفهوما إذا ما ارتكب الشخص جريمة أو مخالفة قانونية بسبب إدمانه، لكن في حالة عدم ارتكابه أي خطأ ينتهك فيه القوانين، فإن معاقبته بالحبس فقط لكونه مدمناً يتعارض تماما مع حقيقة أنه مريض وأن مرضه يدخل في نطاق الاضطرابات النفسية. وجدير بالذكر أن المريض النفسي لا يجري علاجه إلزامياً إلا في حالات محددة ومقيدة بضوابط. وتنص المادة ١٧ من اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي على أن الاعتماد على العقاقير المؤثرة في الحالة النفسية لا يُعَدُّ سبباً كافياً للدخول الإلزامي،[٥٩] وفي الوقت نفسه ينص قانون مكافحة المخدرات على أمرٍ من اثنين: إما أن يختار المدمن العلاج ويوافق عليه أو أن يتم حبسه.

لإزالة التناقض هناك احتمالان: إما أن يتم إلغاء عقوبة الحبس للمدمن إذا كانت تهمته الوحيدة هي الإدمان، أو أن لا يتم الاعتراف بأن الإدمان هو اضطراب نفسي. والاحتمال الأخير

٥٩ وزارة الصحة: قرار وزير الصحة رقم ١٢٨ لسنة ٢٠١٠ بإصدار اللائحة التنفيذية لقانون رعاية المريض النفسي، ص١٠، مادة ١٧.

لا يمكن قبوله فالتصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية هو المرجع العلمي المعتمد في هذا الشأن، ويدخل الإدمان طبقا لهذا التصنيف في نطاق الاضطرابات النفسية.[٦٠]

أخيراً، يرى أ.د. أحمد عكاشة، الذي شارك كأحد أعضاء لجنة المستشارين العلميين في المجلس القومي لمكافحة المخدرات، أن الأمر قد لا يحتاج إلى أبحاث جديدة بقدر ما:

- يحتاج إلى آليات واقعية تعمل على تطبيق هذه الإستراتيجية وتقييمها.
- إن التعامل مع قضية الإدمان بالجدية والكفاءة التي تستحقها، وبخاصة بين الشباب، يستدعي تنظيم برامج مجتمعية متكاملة لتحسين الأداء النفسي والاجتماعي للمدمنين، ولنشر الوعي بمخاطر تعاطي المواد المسببة للإدمان ولتعميق التفاهم بين الأجيال.
- يستدعي البحث عن آليات واقعية يتم العمل من خلالها على إيجاد حلول للمشكلات النفسية والاجتماعية الراهنة التي تواجه الشباب وتؤثر على صحتهم النفسية وتدفعهم نحو الهرب من الواقع والوقوع فريسة لتعاطي المواد المخدرة، بعد أن تُغلَق أمامهم جميع المنافذ والأبواب.[٦١]

أما بالنسبة لفكرة الإجبار على العلاج واستخدام نصوص القانون لتجريم المدمن وحبسه، فإنها تظل محاولات بعيدة عن تحقيق الهدف المرجو منها بسبب غياب عنصري الاقتناع والرغبة.

٦٠ منظمة الصحة العالمية: التصنيف الدولي العاشر للأمراض النفسية – ١٩٩٢.

٦١ أحمد عكاشة: أضواء على التجربة المصرية في علاج الإدمان، ورقة ألقيت في مؤتمر منظمة الصحة العالمية بالأردن – دون تاريخ.

الفصل الرابع

التشريعات والسياسات المتعلقة بالصحة النفسية للمرأة

تعاني المرأة في ظل التقاليد والأعراف المجتمعية السائدة من انتهاكات كثيرة تطال حقوقها الإنسانية، وتتعرض إلى أنواع متباينة من العنف والقهر سواء كانت جسديةً أو معنويةً – ربما منذ ولادتها. إذ فضلاً عن الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية التي تسهم في الانتقاص من حقوق المرأة ودورها وفاعليتها في المجتمع، فإن بعض التشريعات والسياسات والقرارات الوزارية تسهم هي الأخرى في ترسيخ أوضاع المرأة المتدنية بدلاً من أن تسعى إلى القضاء على التمييز الذي يضعها دائما في مرتبة أقل الرجل. في هذا الإطار، تجدر الإشارة إلى أن مصر قد انضمت إلى اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة في ديسمبر/كانون الأول عام ١٩٨١ لكنها تحفظت عن بعض المواد.[٦٢] وللأسف فإن هذا التحفظ على هذه المواد يتعارض وروح الاتفاقية ذاتها ويمنع إرساء قواعد المساواة الحقيقية بين المرأة والرجل . ورغم أن الدستور المصري ينص في المادة رقم ٤٠ على أن المواطنين لدى القانون سواء ومتساوون في الحقوق والواجبات دون تمييز بسبب الجنس أو الأصل أو اللغة أو الدين أو العقيدة[٦٣] فمازالت التشريعات المصرية تحوي الكثير من المواد التمييزية الصارخة ضد النساء.

وضع المرأة: بين العنف والتمييز المجتمعي

يقول الإعلان العالمي للقضاء على العنف ضد المرأة الصادر في ديسمبر/كانون الأول ١٩٩٣ إن العنف ضد النساء هو[٦٤] «أي فعل عنيف تدفع إليه عصبية الجنس، ويترتب عليه، أو يرجح أن يترتب عليه، أذى أو معاناة للمرأة، سواء من الناحية الجسمانية أو الجنسية أو النفسية، بما في ذلك

٦٢ ورقة بحثية لمركز النديم للعلاج والتأهيل النفسي لضحايا العنف، غير منشورة – ص٣، بدون تاريخ.

٦٣ مركز النديم: المصدر السابق.

٦٤ الأمم المتحدة: الإعلان العالمي للقضاء على العنف ضد المرأة، ١٩٩٣ ، http://www.un.org/depts/dhl/dhlara/resguida/resins.htm..
http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/707/22/IMG/NR070722.pdf?OpenElement

التهديد بأفعال من هذا القبيل أو القسر أو الحرمان التعسفي من الحرية، سواء حدث ذلك في الحياة العامة أو الخاصة، وهو يتضمن العنف الجسدي والجنسي والنفسي الذي يقع في إطار الأسرة، والعنف الجسدي والجنسي والنفسي الذي يقع في الإطار العام للمجتمع، والعنف الجسدي والجنسي والنفسي الذي تقترفه الدولة أو تتغاضى عنه حيثما وقع».

تتعرض نسبة كبيرة من النساء إلى بعض أو جميع أنواع العنف المذكورة سلفا. في عام ١٩٩٥ أشار المسح الصحي الديموجرافي إلى أن حوالي ٤٥٪ من النساء المتزوجات الأميات أو الحاصلات على التعليم الابتدائي و١٤٪ من الحاصلات على مستويات تعليمية أعلى قد تعرضن إلى الضرب في حياتهن الزوجية، وأن واحدة من كل ثلاث نساء مصريات متزوجات تعرضت إلى الضرب على الأقل مرة واحدة منذ زواجها.[٦٥] وفي عام ١٩٩٨ أشارت دراسة أجريت في منطقة منشأة ناصر إلى أن ٣٠٪ من النساء يواجهن العنف بشكل يومي، و٣٤٪ بشكل أسبوعي. وشمل العنف الضرب باليد والضرب بالعصا وبسلك كهربائي وبالحزام والشوم[٦٦]. وأشار بحث ميداني أُجرِيَ في عام ٢٠٠٩ إلى أن ٧٩٪ من النساء اللاتي شملتهن العينة قد تعرضن للعنف وأن الزوج كان هو مصدر العنف في ٥٥٪ من الحالات ومثل الضرب ١٦٪ من أشكال العنف الممارس عليهن[٦٧] بينما مثلت الإهانة ١٨٪ والحرمان من التعليم ٢٪. وفيما يخص التحرش الجنسي فقد ذكرت ٦٤٪ من النساء أنهن قد تعرضن له في الشارع، مقابل ١٢٪ تعرضن له في محل العمل[٦٨]. وقد وافقت نسبة ٨٤٪ من النساء المستطلعات على ضرورة إيجاد قانون لحمايتهن من العنف، وأيدت نسبة ٧٠٪ منهن استخدامه إذا تطلب الأمر[٦٩]. وكشفت دراسة أجراها المجلس القومي للمرأة أن ٣٤٪ من النساء قد تعرضن للعنف البدني من قبل أزواجهن وتعرضت ٦٢٪ إلى عنف معنوي أو لفظي بينما تعرضت ٦٪ من النساء إلى العنف أثناء الحمل[٧٠]. وبالنسبة للختان فقد أظهر المسح الديموجرافي لعام ٢٠٠٨ أن ٧٢٪ من النساء مابين ١٥ و٣٠ عاما قد تعرضن للختان وبالرغم من ارتفاع النسبة إلا أنها قد انخفضت عن مثيلتها في المسح الديموجرافي لعام ١٩٩٥ حيث جاءت نسبة المختَتَنات من نفس الفئة العمرية ٩٦٪[٧١].

أما بالنسبة لتولي المرأة المناصب العليا، فليس أدل على التمييز ضد المرأة من الإصرارعلى حرمانها من حقها في العمل قاضية ففي عام ٢٠٠٣ كانت القاضية الوحيدة في جميع المحاكم المصرية هي السيدة تهاني الجبالي التي جرى تعيينها بموجب قرار رئاسي في المحكمة الدستورية

٦٥ عايدة سيف الدولة: المصدر السابق ص١٢٣.

٦٦ مارلين تادرس: نساء بلا حقوق..رجال بلا قلوب – العنف ضد المرأة في مصر، مركز المعلومات القانونية لحقوق الإنسان، ص٣٧، ١٩٩٨.

٦٧ مركز النديم للعلاج والتأهيل النفسي لضحايا العنف: حملة لتجريم العنف الأسري ضد المرأة – بحث ميداني، ص٢٤–٢٦ – ٢٠٠٩

٦٨ مركز النديم: المصدر السابق، ص٣٠،٣١.

٦٩ مركز النديم: المصدر السابق، ص٣٦.

٧٠ الموقع الإلكتروني للمجلس القومي للمرأة.

٧١ http://www.nwrcegypt.org\ShowTransAndStudy.php?id=112&MainId=4

العليا. وفي ٢٠٠٧ اختار المجلس الأعلى للقضاء ٣١ سيدة للخدمة في مناصب قاضيات بمحاكم الأسرة، لكن المجلس الأعلى للقضاء لا يسمح للنساء بالعمل كقاضيات في المحاكم الجنائية[٧٢]. وفي يوليو ٢٠١٠ أرجأ مجلس الدولة قرار تعيين المرأة في مناصبه القضائية لأجل غير مسمى[٧٣] بعد سجال طويل إذ رغم أن المرأة تمثل ٣٠٪ من العاملين بالنيابة الإدارية وفقا للمستشار مقبل شاكر رئيس المجلس القومي لحقوق الإنسان ورئيس مجلس القضاء الأعلى سابقا، فقد رفضت الجمعية العمومية لمستشاري مجلس الدولة قرار تعيين المرأة مرتين متتاليتين بأغلبية الأصوات.[٧٤]

تظهر الدراسات والإحصاءات السابقة أن المرأة تتعرض في المجتمع المصري لانتهاكات متعددة ولإهدار الكثير من حقوقها بسبب الثقافة الذكورية السائدة. فهي تواجه العنف الأسري والعنف الجنسي ممثلاً في التحرش والختان، وتواجه التمييز في بعض الوظائف والمناصب الهامة ويتم حرمانها من المساواة والمواطنة الكاملة غير المنقوصة. هذه الثقافة لا تتنحى جانباً إذا ما تطرقنا إلى القوانين والتشريعات حيث نجد أن التمييز المجتمعي قد تحول إلى تمييز قانوني يصل إلى التناقض مع الدستور في بعض الأحوال، ويصطدم الباحث بعدد من المواد والنصوص القانونية التي تحط من شأن المرأة وتتعامل معها بالكثير من الإجحاف والتفرقة، وسوف نتطرق إلى هذه المواد والنصوص في موضع لاحق.

أثر العنف والتمييز على صحة المرأة النفسية

تعاني المرأة في ظل الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والسياسية المتأزمة من جميع المشكلات التي يعاني منها كل فرد في المجتمع، يضاف إليها تلك المشكلات الناشئة عن كونها امرأة. وبذلك تكون الضغوط الواقعة عليها مضاعفة، وتكون صحتها النفسية أكثر قابلية للتأثر بكل ما تواجهه من أزمات وأكثر عرضة للاضطرابات المختلفة.

لا شك أن للعنف، تحديداً، أثراً شديد الوطأة على النفس وبخاصة إذا لم يكن هناك مهرب أو مفر من التعرض له بشكل مستمر. يتسبب العنف في أذى نفسي وجسدي ويمثل ضغطاً حياتياً كبيراً، وقد تعاني المرأة المعنفة مشاعر القلق والخوف والحزن والشعور بالعجز عن التعامل مع معطيات الحياة. وفي بعض حالات العنف المادي المبرح قد تصاب باضطراب كرب ما بعد الصدمة، وهو اضطراب ينشأ عن الصدمات الكبرى التي تصيب أي شخص.[٧٥] أما بالنسبة للتمييز الذي تعانيه المرأة بفعل القوانين فإنها قد لا تشعر به على نحو يومي، لكنها حتما تشعر به حينما تحتاج إلى ممارسة حقوقها أو إلى أن تنصفها عدالة القضاء. وهي في هذه الحالة تجد نفسها فرداً من الدرجة

٧٢ http://www.hrw.org/ar/news/2010/02/23-0

٧٣ جريدة الدستور، ٢٠١٠/٧/١٤.

٧٤ موقع مؤسسة المرأة الجديدة: حملة حق تولي النساء منصب القضاء، الاثنين ٢٠١٠/٧/١٢.

٧٥ عايدة سيف الدولة: المصدر السابق، ص١٣٤.

الثانية إذا كان خلافها مع رجل. ويؤدي الشعور باختلال الميزان إلى أن تبذل المرأة الكثير من الجهد النفسي والعصبي للتغلب على الإحباط الذي يصيبها. وحين يزداد الإحباط فإنه ينتقل إلى مرحلة اليأس. وقد يظهر بعض الأعراض النفسية التي تحول دون القدرة على مواجهة أعباء الحياة وتحدياتها.[٧٦]

التشريعات والسياسات المجافية والمنتقصة لحقوق المرأة

عادةً ما تصطدم محاولات استرداد حقوق المرأة المسلوبة بالنصوص القانونية التي تحوي تمييزاً أو ثغرات يمكن المماطلة من خلالها. هنا يظهر جلياً حجم المعاناة التي لا بد من خوضها سواء ارتبط الحق الذي تسعى المرأة وراءه ببعض مواد قانون العقوبات أو قانون الأحوال الشخصية أو قانون الإجراءات.[٧٧] ولسنا في حاجة لذكر أن النساء تعانين من التمييز عند اللجوء إلى القانون ليس لأي سبب إلا لأنهن نساء ولأن العادات والتقاليد تفسر في كثير من الأحيان على أنها تستند إلى الدين وأنها بالتالي غير قابلة للتغيير. وحتى حين تخالف هذه العادات والتقاليد الأحكام الدينية فإن المخالفة تُقبل إذا ما كانت تصب في مصلحة الحرية المكفولة للرجل دون المرأة.[٧٨]

- **في الدستور**

يقول نص المادة رقم ٤٠ من الدستور المصري: «المواطنون لدى القانون سواء، وهم متساوون في الحقوق والواجبات العامة، لا تمييز بينهم في ذلك بسبب الجنس أو الأصل أو اللغة أو الدين أو العقيدة». وتقول المادة رقم ٨: «تكفل الدولة تكافؤ الفرص لجميع المواطنين».

وعلى الرغم من نص المادتين الذي لا يحوي أي تمييز تشريعي بين الرجل والمرأة إلا أن المادة رقم ١١ تتدخل لتضع اللبنة الأولى والأساسية لهذا التمييز، فهي تشترط أن تكون مساواة المرأة بالرجل في ميادين الحياة دون إخلال بأحكام الشريعة الإسلامية وبهذا يتم إخضاع المساواة التي جاءت بها المادتان ٨ و٤٠ إلى تضييق مستمر يستند إلى المادة ١١ وتصبح هناك مساحة مفتوحة للقفز فوقها وتجاوزها بدعوى الحفاظ على مبادئ وأحكام الدين الإسلامي حتى وإنْ كانت دعوى زائفة.

- **في القوانين المصرية**

هناك العديد من المواد القانونية التي تتخذ من النوع أساسا للتمييز فيصبح للمرأة حقوق أقل من حقوق الرجل، أو يحصل الرجل على ميزة تُحرم منها المرأة تماماً، أو توضع المرأة في مرتبة

٧٦ عايدة سيف الدولة: المصدر السابق، ص٤٠ – ٤٤.
٧٧ المصدر السابق، ص٨٠.
٧٨ المصدر السابق، ص٣٨.

قانونية أدنى من الرجل. تظهر هذه النصوص التمييزية بدءاً من قانون الأحوال الشخصية ومروراً بقوانين العمل والتأمينات الاجتماعية ووصولا إلى قانون العقوبات.

- **في قانون التأمينات الاجتماعية**

يحدد قانون التأمينات الاجتماعية رقم ٧٩ سنة ١٩٧٥ في مادته الثانية الفئات التي تسري عليها نظم التأمين. ويستثني القانون أربع فئات من هذه النظم، وهي على الترتيب: غير الخاضعين لقانون العمل، الخاضعون لقانون العمل ممن تقل أعمارهم عن ١٨ عاما، الخاضعون لقانون العمل ولا تربطهم بصاحب العمل علاقة منتظمة، وأخيراً المشتغلون بالأعمال المتعلقة بالخدمة داخل المنازل الخاصة الذين يتوافر فيهم شرطان: (١) أن يكون محل مزاولة العمل داخل منزل معد للسكن الخاص، و(٢) أن يكون العمل الممارس عملاً يدوياً لقضاء حاجات شخصية للمخدوم أو ذويه.[٧٩]

أما قانون العمل فإنه أيضا يستثني وفقاً لنص المادة رقم ٣ عمال الخدمة المنزلية ومَن في حكمهم من الخضوع لأحكامه. هذا يعني أن عمال الخدمة المنزلية لا يخضعون لقانون العمل ولا لقانون التأمينات الاجتماعية.

تجدر الإشارة إلى أن هؤلاء العمال هم في أغلب الأحوال من النساء،[٨٠] وبذلك يكون قانونا العمل والتأمينات الاجتماعية قد نصّا صراحة على تهميش هذا القطاع العريض من العاملات وحرمهن من الحماية القانونية ومن مظلة التأمين الاجتماعي التي قد توفر لهن شيئاً من الأمان أثناء مزاولتهن العمل وكذلك من فرصة الرعاية عند الكبر.

