E

الأمم المتحدة

Distr.
GENERAL

E/CN.7/1997/3
17 February 1997
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH

# المجلس الاقتصادي والاجتماعي

**لجنة المخدرات**
الدورة الأربعون
فيينا ، ١٨ - ٢٧ آذار/مارس ١٩٩٧
البند ٥ من جدول الأعمال المؤقت*

## الطلب غير المشروع على المخدرات

## الوضع العالمي لتعاطي المخدرات

## تقرير الأمانة

**ملخص**

يحاول هذا التقرير وصف الوضع العالمي بخصوص تعاطي المخدرات وأنشطة تقليل الطلب التي مارستها الحكومات للوفاء بالأهداف المبينة في المخطط الشامل المتعدد التخصصات للأنشطة المقبلة في مجال مكافحة اساءة استعمال العقاقير . ويستند التقرير بشكل رئيسي الى المعلومات الواردة من الحكومات من خلال استبيانات التقارير السنوية .

ويجري في الوقت الحاضر استعراض هذه الاستبيانات في اطار برنامج الأمم المتحدة المعني بالمكافحة الدولية للمخدرات . ويمكن القول بوجه عام ان تعاطي الأمفيتامينات والقنب والمواد الأفيونية آخذ في الارتفاع فيما يبدو ، بينما ظل تعاطي الكوكايين والمهلوسات مستقرا على مستويات عالية . والقنب هو المخدر الذي بلغ عن تعاطيه أكثر من غيره ، حيث ان جميع مناطق العالم أبلغت عن تعاطيه . ويبدو أيضا أنه أكثر المخدرات انتشارا فيما بين السكان بوجه عام . ومعظم البلدان التي أبلغت عن تعاطي المواد الأفيونية أبلغت أيضا عن اتجاه مطرد في تزايد هذا التعاطي . وأبلغت عدة بلدان عن ازدياد تعاطي العقاقير المخدرة لدى الشباب . وعلاوة على ذلك ، ثمة مؤشرات على أن الشروع في تعاطي المخدرات يقع الآن في سن أبكر من قبل .

واستنادا الى تقارير الحكومات عن تقليل الطلب ، يمكن القول ان الأنشطة المدرسية هي أكثر أشكال الوقاية من تعاطي العقاقير المخدرة انتشارا في العالم . ومع التسليم بأن أطفال الشوارع والمنقطعين عن الدراسة هم أكثر الفئات تعرضا لخطر الوقوع في تعاطي المخدرات ، فلم يبلغ الا عن أنشطة قليلة تستهدف هذه الفئات .

وأفاد معظم البلدان التي أجابت على استبيان التقارير السنوية بأنها تفتقر الى سياسة عامة واضحة بشأن العلاج . فالعلاج يتم في أطر مختلفة . واضافة الى ازالة التسمم الادماني بواسطة الأدوية ، تتوفر في بعض البلدان أيضا نماذج طبية تقليدية ومعالجة بالوخز الإبري . ويمكن القول بوجه عام ان الادماج في المجتمع من جديد هو فيما يبدو أقل جوانب تقليل الطلب حظوة بالاهتمام .

* E/CN.7/1997/1 .

V.97-20800

## المحتويات


| | الفقرات | الصفحة |
|---|---|---|
| مقدمة | ١ | ٤ |
| أولا - مدى تعاطي العقاقير المخدرة وأنماطه في العالم | ٢-٢٥ | ٤ |
| ألف - انتشار تعاطي العقاقير المخدرة حسب نوع العقار | ٢-١٧ | ٤ |
| باء - تعاطي المخدرات بالحقن | ١٨-٢٥ | ٩ |
| ثانيا - الأنماط والاتجاهات المستجدة ، حسب المنطقة | ٢٦-٥٥ | ١٦ |
| ألف - افريقيا | ٢٨-٣٤ | ١٧ |
| باء - القارة الأمريكية | ٣٥-٤٠ | ١٩ |
| جيم - آسيـــا | ٤١-٤٥ | ٢٠ |
| دال - أوروبـــا | ٤٦-٤٨ | ٢١ |
| هاء - الشرق الأدنى والأوسط | ٤٩-٥١ | ٢٣ |
| واو - أوقيانيا | ٥٢-٥٥ | ٢٤ |
| ثالثا - الشباب وتعاطي العقاقير | ٥٦-٦٤ | ٢٥ |
| رابعا - الردود على تعاطي العقاقير | ٦٥-٩٣ | ٢٧ |
| ألف - الردود العامة : الاستراتيجيات | ٦٥-٦٨ | ٢٧ |
| باء - جمع البيانات | ٦٩-٧٥ | ٢٨ |
| جيم - الاستجابات الوقائية | ٧٦-٨٣ | ٢٩ |
| دال - الاستجابة في مجالات المعالجة واعادة التأهيل واعادة الادماج في المجتمع | ٨٤-٩٣ | ٣١ |
| خامسا - التحديات في جمع البيانات عن اساءة استعمال العقاقير المخدرة | ٩٤-١٠٦ | ٣٤ |
| سادسا - المسائل التي ينبغي للجنة المخدرات أن تنظر فيها | ١٠٧-١٠٩ | ٣٧ |


## الخرائـــط


| | | |
|---|---|---|
| ١ - | التوزع الجغرافي للبلدان والأقاليم التي قدمت تقارير الى برنامج الأمم المتحدة المعني بالمكافحة الدولية للمخدرات في عام ١٩٩٥ | ٦ |
| ٢ - | تعاطي القنب في كل ١٠٠ ساكن ، ١٩٩٢ - ١٩٩٥ | ٧ |
| ٣ - | البلدان والأقاليم المبلغة عن تناول المخدرات بالحقن والاصابة بفيروس القصور المناعي البشري لدى متناولي المخدرات بالحقن | ١٣ |