ويحرم قانون التأمينات الاجتماعية الزوج من صرف حصته في معاش زوجته المتوفاة على عكس سماحه للزوجة بصرف حصتها في معاش الزوج المتوفي. ويعني هذا أن الاشتراكات التي قامت الزوجة بتسديدها طيلة عملها أثناء حياتها لن تستفيد منها الأسرة، ولا شك أن دخل المرأة العاملة يسهم بقدر مهم في توازن الأسرة الاقتصادي.

وقد طالب المجلس القومي للمرأة بتعديل القانون احتراماً للدستور ولمبادئ المساواة والعدالة واستجابت المحكمة الدستورية العليا وحكمت في ديسمبر/كانون الأول ٢٠٠٣ بعدم دستورية النصوص التي تحرم الزوج من حصته في معاش زوجته، لكن التعديل التشريعي لم يتم وبقي القانون على ما هو عليه.[٨١] وبالنسبة إلى الشروط الواجب توافرها لتستحق المرأة معاش الزوج المتوفي فقد أشارت المادة رقم ١٠٥ من قانون التأمينات الاجتماعية إلى ضرورة أن يكون الزواج موثقاً أو ثابتاً بحكم قضائي نهائي، ويعني هذا الشرط استبعاد من تضطر إلى الزواج العرفي الذي

٧٩ قرار وزيرة التأمينات رقم ١٤٩ لسنة ١٩٧٧.

٨٠ مركز النديم للعلاج والتأهيل النفسي لضحايا العنف: دراسة حول اتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة بين التشريع والتطبيق في مصر، ص٦–٧ ، دون تاريخ.

٨١ المجلس القومي للمرأة، اللجنة التشريعية: رؤية استراتيجية ٢٠٠٥ – ٢٠١٠.

لا يتم توثيقه من فرصة الحصول على حصتها في معاش الزوج مع الأخذ في الاعتبار أن الفئات الأضعف من النساء هن اللواتي تلجئن في العادة إلى الزواج العرفي[٨٢] وتقعن بين شقي: الرحى فلا حق لهن في المنازعات القضائية إلا في ما يتعلق بنسب الأبناء ولا حق لهن في معاش إذا مات الزوج.

- **في قانون العمل**

يأخذ القانون المصري بتعريفات العمل الدولية التي تقصر تعريف على العمل على أنه «عمل مقابل أجر مدفوع». ويؤدي هذا إلى حرمان المرأة الريفية من تعريفها كامرأة عاملة وهي التي تتحمل مسئولية ما يجاوز ٤٠٪ من الإنتاج الزراعي وفقاً لإحصاءات عام ٢٠٠٠. وتعمل ٣٤٪ من النساء في الريف بدون أجر نقدي ولا تتمتعن بأية حقوق قانونية أو حمائية حيث لا تسري عليها قوانين العمل والتأمينات الاجتماعية في ظل التعريف المتبنى للعمل.[٨٣]

بالنسبة لحق المرأة الحاضنة في الحصول على إجازات دون أجر لرعاية طفلها فالمادة تنص ١٥٦ على أنه «في المنشأة التي تستخدم خمسين عاملا فأكثر يكون للعاملة الحق في الحصول على إجازة بدون أجر لمدة لا تزيد على سنة وذلك لرعاية طفلها وتمنح هذه الإجازة ثلاث مرات طوال مدة خدمتها». والقانون هنا يقيد حق المرأة في الإجازة بعدد العاملين في المنشأة فإذا قل عن خمسين عاملا جاز لصاحب العمل أن يحرمها من الإجازة، وبذا يقدم القانون مصلحة صاحب العمل على مصلحة الطفل، في الوقت ذاته فإن القانون قد اشترط عدم حصول المرأة على إجازة الوضع في أثناء فترة عملها أكثر من ثلاث مرات وهو ما يعني في نهاية الأمر أن القانون قد أعطى المرأة حقا مقيداً بأكثر من شرط.[٨٤]

- **في قانون العقوبات**

يمكن النظر إلى التمييز في قانون العقوبات على أنه إما تمييز على مستوى النص الموجود أو أنه تمييز، طريق غياب نص يكفل المساواة.

في موضوع جريمة الزنا فإن المادة ٢٧٧ تنص على أن: «كل زوج زنى في منزل الزوجية وثبت عليه هذا الأمر بدعوى الزوجة يجازى بالحبس مدة لا تزيد على ستة شهور»، فيما تنص المادة ٢٧٤ على أن «المرأة المتزوجة التي ثبت زناها يحكم عليها بالحبس مدة لا تزيد على سنتين لكن لزوجها أن يوقف تنفيذ هذا الحكم برضائه معاشرتها له كما كانت». وهو ما يعني أن نفس الجريمة، أي «الزنا»، لها عقوبتان في القانون ذاته: يعاقب الرجل بالحبس مدة أقصاها ٦ أشهر بينما تعاقب المرأة بالحبس مدة أقصاها سنتان، وهذا تمييز تشريعي مثير للتعجب.

٨٢ مركز النديم للعلاج والتأهيل النفسي لضحايا العنف، المصدر السابق، ص ٧.
٨٣ المجلس القومي للمرأة، المصدر السابق.
٨٤ مارلين تادرس وآخرين، المصدر السابق، ص ١٥٨.

فالجريمة واحدة والخطأ الأخلاقي واحد ومع ذلك يحابي القانون الرجل ويضطهد المرأة.

المادة ٢٣٧ من قانون العقوبات تقول: «كل من فاجأ زوجته حال تلبسها بالزنا وقتلها هي ومن يزني معها في الحال يعاقب بالحبس بدلاً من العقوبة المقررة للقتل العمد». ويعتبر القانون هنا أن قتل الزوج لزوجته ليس جناية بل جنحة ويخفض العقوبة المقررة للقتل في المادتين ٢٣٤ و٢٣٦ (السجن المؤبد أو المشدد) إلى الحبس لمدة لا تزيد على ثلاث سنوات[٨٥]، أو هي على وجه الدقة السجن لفترة تتراوح ما بين ٢٤ ساعة و٣ سنوات.[٨٦] في الوقت ذاته، إذا فاجأت الزوجة زوجها في الموقف نفسه وارتكبت الفعل نفسه تماماً فإنها تعاقب بعقوبة الجناية فتحصل على الحكم بالسجن المؤبد أو المشدد (لمدة لا تتجاوز ١٥ عاما) ولا تحظى بالتخفيف الذي يحظى به الزوج. ونجد هنا أن المشرع قد برر هذا التمييز المجحف بعذر أشد إجحافا وهو مراعاة مشاعر الرجل وثورته دفاعاً عن كرامته وشرفه بينما اعتبر أن ليس للمرأة ذات المشاعر الإنسانية أو أنها لا تملك شرفاً وكرامة.[٨٧]

ويتعلق التمييز الأخير في مواد قانون العقوبات الخاصة بجريمة الزنا بتوصيف مكان ارتكابها ففيما تُعد الزوجة زانيةً إذا ما ارتكبت الفعل في أي مكان، فإن الزوج لا يعد زانياً بمقتضى المادة ٢٧٧ إلا إذا ارتكب الفعل في منزل الزوجية فقط، الأمر الذي يمثل إباحة غير مباشرة للزوج أن يزني خارج منزل الزوجية كما يشاء.

أما القانون ١٠ لسنة ١٩٦١ الخاص بمكافحة الدعارة فإنه يحوي تمييزاً صارخاً ضد المرأة من حيث التطبيق. تنص المادة رقم (٩ج) على معاقبة كل من اعتاد ممارسة الفجور والدعارة أو ساعد عليها دون أن يخص بالعقوبة رجلاً أو امرأة. لكن واقع الأمر يفيد أن المرأة وحدها هي التي تتحمل العقوبة حيث يعتبر الرجل المشارك لها بمثابة شاهد، أي أنه يشهد عليها في قاعة المحكمة ثم يغادرها حراً طليقاً دون عقاب في حين تحصل المرأة على حكم بالحبس لمدة تتراوح بين ٣ أشهر و٣ سنوات مع الغرامة.[٨٨] هذا التمييز التطبيقي يجعل من القانون غير ذي فائدة كبيرة في مكافحة الدعارة، بل ربما يكون مشجعا على المزيد حيث لا يعاقب الرجل على فعلته، وهو في الوقت نفسه يمثل ثغرة كبيرة في القانون.

في رؤيته الإستراتيجية حول التدخل التشريعي لإزالة التمييز ضد المرأة، يشير المجلس القومي للمرأة إلى غياب نص قانوني يمكن الاعتماد عليه في توقيع العقوبة المناسبة على كل من ضرب امرأة حبلى وشرع في إسقاطها. ويلاحظ أن القانون يعاقب من يسقط عمداً أي امرأة حبلى (أي من يُتم الفعل) بالسجن من ٣ إلى ١٥ سنة، لكنه لا يعاقب على الشروع في الإسقاط إلا بعقوبة خفيفة

٨٥ المجلس القومي للمرأة، المصدر السابق.

٨٦ مركز النديم، المصدر السابق، ص ٨.

٨٧ مركز النديم، المصدر السابق، ومارلين تادرس، المصدر السابق، ص ١٨٢.

٨٨ مارلين تادرس، عبد العزيز الشبيني، أميرة الحكيم: المواطنة المنقوصة – تهميش المرأة في مصر، ص ١٨٣، مركز الدراسات والمعلومات القانونية لحقوق الإنسان – ١٩٩٥.والمجلس القومي للمرأة، المصدر السابق.

في حال الضرب.[٨٩]

في حالات العنف الأسري حينما يضرب الزوج زوجته فليس من نص قانوني صريح يمنع معاقبته إذا ما تقدمت الزوجة بشكوى وتمسكت بها، لكن الرجل يلجأ في هذه الأحوال إلى المادة ٦٠ من قانون العقوبات التي تنص على أنه «لا تسري أحكام قانون العقوبات على كل فعل ارتكب بنية سليمة عملاً بحق مقرر بمقتضى الشريعة». ويتمسك الزوج هنا بأنه قد قام بتأديب زوجته وفقاً للشريعة الإسلامية، الأمر الذي يؤدي إما إلى عدم معاقبته أو إلى تخفيف العقوبة بحيث لا تؤدي الغرض منها.

- **في قانون الأحوال الشخصية**

- في الطلاق بين الزوجين يعطي القانون المصري المرأة الحق في الحصول على الطلاق بحكم قضائي حيث ينص القانون في المادة رقم ٦ على أنه إذا ادعت الزوجة إضرار الزوج بها بما لا يستطيع معه دوام العشرة بين أمثالها، فإنه يجوز لها أن تطلب من القاضي التفريق ويطلقها القاضي طلقة بائنة إذا ثبت الضرر وعجز عن الإصلاح بينهما. الصعوبة هنا تكمن في إثبات الضرر الواقع على الزوجة وهو أمر شبه مستحيل، وبالتالي فإن حصول المرأة على الطلاق بمحض إرادتها يصبح أيضا شبه مستحيل.[٩٠] في الجانب الآخر فإن القانون يعطي الزوج حق الطلاق وإنهاء العلاقة الزوجية بإرادته المنفردة دون اشتراط الحصول على أمر قضائي بل إن له أيضاً أن يعيد مطلقته إلى عصمته دون علمها خلال شهور العدة. بهذا يكون حق المرأة في الطلاق مقيداً بأسباب محددة ومقيداً إجرائيا بحكم المحكمة فيما لا يخضع الرجل القيود نفسها.[٩١] بل إن المادة ١١ تنص على أنه في حال إصرار الزوجة على الطلاق فإن المحكمة تقضي به لكنها في المقابل تسقط بعض أو جميع حقوق المطلقة وتلزمها بالتعويض المناسب. وقد تم إلغاء القانون رقم ٤٤ لسنة ١٩٧٩ الذي كان يبيح الطلاق في حال زواج الرجل بامرأة أخرى، بحيث أصبح لازما على الزوجة الأولى أن تثبت هي الأخرى وقوع ضرر عليها وكأن وجود زوجة ثانية لا يمثل أي ضرر نفسي بالنسبة لها.[٩٢] من الواضح أن هذا القانون الملغى كان يجد معارضة شديدة فقد أكد ما يزيد على ٧٠٪ من القضاة الذين استطلع رأيهم فيه أنه مخالف للنصوص القرآنية وأنه يفتح المجال أمام المرأة لطلب الطلاق ويحدّ من حق الرجل الشرعي في الزواج بأخرى.[٩٣]
- وتنص الفقرة الثانية من المادة ١١ مكرر عن حكم الطاعة على أنه «إذا امتنعت الزوجة عن طاعة الزوج دون حق، توقف نفقة الزوجة من تاريخ الامتناع وتعتبر ممتنعة دون حق إذا

٨٩ المجلس القومي للمرأة، المصدر السابق.
٩٠ مارلين تادرس وآخرون، المصدر السابق، ص ٥٦.
٩١ مركز النديم، المصدر السابق.
٩٢ مارلين تادرس وآخرون، المصدر السابق.
٩٣ أمينة شميس: ورقة عمل حول العقبات التي تعوق حصول المرأة المسلمة على الطلاق القضائي – ١٩٩٤

لم تعد لمنزل الزوجية بعد دعوة الزوج إياها للعودة بإعلان على يد محضر ولها الحق في الاعتراض خلال ثلاثين يوما». وتنبغي الإشارة إلى أن الشروط التي يجب أن تتوافر في حال حكم المحكمة بالطاعة هي شروط لا تتصف بالوضوح والقطع فهناك أمانة الزوج على الزوجة وتوفيره المسكن المناسب وكلاهما من المسائل التقديرية تماما. غير أن هناك أيضا ما يترتب على هذه المسائل فتوفير السكن يعني في عرف القانون ألا تخرج منه الزوجة إلا بإذن الزوج وألا تعمل إلا إذا سمح لها وله أن يصر على استبقائها في بيته وإلا عدها القانون ناشزا وأسقطت حقوقها المادية.[٩٤]

- في الولاية على أموال القاصر يُعد الأب بموجب القانون الولي تلقائياً على أموال القاصر (دون أي إجراءات) وحرم القانون الأم من هذا الحق. ويسمى الأب (الولي الطبيعي). ليس هذا فقط بل إن الولاية على مال القاصر بمقتضى المادة الأولى من القانون رقم ١١٩ لسنة ١٩٥٢ تكون للجد في حال عدم وجود الأب أو في حال عدم اختيار الأب لوصي يشرف على المال.[٩٥] وهكذا يستبعد القانون الأم من الولاية تماماً ويضعها في مرتبة أدنى من الأب ومن الجد أيضا. ومعنى هذا أن المشرّع ينظر إلى الأم بعين الشك سواء في قدرتها على صون المال أو في أمانتها عليه.

- تشير الدراسة التي قام بها مركز النديم عن التشريعات المتضمنة تمييزاً ضد المرأة إلى موضع آخر من مواضع التمييز. فعند تعيين قيّم على شخص تم الحجر عليه يُفضّل القانون الرجلَ على المرأة. إذ تنص المادتان ٦٥ و٦٨ من المرسوم بقانون رقم ١١٩ لسنة ١٩٥٢ على أن المحكمة تحكم بالحجر على البالغ بسبب الجنون أو العته أو السفه أو الغفلة وتعين قيما لإدارة أمواله، على أن تكون القوامة للابن البالغ ثم للأب ثم للجد ثم لمن تختاره المحكمة دون ذكر للابنة أو الأم أو الجدة على الإطلاق.

- أما بالنسبة للزواج فيسمح القانون للرجل المسلم بالزواج من غير المسلمة لكنه في الوقت ذاته يحرم المسلمة من الزواج بغير المسلم وهو الأمر الذي يمثل تمييزاً قاطعا ضد المرأة. وكما تشير دراسة مركز النديم السالف ذكرها فإن هذا التمييز يشكل استمراراً للتقاليد القبلية التي تُحَرِّم نساء القبيلة على رجال القبائل الأخرى وتنظر لنساء القبائل الأخرى بوصفهن سبايا محتملات. ويستند هذا الموقف إلى دعامة واهية هي نشوء الأطفال على دين الأب غير المسلم. والحقيقة أن تأثير الأم غير المسلمة على الأطفال قد لا يقل عن تأثير الأب غير المسلم عليهم والأمر هنا قد يتطلب التطرق إلى حق الفرد في اعتناق أو رفض أي دين أو معتقد عند النضوج دون أن تتسم المسألة بالحساسية الشديدة التي يفرضها المجتمع.

٩٤ مارلين تادرس وآخرون، المصدر السابق، ص٦٠.

٩٥ مركز النديم، المصدر السابق.

- يشتمل قانون المواريث رقم ٧٧ لسنة ١٩٤٣ على مواضع متعددة تميز الرجل عن المرأة. فالأبناء يرثون تعصيبا ضعف نصيب البنات تبعاً للمادة ٣٨ التي تنص على أنه « في إرث ذوي الأرحام يكون للذكر مثل حظ الأنثيين»، وفي حال عدم وجود الولد ترث الزوجة ربع تركة زوجها المتوفيفي الوقت الذي يرث فيه الزوج نصف تركة زوجته المتوفاة في. وإذا ما توفي الزوج تاركا بنات وزوجة دون أبناء ذكور فإن البنت تستحق نصف التركة والزوجة ربعها ويوزع الباقي على المستحقين تعصيبا مثل الأبوة والأخوة، بينما إذا كان هناك ابن ذكر للمتوفي فإنه طبقا للمادتين ١٧ و١٨ يحول دون إرث غيره من الورثة بعد توزيع أنصبة الفروض. وفي السياق ذاته، تعطي نصوص القانون أفضلية لأقارب الأب على أقارب الأم في الميراث كما في المادة ٣٤ التي يأتي في نصها:»...من كان أصله لأبوين فهو أولى ممن كان أصله لأب ومن كان أصله لأب فهو أولى ممن كان أصله لأم..». وفي نص المادة ٣٦: «...وعند اختلاف الحيز يكون الثلثان لقرابة الأب والثلث لقرابة الأم..». أما بالنسبة لحق الزوجة غير المسلمة في أن ترث في تركة زوجها المتوفيفلا يسمح به بالرغم من عدم ورود أي نص ديني مانع، وإباحة زواج الرجل المسلم من المرأة «الكتابية» بما يشتمل عليه الزواج من حقوق وواجبا. وقد تقدمت د. زينب رضوان وكيلة مجلس الشعب وأستاذ أصول الشريعة الإسلامية بطلب السماح بتوريث الزوجة الكتابية وعدم حرمانها من الإرث.[٩٦] ولم يتم اتخاذ إجراء من شأنه تحقيق هذا المطلب حتى الآن.