الفقرات الصفحة

## الأشكال

الأول - الاتجاهات المتعلقة بطريقة تناول الهيروين ١٩٩٢-١٩٩٥ . . . . . ١٥

الثاني - افريقيا : اتجاهات تعاطي العقاقير ، ١٩٩٢ - ١٩٩٥ . . . . . ١٨

الثالث - القارة الأمريكية : اتجاهات تعاطي العقاقير ، ١٩٩٢-١٩٩٥ . . . . . ١٩

الرابع - آسيا : اتجاهات تعاطي العقاقير ، ١٩٩٢-١٩٩٥ . . . . . ٢٠

الخامس- أوروبا : اتجاهات تعاطي العقاقير ، ١٩٩٢-١٩٩٥ . . . . . ٢٢

السادس- الشرق الأدنى والأوسط : اتجاهات تعاطي العقاقير ، ١٩٩٢-١٩٩٥ . . . . . ٢٣

السابع - أوقيانيا : اتجاهات تعاطي العقاقير ١٩٩٢-١٩٩٥ . . . . . ٢٤

الثامن - المذيبات الطيارة (المستنشقات) : اتجاهات التعاطي ، حسب المنطقة ، ١٩٩٢-١٩٩٥ . . . . . ٢٧

التاسع - أنواع برامج المعالجة المتاحة . . . . . ٣٣

العاشر - أنواع برامج اعادة الادماج في المجتمع المتاحة . . . . . ٣٤

## الجدول

الجدول - تقديرات نسبة انتشار تعاطي المخدرات ، حسب نوع المخدر وحسب الاقليم أو البلد ، ١٩٩٢-١٩٩٥ . . . . . ١٠

## مقدمة

١ - كل دولة طرف في المعاهدات الدولية لمكافحة المخدرات ملزمة بموجب هذه المعاهدات أن تزود الأمين العام بالمعلومات . ومع أن هذا الالتزام لا يقع على الدول غير الأطراف في المعاهدات ، فهي تشجع على التعاون في هذا المجال . واستبيانات التقارير السنوية هي مصدر المعلومات الرئيسي عن الوضع المتعلق بتعاطي المخدرات وردود الفعل عليه في كل بلد على حدة . كما تتلقى الدول التشجيع على تكميل استبيان تقاريرها السنوية بتقارير تعدها استنادا الى دراسات استقصائية أو غير ذلك من البحوث . ويستند هذا التقرير أساسا الى البيانات الواردة في التقارير السنوية عن عام ١٩٩٥ التي قدمتها الحكومات في النصف الثاني من عام ١٩٩٦ الى أمانة لجنة المخدرات ، مع تكميلها كلما أمكن ذلك ببيانات رسمية أخرى .

## أولا - مدى تعاطي العقاقير المخدرة وأنماطه في العالم

### ألف - انتشار* تعاطي العقاقير المخدرة حسب نوع العقار

٢ - في عام ١٩٩٥ ، قدم ٩٠ بلدا من بين ١٩٢ بلدا متلقيا للاستبيان معلومات عن تقليل الطلب ، في الجزء المتعلق بذلك من استبيان التقارير السنوية ؛ لكن ٣٧ بلدا فقط قدمت أعدادا تقديرية عن متعاطي المخدرات في عام ١٩٩٥ . ولأجل إعداد هذا التقرير ، استكملت الأرقام المتعلقة بعام ١٩٩٥ ببيانات من الأعوام ١٩٩٢ و ١٩٩٣ و ١٩٩٤ ، على افتراض أن البلدان المبلغة عن وقوع تعاط لمخدر معين في تلك الأعوام الأخيرة لديها على الأرجح عدد مماثل من السكان من متعاطي العقاقير المخدرة في عام ١٩٩٥ ، ما لم يشر الى حدوث تغير . وقد حسبت معدلات الانتشار استنادا الى أعداد متعاطي العقاقير المخدرة المبلغ عنها ، حسب تصنيف هذه العقاقير في استبيان التقارير السنوية ،** والأرقام المتعلقة بمجموع عدد السكان في كل سنة مبلغ عنها التي قدمتها شعبة الاحصاء التابعة للأمانة .[١] وتبين الخريطة الأولى التوزع الجغرافي للبلدان والأقاليم التي قدمت تقارير سنوية الى برنامج الأمم المتحدة المعني بالمكافحة الدولية للمخدرات (اليوندسيب) عام ١٩٩٥ .

---

* يستخدم مصطلح "الانتشار" هنا للاشارة الى النسبة المئوية لمتعاطي العقاقير المخدرات من بين مجموع السكان .

** العقاقير مصنفة في استبيان التقارير السنوية على النحو التالي : نوع المواد الأفيونية (الأفيون ، الهيروين ، المورفين ، المواد الأفيونية الأخرى ، المسكنات المستحضرة من مخدرات اصطناعية) ؛ ونوع المواد الكوكايينية (الكوكايين (أساسه وملحه) وعجين الكوكا) ؛ ونوع المواد القنبية ؛ والمهلوسات ؛ ونوع المواد الأمفيتامينية (الأمفيتامين ، الميتامفيتامين ، المواد الأمفيتامينية الأخرى) ؛ وأنواع المسكنات (الباربيتورات والبنزوبيازيبينات والمسكنات الأخرى) ؛ والمخدرات المتعددة (اذا لم تكن مندرجة في الفئات الآنفة الذكر) ؛ والمذيبات الطيارة (المواد المستنشقة) .