• في حرية التنقل

نصت المادة ٤ من القرار رقم ٨٦٤ لسنة ٧٤ الصادر عن وزارة الداخلية في عهد الوزير ممدوح سالم على أن يشترط لمنح الزوجة جواز سفر أو تجديده موافقة زوجها على سفرها للخارج.[٩٧] وجرى تضمين نفس النص في المادة الثالثة من القرار رقم ٣٩٣٧ لسنة ١٩٩٦ الصادر أيضا عن وزارة الداخلية في عهد الوزير حسن الألفي. وظل القرار ينفذ حتى تم الحكم بعدم دستوريته في القضية رقم ٢٤٣ لسنة ٢١ق دستورية في ٢٠٠٠/١١/٤ بناء على أن المشرع قد فوض وزير الداخلية في ما لا يجوز التفويض فيه وكذلك لكون حرية التنقل هي حق أصيل في الدستور لكل المواطنين كما تنص عليه المادة ٤١.

ولكن المحكمة الدستورية العليا نصت في نفس الوقت على أن حكمها بعدم دستورية المادة الثالثة «لا يحول دون أن يتولى المشرع –بتشريع أصلي – تنظيم منح وتجديد جواز السفر للزوجة وسحبه منها موازنا في ذلك بين حرية التنقل – بما تتضمنه من الحق في مغادرة الوطن والعودة إليه– وبين ما تنص عليه المادة ١١ من الدستور من كفالة التوفيق بين واجبات المرأة نحو الأسرة وعملها في المجتمع ومساواتها بالرجل دون إخلال بأحكام الشريعة الإسلامية وبما

٩٦ http://www.nwrcegypt.org/AboutCamp.php?ID=10&show2=0&page=7

٩٧ مارلين تادرس، المصدر السابق، ص٤٨.

تقضي به المادة الثانية من الدستور من أن مبادئ الشريعة الإسلامية – القطعية الثبوت والدلالة – هي المصدر الرئيسي للتشريع.[٩٨]

وهكذا تم الالتفاف حول حق المرأة في حرية التنقل مرة أخرى بحيث أصبح منع الرجل زوجته من السفر يتم بالحصول على أمر قضائي، في الوقت الذي لا تملك فيه المرأة منع زوجها من السفر بأي حال مما يعني إعادة فتح الباب أمام انتهاك حق أصيل من حقوق الإنسان.

• **في تجريم الختان**

في عام ١٩٩٦ صدر قرار وزير الصحة رقم ٢٦١ بتجريم عملية الختان التي تمثل تشويهاً للأعضاء التناسلية للمرأة، وحظر إجراءها في أي مكان سواء بالمستشفيات الحكومية أو العيادات والمستشفيات الخاصة. لكن القرار حوا بعض الثغرات التي كان يجري النفاذ منها وإجراء الختان مع الإفلات من العقوبة المقررة. هذه الثغرات تمثلت في أن القرار لم يمنع عملية الختان منعاً كاملا لكنه سمح للأطباء بالقيام بها في حالة وجود «ضرورة طبية». فقد نص القرار الصادر في ١٩٩٦/٧/٨ على أنه «يحظر إجراء ختان للإناث إلا في الحالات المرضية فقط والتي يقرها رئيس قسم النساء والولادة بالمستشفى بناء على اقتراح الطبيب المعالج». وبالتالي تُرِكَ الباب مفتوحاً أمام إجراء العملية وأصبح القرار فيها أمراً متروكا لوجهة نظر الطبيب التي غالبا ما تتأثر بمعتقداته الشخصية.

ثم جاء القرار الثاني رقم ٢٧١ الصادر في يوليو/تموز ٢٠٠٧ بعد وفاة طفلة صغيرة في إحدى محافظات الصعيد نتيجة عملية ختانها لينص في مادته الأولى على أنه «يحظر على الأطباء وأعضاء هيئة التمريض وغيرهم إجراء أي قطع او تسوية أو تعديل لأي جزء طبيعي من الجهاز التناسلي للأنثى (الختان) سواء تم في المستشفيات الحكومية أو غير الحكومية أو غيرها من الأماكن الأخرى مع اعتبار هذه العمليات مخالفا للقوانين واللوائح المنظمة لمهنة الطب.»[٩٩] وقد واجه هذا القرار انتقادات شديدة خاصة من بعض رجال الدين. وصدرت اللائحة الخاصة به في يوليو/تموز ٢٠١٠ بناء على تعديلات قانون الطفل لتقر منع عملية الختان منعاً نهائياً من دون إعطاء فرصة للالتفاف على القرار. وأشارت اللائحة إلى أن عقوبة إجرائها هي الحبس لمدة تتراوح مابين ٣ أشهر وسنة. وعموماً ما زالت عملية الختان تجرى على نطاق شديد الاتساع برغم التجريم وبرغم الحملات الإعلامية ومحاولات رفع الوعي التي يبدو أنها مازالت بعيدة عن التأثير في ثقافة وتقاليد الكثيرين، بخاصة وسط الطبقات الفقيرة.

• **في جرائم الاعتداء الجنسي**

في عام ١٩٩٨ ألغي نص قانون العقوبات الذي كان يعاقب بالسجن المشدد كل من يخطف

٩٨ قرار المحكمة الدستورية العليا في جلسة ٤ نوفمبر عام ٢٠٠٠ برئاسة المستشار محمد ولي الدين جلال.

٩٩ المركز الإعلامي لوزارة الصحة: قرار وزاري بحظر ختان الإناث، موقع وزارة الصحة– ١١ يوليو ٢٠٠٧.

أنثى وبالإعدام إذا ما اقترن خطفه لها بالاغتصاب. إلا أن العقوبة تُسقط تماماً بناء على النص إذا تزوج مرتكب الجريمة بمن اختطفها زواجا شرعيا.[١٠٠]

كان هذا النص يمثل إهداراً حقيقيا لكرامة النساء وتشجيعا لكل من تسول له نفسه ارتكاب الجريمة إذ تجري مكافأته بالزواج بينما تعاقب الضحية بتقديمها لمجرم تسبب لها في إيذاء تصعب مداواته. ورغم إلغاء النص إلا أن العقوبات المقررة لجرائم الاعتداء الجنسي ومنها هتك العرض تجد ما يحول دون تنفيذها إذ تخضع للتخفيف بمقتضى المادة رقم ١٧ التي عادة ما يستخدمها القضاة. وتخفض المادة ١٧ العقوبة المقررة درجتين كاملتين حيث تنص على أنه «يجوز في مواد الجنايات إذا اقتضت أحوال الجريمة المقامة من أجلها الدعوى العمومية رأفة القضاة تبديل العقوبة».

في ضوء هذه المادة التي عادةً ما يتم اللجوء إليها تعاطفاً مع الجاني تصبح هناك ضرورة لوضع ضوابط تحرم الجاني الذي يرتكب اعتداء جنسيا من الاستفادة منها والحصول على عقوبة مخففة. تجدر الإشارة أيضا إلى أن تعريف التحرش الجنسي غائب عن المواد القانونية الحالية برغم الانتشار الكبير الذي حققه في شوارع القاهرة خلال السنوات الماضية وبخاصة أثناء الأعياد والمناسبات الاحتفالية.[١٠١]

• في قانون الضرائب

أشار المجلس القومي للمرأة في استراتيجيته لعام ٢٠٠٥ – ٢٠١٠ إلى موضع أخر من مواضع التمييز القانوني حيث تختلف حدود الإعفاء المقرر للأعباء العائلية بين الرجل والمرأة في نصوص قانون الضرائب وهو القانون رقم ١٥٧ لسنة ١٩٨١. وفي هذا الشأن تحديدا اكتفي المجلس القومي بطلب رفع حدود الأعباء العائلية بشكل عام وبما يتناسب مع ارتفاع تكلفة المعيشة[١٠٢].

• في قانون الجنسية

في عام ٢٠٠٤ صدر القانون رقم ١٥٤ ليقضي بتعديل قانون الجنسية رقم ٢٦ لسنة ١٩٧٥ الذي حوا الكثير من النصوص التمييزية بين الرجل والمرأة ومنها حرمان الزوجة من إعطاء جنسيتها للأبناء. بتعديل القانون صار من حق الأم المصرية المتزوجة من أجنبي منح أبنائها جنسيتها أسوة بالرجل. قوبل هذا التغيير بالترحاب لما كان قد سببه غيابه من أزمات طائلة لكنه في الوقت نفسه لم يعتبر متكاملا ومرضيا من حيث مساواته بين حقوق المرأة والرجل. فمنظمات

١٠٠ المجلس القومي للمرأة، المصدر السابق.

١٠١ المنظمة العربية لحقوق الإنسان: حالة حقوق الإنسان في الوطن العربي – تقرير سنوي – ٢٠٠٦، وفي : حنان الجوهري: حالات تحرش جماعي بمصريات وأجنبيات على كورنيش النيل، جريدة الدستور، ٢٢ سبتمبر – ٢٠٠٩.، وفي: محمد الجارحي: مصر المتحرشة في الأعياد وفي غير الأعياد، جريدة الدستور، ٣٠ نوفمبر – ٢٠٠٩.

١٠٢ المجلس القومي للمرأة، المصدر السابق.

المجتمع المدني ترى أنه ما زالت هناك حاجة ماسة لتطوير القانون المعدل لاستكمال جوانب القصور التي تشوبه سواء في النص نفسه أو في إجراءات تطبيقه[١٠٣]. وطالبت هذه المنظمات الحكومة المصرية بالعمل على تلافي النقص وسد ثغرات القانون التي تم تلخيصها في أربعة نقاط هي:

١) حق المرأة المصرية إعطاء جنسيتها لزوجها الأجنبي بعد مرور عامين أسوة بحق الرجل المصري المتزوج من أجنبية.

٢) إلغاء القرار الإداري الذي يستثنى أبناء الأم المصرية المتزوجة من فلسطيني من تطبيق القانون إذا كانوا قد ولدوا قبل صدوره.

٣) إعفاء الأبناء المولودين لأم مصرية وأب غير مصري قبل صدور القانون من الرسوم المقررة حاليًا.

٤) إلغاء البند الثالث والذي يمنع منح الجنسية للأبناء المصابين بإعاقة عقلية. وجدير بالذكر أن هذا البند الأخير تحديداً يعتبر انتهاكاً صريحاً للاتفاقية الدولية الخاصة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي انضمت إليها مصر في ٢٠٠٨/٤/١٤.

موقع مصر من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (السِّيدَاوْ)

تعرّف السيداو التمييز ضد المرأة بأنه أي تفرقة أو استبعاد أو تقييد يتم على أساس الجنس ويكون من آثاره أو أغراضه النيل من الاعتراف للمرأة وتمتعها أو ممارستها على قدم المساواة مع الرجل لكافة حقوقها الإنسانية والحريات الأساسية في الميادين السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمدنية أو في أي ميدان آخر بغض النظر عن حالتها الزوجية.

وقعت مصر على الاتفاقية في ١٩٨١/١٢/١٨، مع التحفظ وعدم التوقيع على أربعة نقاط وهي المادة (٢)، والفقرة الثانية من المادة (٩)، والمادة (١٦) والفقرة الثانية من المادة (٢٩).

تتعلق المادة الثانية التي تم التحفظ عنها باتخاذ التدابير التشريعية والقانونية لحظر كل تمييز ضد المرأة وإلغاء جميع أشكال قوانين العقوبات التي تشكل تمييزا ضدها، وإقرار الحماية القانونية لحقوقها على قدم المساواة مع الرجل وضمان الحماية الفعالة لها عن طريق المحاكم الوطنية المختصة والمؤسسات العامة الأخرى.

أما الفقرة الثانية من المادة (٩) فتنص على منح المرأة حقوق مساوية للرجل فيما يتعلق بجنسية أطفالها.

وتتعلق المادة (١٦) باتخاذ التدابير المناسبة لضمان المساواة وعدم التمييز في العلاقات الزوجية والأسرية بين المرأة والرجل.

١٠٣ مؤسسة المرأة الجديدة: جنسيتي لكل أفراد أسرتي، بيان على موقع المؤسسة http://www.nwrcegypt.org/

ويعني التحفظ على كل من المادة ١٦ والمادة ٢ التنصل من تغيير التشريعات المعمول من أجل أن تصبح متماشية مع القضاء على التمييز القانوني ضد المرأة، هذا بالرغم من أن الحكومة المصرية قد أقدمت على سحب تحفظها على الفقرة الثانية من المادة (٩) بعد أن غيرت بالفعل قانون الجنسية في عام ٢٠٠٤ بحيث يتوافق مع الاتفاقية.[١٠٤] وقد أعلمت الحكومة لجنة متابعة تطبيق الاتفاقية (لجنة السيداو) بسحب تحفظها بمناسبة اجتماع اللجنة في جنيف في يناير/ كانون الثاني ٢٠١٠.

الملاحظات الختامية الصادرة عن لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة بشأن مصر[١٠٥]

ضمت الملاحظات الختامية الصادرة عن لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة عدداً من النقاط من بينها الإعراب عن قلق اللجنة إزاء إبقاء مصر على تحفظاتها المتعلقة بالمادتين ٢ و١٦ من الاتفاقية. وقد حثت اللجنة مصر على مراجعة وسحب هذه التحفظات التي تتنافي مع موضوع وغرض الاتفاقية:

أشارت اللجنة إلى قلقها بسبب وجود عدد مهم من القوانين والأحكام التمييزية مثل قانون العقوبات وقانون الأحوال الشخصية اللذين يحرمان المرأة من الحقوق المتساوية مع حقوق الرجل، وخصت بالذكر المادتين ١٧ و٦٠ من قانون العقوبات اللتين «تتغاضيان عن العنف ضد المرأة بإعفاء الجناة من العقاب أو إعطاءهم عقوبات مخففة»، وكذلك المادة ٤(ب) من قانون العمل «التي تنص على عدم انطباق أحكام هذا القانون على العاملات بالخدمة المنزلية».

وأعربت اللجنة أيضاً عن قلقها بشأن قانون الجنسية المعدل من خلال قانون رقم ١٥٤ لسنة ٢٠٠٤ وطالبت بتعديله مرة أخرى ليتماشى مع المادة ٩ من الاتفاقية.

وأعربت اللجنة أيضا عن القلق بسبب «عدم إمكانية حصول النساء الساعيات إلى فسخ عقد زواجهن من جانب واحد (الخلع) بموجب القانون رقم ١ لسنة ٢٠٠٠، على ذلك الطلاق إلا بتخليهن عن النفقة وردهن صداقهن». وكذلك بسبب «عدم وجود حكم يقضي بالتقسيم العادل للملكية الزوجية عند الطلاق مما يؤدي إلى أن تصير الزوجة في وضع أضعف من الناحية الاقتصادية». وذكرت اللجنة أيضا أن من دواعي قلقها عدم امتلاك مكتب شكاوي المرأة بالمجلس القومي تفويضا بالتحقيق في الشكاوى التي ترد إليه والتي بلغت ما يزيد عن ٥٠ ألف شكوى، بالإضافة إلى غياب نظام قانوني متكامل وفعال تقدم النساء الشكاوى من خلاله.

وأشارت اللجنة إلى حقيقة أن الصكوك الدولية بما فيها اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة تمثل جزءا من القانون المصري ومن ثم يمكن الاحتجاج بها مباشرة أمام

١٠٤ مؤسسة المرأة الجديدة: حملة المواطنة الكاملة للمرأة المصرية http://www.nwrcegypt.org/

١٠٥ الأمم المتحدة، لجنة القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة: الملاحظات الختامية – مصر، الجلسة ٤٥، ١٨ يناير إلى ٥ فبراير ٢٠١٠.

المحاكم. وأعربت اللجنة عن قلقها بهذا الشأن حيث لم تقدم مصر أي معلومات عن حالات استخدمت فيها أحكام الاتفاقية أمام المحاكم فعليا.

وأشارت اللجنة إلى عدم وعي النساء خاصة في المناطق الريفية والنائية حقوقهن المكفولة بموجب الاتفاقية ما يؤدي إلى عدم مطالبتهن بها. وأعربت عن القلق بشأن ضآلة ومحدودية المعلومات والبيانات الإحصائية المتوافرة عن وضع النساء في هذه المناطق بخاصة في قضايا الصحة والتعليم والعمل والتوظيف والمشاركة في الحياة الاجتماعية السياسية، ووجود عدد كبير من هؤلاء النساء اللاتي مازلن لا يملكن بطاقات تعريف الهوية.

ودعت اللجنة مصر إلى إعطاء أولوية قصوى لإتمام الإصلاحات التشريعية اللازمة، وإلى أن تعدل أو تلغي دون إبطاء وخلال إطار زمني واضح التشريعات التمييزية بما فيها الأحكام التمييزية في قانون العقوبات وقانون الأحوال الشخصية، كما حثتها على اتخاذ التدابير المناسبة من أجل ضمان توافر معرفة كافية بالاتفاقية وبأنها مطبقة من قبل كافة فروع الحكومة ومن بينها السلطة القضائية، باعتبارها إطاراً لجميع القوانين وقرارات المحاكم والسياسات حول المساواة على أساس النوع والنهوض بالمرأة.[١٠٦]

١٠٦ الأمم المتحدة، لجنة القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، المصدر السابق.