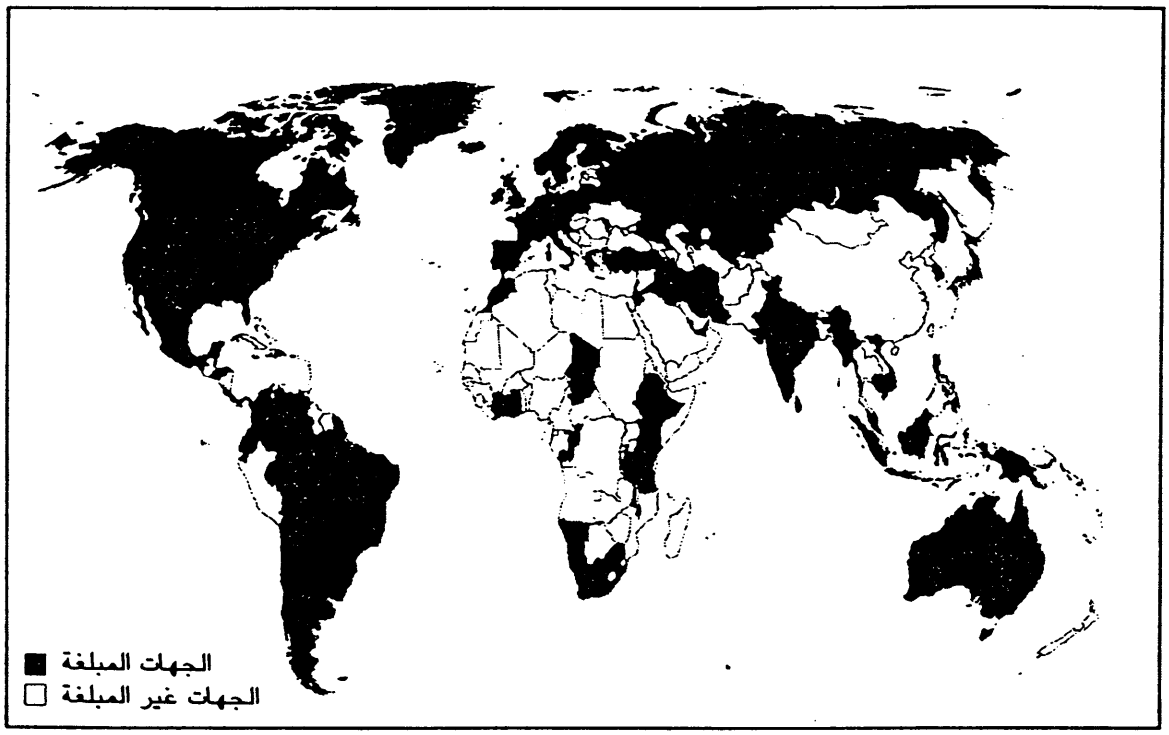
٣ - وينبغي الاشارة الى أن البيانات ليست قابلة للمقارنة المباشرة . فالبلدان المختلفة تجمع بيانات مختلفة ، مستخدمة في ذلك أدوات مختلفة لجمع البيانات ومنطلقة من افتراضات مختلفة بشأن طبيعة المشكلة . ويقدر بعض البلدان عدد متعاطي العقاقير المخدرة سنويا استنادا الى الأرقام التي يقدمها النظام العلاجي ، وتستند بلدان أخرى في تقديراتها الى دراسات استقصائية طبقت نتائجها استقرائيا على بقية السكان . ونظرا لهذا الاختلاف في الأساس المستند اليه للقيام بالتقديرات ولعدم توزع عدد البلدان المبلغة توزعا متكافئا على مناطق العالم ، فليس من الممكن تطبيق الأرقام التي قدمها كل بلد تطبيقا استقرائيا لتقدير المستوى العالمي .

٤ - وتعاطي المخدرات هو بحكم طبيعته تصرف ينطوي على خصوصية وتكتم بالغين . لذلك فان من الأرجح أن يكون تقدير أعداد متعاطي المخدرات ناقصا لا العكس . وعلاوة على ذلك ، يمكن أن يفترض أن معدلات الانتشار العالية بشأن تعاطي مخدر معين تدل على أن المخدر المعني هو في الحقيقة أكثر انتشارا من المخدرات التي بلغ عن معدلات انتشار منخفضة بشأنها . وهكذا يمكن أن يستنتج أنه بالرغم من كون عدد البلدان التي أبلغت عن تعاطي المواد الأفيونية أكثر من غيرها ، فان معدلات الانتشار (تتراوح أعلى المعدلات بين ٩ر٠ و ٨ر١ في المائة) تدل على أن تعاطي المواد الأفيونية أقل انتشارا بين عامة السكان مما هو الحال مثلا فيما يتعلق بتعاطي المسكنات التي تتراوح أعلى نسب انتشارها ما بين ٥ر٥ و ٢٥ في المائة .

٥ - ويقصد بالمخدرات القنبية منتجات قنبية كالحشيش والماريخوانا . وتختلف درجة تركز المادة الفعالة التي هي التيتراهيدروكانابينول اختلافا كبيرا ، حسب الجزء المستخدم من النبتة والمكان الذي نمت فيه النبتة . ويقصد بالحشيش راتينج القنب ، بينما يقصد بالماريخوانا في العادة الأجزاء المجففة من النبتة .