الملاحـــق

١) جردة بالقوانين والقرارات التي تطرقت إليها الدراسة

٢) الصحة النفسية في ٩ بلدان عربية

٣) ملخص تقرير «الصحة النفسية في تسعة بلدان عربية»

٤) تقرير عن الصحة النفسية مصر

٥) كتب وأدلة عمل مساندة من ورشة الموارد العربية

٦) مواقع تتناول مواضيع الصحة النفسية على الشبكة الدولية وفي البلدان العربية

الملحق ١

جردة بالقوانين والقرارت التي تتناولها الدراسة

١) القانون ١٤١ لسنة ١٩٤٤ الخاص بحجز المصابين بآفة عقلية

٢) قانون رعاية المريض النفسي رقم ٧١ لسنة ٢٠٠٩

٣) القانون رقم ٣٥١ لسنة ١٩٥٢ بشأن مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار بها

٤) القانون ١٢٢ لسنة ١٩٨٩ بشأن مكافحة المخدرات

٥) قرار وزير العدل رقم ٢٦٣٣ لسنة ١٩٩١ بإنشاء وتنظيم مصحات علاج الإدمان والتعاطي

٦) اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة

٧) الدستور المصري المادة رقم ٤٠

٨) الإعلان العالمي للقضاء على العنف ضد المرأة الصادر في ديسمبر/كانون الأول ١٩٩٣

٩) الدستور المصري المادة رقم ١١

١٠) قانون التأمينات الاجتماعية رقم ٧٩ سنة ١٩٧٥

١١) قانون العمل

١٢) قانون العقوبات المواد ٢٧٤، ٢٧٧، ٢٣٧، ٢٣٦، ٢٣٤

١٣) القانون ١٠ لسنة ١٩٦١ الخاص بمكافحة الدعارة

١٤) قانون العقوبات مادة ٦٠

١٥) قانون رقم ٤٤ لسنة ١٩٧٩

١٦) قانون الأحوال الشخصية

١٧) القانون رقم ١١٩ لسنة ١٩٥٢ بشان الولاية على مال القاصر

١٨) قانون المواريث رقم ٧٧ لسنة ١٩٤٣

١٩) القرار رقم ٨٦٤ لسنة ٧٤ الصادر عن وزارة الداخلية بشأن حرية التنقل

٢٠) القرار رقم ٣٩٣٧ لسنة ١٩٩٦ الصادر عن وزارة الداخلية

٢١) قرار وزير الصحة رقم ٢٦١ لسنة ١٩٩٦

٢٢) قرار وزير الصحة رقم ٢٧١ الصادر في يوليو/تموز ٢٠٠٧

٢٣) اللائحة الخاصة بالقرار رقم ٢٧١ لوزير الصحة الصادرة عام ٢٠١٠

٢٤) قانون العقوبات المادة ١٧

٢٥) قانون الضرائب وهو القانون رقم ١٥٧ لسنة ١٩٨١

٢٦) القانون رقم ١٥٤ لسنة ٢٠٠٤ بشأن الجنسية

الملحـق ٢

التعريف الإجرائي للصحة النفسية

عن: «مشروع الصحة النفسية لجيل جديد في البلدان العربية»

ورشة الموارد العربية

المنطلقـات

- «إن الصحة هي حال من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً لا مجرد انعدام المرض أو العجز. وبلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة والاستمرار هو حق إنساني أساسي من حقوق الإنسان، بغض النظر عن اللون أو العرق أو الدين أو الانتماء الاجتماعي والطبقي أو السن أو القدرات أو التوجّه الجنسي؛ كما أنه الهدف الاجتماعي العالمي الأهم الذي يتطلب تحقيقه جهودَ قطاعات اجتماعية واقتصادية عدة بالإضافة إلى القطاع الصحي» (بحسب التعريف الصادر عن المؤتمر الدولي حول الرعاية الصحية، ألماآتا، ١٩٧٨.
(http://www.phmovement.org/pdf/charter)
- «تشكّل الصحة انعكاساً لالتزام المجتمع بالمساواة والعدل، لذلك ينبغي تفضيلها على الاهتمامات الاقتصادية والسياسية». و «تسبّب الحروب والعنف والأزمات عوامل خطر تدمر المجتمعات وتؤثر بشكل كبير على صحة أفرادها الجسدية والنفسية» (ميثاق الشعوب من أجل الصحة، تجمع صحة الشعوب، النسخة العربية، ٢٠٠١.
(http://www.phmovement.opdf/charter/phm-pch-arabic.pdf)

تبرز هذه المنطلقات أهمية تحريك الجماعات لتنمية الشباب وتعزيز قدراتهم التي تحميهم من الأخطار المشابهة التي قد تؤثر في صحتهم.

> إن تنمية الشباب عملية مستمرة، يبحث خلالها المراهقون والشباب عن طرق لتحقيق حاجاتهم الشخصية وتطوير القدرات الضرورية لتأدية وظائفهم بشكل فعال في حياتهم اليومية. وهي عملية تبنى على قدرات المراهقين والشباب وبالتالي تحرّك الموارد المتوفرة في المجتمع المحلي.

يندرج تعزيز الصحة النفسية ضمن نطاق تعزيز الصحة والتنمية الشبابية الإيجابية إلى جانب العناية بالأفراد الذين يعانون المشكلات النفسية وعلاجهم وتأهيلهم.

تحديد

لكلّ فرد احتياجات صحية نفسية، بغض النظر عن كونه يعاني اضطرابا نفسياً أم لا. وتعتبر صحة المجتمع النفسية الإيجابية، المبنية على التقبّل والتقدير والمرونة والدعم الاجتماعي والمساواة والعدالة، أساسية لصحة الفرد النفسية الإيجابية ورفاهه.

إن صحة الفرد النفسية هي حال من اكتمال السلامة حيث يدرك الفرد قدراته وموارده الخاصة ويستخدمها في مواجهة ضغوط الحياة اليومية، والعمل بشكل منتج ومثمر، والمشاركة الفعالة في مجتمعه. إنها حال من المرونة العاطفية والروحية التي تمكّن الفرد من الاستمتاع بالحياة، وأخذ قرارات صائبة تتعلق بأسلوب حياته كما تساعده في مواجهة الظروف الصعبة.

بدوره، يضيف مشروع «الصحة النفسية لجيل جديد في البلدان العربية» إلى ذلك «الصحة النفسية حال من التوازن الملائم بين الفرد ومجتمعه ومحيطه الأوسع حيث يمكنه استخدام مهاراته وقدراته وموارده في العمل من أجل حياة أفضل له ولمجتمعه».

- **صحة الشباب النفسية الإيجابية:**

يشكل الشباب جزءاً مكملاً للعائلة والمجتمع والبيئة، لذا ينبغي، من أجل تعزيز صحتهم وعافيتهم، الاهتمام بالظروف المحيطة بهم والتي تؤثّر على حياتهم.

إن معظم المشكلات النفسية لدى الأطفال والمراهقين تأتي نتيجة عوامل فردية وعائلية وبيئية وغيرها من العوامل المحيطة، وتظهر في صورة مشكلات عاطفية وسلوكية، وتنكشف في أماكن متنوعة مثل المنزل والمدرسة والمجتمع. كما أنها قد تشلّ الأداء الاجتماعي والأكاديمي والعائلي للطفل والمراهق في المجتمع بشكل كبير.

فالأطفال والمراهقون يعملون بشكل أفضل في بيئة تشجع التفاعل مع أقرانهم الذين يبدون سلوكاً وخيارات صحيحة.

تؤدي التنمية الشبابية الإيجابية إلى صحة نفسية مجتمعية وفردية سليمة. فهي تركّز على تهيئة الشباب بشكل كامل لعيش حياة ناجحة وسعيدة وصحية، كشباب وكراشدين، إضافة إلى التغلب على الظروف الصعبة؛ بدلا من التركيز فقط على التأكد من عدم تورط الشبان بسلوكيات محفوفة بالمخاطر. ومن هنا تؤدي استراتيجيات وأنشطة التنمية الشبابية الإيجابية إلى صحة نفسية إيجابية .

بالتالي، «الصحة النفسية الإيجابية هي حال من اكتمال السلامة نفسياً ومعنوياً وعقلياً؛

فهي تشير إلى ميزات الإنسان (في هذه الحالة الأطفال والمراهقون) ومهاراته الحياتية مثل الإدراك في الأداء، واحترام الذات، والمهارات المجتمعية، ومهارات حل المشكلات، والقدرة على التحكّم بضغوط بسيطة وتغيرات حياتية، والتأثير على بيئته المجتمعية، والإنتاجية في العمل، والمشاركة في مجتمعه».

ينجح الأطفال والمراهقون الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة في خلق توازن بين عافيتهم الجسدية وعافيتهم النفسية وعافيتهم الاجتماعية وصيانة هذا التوازن. كما يتمتعون بعلاقات سليمة مع عائلاتهم وأقرانهم، ويملكون القدرة على الإنتاجية والتعلّم، وعلى مواجهة تحديات النمو وتخطي الظروف الصعبة واستعمال الموارد الثقافية لبلوغ أقصى حد من النمو.

وبالتالي فإن التنمية الشبابية الإيجابية تساعدهم على أن يصبحوا مواطنين مستقلين وملتزمين.

- **خصائص التنمية الإيجابية:**

«تعزّز التنمية الشبابية الإيجابية الخصائص الست التالية كونها الخصائص التي يحتاج إليها جميع الشباب لدى انتقالهم إلى العقد الثاني من العمر، وهي:

- الاهتمام/التعاطف مع الغير
- الكفاءة
- الثقة
- التواصل مع الآخرين
- الميزات الشخصية
- المساهمة»

«غير أن وقاية الشباب من السلوكيات المحفوفة بالمخاطر الكبيرة مختلفة تماماً عن تحضيرهم للمستقبل. فالمراهق الذي يذهب إلى المدرسة ويخضع لقوانينها ويتجنب المخدرات ليس مؤهلاً بالضرورة لمواجهة متطلبات سن الرشد الصعبة. إن عدم وجود المشكلات لا يعني التهيؤ للمستقبل».

- **تعزيز الصحة النفسية:**

يتضمّن تعزيز الصحة النفسية أي عمل يهدف إلى تحسين صحة الأفراد والعائلات والمنظمات والمجتمعات النفسية. وهذه العملية تمكّن الناس من التحكّم بأمور حياتهم وصحتهم النفسية ورفاههم.

يتعلّق تعزيز الصحة النفسية أساساً بإجراء تغييرات في المجتمع تؤدي إلى تحسين وضع

السلامة النفسية لأفراده. يمكن إدراج استراتيجيات التغيير ضمن أربعة مستويات هي:

- **الفرد:** تشجيع الموارد الفردية عبر تعزيز التدخّلات من أجل احترام الذات والتكيّف والجزم في مجالات مثل الوالدية أو مكان العمل أو العلاقات الشخصية. تعزيز رضا الفرد عن حياته بحياته وثقته بنفسه والمشاركة الفعّالة في أنشطة مختلفة.
- **العائلة:** تحديد قدرات العائلة ومواردها ونقاط قوّتها والبناء عليها للاستفادة من علاقات العائلة القوية التي توّمن عوامل حماية للأطفال والشباب.
- **المجتمع:** تعزيز الترابط الاجتماعي، وتطوير بنيات داعمة تعزّز الصحة النفسية في أماكن العمل والمدارس والأحياء. إذ يعتبر خلق علاقات ثابتة مع العائلات والأساتذة وموظفي المدارس الآخرين أمراً أساسياً لتعزيز الرعاية والخدمات ونشاطات ما بعد المدرسة. ويساعد التنسيق وتبادل المعلومات بين المدارس والعائلات ومؤمّني الرعاية والخدمات على خلق محيط داعم للتعلُّم.
- **الحكومة:** خفض العقبات الاجتماعية والاقتصادية على المستوى الحكومي عبر تعزيز خدمات الصحة النفسية لتصل إلى جميع من يحتاج إليها، ودعم المواطنين المهمّشين، وبالتالي خفض العقبات الهيكلية للصحة النفسية، بالإضافة إلى المساعدة في بناء بيئة داعمة تعزز تنمية الأطفال والشباب الإيجابية.

تركّز تنمية الصحة النفسية على تحسين نوعية الحياة، وخلق نظم داعمة للمجتمع، ومحاربة التمييز والوصم، وتعزيز العوامل الحامية للصحة النفسية. ونظراً إلى كون الموضوع مركباً جداً، فإن تنمية الصحة النفسية تتطلب طرق تفكير جديدة ومقاربات مبتكرة.

تشدّد المقاربة المجتمعية في تنمية الصحة النفسية على مشاركة المجتمع والاعتماد على النفس، عن طريق تحّمل الأفراد والعائلات والمجتمعات المحلية مسؤولية أكبر من أجل رعاية صحتهم النفسية وتعزيزها. إذ يساعد تشجيع المجتمع على الإمساك بزمام الأمور (في ما يتعلق بتعزيز مبادرات الصحة النفسية) على تجنيد الموارد البشرية والمادية الوطنية الضرورية لإحداث تغيير مستدام في المجتمع.

لا شك في أنه علينا تغيير نظرتنا إلى الصحة النفسية بشكل عام. إذ إن مسؤولية تعزيز الصحة النفسية الإيجابية لا تنحصر في القطاع الصحي وحده، بل إنها مسؤولية أوسع بكثير وتشمل الأسرة والمدرسة ومكان العمل والمجتمع.

تحتاج استراتيجيات تعزيز فعال للصحة النفسية إلى المشاركة مع مجموعة واسعة من الخدمات ومبادرات تنمية المجتمع التي تتجاوز التدخلات المبكرة والخدمات العلاجية لتصل إلى ما بعد العناية والتأهيل.

- **أنشطة تعزيز الصحة النفسية**

تتضمن أنشطة تعزيز الصحة النفسية:

- التدريب والتشجيع على خدمة المجتمع وتقديم الخدمات. تساعد هذه الخدمات الشباب على تنمية مهاراتهم ومرونتهم الاجتماعية الضرورية لتفادي السلوكيات الخطرة.
- برامج دعم الأقران/الأصحاب
- الفنون الترفيهية والأنشطة الخلاقة
- الأنشطة الاستشارية
- العمل المجتمعي مع منظمات ومدارس على بناء شبكة دعم طرق رعاية وخدمات وفرص ملائمة ثقافياً تُعنى بكامل أوجه حاجات الأطفال والمراهقين والشباب.
- تطوير خدمات مجتمعية يستفيد منها كل من هو بحاجة إليها.
- دمج خدمات الصحة النفسية في العناية الصحية الأولية وفي خدمات اجتماعية أخرى.
- تأمين العناية للأشخاص غير القادرين على اتخاذ قرارات متعلقة بصحتهم بسبب إصابتهم بمشكلات أو تحدّيات عقلية.
- تأمين الحد الأدنى من المتطلبات لحجم الخدمات ومجالها وطبيعتها.
- تأمين التنسيق بين أنواع الرعاية والخدمات المختلفة.
- تطوير معايير التوظيف والموارد البشرية.
- إقامة معايير لنوعية العناية والإشراف على النوعية.
- حماية حقوق الأفراد وتعزيز أنشطة المناداة بين مستخدمي خدمات الصحة النفسية.

الملحــق ٣

«الصحة النفسية في تسعة بلدان عربية»

دراسة في تسعة بلدان عربية : الأردن والسودان والعراق واليمن والمغرب وسوريا ولبنان ومصر وفلسطين واليمن.

ملخص مستل من تقرير صدر في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٨ عن برنامج الصحة النفسية في ورشة الموارد العربية ونشرته ورشة الموارد العربية في كتاب يحمل العنوان نفسه. شارك في إعداده علا عطايا و سامي المصري ود. نجلا اللقيس ود. غسان عيسى. يمكن تنزيل النص الكامل لهذا التقرير بالعربية والانكليزية من: www.mawared.org

نظّمت البحث ورشة الموارد العربية وشركاؤها في تسعة بلدان عربية وذلك في سياق بناء برنامج إقليمي عن الصحة النفسية لجيل جديد، وقد صدر التقرير في كتاب ونُشرت كل محتوياته على موقع ورشة الموارد العربية. في ما يلي تنشر موجزاً بما توصل إليه التقرير في رسم الواقع والتوصيات. وحيث أن هذه الدراسة هي عن لبنان، تنشر في الملحق ٣ نص التقرير عن واقع الصحة النفسية في لبنان...

- يشهد معظم البلدان العربية اهتماماً متزايداً وملحوظاً بالصحة على كافة المستويات، إلا أنّ الاهتمام بالصحة النفسية لا يرقى إلى درجة الاهتمام بالصحة العامة على الرغم من انتشار المشكلات النفسية. إضافة إلى ذلك، لا تعتبر قضية الصحة النفسية حتى يومنا هذا من ضمن أولويات الصحة في العالم العربي. وتبتعد الموازنات المخصّصة للصحة النفسية في البلدان العربية عن توصيات منظمة الصحة العالمية بأن تشكّل موازنة الصحة النفسية ١٠٪ على الأقل من موازنة وزارة الصحة (بل إنها تكاد لا تذكر بنداً مستقلاً). يعود هذا القصور إلى جملة من العوامل المتداخلة أهمها ضعف الدعم المادي ونقص الكوادر البشرية المدربة وقلة المعرفة بالموضوع والوصمة الاجتماعية. هذا في الوقت الذي تتفاقم فيه المشكلات النفسية نتيجة الظروف الصعبة التي تعيشها البلدان العربية (فقر، احتلال، حروب، نزاعات، عدم استقرار سياسي وأمني...) كلها تلقي بوطأتها على الصحة النفسية والجسدية للسكان.

- يتصف واقع الصحة النفسية في البلدان العربية بالتالي:

– كثرة المؤسسات العاملة بشكل مباشر أو غير مباشر في هذا المجال، إلا أنها تواجه الكثير من المشكلات والعوائق.

– وفرة المؤسسات العاملة مع الأطفال والشباب والناشطة في مجالات التعليم والتأهيل والإرشاد النفسي والاجتماعي، والتي بدونها تعاني نقصاً في الكوادر المؤهلة والجاهزة للعمل في هذه المجالات فضلاً عن نقص المهارات، لاسيما المهارات الإرشادية لدى العاملين فيها.

– النقص في الموارد العلمية اللازمة لتطوير معارف ومهارات العاملين في المؤسسات، وغياب التعاون المجتمعي والتنسيق مع المدارس وباقي مؤسسات المجتمع المحلي.

– نقص التمويل والتحديات المادية كمشكلة مشتركة تواجهها معظم هذه الجمعيات.

– تعاني فئة المسنين في البلدان العربية قلة أشكال الخدمات والرعاية التي تتوجّه لهذه الفئة العمرية، إذ أن معظم الجمعيات التي شملها المسح تركّز اهتمامها على الفئات العمرية الأصغر.

– نقص الإحصاءات الرسمية والأبحاث العلمية في مجال الصحة النفسية والاضطرابات النفسية في كل بلد.

– نقص في مجال القدرات البشرية في الصحة النفسية وأعدادها ومستوى تأهيلها واحتياجاتها. وعلى الرغم من الحاجة الكبيرة والمتزايدة للأبحاث والدراسات النفسية في هذه البلدان، فهذه تبقى قليلة ولا تفي بالاحتياجات المعرفية المطلوبة.

– انخفاض نسبة متلقي العلاج النفسي من الذين يحتاجون إليه مقارنة بالدول الغربية.

– ارتفاع نسبة الاضطرابات النفسية – الجسدية (psychosomatic disorders) أي ظهور الأعراض الجسدية الناتجة من الضغوطات النفسية.

– غياب المفهوم الايجابي للصحة النفسية (اللياقة النفسية وتحسين نوعية الحياة) وقصور أو غياب مفهوم الصحة النفسية المجتمعية والطب النفسي المجتمعي في معظم البلدان العربية المشاركة في الدراسة، وعدم وجودها ضمن مكوّنات برامج الرعاية الصحية الأساسية.

– النقص الواضح في مجال الإرشاد النفسي المبنى على المدرسة وأنشطة التوعية النفسية داخل المدارس.

– غالبية الأنشطة المنفذة تتركز حول مكافحة الإدمان.

- نقص السياسات والاستراتيجيات الواضحة الداعمة للصحة النفسية ما يفسر الكثير من المشكلات.

- على الرغم من انتشار المشكلات والاضطرابات النفسية والظروف الصعبة السائدة والمتزايدة، إلا أن الكثير من العوامل الحامية تتوافر في المجتمعات العربية. فالروابط العائلية والاجتماعية إلى جانب الطقوس السائدة، كتقوس الحداد وغيرها من المناسبات المجتمعية، ودور الدين والإيمان، تشكّل جميعها عوامل حماية ودعم ينبغي اعتبارها.

توصيات من الميدان:

هناك جملة من المسائل المتعلقة بالصحة النفسية ومجموعة من التوصيات التي ينبغي أن يتم العمل عليها من قبل الناشطين والمتخصصين والمهتمين بالمجال، بهدف تعزيز الصحة النفسية والاستفادة من الموارد والعوامل المتوافرة ومعالجة التحديات العديدة. من أبرز هذه التوصيات:

- **موارد الصحة النفسية**
  - تجميع الموارد العربية المتوافرة، ودراسة ملاءمتها
  - إنتاج موارد تناسب المستويات والتدخلات– والسياقات– المختلفة
  - إتاحة الوصول إلى الموارد باستخدام الانترنت

- **توعية وإنشاء شراكات**
  - تطوير الوعي المعرفي في المجتمع وبناء اتجاهات ايجابية
  - العمل مع الفعاليات الموجودة في المناطق
  - تفعيل دور الإعلام في مجال التوعية

- **تطوير القدرات والتدريب في مجال الصحة النفسية**
  - تدريب مدربين على الصحة النفسية
  - تدريب الكوادر العاملة في الصحة النفسية وفي مجال الرعاية الاجتماعية
  - تدريب المعلمين والمرشدين في المدارس

- **تشبيك في مجال الصحة النفسية**
  - تكوين شبكة من العاملين في المجال
  - تنظيم لقاءات إقليمية ومؤتمرات حول الصحة النفسية تكون فرصة لتبادل الخبرات

- **دمج الصحة النفسية في مختلف البرامج العاملة**
  - تعزيز جوانب الصحة النفسية في مجال الرعاية الصحية الأولية
  - دمج الصحة النفسية في البرامج والأنشطة التنموية للمجتمعات

- **سياسات وتشريعات خاصة بالصحة النفسية**
  - مراجعة وتطوير وتفعيل القوانين في مجال الوقاية للصحة النفسية
  - توفير مرشد تربوي في كل المدارس (الرسمية والخاصة)
  - العمل على دمج الصحة النفسية في إطار خطة وطنية شاملة.

الملحق ٤

الصحة النفسية في مصر

نشر هذا الفصل عن مصر في كتاب «الصحة النفسية في البلدان العربية – دراسة في تسعة بلدان عربية: مصر والسودان والمغرب والأردن واليمن والعراق وسوريا ولبنان وفلسطين والأردن». أنظر الملحق ٣ أعلاه.

*****

شارك في إعداده: د. حمدي صموئيل، جمعية كاريتاس: د. نجيب خزام، مركز سيتي للتدريب والدراسات في الإعاقة: د. أشرف حنّا، مركز سيتي للتدريب والدراسات في الإعاقة: د. عبد الحميد كابش، الإغاثة الإسلامية.

المنطلقات

«المساحة: ١٠٠١٤٥٠ كلم مربع.

السكان: قرابة ٧٠ مليون نسمة (عام ٢٠٠٧).

السكان دون ١٥ عاماً: ٣٧,٩ في المئة وفوق ٧٥ عاماً: ٣,٤ في المئة.

معدل نمو السكان: ١,٧٦

عدد المحافظات: ٢٨

الحد الأدنى للأجور: ٢٠٠ جنيه مصري (أي ما يعادل ٣٧ دولاراً أميركياً)

الميزانية المخصّصة للصحة في مصر ٤,٣ في المئة من الناتج المحلي الإجمالي (٢٠٠١).

المؤشرات الصحية:

معدل الولادات الخام (crude birth rate): ٢٨,٤ لكل ألف مواطن.

معدل الوفيات الخام (crude death rate) ٥,٦ لكل ألف مواطن.

معدل وفيات الرضع: ٢٩,٣ لكل ألف مولود حي.

معدل وفيات الأطفال دون الخامسة: ٣٣,٨ لكل ألف مولود حي.

معدل وفيات الأمومة: ١٧,٤ لكل ١٠٠٠٠ مولود حي في عام ١٩٩٣.

متوسط العمر المتوقع الكلي عند الولادة: ٦٤,٧ سنة في عام ١٩٩٦.»

(WHO-2001)

أولاً: واقع الصحة النفسية وجهود الدولة والجمعيات غير الحكومية

١) خدمات الصحة النفسية:

تسود مصر ظروفاً صعبة أبرزها الفقر الذي يؤثر سلباً على الصحة عامة بما في ذلك الصحة النفسية. يتزايد الاهتمام بالصحة الجسدية بشكل ملحوظ على كل المستويات في مصر وخصوصاً في مجال مكافحة الأوبئة وسوء التغذية، ورعاية الطفل والأم، ومكافحة الإدمان. ولكن يقابل ذلك نوع من القصور في الاهتمام الصحة النفسية التي تحتاج إلى الكثير من الجهود لتحسينها في ظلّ قلّة وجود معلومات دقيقة موثقة، وسياسات وإستراتيجيات واضحة للتدخّل، ونقص حاد في تمويل الخدمات المتعلّقة بهذا المجال، بالإضافة إلى قصور واضح في الكوادر المتخصّصة والمدرّبة في مجالات الصحة النفسية كافة.

حظيت خدمات الصحة النفسية مؤخراً ببعض الاهتمام الإضافي من قبل وزارة الصحة والسكان خصوصاً بعد الأحداث التي نسبت إلى «مرضى» نفسيين مثل حادث المتحف المصري وحادث قتل بني مزار وأحداث الإسكندرية، ولكن بقي هذا الاهتمام الوزاري خجولاً يتحرّك في فترات الأحداث ويضعف بعدها، كما أنه لم يتخطّ مرحلتي التشخيص والعلاج.

أنشئت الأمانة العامة للصحة النفسية في مصر بموجب قرار وزير الصحة والسكان في عام ١٩٩٨، للقيام بدور ريادي في مجال الصحة النفسية وعلاج الإدمان، حيث تقوم بالإشراف بشكل مباشر على أكبر مستشفيات الأمراض النفسية في مصر، والتي تضم ٨٠٪ من إجمالي الأسرة النفسية المتوفرة على مستوى الجمهورية، كما تساهم في الإشراف والمتابعة والتدريب والتحسين والتحديث المستمر على مختلف الأصعدة المتعلّقة بالصحة النفسية في مصر بجوانبها العلاجية والوقائية.

٢) البرامج الوطنية للصحة النفسية في مصر:

يجدر التنويه بالبرامج الوطنية للأمراض النفسية التي تنفّذ بالتعاون بين وزارة الصحة والسكان وغيرها من الوزارات وبين بعض الجامعات بالتنسيق مع المنظمة العالمية للصحة، وهي تركّز على الأهداف الآتية:

- إدخال الصحة النفسية في برامج الرعاية الصحية الأولية (١٩٨٦–١٩٩٠، ١٩٩١–١٩٩٦، ١٩٩٧–٢٠٠٣) من طريق تدريب ممرضين أو ممرضات وأطباء الرعاية الأولية على التعامل مع المشكلات والاضطرابات النفسية الشائعة بشكل مباشر أو عبر إتباعأسلوب «تدريب مدربين». بدأ هذا البرنامج في العامين ١٩٨٦–١٩٨٧ بتدريب ٢٥٠ طبيباً و٢٥٠ ممرضاً وممرضة في محافظات أسيوط، المنية، والغربية، والسويس. وفي عام ١٩٨٩، درّب ٢٠ مدرباً في الإسماعيلية ليقوموا بعد ذلك بتدريب غيرهم ولكن واجهتهم بعض المصاعب في المتابعة أهمها مشكلات في تنقّل المتدربين ومشكلات في الموارد والإحالة والمتابعة والتقييم. تجدر الإشارة إلى أنّ انجح هذه البرامج هي التي تجرى في محافظة الإسكندرية منذ عام ١٩٨٩ بالتعاون بين وزارة الصحة والسكان ووزارة التعليم ومحافظة الإسكندرية وجامعة الإسكندرية والمجتمع المحلي. أثمر هذا البرنامج الرائد تدريب آلاف من الكوادر في قطاع الصحة النفسية المدرسية وإنشاء مراكز خارجية تعنى بهذا المجال وحملات توعية، ويخطّط لتعميمه على محافظات أخرى. يمكن لهذا الأمر أن يساعد الكثيرين من أصحاب المشكلات النفسية الذين يفضّلون اللجوء إلى طبيب الرعاية الأولية بدلاً من طبيب الأمراض النفسية لتجنّب «الوصمة الاجتماعية».
- إصدار موارد تثقيفية وتعليمية وتدريبية: في عام ١٩٨٧، صدر دليل عن الصحة النفسية لأطباء الرعاية الأولية. وفي عام ١٩٩١، وزّع الدليل المتكامل (الذي اشتمل على قسم عن الصحة النفسية) على وحدات الرعاية الصحية الأساسية.
- نشر الوعي الصحي للتعرّف على المشكلات والاضطرابات النفسية وكيفية إحالتها إلى أماكن التشخيص والمعالجة.
- تحديث وبناء عدد من المستشفيات الحكومية التي تعنى بالاضطرابات النفسية منذ عام ١٩٩١ ضمن إطار اللامركزية، مع إضافة عيادات خارجية متخصّصة في مختلف مجالات الصحة النفسية.
- جهود في مكافحة تعاطي المخدرات وإدمانها بالتعاون مع قطاعات مختلفة أخرى يقودها «المركز القومي لمكافحة الإدمان»، والذي يرأسه رئيس الوزراء (عقد ندوات عن أخطار المخدِّرات في عدة محافظات، ومؤتمرات وطنية عن مكافحة الإدمان، ودراسات ميدانية عن إدمان المخدِّرات وتعاطيها، وإنشاء مختبرات تحاليل جديدة لتعاطي المخدرات في معظم المحافظات، والتوسّع في الخدمات العلاجية المقدّمة للمدمنين، وإنشاء أقسام خاصة لهم في مستشفيات الصحة النفسية، إضافةً إلى حملات الوقاية والتوعية التي تركّزت بشكل خاص على أماكن التقاء الشباب، مثل النوادي والمدارس). وتعكف وزارة الصحة والسكان على إعداد خطة متكاملة لخفض الطلب على المخدِّرات من خلال أنشطة التوعية المكثّفة والمعالجة والمتابعة والتأهيل.
- تحفيز الجامعات المصرية على المساهمة في هذا المجال عبر:

– إنشاء قسم متخصّص بالصحة النفسية وصحة المجتمع (في كلية الطب في جامعة

الأزهر) وقسم متخصّص بعلم النفس (في كلية الصحة في الإسكندرية).

- إنشاء أو توسيع مراكز خارجية تابعة للمستشفيات الجامعية تعنى بالصحة النفسية المجتمعية (جامعة عين شمس، جامعة الإسكندرية).
- إنشاء أو توسيع قسم الأمراض النفسية داخل المستشفيات الجامعية لخدمة المرضى الذين يحتاجون إلى علاج داخل المستشفى (مستشفى عين شمس الذي رفع عدد الأسرّة الخاصة بالمشكلات النفسية من ٣٠ إلى ١٠٠).
- العمل على نشر الوعي الصحي بين الطلبة والأساتذة والعاملين الصحيين والاجتماعيين وأهالي الطلبة في عدد من المدارس في مدينة الإسكندرية منذ عام ١٩٨٩ (جامعة الإسكندرية).
- تدريب كوادر متخصّصة بالصحة النفسية المدرسية (أطباء، ممرضون وممرضات...)، وإصدار موارد للتعليم والتدريب في هذا المجال (جامعة الإسكندرية...).
- إجراء دراسات ميدانية لمعرفة مدى انتشار المشاكل النفسية (جامعة عين شمس، جامعة أسيوط، جامعة الإسكندرية...).

٣) دور المنظمات غير الحكومية:

قام بعض المنظمات الأهلية ببعض الجهود والمبادرات في مجال الصحة النفسية، إلا أنها جهود محدودة جداً مقارنة بحجم الاحتياجات، ويجدر الذكر أنّها اقتصرت تقريباً على كونها مبادرات علاجية غير وقائية نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر: الاهتمام بقضية الإدمان (التوعية والعلاج والتأهيل)، ومناهضة العنف ضد الأطفال حيث أعلنت مبادرة خط نجدة الطفل (الخط الساخن)، وأنشطة تجمّع حقوق الطفل (الذي يضم مجموعة كبيرة من الجمعيات الأهلية المهتمة بقضايا الطفولة: أطفال الشوارع ومؤسسات الأحداث،...)، والاهتمام بقضية الإعاقة عامة والاهتمام بذوي الاحتياجات الذهنية الإضافية وكذلك اهتمام بعض المنظّمات بفتح مكاتب للاستشارات الأسرية، وغيرها. هناك بعض حملات التوعية التي يشارك فيها المجلس القومي للأمومة والطفولة والمركز القومي لمكافحة الإدمان بالاشتراك مع الجمعيات الأهلية، وإن كان معظمها يركز فقط على التوعية حول الإدمان. نذكر أيضاً «جمعية الصحة النفسية والعقلية الوقائية للأطفال» التي أسّست عام ١٩٩٥ لنشر مفهوم الصحة النفسية والعقلية لدى العائلات المصرية.

وأخيراً، تقوم جمعيات الصحة النفسية في المحافظات بالتعاون مع «المركز المصري لدعم المنظمات الأهلية» بالعديد من الجهود وحلقات النقاش مثل حلقة النقاش التي نظمتها جمعية الصحة النفسية بمحافظة الجيزة العام ٢٠٠٧ بالتعاون مع المركز المصري لدعم المنظمات الأهلية ومع المجلس القومي للمرأة عن صحة المرأة النفسية، حيث طرح برنامج وضع خدمات الصحة النفسية للمرأة والفتاة على خريطة الدولة الصحية.

هذه الجهود ما زالت جنينة إذا أخذنا بعين الاعتبار مساحة مصر وعدد سكانها والوضع المعيشي المتردي، ولا يمكنها أن تغيّر الكثير من واقع الصحة النفسية في مصر، إلا إذا تضافرت جهود جميع المنظّمات والهيئات الحكومية وغير الحكومية (الأسرة، المدرسة، المنظّمات الدينية ومؤسسات المجتمع المدني...) لوضع إستراتيجيات وخطط متكاملة وتوفير الموارد اللازمة لتحسين ودعم مفهوم السلامة النفسية والاجتماعية إضافة إلى السلامة البدنية عند مختلف قطاعات المجتمع المصري.

٤) المفاهيم المتوارثة المغلوطة:

تعاني مصر وخصوصاً صعيدها وريفها من مفاهيم اجتماعية سلبية متوارثة مثل اعتبار المشكلة النفسية وصمة اجتماعية أو «عار» يعزّزها اللجوء إلى طبيب نفسي أو مستشفى أمراض نفسية أو اعتبار بعض هذه الأمراض مشكلات ناتجة من الحسد (أو العين الحاسدة) أو مسّ من الجنون والشياطين أو استحواذ الأرواح فائقة الطبيعة على الإنسان مما يشجّع الكثيرين على اللجوء إلى المعالجين عن طريق الدين والسحر والشعوذة والزار. والجدير بالذكر أنّ بعض الذين يعانون المشكلات النفسية الشائعة، يلجأون أحياناً إلى المعالجين التقليديين أو الدينيين أو ينزوون في منازلهم من دون طلب المساعدة من أحد كما يحدث أحياناً في الريف حيث لا دوام عمل رسمياً. ومما يزيد الأمر سوءاً، أنّ الكثيرين ممن يصلون إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية للمعاينة، ينتهي بهم الأمر عند عاملين صحيين وأطباء غير متمرسين في الصحة النفسية، فتجرى لهم فحوص غير لازمة مكلفة أحياناً من دون التوصّل إلى تشخيص وعلاج مناسبين، ما يدفع بالمريض وأهله للجوء إلى مصادر غير علمية للمساعدة، أو للتنقل من طبيب إلى آخر دون جدوى في أحيانٍ كثيرة. تجدر الإشارة إلى أنّ الكثير من المثقفين والعلماء يعتبرون أنّ العلاج عن طريق رجال الدين مقبول لأنه نوع من الدعم النفسي خصوصاً عند الأشخاص المؤمنين، ولكن يجب أن يكون هذا الدعم النفسي مجانياً وأن يكون رجال الدين مدربين في مجال الصحة النفسية ليعرفوا متى عليهم إحالة المريض إلى مراكز العلاج المتخصصة. أما العلاج عن طريق السحر والشعوذة والزار... فمرفوض قطعاً.

٥) التدابير التشريعية

يوجد في مصر تشريعات تتعلق بالصحة النفسية منذ عام ١٩٤٤ وهي تحتاج إلى التطوير ووضعها قيد التنفيذ.

ذكر تقرير مصر الصادر عن المنظمة العالمية للصحة عام ٢٠٠١ أنّ هناك تشريعات لمكافحة المخدّرات، منها قانون المخدّرات الذي أجازه مجلس الشعب في عام ١٩٨٩، وقرار رئيس الجمهورية بإنشاء الصندوق الوطني لمكافحة إدمان المخدّرات وتعاطيها، والقرارات المشتركة لوزراء العدل والشؤون الاجتماعية والصحة بشأن إنشاء مصحّات وأقسام للمعالجة من تعاطي المخدّرات وإدمانها.

٦) البيانات الإحصائية المتعلقة بالاضطرابات النفسية والعقلية:

هناك ثلاث هيئات مسؤولة عن تنسيق وتشجيع البحوث هي: المجلس الصحي برئاسة وزير الصحة، ومركز المعلومات، والإدارة المركزية للبحث والتطوير في وزارة الصحة والسكان. غير أن العقبة الرئيسية التي تواجه البحوث هي قلة الموارد المالية، لاسيّما وأن التمويل الخارجي لمعظم الأنشطة البحثية محدود بالوقت ما يعيق استمرار البحوث. ومن أهم المشكلات التي يواجهها الباحثون نقص الدعم المادي، وإن توفر أحياناً من الخارج فيكون لفترات زمنية قصيرةّ تعيق استمرار الأبحاث.