٦ - والقنب هو أكثر مخدر متعاطى يبلغ عنه ، حيث ان جميع مناطق العالم بلغت عن تعاطيه . ووفقا للبيانات الواردة في استبيان التقارير السنوية ، أبلغ ٧٣ بلدا عن عدد من المتعاطين يقدر بزهاء ٥ر٤٨ مليون متعاط . ومن حيث الانتشار السنوي لتعاطي القنب ، فان أوقيانوسيا هي المنطقة الفرعية التي توجد فيها أعلى نسبة انتشار مبلغ عنها (٥ر٢٣ في المائة في بابوا غينيا الجديدة ، و ٤ر١١ في المائة في ولايات ميكرونيزيا الموحدة ، و ٣ر١٠ في المائة في أستراليا) ، بينما توجد أدنى نسب مبلغ عنها في شرقي آسيا وجنوب شرقيها (٧ر٠ في المائة في نيبال و ٢ر٠ في المائة في ملديف) . وتتميز هولندا بنسبة انتشار شهرية مبلغ عنها وقدرها ٤ر٤ في المائة . أما البلدان الأوروبية الأخرى التي توجد فيها معدلات انتشار سنوية عالية فهي سلوفينيا (٤ في المائة) والدانمرك (٣ر٣ في المائة) وسويسرا (٤ر٢ في المائة) وكرواتيا (٩ر١ في المائة) والجمهورية التشيكية (٥ر١ في المائة) وألمانيا (٢ر١ في المائة) والبرتغال (١ في المائة) . وفي الشرق الأوسط ، أبلغت اسرائيل عن نسبة انتشار سنوية عالية (٥ر١ في المائة) . وتبين الخريطة ٢ تعاطي القنب في كل ١٠٠ ساكن .

**الخريطة ١ - التوزع الجغرافي للبلدان والأقاليم التي قدمت تقارير الى برنامج الأمم المتحدة المعني بالمكافحة الدولية للمخدرات في عام ١٩٩٥**



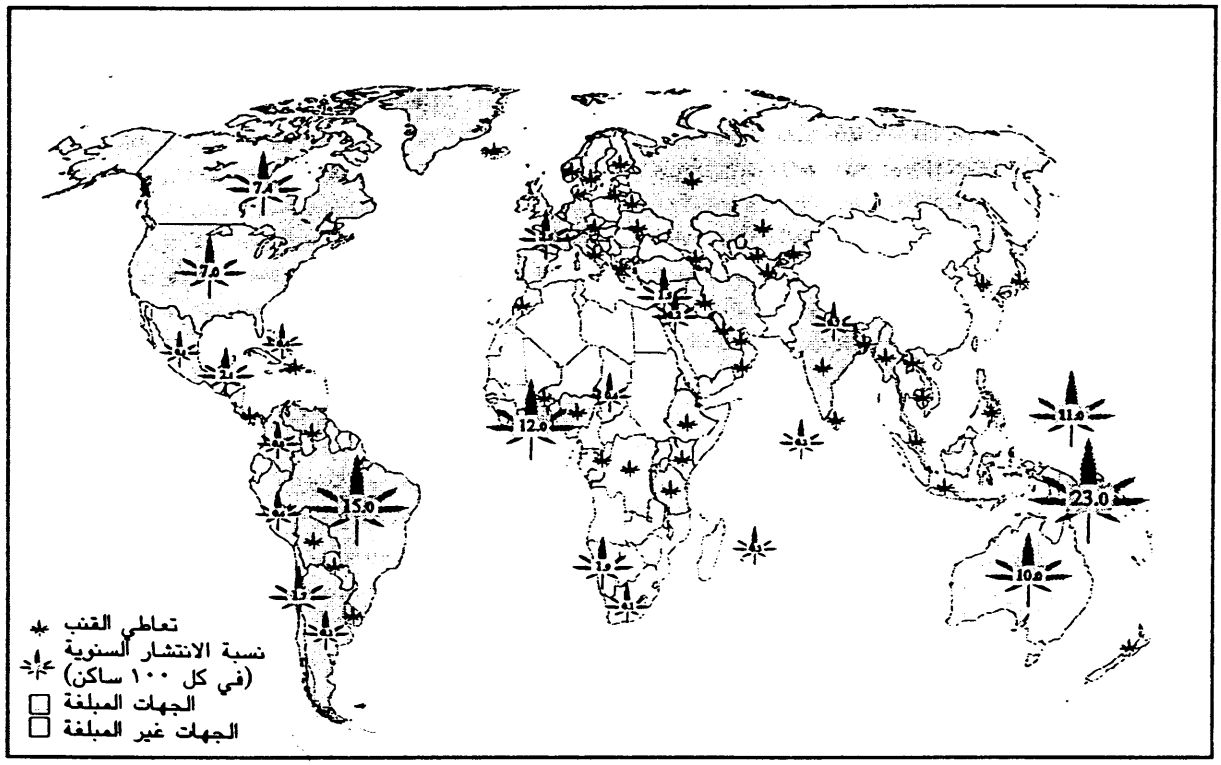

**ملحوظة** : الحدود المبينة في هذه الخريطة لا تنطوي ضمنا على اقرار أو قبول رسمي من جانب الأمم المتحدة .

٧ - وتشمل **المخدرات الأفيونية** ، وفقا للتصنيف الوارد في استبيان التقارير السنوية ، الأفيون والهيروين والمورفين ومواد أفيونية أخرى ومسكنات مستحضرة من مخدرات اصطناعية منها البيتيدين والميبيريدين والميثادون والفنتانيل . وتصلح المخدرات الأفيونية للتخفيف من الآلام وتهدئة الأعصاب ، كما أنها يمكن أن تخفف من آلام الجوع وتقلل من الاحساس بالغثيان والتقيؤ ، ويمكن أن تحدث غبطة في النفس . ومن المعروف جيدا ما ينطوي عليه التشارك في معدات الحقن من مخاطر الاصابة بأمراض كالتهاب الكبد وفيروس القصور المناعي البشري . ويمكن أن يخفي تعاطي المواد الأفيونية مشاكل طبية كامنة كالالتهاب والاصابات بسبب المفعول المسكّن الذي تتسم به هذه المخدرات . ويمكن أن تحدث الوفاة بسبب ضيق التنفس أو السكتة القلبية .