لا توجد دراسات وإحصاءات وافية ودقيقة عن مدى انتشار المشكلات والاضطرابات النفسية في مصر، إلا أن بعض الدراسات في هذا المجال يشير إلى أنّ المشكلات والاضطرابات النفسية منتشرة في المجتمع المصري كما هو الحال في المجتمعات الغربية وإن اختلفت طرق التعبير عنها، وقد بيّنت هذه الدراسات الآتي:

- حالات قلق مرضي (Anxiety states) عند ٣٦٪ من طلبة الجامعات في مصر (عكاشة وآخرون، ١٩٧٧) وعند ٢٢,٦٪ من زوار بعض العيادات الخارجية النفسية في (عكاشة وآخرون، ١٩٩٣ أ)
- حالات اكتئاب عند ١١,٤٪ من سكان المدن و١٩,٧٪ من سكان الريف في مصر (عكاشة وآخرون، ١٩٨٨). مشاعر الخوف والقلق في وقت ما عند ٥٩٪ من الأطفال والمراهقين (١٠–١٨ سنة) (دراسة إبراهيم وآخرون، ١٩٩٩) •
- حالات قلق متوسطة الحدّة (وفقاً لاستبيان تايلور للقلق) عند أكثر من ٣٥٪ من طلبة المراحل التكميلية والثانوية (سيف الدين وآخرون، ٢٠٠٠) •
- حالات قلق مرضي (Anxiety states) عند ٧,٩٪ من الطلبة ما بين سن ٦–١٢ عام (عينة من ٨٤٥٩ طالب) تترافق مع اكتئاب في ٤٠٪ منها (عكاشة وآخرون، ١٩٩٩ب) •
- حالات اكتئاب عند ١٠,٢٥٪ من تلامذة المدرسة الإعدادية في الإسكندرية. تبيّن أيضاً أنّ هذه النسبة أعلى عند الكبار منهم مقارنة مع الصغار إذ تبلغ ٢٠,٣٪ (أبو نازل، ١٩٨٩).
- مشكلات انفعالية وسلوكية عند ٨,٦٪ من الأطفال الذين ارتادوا مراكز الرعاية النفسية الخارجية التابعة لجامعة عين شمس عام ١٩٩٠ (عكاشة وآخرون، ١٩٩٣ ب) وعند ٢٢,٥٪ من الأطفال في سن الحضانة (قبل الإعدادي الأول) في الإسكندرية (عبد اللطيف وآخرون، ١٩٨٩). وقد بيّنت دراسات أخرى أنّ قرابة ٢٣,٣٪ الأطفال في سن الحضانة (قبل الإعدادي الأول) يعانون من مشاكل سلوكية، وأنّ قرابة ٥٠٪ منهم اختبروا حالة الانفعال (Temper Tantrum) (سيف الدين وآخرون، ١٩٨٩). وأنّ مشكلة التبول اللاإرادي خصوصاً غير الأولي هي أكثر المشاكل السلوكية المنتشرة عند الأطفال في المدن إذ تراوح نسبتها بين ٦٣,٩٪ و٨٢,٥٪ من إجمالي المشكلات السلوكية (كورة وآخرون، ١٩٩٣).
- فشل في المدرسة عند ٤٢,٨٪ من تلاميذ المرحلة الإعدادية تتعلّق بمشكلات نفسية

عدّة منها مشكلة فرط النشاط والحركة وعدم القدرة على التركيز، ومشكلات القلق و/أو الاكتئاب، مشكلات في النطق، مشكلة التبول اللاإرادي (حسن، ١٩٩٩). يجدر الذكر أن المعلّمين لا يعرفون أنّ هناك مشكلات نفسية تحتاج إلى العلاج في هذه الحالة، بل ينعتون الطالب الذي يفشل «بالمتخلّف عقلياً»، وخلال العام الدراسي ١٩٩٨–١٩٩٩، بلغت نسبة هؤلاء ٣١,٨٪ من مجموع الطلاب الذي أحيلوا إلى العيادات النفسية للطلاب. وقد تبيّن أنّ ١٨,٩٪ منهم تركوا الدراسة كلّياً (سيف الدين، ٢٠٠٠).

- ٩٢,١٪ من طلبة المدارس الثانوية الفنية الصناعية والتجارية جربوا الحشيش (سويف، ١٩٨٢) و٦٪ من الأطفال سبق أن جرّبوا التدخين أكثر من مرّة واحدة و/أو الحشيش (١١,٣٪ من الذكور و٠,٣٪ من الإناث) (إبراهيم وآخرون، ١٩٩٩). لا توجد دراسات دقيقة حول عدد الذين يتعاطون المخدّرات، ولكن توجد أرقام تقديرية في هذا المجال للفئة العمرية ما بين ١٥ و٢٥ سنة (عكاشة، ٢٠٠٤)، إذ يقدّر أنّ حوالي ١٠–١٢٪ منهم جرّبوها وأنّ ٢,٥٪–٣٪ منهم يتعاطونها وأقل من ١٪ مدمنون عليها.
- تحديات ذهنية تقدّر بنحو ١,٢ مليون مواطن مصري (عكاشة في عام ١٩٩٨).

هذه الإحصاءات غير كافية، كما أنها لم تشمل بعض الفئات من الشعب كالمتقدمين في السن وأصحاب الحاجات الخاصة والعمال والنساء.

٧) مقدمو خدمات الصحة النفسية:

يتوزع مقدمو خدمات الصحة النفسية في مصر في ١٩ محافظة من أصل ٢٩، ما يعني عدم وجود أي نوع من خدمات الصحة النفسية في عدد من المحافظات (المحافظات الحدودية الخمس). كما أنّه لا يوجد خدمات رعاية صحية نفسية سريرية للمريض النفسي في عشر محافظات وهي على الشكل الآتي:

- **مراكز الاستشفاء:** يبلغ إجمالي عدد الأسرّة الخاصة بالأمراض النفسية ٩٧٠٠ سرير (أي بواقع سرير لكل ٧٠٠٠ مواطن أو ١٥ سرير لكل ١٠٠٠٠٠ مواطن حسب إحصاءات عام ١٩٩٧). وتشكّل هذه الأسرة أقل من ١٠٪ من عدد أسرّة الاستشفاء في مصر التي تبلغ ١١٠٠٠٠ سرير حسب إحصاءات عام ١٩٩٧. تتوزّع المستشفيات والأسرّة على الشكل التالي:

- ٧ مستشفيات أمراض نفسية تابعة لوزارة الصحة، نذكر منها ثلاثة مستشفيات كبيرة (مستشفى العباسية ومستشفى الخانكة ومستشفى حلوان). هذه المستشفيات الثلاثة عانت الإهمال لسنوات طويلة وهي تؤمّن العناية لأكثر من ٥٠٠٠ مريض، معظمهم (أكثر من ٧٥٪) يعانون أمراضاً مزمنة ولا يمكنهم مغادرة المستشفى. خلال السنوات القليلة الماضية، جرى تحسين هذه المستشفيات وتجديدها، إضافة إلى بناء أخرى جديدة في مناطق عدة.

- ١١ مستشفى تابعة للمحليات وفيها قرابة ٨٠٠ سرير للأمراض النفسية.
- ٩ أقسام طب نفسي في مستشفيات جامعية يحتوي كل منها على قرابة ١٠–٣٠ سريراً، تعنى بالمرضى النفسيين أي ما مجموعه قرابة ٢٧٠ سريراً تتوزع على الشكل التالي: جامعة القاهرة – مستشفى القصر العيني (٣٠ سريراً)، جامعة عين شمس (١٠٠ سريراً)، جامعة الأزهر (٢٠ سريراُ)، جامعة المنصورة (٣٠ سريراً)، جامعة الإسكندرية (٣٠ سريراً)، جامعة طنطا (١٠ أسرّة)، جامعة أسيوط (١٠ أسرّة)، جامعة الزقازيق (٢٠ سريراً)، وجامعة بنها (١٠ أسرّة).

- **المراكز الخارجية للصحة النفسية:**

- مراكز علاج وتأهيل المدمنين وهي تابعة لوزارة الصحة أهمها اثنان واحد في مستشفى الخانكة في القاهرة والآخر في الإسكندرية.

توزيع المستشفيات النفسية في مصر **Ref.: World Health Day 2001 Egypt**

الأمانة العامة للصحة النفسية التابع لوزارة الصحة والسكان

عددة الأسرّة المفعّلة	عدد الأسرة الممكن إستيعابها	المحافظة	المنطقة
مستشفيات الأمانة العامة للصحة النفسية			
٢٣٠٠	٣٠٠٠	القاهرة	العباسية (مستحدث)
٢٠٠٠	٣٠٠٠	القليوبية	الخانكة (مستحدث)
٤٠٠	٤٠٠	القاهرة	حلوان (مستحدث)
١٢٠	١٢٠	القاهرة	مصر الجديدة (جديد)
٤٠	٤٠		المعمورة
٣٦	٣٦		أسيوط
			بور سعيد

مستشفيات الصحة النفسية بالمحافظات			
٢٢٥	٢٢٥	القليوبية	بنها (جديد)
١٢٠	١٢٠		طنطا
١٥	١٥		شبرا
١٦٠	١٦٠		قص
---	١٤٠	الشرقية	العزازي (جديد)
٨٠٠	٨٠٠		حربيت
---	٥٠	الإسماعيلية	التل الكبير (جديد)
١٠٦	١٦٠	أسوان	أسوان (جديد)
٩٠	١٠٠		بني سويف
			شبين الكوم
			المنيا
			سوهاج

- مراكز تدريب وإعادة تأهيل الأفراد الذين يعانون اضطرابات عقلية (إعاقة عقلية) تابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية وعددها سبعة وتتوزّع في المدن الآتية: القاهرة (ثلاث مراكز للذكور ومركز للإناث)، الإسكندرية (مركز للذكور)، طنطا (مركز للذكور)، المنية (مركز للذكور).
- الأطباء والعاملون الصحيون المتمرسون في العناية بالمشكلات والاضطرابات النفسية ومعظمهم من خريجي مدارس الطب في مصر والتي يبلغ عددها ١٧ مدرسة: (أعداد الأطباء والعاملين الصحيين المدربين في مجال الصحة النفسية يعود إلى دراسة د. عكاشة–٢٠٠٣ ("Mental Health in the Arab World")

أطباء متخصصون بالطب النفسي: أي أطباء متخصصون في الاضطرابات النفسية (psychiatry) أو في الأمراض النفسية والعصبية (neuropsychiatry) وعددهم قرابة ١٠٠٠ طبيب في مصر بواقع طبيب لكل ٦٦٠٠٠ نسمة حسب إحصاءات عام ١٩٩٦. معظم هؤلاء الأطباء يتمركز في القاهرة والإسكندرية وبعض المدن الكبرى الأخرى ويعاين المرضى في عياداته الخاصة.

- أطباء رعاية صحية أولية مدربون في مجال الصحة النفسية: لا يوجد إحصاءات في هذا الإطار، ولكن يمكننا ذكر أن البرامج الوطنية للأمراض النفسية التي تنفذها وزارة الصحة والسكان أثمرت عن تدريب عدد لا بأس به من الأطباء في مجال الصحة النفسية، نذكر على سبيل المثال لا الحصر أنّه في العامين ١٩٨٦–١٩٨٧ تم تدريب ٢٥٠ طبيب في محافظات أسيوط، المنية، الغربية، والسويس، وأنّه بين عامي ١٩٨٩ و١٩٩٧ تم تدريب ١٤٥١ طبيب رعاية صحة مدرسية و٨٠٠ طبيب رعاية أولية للنساء والأطفال في محافظة الإسكندرية. إضافة إلى ذلك، نذكر ما قامت به الجامعات من تطوير وتعزيز برنامج تدريس الصحة النفسية ضمن سنوات دراسة الطب العام وكذلك ضمن بعض الاختصاصات. الأمر الذي سيثمر تخريجاً دورياً ومتواصلاً لعدد من أطباء الرعاية الأولية وأطباء متخصّصين ملمّين الصحة النفسية.
- أخصائيون نفسيون إكلينيكيون: وعددهم حوالي ٢١١ أخصائياً نفسياً (psychologist)، بعضهم يعمل في المراكز الصحية أو في المدارس. هناك عدد كبير من الأخصائيين النفسيين غير الإكلينيكيين الذين لا يعملون في مجالات الصحة النفسية.
- ممرضون وممرضات مدربون في مجال الصحة النفسية: وعددهم يفوق عن ١٣٥٥.
- اختصاصيون نفسيون تربويون: الأعداد غير متوفرة.
- أخصائيون اجتماعيون مدربون في مجال الصحة النفسية: وعددهم حوالي ٣٠٠ غير أنّ هناك عدد كبير من الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعملون في مراكز العناية بالصحة النفسية. ولكن ليس لديهم خبرة وتدريب أكاديمي في مجال العمل النفسية الاجتماعية.

• برامج التدريب وبناء القدرات المتوفرة في مجال الصحة النفسية:

هناك نقص حاد في التدريب والتدريب المستمر وتطوير القدرات على المستويات كافة، نذكر منها:

- تبلغ ساعات تعليم الطب النفسي المقرّرة في كلية الطب ٩٠ ساعة للحصول على إجازة في الطب العام تشمل ساعات من المحاضرات، وساعات من التدريب في المستشفى، ولكن بعض الكليات لا يلتزم بهاخصوصاً تلك التي ليس لديها مراكز تدريب خاصة بها. تنتج هذه المشكلة من عدد من الأطباء غير المدربين (غير المؤهلين) في مجال الصحة النفسية. الذين يشكّلون مشكلة حقيقية تحتاج إلى حل جذري آخذين بعين الاعتبار أنّ الاضطرابات النفسية تعتبر من أكثر المشكلات الصحية انتشارا في العالم. يحتاج أطباء الرعاية الأولية إلى التدريب المستمر في مختلف الأطر ومنها الصحة النفسية لمواكبة التطورات التي تحدث في هذا المجال.
- أثمرت البرامج الوطنية للأمراض والاضطرابات النفسية جهوداً واضحة تحتاج إلى الاستمرارية والتعميم نذكر منها البرامج الوطنية للأمراض النفسية التي تجرى في

محافظة الإسكندرية منذ عام ١٩٨٩ التي نتج عنها تدريب عدد لا بأس به من الأطباء والممرضين والممرضات والأخصائيين النفسيين والعاملين الاجتماعيين في مجال الصحة النفسية.

- يوجد بعض محاولات التدريب للأخصائيين النفسيين المدرسيين، ولكن ينقصها التدريبات العملية والاستمرارية. يجب أن يضمّ البرنامج الوطني للأمراض النفسية المتعلّق بالتدريب هذه الشريحة من الأخصائيين بعد الانتهاء من مرحلة تدريب المدرّبين. يمكن لهؤلاء الأخصائيين تدريب المدرّسين في مجال التعرّف على المشكلات والأمراض النفسية مما يسهّل تعاونهم في هذا المجال لمصلحة الطلبة حتى يتمكنوا على الأقل من إنهاء تعليمهم الثانوي.
- تتوفّر بعض البرامج التدريبية لدى القليل من الجمعيات الأهلية في مجال تطوير القدرات (برنامج تعزيز الصحة النفسية للمراهقين، جمعية الطب النفسي التطوري) وفي مجال مجال الإرشاد النفسي (جمعية مصر المحروسة بلدي – مركز إشراق للاستشارات النفسية) وفي مجال مكافحة الإدمان (واحة الأمل لتأهيل المدمنين – جمعية كاريتاس مصر)، وفي مجالات أخرى خاصة بالأفراد ذوي التحديات الذهنية والحركية وبأطفال الشوارع ومؤسسات الأحداث (في مجال الصعوبات التعلّمية والمشاكل السلوكية والمشاكل الأسرية). مع العلم أنّ عدد الجمعيات والمنظمات غير الحكومية في مصر يفوق ١٥٠٠٠ جمعية، يعمل معظمها في مجالي التنمية والصحة العامة. تحتاج هذه الجمعيات إلى تشارك جهودها وخبراتها مع الجمعيات والمؤسسات الحكومية والجامعية ضمن أطر سليمة وعلمية لتزيد فعاليتها ولتفتح الأبواب أمام الجمعيات الأخرى للمشاركة عبر تقديم يد المساعدة من دون البدء من نقطة الصفر.

ثانياً: التحدّيات والعوائق التي تواجه الصحة النفسية والعاملين فيها

وهي تتلخص بالآتي:

١) قلة البيانات الإحصائية المتعلقة بالاضطرابات النفسية لتسليط الضوء على حجم المشكلات والاضطرابات.

٢) نقص السياسات والإستراتيجيات الواضحة الداعمة للصحة النفسية ونقص الموارد المالية المخصّصة في هذا المجال في وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية المصريتين، بالإضافة إلى تحديات مالية وسياسية تعانيها المنظمات العاملة في مصر.

٣) انتشار الفقر والأمية والبطالة في المجتمع المصري.

٤) غياب الوعي بأهمية الصحة النفسية وأثارها على العملية التنموية، والفهم الخاطىء (ارتباط الاضطراب النفسي بالوصمة الاجتماعيةأو بالحسد ...) والعادات والتقاليد التى تحول دون لجوء المريض النفسي إلى مراكز العلاج والتأثير السلبي للإعلام (الأفلام

السينمائية والمسلسلات...) على صورة «المريض» النفسي والطبيب النفسي والعلاج النفسي.

٥) غياب مفهوم صحة المجتمع النفسية وعدم وجود خدمات الصحة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمدارس وتجمعات الشباب في الكثير من المناطق، وغياب الوقاية للصحة النفسية والتي تشمل تحسين اللياقة النفسية وتحسين نوعية الحياة للأفراد وتحسين الظروف البيئية (نشاطات تعزيز الصحة النفسية لدى الأطفال، الشباب...). إضافةً إلى قلة الموارد العملية المبسّطة باللغة العربية عن الصحة النفسية (بما فيها الصور الإيضاحية والوسائل السمعية البصرية للأهل غير المتعلمين)، وقلة المواد التربوية المدرسية الملائمة ثقافياً حول الصحة النفسية، (ألعاب، أغاني، قصص حول الصحة النفسية...)، وقلة مواد نشاطات تعزيز الصحة النفسية لدى الشباب.

٦) نقص عدد وسوء توزيع الموارد البشرية المتخصصة في هذا المجال والكوادر المدرّبة على المستويات كافة (أطباء، ممرضون وممرضات، أخصائيون نفسيون واجتماعيون...)، إضافة إلى قلة برامج التدريب والتدريب المستمر.

٧) نقص الموارد التدريبية وموارد التوعية الخاصة بموضوعات الصحة النفسية باللغة العربية المبسّطة وكذلك ندرة أدوات التقييم والتشخيص المقننة والملائمة للمجتمع المصري (اختبارات نفسية للمسح والقياس النفسي).

٨) نقص عدد المراكز الخارجية ومراكز إعادة التأهيل وقلة عدد الأسرّة الخاصة بالأمراض النفسية في الكثير من المناطق وشغل معظمها من قبل المرضى المزمنين في مناطق أخرى.

٩) قلة عدد وحداثة تجربة الجمعيات والمنظمات غير الحكومية العاملة في مجال الصحة النفسية.

١٠) غياب التشبيك والتعاون والمشاركة في مختلف الموارد البشرية والتدريبية وضعف التنسيق بين المنظمات العاملة في مجال الصحة النفسية في مصر، وفي المنطقة.

١١) محدودية التواصل مع المنظّمات الدولية الإقليمية ذات الخبرة وذات العلاقة بالموضوع أو التمويل.

١٢) غياب نظام إحالة واضح.