٨ - وتحتل المخدرات الأفيونية المرتبة الثانية من بين أكثر المخدرات المبلغ عن تعاطيها ، حيث ان ٦٩ بلدا أبلغت عن عدد من المتعاطين قدره ٢ر١ مليون شخص . ولكن ، ينبغي الاشارة الى أنه بالرغم من كون عدد البلدان المبلغة عال نسبيا ، لم تقدم عدة بلدان مستهلكة رئيسية للمواد الأفيونية أي تقديرات لعدد

المتعاطين فيها . لذلك ، يمكن افتراض أن عدد المتعاطين المبلغ عنه يمثل عددا تقديريا أقل بكثير من عدد المتعاطين الحقيقي في العالم .

**الخريطة ٢ - تعاطي القنب في كل ١٠٠ ساكن ، ١٩٩٢-١٩٩٥[أ]**




**المصدر** : برنامج الأمم المتحدة المعني بالمكافحة الدولية للمخدرات ، الجزء الثاني ، تعاطي المخدرات ، ١٩٩٢-١٩٩٥ .

**ملحوظة** : الحدود المبينة في هذه الخريطة لا تنطوي ضمنا على اقرار أو قبول رسمي من جانب الأمم المتحدة .

(أ) أحدث الأرقام المقدمة .

٩ - ومعظم البلدان التي أبلغت عن تعاطي المواد الأفيونية أبلغت أيضا عن اتجاه آخذ في الارتفاع باطراد لهذا التعاطي . وقد أبلغت جميع المناطق ، باستثناء منطقة الكاريبي ، عن نسب عالية لتعاطي المواد الأفيونية . فقد أبلغ عن نسبة عالية لانتشار تعاطي الهيروين كل من الولايات المتحدة الأمريكية (٨ر١ في المائة) والبرازيل (١ في المائة) والبرتغال (٦ر٠ في المائة) . وفيما يتعلق بأنواع أخرى من المواد الأفيونية ، أبلغت بوليفيا عن نسبة انتشار سنوية لتعاطي مخدرات اصطناعية مسكنة بلغت ٩ر٠ في المائة ، بينما أبلغت جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية عن نسب انتشار مماثلة بشأن تعاطي الأفيون سنويا ويوميا .

١٠ - ويقصد **بالمسكنات** الباربيتورات والبنزوديازيبينات ومسكنات أخرى كالميثاكوالون . ويمكن أن تنجم الوفاة تسمما عن أخذ جرعة مفرطة من الباربيتورات . وثمة إقبال أكبر على بنزوديازيبينات كالفلونيترازيبام (الروهيبنول) والديازيبام (الفاليوم) والكلورديازيبوكسيد (الليبريوم) .

١١ - وأبلغ ٥٥ بلدا عن تعاطي المسكنات ، فكان عدد متعاطيها يقدر بزهاء ٤٦ر٤ مليون شخص . وأفادت بلدان عديدة بلغت عن استهلاك المخدرات غير المشروع ، بأن هنالك استقرارا تدريجيا في نسبة الاستهلاك . وكان من بين البلدان التي بلغت عن نسبة انتشار سنوية عالية كل من البرازيل (٢٥ في المائة) وبابوا غينيا الجديدة (٩ر٢٢ في المائة) . أما البلدان الأخرى التي بلغت عن نسب انتشار عالية فهي هندوراس (٦ر٧ في المائة) وشيلي (٥ر٥ في المائة) وكولومبيا (٤ر٣ في المائة) وغانا (٣ في المائة) وناميبيا (٢ في المائة) وبوليفيا (٨ر١ في المائة) والمكسيك (٣ر١ في المائة) واسرائيل والولايات المتحدة (١ في المائة في كلتيهما) . وبلغت الدانمرك عن نسبة انتشار يومية قدرها ٧ر٢ في المائة .

١٢ - ويقصد **بالمواد الكوكايينية** الكوكايين (أساسه وملحه) وعجينة الكوكا . والكوكايين محفز للجهاز العصبي المركزي . كما أنه مسكن لآلام محلية . ويمكن تناوله بالتنشق (التشخّر") ، ولكن يمكن أيضا حقنه أو وضعه مباشرة على الغشاء المخاطي . ويمكن أن تؤدي الجرعات المفرطة من الكوكايين الى نوبات تشنجية أو الى شلل القلب أو الحمى العالية .

١٣ - وأبلغ ٥١ بلدا عن تعاطي الكوكايين ، وقدر عدد المتعاطين بزهاء ٩ر١٠ ملايين شخص . ويبدو أن استهلاك الكوكايين آخذ في الاستقرار . أما البلدان التي أبلغت عن نسبة انتشار سنوية عالية فهي الأرجنتين (٤ر٤ في المائة) والبرازيل (٢ في المائة) والولايات المتحدة (٧ر١ في المائة) . ولم يبلّغ عن تعاطي الكوكايين في جنوبي آسيا ووسطها ، ولكن أبلغ عن ضبط كميات من الكوكايين في الهند .

١٤ - ويقصد **بالمواد الأمفيتامينية** الأمفيتامين والميتامفيتامين ("آيس") وغيرهما من الأمفيتامينات . وهي حافزة للجهاز العصبي المركزي وذات مفعول قهمي . ويمكن تناولها على شكل أقراص أو كبسولات أو بواسطة الاستنشاق أو الحقن . ومع الوقت ، يمكن أن يؤدي زوال الاحساس بالجوع أو التعب الى سوء التغذية والاجهاد الكامل والانهيار ، وهذا سبب من أسباب حوادث السير لدى سائقي الشاحنات والحافلات الذين يتعاطون هذه المخدرات . أما العقار ميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين (MDMA) (عقار "النشوة") فله مفعول محفّز ومهلوس .

١٥ - وقدر عدد متعاطي المواد الأمفيتامينية بزهاء ٦ ملايين شخص في البلدان المبلغة عن ذلك وعددها ٣٧ بلدا ؛ وتحتل أوروبا الطليعة في هذا المجال وتليها القارة الأمريكية . وأبلغت أغلبية البلدان بأن الابتلاع هو أكثر طرائق التناول شيوعا ، ويليها الحقن . وكانت هندوراس (٦ر٧ في المائة) والبرازيل (٢ في المائة) واستراليا (٧ر١ في المائة) البلدان التي أبلغت في استبيانات تقاريرها السنوية عن أعلى نسب انتشار سنوية .

١٦ - ويمكن أن تحدث مهلوسات كثاني ايثيلاميد حمض الليسرجيك (ل.س.د.) تغيّرا في حالة الادراك مصحوبا بأحاسيس سمعية و/أو بصرية .

١٧ - وأبلغ ٢٦ بلدا من معظم المناطق ، باستثناء غربي آسيا ، عن وجود قرابة ٩ر٢ مليون متعاط للمهلوسات . أما البلدان التي أبلغت عن أعلى نسب انتشار فهي استراليا (٣ر١ في المائة) والبرازيل والولايات المتحدة (كل منهما دون ١ في المائة) ويتضمن الجدول قائمة بالبلدان التي أبلغت عن نسبة انتشار تعادل أو تفوق ١ر٠ في المائة فيما يتعلق بنوع واحد على الأقل من أنواع المخدرات الآنفة الذكر في الفترة الممتدة من عام ١٩٩٢ الى عام ١٩٩٥ .

## باء - تعاطي المخدرات بالحقن

١٨ - يمثل متعاطو المخدرات بالحقن ثاني فئة كبرى من الفئات المعرضة للاصابة بفيروس القصور المناعي البشري في القارة الأمريكية وفي أوروبا .[٢] وليست ممارسة تناول المخدرات بالحقن مقصورة على الحقن الوريدي ، بل انها تشمل أيضا الحقن داخل العضلة والحقن تحت الجلد . لذلك اعتبر المصطلح العام "تناول المخدرات بالحقن" أنه يجسد بمزيد من الدقة الممارسة والسلوك الراهنين .

١٩ - ولتقديم صورة أضفى للحالة ، كمّلت البيانات المقدمة في استبيانات التقارير السنوية ببيانات أخرى .[٣] وقد أبلغ ١٢١ بلدا واقليما عن تناول المخدرات بالحقن . وأبلغ ٧١ بلدا منها عن حالات اصابة بفيروس القصور المناعي البشري لدى من يعرف عن تناولهم المخدرات بالحقن . وتبين الخريطة ٣ توزع البلدان المبلغة عن تناول المخدرات بالحقن ، وتبرز البلدان التي أبلغت عن حالات اصابة بفيروس القصور المناعي البشري لدى متناولي المخدرات بالحقن .

٢٠ - ومعظم البلدان التي أبلغت عن تناول المخدرات بالحقن أبلغت أيضا عن حقن مخدرات أفيونية (١١٨ من بين ١٢١ بلدا) . وأبلغ عن حقن الكوكايين والأمفيتامين في أفريقيا وشرقي آسيا وجنوب شرقيها وأمريكا الجنوبية وأوروبا الشرقية والغربية . كما أبلغ عن ممارسات تتعلق بحقن المواد الأمفيتامينية في آسيا الوسطى . وأبلغ عن حقن المهلوسات في أوروبا الشرقية وأمريكا الجنوبية .

الجدول - تقديرات نسبة انتشار تعاطي المخدرات ، حسب نوع المخدر وحسب الاقليم أو البلد ، ١٩٩٢-١٩٩٥
(النسبة المئوية لمتعاطي المخدرات من مجموع السكان)

| البلد/الاقليم | المخدرات الأفيونية | المخدرات الكوكايينية | المخدرات القنبية | المهلوسات | المواد الأمفيتامينية | المسكنات | المذيبات الطيارة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **أفريقيا** | | | | | | | |
| تشاد | ٠ر٢ | < | ٠ر٦ | ٠ر١ | ٠ر٥ | ٠ر٥ | ٠ر٢ |
| جنوب أفريقيا | < | < | ٠ر١ | < | < | < | .. |
| غانا | < | < | ٠ر١٢ | .. | < | ٠ر٣ | .. |
| موريشيوس | ٠ر٣ | .. | ٠ر٣ | .. | .. | .. | .. |
| ناميبيا | .. | .. | ٠ر٢ | .. | .. | ٠ر٢ | ٠ر٧ |
| **أمريكا** | | | | | | | |
| الأرجنتين | < | ٤ر٤ | ٠ر٢ | .. | .. | ٠ر٣ | .. |
| البرازيل | < ٠ر١ | ٠ر٢ | ٠ر١٥ | < ٠ر١ | ٠ر٢ | ٠ر٢٥ | ٠ر٥ |
| بوليفيا | ٠ر٩ | ٠ر٢ | .. | < | .. | ١ر٨ | ٢ر٨ |
| بيرو | .. | ٠ر٣ | ٠ر٦ | .. | .. | .. | ٠ر٨ |
| جزر البهاما | .. | < | ٠ر٤ | .. | .. | .. | .. |
| شيلي | ٠ر٢ | ٠ر٤ | ١ر٨ | < | ٠ر٧ | ٥ر٥ | < |
| كندا | .. | ٠ر٧ | ٧ر٤ | ٠ر٩ | ٠ر٢ | .. | .. |
| كولومبيا | < | ٠ر٣ | ٠ر٨ | .. | ٠ر٢ | ٣ر٤ | ٠ر٣ |
| المكسيك | < | ٠ر١ | ٠ر٣ | < | ٠ر٣ | ١ر٣ | ٠ر٢ |
| هندوراس | < | ٠ر٩ | ٢ر١ | .. | ٧ر٦ | ٧ر٦ | .. |