١٣) نقص التشريعات المشجّعة والمنظّمة لخدمات ومرافق الصحة النفسية.

ثالثاً: أهم التوصيات لتعزيز الصحة النفسية في مصر[١٠٧]

نستخلص مما سبق ذكره، أن مصر بحاجة إلى عدة برامج لتعزيز الصحة النفسية على

١٠٧ أنظر توصيات السودان لمزيد من التوصيات المشتركة التي تم العمل عليها في ورشة العمل التشاورية الاقليمية الأولى لبرنامج الصحة النفسية بعنوان «الصحة النفسية في العالم العربي»

الصعيدين الوقائي والعلاجي، وتحتاج إلى تضافر الجهود الحكومية وغير الحكومية لتأمين ما يأتي:

١) دعم الباحثين وخصوصاً الباحثين في الجامعات المحلية وتسهيل أطر تعاونهم بهدف إجراء دراسات وإحصاءات لتحديد حجم المشكلات النفسية عند مختلف الفئات العمرية تشمل الجنسين لتحديد الأولويات.

٢) وضع خارطة لمقدمي خدمات الصحة النفسية في مصر وحقول اختصاصها بالتعاون مع وزارات الصحة والشؤون الاجتماعية والتعليم، أي وضع دليل إحالة واضح ونشره في جميع مراكز الرعاية الصحية ومراكز الجمعيات التي تعنى بالتنمية والصحة في مصر.

٣) العمل مع المنظّمات الحكومية وغير الحكومية لملء الفراغات في الخدمات الصحية النفسية في بعض المناطق وتشجيع الكوادر الجديدة للتخصّص أو للتدرّب في هذا المجال حيث فرص العمل متاحة، وكذلك تحفيز الجمعيات الأهلية العاملة في هذه المناطق على تقديم هذا النوع من الخدمات وتأمين الدعم المادي والبشري وغيرهما من الموارد المتاحة التي تسهل الآمر عليها.

٤) تشجيع مفهوم الصحة النفسية المجتمعية النفسية عبر توفير خدمات الصحة النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمدارس وتجمعات الشباب (النوادي،...) إضافة إلى الأنشطة الإيجابية التي تعنى بهذا الأمر في جميع المناطق.

٥) تحسين وضع برامج التدريب (برنامج تدريب المدربين،...) والتدريب المستمر وتمكين القدرات المتوافرة في مجال الصحة النفسية ووضع برامج جديدة بعد تحديد الأولويات، إضافة إلى إنتاج وسائل وأدلّة تدريب متخصّصة للعاملين في هذا المجال. هذا التدريب يجب أن يشمل الأطباء الأخصائيين في الطب النفسي وأطباء الرعاية الأولية والعاملين الصحيين من أخصائيين نفسيين وممرضين وممرضات وأخصائيين اجتماعيين ومرشدين تربويين ومعلمين وإداريين في المستشفيات والمراكز الصحية والتعليمية وعاملين في المنظمات غير الحكومية وممثلي المجتمعات المحلية.

٦) تأمين موارد وأدوات معرفية (تثقيفية وتدريبية) تناسب المستويات والتدخلات المختلفة بلغة عربية بسيطة عبر تجميع ما هو متوافر عربياً وعبر تنسيق إنتاج ما هو غير متوافر (من خلال ورشة الموارد العربية) وإنشاء موقع إلكتروني لنشرها من خلال الشبكة الدولية (الإنترنت) وتوزيع عنوانه على كل من يعمل في مجال الصحة النفسية في مصر والعالم العربي فيتمكن الجميع من الاستفادة منها ومن تجارب بعضهم البعض. واستخدام هذا الموقع أيضاً للإعلان عن البرامج والأنشطة الرائدة في هذا المجال طريقة عملها وإنجازاتها. تحتاج المنظمات إلى موارد عدة لتسهيل عملها، معظمها غير متوافر حالياً باللغة العربية، نذكر أهمّها:

- دليل المشكلات النفسية للأطفال والمراهقين ودليل المشكلات النفسية للراشدين والمسنين.

- أدلّة تدريبية للتعامل مع مشكلات الصحة النفسية لغير المتخصصين.
- كتيبات للتوعية ومطويات تتناول موضوعات الصحة النفسية وتناسب الشباب.

ملصقات ومطويات وأدوات توعية للمجتمع للتعامل مع مشكلة الوصمة الاجتماعية.

- إختبارات نفسية مقنّنة للمسح والقياس النفسي.
- دليل إحالة يشمل المراكز التي تقدم خدمات الصحة النفسية.

يجدر ذكر ما هو متوفّر لدى بعض الجمعيات الأهلية في مصر والعمل على نشره من خلال الموقع الإلكتروني المستحدث:

- برنامج الخطوات الإثنتي عشر للإقلاع عن الإدمان (برنامج الحرية – المدمنون المجهولون).
- نشرات وملصقات التوعية عن الإدمان(١٠ نشرات من إصدار جمعية كاريتاس مصر).
- برنامج القلب الواعي لصحة المراهقين (جمعية الطب النفسي التطوري).
- بعض الأجزاء من دليل آفاق جديدة لصحة المراهقين (سيدبا).

٧) العمل على تشبيك الجمعيات والمؤسسات العاملة في مصر ضمن أطر تخصصها في مجال الصحة النفسية بهدف التعاون والمشاركة والتكامل. هذا الأمر يمكن أن يتم بالتعاون مع «المركز المصري لدعم المنظمات الأهلية». ويمكن العمل على التشبيك في العالم العربي، ما يساعد على توفير الكثير من الجهود وعلى قطع بعض المراحل بشكل أسرع. وتحتاج هذه الجمعيات بالتالي إلى مرجعية واحدة في مصر: «نقابة المنظمات الأهلية العاملة في مجال الصحة النفسية والمجتمعية في مصر»، التي يمكن أن تنبثق عن «المركز المصري لدعم المنظمات الأهلية» لتنسّق مع الوزارات وتساعد في تأمين الدعم المادي من هيئات محلّية أو عربية أو دولية،وتقوم بورشات عمل وتدريب دورية على صعيد المحافظات، ومن ثم على صعيد مصر. الخطوة التالية تكون إنشاء إتحاد عربي للجمعيات الأهلية العاملة في مجال الصحة النفسية والمجتمعية لتنظيم لقاءات على المستوى الإقليمي بهدف تبادل الخبرات، ومناقشة التقارير السنوية والبرامج قيد التنفيذ أو الموضوعة على جدول الأعمال.

٨) العمل على نشر الوعي في المجتمع المصري لتبديل المفاهيم المتوارثة الخاطئة في هذا المجال، من خلال إنتاج موارد مبسّطة باللغة العربية ومن خلال التعاون الإيجابي مع مختلف وسائل الإعلام المرئية والمسموعة.

٩) تفعيل وتطبيق قوانين حول الصحة النفسية في مصر وتطويرها والتوسّع فيها لتشمل الجانب الوقائي والتعزيزي. هناك حاجة ماسة إلى تشريعات متعلقة بالصحة النفسية تحدّد المسؤوليات والصلاحيات الموكلة لكل جهة (وزارات، جامعات ومعاهد، مدارس، اختصاصيين..) وتشتمل على حق المريض في العلاج، وحقوق الإنسان الفردية لوقايته من

سوء المعاملة وتأمين علاجه، وحقوق العائلة وواجباتها، والأسس المجتمعية والقانونية لتنمية الخدمات، الخ.

رابعاً: نتائج المسح في مصر:

تمّ ملء ٤٠ استمارة من قبل المنظّمات العاملة في مجال الصحة النفسية والاجتماعية في مختلف أنحاء مصر، وجاءت نتائج المسح على الشكل الآتي:

الخدمات/نوع النشاطات	مصر
تثقيفي/تعليمي	٪١٦,٠
تدريب مهني	٪١٣,٠
رعاية صحية أولية	٪١٢,٠
عقلية/صحة نفسية	٪١٢,٠
رعاية الطفولة	٪١٤,٠
رعاية الشباب	٪١٤,٠
رعاية المرأة	٪١٢,٠
دعم/مناداة	٪٧,٠

توزّعت نتائج نشاطات المنظّمات التي شاركت في عملية المسح بنسب متقاربة بين النشاط التعليمي والتدريب ورعاية الأطفال والشباب والمرأة والرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية النفسية، بينما شكّلت المنظّمات العاملة في مجال المناداة النسبة الأصغر.

وينشط معظم هذه المنظّمات في مجال التدريب بشكل لافت، وفي مجالات التعليم وإعادة التأهيل وكذلك في الخدمات الاستشارية النفسية والعلاج النفسي والخدمات الوقائية، بينما تنخرط النسبة الأصغر منها في نشاطات تشمل المناداة وتنفيذ الأبحاث والدراسات وإنتاج الموارد.

الخدمات/مجال النشاطات	مصر
بناء قدرات/تدريب	٪٢٠,٠
تعليم	٪١٥,٠
إعادة تأهيل	٪١٤,٠
خدمات استشارية نفسية	٪١٢,٠
خدمات وقائية	٪١١,٠
علاج نفسي	٪١٠,٠
أبحاث ودراسات	٪٧,٠
إنتاج موارد	٪٥,٠
دعم/مناداة	٪٦,٠

• **الحالات التي تستقبلها المنظّمات:**

أظهر المسح أن الحالات التي تستقبلها هذه المنظّمات تشمل المشكلات الاجتماعية ومشكلات التكيّف (٣٢٪) والمشاكل النفسية (٢٨٪)، وبنسبة أقل الاضطرابات الجسدية (١٩٪) والذهنية (ذوي الحاجات الإضافية) (٢١٪).

• **نوع التدخّل في المنظّمات:**

شكّلت إعادة التأهيل النسبة الأكبر من مجال عمل المنظّمات التي شملها المسح، يليها الإرشاد الفردي ومن ثم الإرشاد الجماعي والتدخل التعليمي والنشاطات الاجتماعية وبنسبة أقل بكثير العلاج السلوكي والعلاج الإنشغالي.

نوع التدخّل	مصر
إعادة تأهيل	٪٢٢,٠
علاج سلوكي	٪٦,٠
علاج انشغالي	٪٩,٠
أنشطة اجتماعية ضمن المجتمعات	٪١٣,٠
تدخّل تعليمي ضمن المجتمعات	٪١٦,٠
إرشاد جماعي	٪١٥,٠
إرشاد فردي	٪١٩,٠

• **الفئات المستهدفة:**

أما الفئات المستهدفة من قبل المنظّمات التي شاركت في عملية المسح، فإن النسبة الأكبر من هذه المنظّمات تعمل مع فئة الأطفال والمراهقين (٣٩٪) تليها تلك العاملة مع فئة الراشدين (٣١٪) ومن ثم التي تعمل مع الطفولة المبكرة من صفر إلى تسع سنوات (٢٠٪) وتحظى فئة المسنين بالنسبة الأقل (١٠٪).

تعمل النسبة الأكبر من المنظّمات التي شملها المسح مع الأطفال والمراهقين ذوي الاحتياجات الإضافية والمهمّشين والذين يعانون من صعوبات تعلّمية والإدمان، بينما تقلّ المنظّمات العاملة مع أطفال الشوارع والأطفال والمراهقين من الفئات الآتية: العاملون، الأطفال والمراهقون على نزاع مع القانون، الذين هم في ظروف صعبة (حروب، احتلال، دمار،...).

المنظّمات العاملة مع الأطفال والمراهقين	مصر
الأطفال والمراهقون ذوو الاحتياجات الخاصة الجسدية أو العقلية أو النفسية	٪٢٦,٠
الأطفال والمراهقون المهمّشون	٪١٧,٠
الأطفال والمراهقون ذوو المشاكل الإدمانية	٪١٦,٠
الأطفال والمراهقون ذوو الصعوبات التعلّمية	٪١٢,٠
الأطفال والمراهقون العاملون	٪١١,٠
أطفال الشوارع	٪١٠,٠
الأطفال والمراهقون الذين هم على نزاع مع القانون	٪٥,٠
(...حروب، احتلال، دمار،)الأطفال والمراهقون في ظروف صعبة	٪٣,٠

- **مصادر الإحالة:**

تتنوّع مصادر الإحالة إلى المؤسسات/الجمعيات وتشكّل الإحالة الفردية (الفرد يأتي إلى المؤسسة من تلقاء نفسه في ٣١٪ من الحالات) والإحالة من قبل مؤسسات اجتماعية أخرى (٢٨٪)، وقضاء الأحداث (٢٤٪) ومراكز الرعاية الصحية الأولية (١٦٪) بينما تشكّل المدارس نسبة صغيرة جداً (١٪) منها.

- **المشاكل والتحدّيات:**

أما بالنسبة للمشاكل والتحدّيات التي تواجهها هذه المنظّمات، فإن أبرزها وأكثرها شيوعاً هي قلة الموارد والمواد المتوافرّة والتحدّيات المادية وقلة التدريب والمدربين الاختصاصيين، هذا بالإضافة إلى قلة تقبّل الأهل والمدرسين والمجتمع لفكرة العلاج النفسي.

المشاكل والتحدّيات التي تواجهها المنظّمات العاملة في مجال الصحة النفسية والاجتماعية	مصر
غياب أو قلة الموارد والأدوات المتعلّقة بالصحة النفسية	٪٢٤,٠
مشكلات مادية	٪٢٢,٠
غياب أو عدم كفاية التدريب والمدربين الاختصاصيين	٪١٦,٠
غياب التعاون المجتمعي	٪١٣,٠
عدم تقبّل فكرة الإرشاد من قبل الأهل والمدرسين من قبل الأهل والمدرسين	٪٧,٠
غياب أو عم كفاية سياسة الإحالة	٪٨,٠
غياب الإشراف	٪٤,٠
مشاكل إدراية	٪٤,٠
مشاكل سياسية	٪٢,٠

ويواجه العاملون داخل هذه المنظّمات عدد من التحدّيات أبرزها: عدم كفاية التدريب (٢٨٪) وقلة الموارد اللازمة (٢٣٪) وقلة المهارات الإرشادية (٢١٪) أبرز التحديات وأكثرها شيوعاً، يليها النقص في المهارات العلاجية والوقائية وقلة الإشراف (٤٪).

المشاكل والتحدّيات التي يواجهها العاملون في المنظّمات العاملة في مجال الصحة النفسية والاجتماعية	مصر
عدم كفاية التدريب	٢٨,٠٪
قلة الموارد والأدوات المتعلّقة بالصحة النفسية	٢٣,٠٪
نقص في المهارات الإرشادية	٢١,٠٪
نقص في المهارات العلاجية	١٢,٠٪
نقص في المهارات الوقائية	٩,٠٪
نقص في الإشراف	٧,٠٪

الملحق ٥

كتب وأدلّة عمل مساندة من ورشة الموارد العربية

للحصول على المنشورات يرجى الاتصال بورشة الموارد العربية أو الموزعين. ويمكن أيضاً تنزيل المنشورات من على موقع الورشة: www.mawared.org

- **الصحة النفسية في النظام القانوني اللبناني:**

دراسة في التشريعات والسياسات وآثارها على الأطفال والشباب

تتناول هذه الدراسة التّشريعات اللبنانيّة المتّصلة بالصحّة النفسيّة أو المؤثّرة فيها لدى السكان عموماً ولدى الأطفال والشّباب على وجه الخصوص. وهي الأولى في سلسلة يعمل برنامج الصحة النفسية في ورشة الموارد العربية على نشرها في إطار شراكة إقليمية.

تحاول الدراسة تقويم المنظومة القانونية اللبنانية موزعة على ٥ أقسام و٢٣ فصلاً في بابين اثنين:

- تقويم التشريعات اللبنانية بشأن الحد من بواعث القلق وتعزيز الصحة النفسية: مواقف الدولة بشأن الحريات العامة، والتشريعات المتصلة بالفئات الأضعف اجتماعيا، والتشريعات التنظيمية للحياة المشتركة على ضوء مستلزمات الصحة النفسية.
- تقويم التشريعات اللبنانية بشأن التعامل مع «الاضطراب النفسي»: مدى ملاءمة التشريعات المتصلة بالتعامل مع الأشخاص المصابين بمرض عقلي أو اضطراب نفسي، ومدى ملاءمة الآليات التشريعية للتعامل مع أشكال أخرى من «الاضطراب النفسي».

الملاحق تسند الدراسة بجردة القوانين التشريعات المعنية والتعريفات وتقرير عن الصحة النفسية في لبنان.

إعداد نزار صاغية ورنا صاغية.

• الصحة النفسية في النظام القانوني الفلسطيني

دراسة في التشريعات والسياسات وآثارها على الأطفال والشباب

تتناول هذه الدراسة التشريعات الفلسطينية المتصلة بالصحة النفسية أو المؤثرة فيها لدى السكان عموماً ولدى الأطفال والشباب على وجه الخصوص. وهي الثانية في سلسلة يعمل برنامج الصحة النفسية في ورشة الموارد العربية على نشرها في إطار شراكة إقايمية.

تحاول الدراسة جرد مختلف التشريعات والقوانين والمراسيم التي صدرت في المناطق الفلسطينية المحتلة، مع التركيز على الضفة الغربية وغزة. ويبرز في الدراسة ما خضعت له المنطقتان من تحولات في التشريعات المتباينة بتباين السلطات الحاكمة، كما تبرز الحاجة الملحة إلى أخذ التوصيات الخاصة بتطوير التشريعات، وتشذيبها وتوحيدها من زاوية عصرية وحقوقية.

تقع الدراسة في ١٥ مبحثاً موزعة على خمسة فصول:

- المواثيق الدولية ومدى إلزاميتها في الحال الفلسطينية
- الصحة النفسية والحقوق الأساسية والحريات
- دور السلطة والقانون في توفير الحماية لفئات المجتمع الفلسطيني المختلفة
- مدى التزام السلطة بتعزيز عوامل الصحة النفسية ومحاربة ما يضر بها
- الصحة النفسية: إمكانيات العلاج وشروطه.

الملاحق تسند الدراسة بجردة القوانين والتشريعات والتعريفات، والمراجع، وتقرير عن الصحة النفسية في المناطق الفلسطينية، والتعريف الإجرائي للصحة النفسية، وموجز عن أحوال الصحة النفسية في ٩ بلدان عربية.

إعداد د. ياسر عموري وأشرف صيام

• كتاب الصحة النفسية للجميع:

«حيث لا يوجد طبيب نفسي»

يهدف الكتاب إلى تزويد العاملين الصحيّين والاجتماعيين والأهل بالمعرفة الضرورية للتعامل مع مسائل الصحّة النفسية وتحقيق الصحة النفسية الإيجابية للجميع. إنه دليل عملي عن الرعاية الصحية النفسية، وهو موجّه إلى العاملين الصحيّين في المجتمع وفي مجالات التمريض والعمل الاجتماعي والطبي، لاسيما في البلدان النامية. يتميّز الكتاب بلغته البسيطة والبعيدة عن لغة الطب النفسي المعقّدة والتقنية.