| البلد/الاقليم | المخدرات الأفيونية | المخدرات الكوكايينية | المخدرات القنبية | المهلوسات | المواد الأمفيتامينية | المسكنات | المذيبات الطيارة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| الولايات المتحدة الأمريكية | ١ر٨ | ١ر٧ | ٧ر١ | ٠ر٩ | ٠ر٩ | ١ر٠ | ٠ر٨ |
| **آسيا** | | | | | | | |
| جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية | ٠ر٩[1] | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| ماليزيا | ٠ر١ | .. | < | .. | < | .. | .. |
| ملديف | ٠ر٦ | .. | ٠ر٢ | .. | .. | ٠ر١ | .. |
| نيبال | ٠ر١ | .. | ٠ر٧ | < | .. | < | .. |
| هونغ كونغ | ٠ر٣ | < | < | .. | < | < | < |
| **أوروبا** | | | | | | | |
| ألمانيا | < | ٠ر١ | ١ر٢ | < | ٠ر١ | .. | .. |
| أوكرانيا | ٠ر٣ | .. | .. | .. | .. | .. | < |
| البرتغال | ٠ر٦[1] | < | ١ر٠[1] | .. | < | ٠ر٢[1] | .. |
| الجمهورية التشيكية | < | < | ١ر٥ | ٠ر٢ | ٠ر١ | .. | ٠ر١ |
| الدانمرك | ٠ر٣[1] | ٠ر٣ | ٤ر٣ | .. | ٠ر٦ | ٢ر٧[1] | ٠ر٣ |
| سان مارينو | < | < | ٠ر١ | < | < | < | .. |
| سلوفينيا | ٠ر٣ | .. | < ٠ر٤ | .. | .. | .. | .. |
| السويد | < | < | ٠ر١ | < | ٠ر٢ | < | < |
| سويسرا | ٠ر٣ | ٠ر٤ | ٢ر٤ | .. | .. | .. | .. |
| فنلندا | < | .. | ٠ر٧ | .. | < | ٠ر٥ | .. |

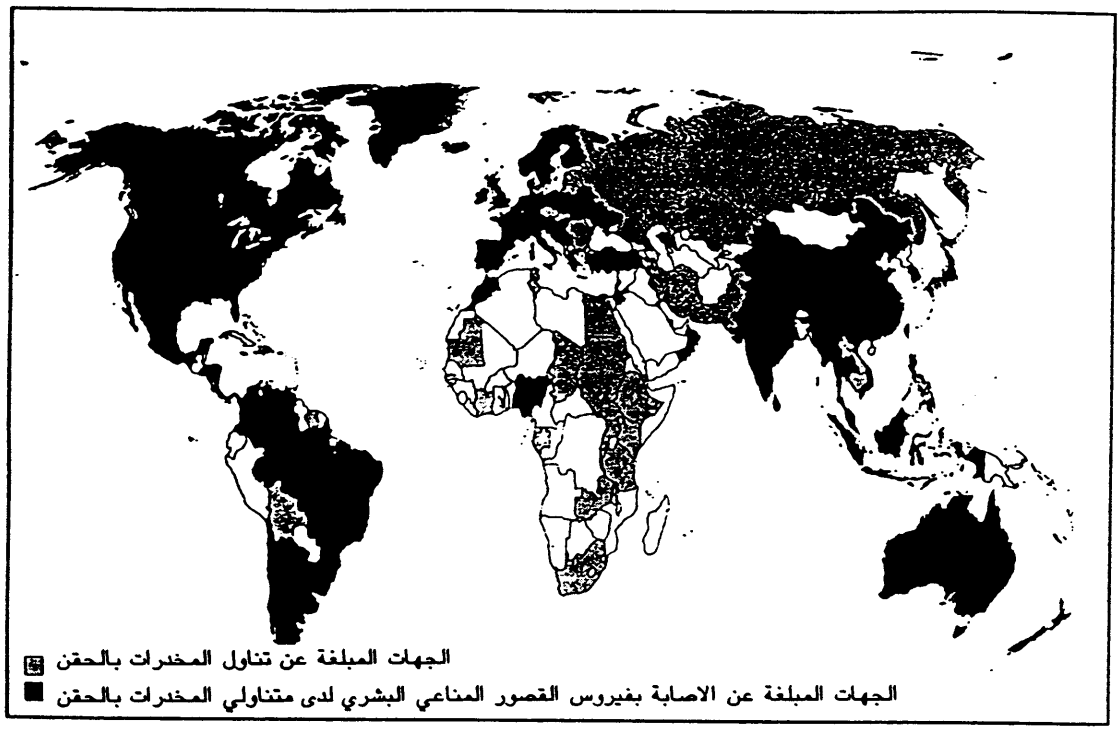
| البلد/الاقليم | المخدرات الأفيونية | المخدرات الكوكايينية | المخدرات القنبية | المهلوسات | المواد الأمفيتامينية | المسكنات | المذيبات الطيارة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| كرواتيا | ٠ر٢ | < | ١ر٩ | < | < | < | ٠ر١ |
| لختنشتاين | < | < | ٠ر٤ | < | < | .. | .. |
| موناكو | < | < | ٠ر٣ | < | < | .. | .. |
| النرويج | ٠ر١ | < | < | .. | < | .. | ٠ر٤ |
| هولندا | ٠ر٢(أ) | .. | ٤ر٤(ب) | .. | .. | .. | .. |
| **الشرق الأدنى والأوسط** | | | | | | | |
| الأردن | ٠ر٢ | < | ٠ر٢ | .. | < | ٠ر٦ | ٠ر١ |
| اسرائيل | ٠ر٣ | ٠ر٢ | ١ر٥ | ٠ر٣ | .. | ١ر٠ | .. |
| **أوقيانوسيا** | | | | | | | |
| أستراليا | ٠ر٣ | ٠ر٧ | ١٠ر٣ | ١ر٣ | ١ر٧ | ٠ر٥ | ٠ر٣ |
| بابوا غينيا الجديدة | .. | < | ٢٣ر٥ | .. | .. | ٢٢ر٩ | < |
| ميكرونيزيا (ولايات - المتحدة) | .. | .. | ١١ر٤ | .. | .. | .. | ٢ر٩ |