بعد تزويده القارئ بالمعرفة الأساسية التي تساعده على فهم الاضطرابات النفسية، يعالج الكتاب في فصوله نحو ٣٠ مشكلة من مشكلات الصحة النفسية، ويستخدم مقاربة «حل المشكلات»

لتوجيه القرّاء إلى كيفية تحديد المشكلات وتقييمها والتعامل معها.

ويتناول الكتاب أيضاً مسألة الصحة النفسية كما تبرز في ظروف مختلفة، كمخيمات اللاجئين والمدارس ولدى مرضى الإيدز، إلى جانب مواضيع العمل على تعزيز الصحة النفسية الايجابية. تأليف فيكرام باتل.

• تقرير الصحة النفسية في تسعة بلدان عربية

لبنان وسوريا ومصر والسودان والعراق واليمن والمغرب وفلسطين والأردن.

يبني التقرير على نتائج عملية المسح التي استهدفت البلدان المذكورة آنفا ويلقي الضوء على كافة جوانب الرعاية الصحية النفسية في هذه البلدان: الخدمات ومراكز الرعاية والفئات المستهدفة بالإضافة إلى الحاجات والتحدّيات التي تواجهها المؤسسات والبرامج العاملة في مجال الصحة النفسية.

• دليل المؤسسات العاملة في مجال الصحة النفسية

دليل عن المؤسسات والجمعيات العاملة في مجال الصحة النفسية والاجتماعية في تسعة بلدان عربية) لبنان، سوريا، فلسطين، الأردن، العراق، مصر، المغرب، اليمن والسودان(. رتب الدليل وفقاً لتصنيف موضوعي حسب مجال تخصص المؤسسة أو الميدان التي تنشط فيه.

• ببليوغرافيا الصحة النفسية

قاعدة بيانات حول الموارد المعرفية المتوافرة حول موضوعات الصحة النفسية، لوضعها في متناول المنظمات الأهلية والجهات الأخرى العاملة في ميادين الصحة النفسية والتنمية البشرية والمجتمعية وحقوق الإنسان. مرجع للموارد المتعلقة بالصحة النفسية : ٥٨٣ مدخلا من التقارير والمقالات والكتب والنشرات والمواقع الالكترونية والمنشورات حول مواضيع الصحة النفسية والتنمية . تتوافّر الببليوغرافيا والدليل على شبكة بحث يمكن زيارتها على موقع ورشة الموارد العربية ويتم تطويرها دوريا.

• الصحة النفسية لجيل جديد في البلدان العربية

تقرير عن ورشة العمل الإقليمية التشاورية الأولى حول الصحة النفسية مع ملحق خاص يضم العروض والوثائق ذات الصلة بيروت – لبنان ٨– ١٠ حزيران/ يونيو ٢٠٠٦ . وقائع ورشة العمل الإقليمية التي كانت فسحة لالتقاء عاملين في مجالات الصحة النفسية والاجتماعية في تسعة بلدان عربية لبحث مفاهيم الصحة النفسية والتنمية الشبابية الايجابية وتحضير أرضية مشتركة تساعد على العمل والتنسيق والتعاون. إعداد: علا عطايا ود. غسان عيسى

• **الدعم النفسي الاجتماعي في الظروف الصعبة**

تقرير عن ورشة العمل المحلّية التشاورية مع ملحق خاص يضم العروض والوثائق ذات الصلة بيروت – لبنان ١٠ – ١١ نوفمبر/تشرين الثاني ٢٠٠٦ . يوثّق التقرير وقائع ورشة العمل المحلية التي جمعت عاملين في مجالات الدعم النفسي الاجتماعي، لا سيّما المتطوعين الذي عملوا خلال حرب تموز ٢٠٠٦ ، والتي هدفت إلى تبادل الخبرات والدروس المستفادة والمستوحاة من خلال العمل الميداني، فضلا عن العمل الجماعي لتحديد أبرز التحديات والحاجات وتشارك الموارد والتوصّل إلى رؤية وخطط عمل مشتركة. إعداد: علا عطايا وسارة أبو غزال ود. غسان عيسى

• **حماية الطفل في المنظمات :دليل العمل: السياسات والإجراءات**

كيف نبني منظمة آمنة للطفل

نشأ دليل الأدوات هذا استجابة للقلق المتزايد الذي تبديه المنظمات الدولية والمحلية في بلدان عدة حيال مستويات إساءة معاملة الأطفال الحاصلة داخل المنظمات الدولية والمحلية. لذلك سهلت منظمة «تشايلدهوب » قيام ورشة عمل في العام ٢٠٠١ لمنظمات دولية عديدة في المملكة المتحدة حول حماية الطفل وإنشاء منظمات آمنة للطفل وذلك بالتعاون في حملة «أوقفوا دعارة الأطفال،وإباحية الأطفال، والاتجار بالأطفال لأغراض جنسية »في استراليا، مستعينة برزمة « اختر بحذر » وقد نجح ذلك في إطلاق مناقشات، بين عدة منظمات وداخلها،تناولت السبل الفضلى للعمل مع المكاتب الخارجية التابعة للمنظمات الدولية والمنظمات الشريكة التي تختص بحماية الطفل تأليف: ايلانور جاكس وماري فيرنهام.

• **الصغار في الظروف الصعبة والنزاعات**

نصوص مختارة للأهل والمدارس والعاملين في الدعم النفسي – الاجتماعي

تسعى هذه المجموعة من المقالات إلى تزويد الأهل والمدارس والعاملين في الدعم النفسي والاجتماعي وغيرهم المعلومات الكافية عن الأطفال في الظروف الصعبة والنزاعات. تغطي المجموعة الأوجه المختلفة: آثار الظروف الصعبة على الأطفال وردود الفعل وآليات الدعم اللازمة. ٩ فصول موزعة على الأبواب التالية: الباب الأول: تعريفات الظروف الصعبة والنزاعات الباب الثاني: الأطفال في الظروف الصعبة الباب الثالث: دعم الأطفال في أوقات الأزمات إعداد د. هيام لطفي الزين

• **أطفال فلسطين والهجرة:**

العيش في ظل الهجرة القسرية في الشرق الأوسط

إعداد نور الضّحى شطّي وغيليان لْواندو. تبحث هذه الدراسة في ما يحدث للأطفال والفتية

عندما يتم اقتلاعهم وعائلاتهم وإجبارهم على مغادرة وطنهم. وبخلاف الدراسات النفسية والطب– نفسية التي تركز على الفرد بمعزل عن الآخرين، تبحث هذه الدراسة في حياة الأطفال والفتية الفلسطينيين في سياق الجماعة العائلية والمجتمع المحلي، وفي سياق الوضع الاجتماعي – الاقتصادي – السياسي القائم. وتستكشف هذه الدراسة كيف تؤدي وقائع الهجرة القسرية السابقة والحالية إلى تغيير شخصية وأفكار الأطفال والفتية... والطرق التي تتأثر بها شعائر الانتقال من الطفولة إلى الرشد بالهجرة القسرية والإفتقار الناجم عنها.

- **كتاب الصحة النفسية للشباب:**

أنشطة وتمارين للشباب والعاملين معهم لتعزيز الصحة النفسية في المدارس والمجتمع المحلي. (قيد الإعداد)

دليل يستهدف المراهقين والشباب، طلاب المرحلة المتوسطة ويهدف إلى زيادة الوعي والمعرفة بمواضيع الصحة النفسية وخاصة المواضيع التي تهمّ هذه الفئة العمرية مثل الاختلاف والهوية والمشكلات النفسية والخوف من المستقبل. يحوي الكتاب أنشطة و تمارين عملية تساعد الطلاب على تطبيق وفهم الفكرة من خلال عمل المجموعات.

- **التواصل مع الأطفال:**

كيف نساعد الأطفال في ظروف الضيق والنزاعات؟

دليل يبحث في المشكلات العملية التي تبرز عند التحدث مع الطفل ومحاولة إقامة اتصال وتواصل معه في ظروف الضيق والنزاعات: كيف نبني الثقة؟ ما العمل عندما نشعر باستياء الطفل أثناء الحديث معه؟ الخ ... يقسم الدليل إلى ١٢ فصلاً مع ملحق حول إدارة ورش العمل ومراجع مفيدة. وتشمل مواضيع الدليل معلومات وخبرات وتمارين في المجالات التالية: إقامة الاتصال، التعارف، الكشف عن المشاعر، التغلب على عقبات الاتصال، تقديم الدعم والنصح، التحدث عن الموت والانفصال، التحدث إلى الأطفال المعوقين، العمل مع مجموعات، التحدث مع العائلة، تنظيم الدعم، إدارة ورشة عمل ... الخ. تأليف نعومي ريتشمان.

- **مساعدة الأطفال في الظروف الصعبة**

دليل للمعلّمين

كتاب عن أهمية العلاقة بين المعلّم والتلميذ، وعن تأثير النزاعات والعنف والظروف الصعبة على الأطفال وعن كيفية دعم الأطفال والمراهقين. دليل للمعلمين العاملين مع الأطفال في ظروف العنف والأوضاع القاسية. وهو يساعد على تمييز وفهم الآثار التي تتركها الحروب والنزاعات الاجتماعية والعنفية على مشاعر الأطفال وتطورهم.

دلّت الخبرة على أنه مفيد في مساعدة جميع الأطفال وكل المعلمين في عملهم اليومي. خطوة نحو السبل الكفيلة بدعم الأطفال الذين خاضوا تجربة العنف والقسوة، مع تشديد على دور المعلم. إعداد: نعومي ريتشمان وديانا بيريرا وآخرين.

• **بيبليوغرافيا الشباب والحياة الصحية**

تترجم قائمة الموارد جهدًا إقليميًا أطلقه «برنامج الشباب والحياة الصحية » بهدف المساهمة في بناء قاعدة بيانات للموارد المتوفرة حاليًا في المنطقة العربية، حول المواضيع المتعلقة بالشباب والمراهقين. تشرح البيبليوغرافيا ١٢١ موردًا، وتعطي معلومات عن اسم المورد والكاتب أو المترجم، ودار النشر وتاريخ الصدور، بالإضافة إلى ملخص موجز عن محتويات المورد.

• **صحتي بالدنيا: الشباب والحياة الصحية – الصحة الجسدية والجنسية**

رزمة من ١٣ كتيّباً بالإضافة إلى مرشد الاستعمال وقرص مدمج حول مواضيع الصحّة الجسديّة والجنسيّة. تتوجّه الرزمة إلى الشباب من عمر ١٣ إلى ١٩ سنة والى الأهل والعاملين مع الشباب بهدف تزويد الشباب بالمعرفة والمهارات التي تحصّنهم وتساعدهم على اختيار السلوكيات السليمة. كما تساعدهم على اكتشاف أجسادهم والتعرّف على التغيرات التي يمرون بها خلال سنوات المراهقة وتوجّههم بطريقة علمية إلى الطريق الأسلم لقبول هذه التغيرات. عناوين الكتيّبات:

١) البلوغ لدى الفتى: على درب البلوغ
٢) البلوغ لدى الفتاة: على درب البلوغ
٣) العادة السرية: علاقة حميمة
٤) الدورة الشهرية: من أسرار البلوغ
٥) غشاء البكارة: رحلة استكشاف
٦) الحمل والولادة والعقم والإجهاض وتنظيم الأسرة: بداية الحياة
٧) الأمراض المنقولة جنسياً: درهم وقاية ولا قنطار علاج
٨) العناية الشخصية: صحّتك بين يديك
٩) التغذية: وقود الجسم
١٠) حب الشباب: حب الشباب
١١) التدخين: هواية أم إدمان
١٢) الرياضة: مضاد اليأس
١٣) الإدمان: حكم موّبد

• **مرشد الاستعمال**

القرص المدمج يحتوي على المادة المرجعية التي اقتبست مادة الأدلة منها بالإضافة إلى قاموس الكلمات الصعبة)نسخة رقمية) وتمارين تفاعلية

• **كاراتيه ورفاقه: ما الذي نريد أن نعرفه عن الإيدز؟**

فيلم من المغامرات بالرسوم المتحركة عن مرض الإيدز والوقاية منه، واستغلال الأطفال + دليل تدريب.

بطل الفيلم «كاراتيه » يقول إن كل إنسان معرّض للإصابة بالإيدز، لذلك يجب أن نحمي أنفسنا ونحمي جميع أصدقائنا. هذا الفيلم يمكن أن يساعدكم في إنقاذ حياة بعض الناس، وهو مهم للغاية للفتيات والفتيان الذين يعيشون في المدن وخصوصا المشردين منهم الذين يعيشون في الشوارع والأطفال المعرّضين للاستغلال الجنسي. ٢١دقيقة. فيديو و DVD

• **سن الذهب**

مغامرات بالرسوم المتحركة عن مخاطر المخدرات واستغلال الأطفال + دليل تدريب

فيلم تشويق ومغامرات من الصور المتحركة للفتيان والفتيات يدور حول الوقاية من تعاطي أو سوء استعمال المواد المخدّرة والحماية منها. هذا الفيلم يمكن أن يلهم كلّ من يرغب في الإصغاء إلى الشباب والشابات)من ٨ إلى ١٤سنة) وكلّ من يريد أن يساعدهم. يروي قصة أطفال يعيشون حياة تعرّضهم للمخدرات والكحول والمواد المخدّرة الأخرى. يساعد هذا الفيلم الشبان والشابات على التحدث عن استعمال المواد المخدّرة وعن حياة التشرّد، وقد يساعدهم على طرح أسئلة من نوع:

- كيف ننظر إلى أنفسنا؟
- كيف يمكن أن نحمي أنفسنا؟
- من هم أصدقاؤنا الحقيقيون؟
- كيف يمكن أن نحمي أنفسنا من المخدرات؟

٢٧ دقيقة. فيديو و DVD

الملحـق ٦

مواقع تتناول مواضيع الصحة النفسية على الشبكة الدولية وفي البلدان العربية

هذه قائمة بالمواقع التي وجدناها مفيدة. تتناول مواضيع الصحة النفسية بشكل عام بينما يتخصّص بعضها الآخر بمسائل نفسية ونفس–اجتماعية محدّدة . تجدون المزيد من المواقع ذات الصلة في ببليوغرافيا الصحة النفسية الصادر عن برنامج الصحة النفسية الإقليمية في ورشة الموارد العربية.

- **www . who . int/topics/mental__health**

صفحة تعنى بمواضيع الصحة النفسية على موقع منظمة الصحة العالمية)باللغات الانكليزية والعربية والاسبانية والفرنسية) يحتوي الموقع على معلومات وأخبار جديدة ومستجدّات وإحصائيات وتطوّرات حول مسائل الصحة النفسية والعقلية

- **www . wfmh . org**

موقع المنتدى العالمي للصحة النفسي. يوفّر الموقع)باللغة الانكليزية(معلومات مفيدة حول الأنشطة والدراسات والأبحاث والمواد المعرفية المختلفة التي تعنى بمسائل الصحة النفسية عالميا.

- **pcc–jer . org**

موقع المركز الفلسطيني للإرشاد)باللغتين العربية والانكليزية (الذي يعرض آخر أخبار أنشطة المركز والمؤسسات العاملة في مجال الصحة النفسية في فلسطين. يحتوي الموقع على معلومات وموارد ومقالات وأبحاث، إضافة إلى روابط إلى مواقع أخرى ذات صلة.

- **www . gcmhp . net/news/index . htm**

موقع برنامج غزة للصحة النفسية (باللغتين العربية والانكليزية) الذي يعرض آخر أخبار

أنشطة المركز والمؤسسات العاملة في مجال الصحة النفسية في فلسطين. يحتوي الموقع على معلومات وموارد ومقالات وأبحاث ويعرض أبرز أنشطة المركز والجمعيات الشريكة في مجال تعزيز الصحة النفسية، كما يحتوي على روابط إلى مواقع أخرى ذات صلة.

- **www . iom . int/jahia/jsp/index . jsp**

موقع المنظمة الدولية للهجرة (باللغة الانكليزية والفرنسية والاسبانية) الذي يعرض أخبار وأنشطة المنظمة عالميا. يحتوي الموقع أيضا على مجموعة من المطبوعات والموارد والتقارير التي تعنى بالمسائل النفس اجتماعية في ظروف الأزمات والنزوح.

- **www . autismspeaks . org**

موقع منظمة Autism Speaks التي تعنى بموضوع التوحّد. يهدف الموقع (باللغة الانكليزية) إلى نشر المعرفة حول مسائل التوحّد من أجل مساعدة من يعانون من التوحّد والمحيطين بهم وتحسين نوعية حياتهم.

- **skoun . org**

موقع المركز اللبناني للإدمان (سكون) الذي يعنى بمسألة الإدمان ويوفّر كافة خدمات الرعاية عن طريق مقاربة شمولية .يوفّر الموقع (باللغة الانكليزية) معلومات عن المخدرات وغيرها من المواد المدمنة إلى جانب مسألة الإدمان وطرق المعالجة المناسبة عن طريق الوقاية والحماية أولاً.

- **www . idraac . org**

موقع مركز إدراك IDRAAC الذي يعنى بالأبحاث والدراسات حول مواضيع الصحة النفسية والطب النفسي في لبنان والبلدان العربية. يوفّر الموقع (باللغة الانكليزية) موارد المعرفة وآخر الأخبار إلى جانب نقاط الاتصال بشركاء المركز وروابط إلى مواقع أخرى.

- **www . mawared . org/yhl**

موقع برنامج الشباب والحياة الصحية في ورشة الموارد العربية (باللغتين العربية والانكليزية). يوفّر الموقع مواد معرفية وأنشطة تفاعلية شيّقة تزوّد الشباب والعاملين معهم بالمعلومات الضرورية لفهم المواضيع المتعلقة بمرحلة المراهقة والتغيّرات المرافقة.

- **www . wellteens . org**

موقع مشروع صحة الشباب الفلسطيني في المخيمات الفلسطينية في لبنان والبلدان العربية.

يوفّر الموقع (باللغتين العربية والانكليزية) معلومات وموارد وأنشطة وأخبار للشباب والأهل والعاملين مع الشباب حول مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية والنفسية.

- **http://www . disabilityresources . org**

موقع يوفّر موارد متنوّعة حول مواضيع «الإعاقة» ومعلومات تساعد الأفراد ذوي الاحتياجات الإضافية ومقدّمي الرعاية على تطوير معارفهم ومهاراتهم في هذا المجال.

- **www . miepvideos . org**

موقع مشروع التربية والتثقيف حول الاضطرابات النفسية. يوفّر الموقع)باللغة الانكليزية(مواد معرفية وبرامج مرتكزة إلى الفيديو من أجل زيادة المعرفة والوعي بالمسائل النفسية والاضطرابات النفسية والعقلية ومحاربة الوصمة المرتبطة بها.