**المصدر** : برنامج الأمم المتحدة المعني بالمكافحة الدولية للمخدرات .

**ملحوظات** : كل الأرقام مدورة الى واحد من عشرة (العَشر) ؛ (<) تعني أقل من ٠ر١ .

(أ) تعني التعاطي اليومي .
(ب) تعني التعاطي الشهري .
(..) تعني أن البيانات غير متوفرة .

**الخريطة ٣ - البلدان والأقاليم المبلغة عن تناول المخدرات بالحقن والاصابة بفيروس القصور المناعي البشري لدى متناولي المخدرات بالحقن(أ)**




**المصدران** : برنامج الأمم المتحدة المعني بالمكافحة الدولية للمخدرات ، استبيان التقارير السنوية ، الجزء الثاني ، تعاطي المخدرات (E/NR/1995/2) ؛ AIDS 1994 ، المجلد ٨ .

**ملحوظة** : الحدود المبينة في هذه الخريطة لا تنطوي ضمنا على اقرار أو قبول رسمي من جانب الأمم المتحدة .

(أ) بلغت البلدان التالية عن تناول المخدرات بالحقن . وترد بحروف بارزة أسماء البلدان التي بلغت عن الاصابة بفيروس القصور المناعي البشري لدى متناولي المخدرات بالحقن :

أفريقيا

أثيوبيا
أوغندا
تشاد
تونس
جمهورية تنزانيا المتحدة
جنوب أفريقيا
زامبيا
السنغال
السودان
غابون
كوت ديفوار
كينيا
مصر
المغرب
موريشيوس
نيجيريا

القارة الأمريكية

الأرجنتين
اكوادور
أوروغواي
البرازيل
برمودا
بنما
بورتوريكو
بوليفيا
جامايكا
جزر البهاما
الجمهورية الدومينيكية
السلفادور
سورينام
شيلي
غواتيمالا
فنزويلا
كندا
القارة الأمريكية (تابع)
كوستاريكا
كولومبيا
المكسيك
نيكاراغوا
هايتي
هندوراس
الولايات المتحدة الأمريكية

آسيا

أذربيجان
الأردن
اسرائيل
الامارات العربية المتحدة
اندونيسيا
أوزبكستان
ايران (جمهورية - الاسلامية)
باكستان
البحرين
بنغلاديش
تايلند
تركمانستان
الجمهورية العربية السورية
جمهورية كوريا
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
سري لانكا
سنغافورة
الصين
العراق
عمان
الفلبين
فييت نام
قطر
قيرغيزستان
كازاخستان
الكويت
آسيا (تابع)
ماليزيا
ماكاو
مقاطعة تايوان الصينية
المملكة العربية السعودية
ميانمار
نيبال
الهند
هونغ كونغ
اليابان

أوروبا

الاتحاد الروسي
اسبانيا
استونيا
ألبانيا
ألمانيا
أوكرانيا
ايرلندا
آيسلندا
ايطاليا
البرتغال
بلجيكا
بلغاريا
بولندا
بيلاروس
تركيا
الجمهورية التشيكية
جمهورية مولدوفا
الدانمرك
رومانيا
سان مارينو
سلوفاكيا
سلوفينيا
السويد
سويسرا
أوروبا (تابع)
فرنسا
فنلندا
قبرص
كرواتيا
لاتفيا
لختنشتاين
لكسمبرغ
ليتوانيا
مالطة
المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وايرلندا الشمالية
موناكو
النرويج
النمسا
هنغاريا
هولندا
يوغوسلافيا
اليونان

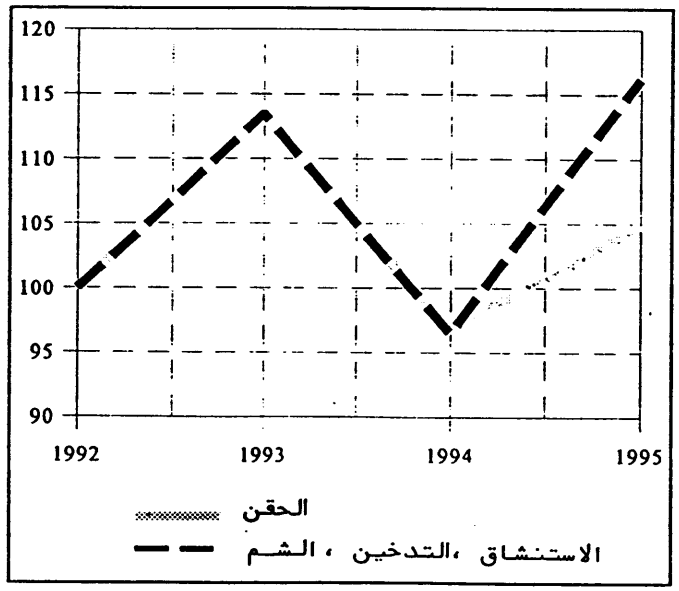
أوقيانوسيا

أستراليا
غوام
فيجي
كاليدونيا الجديدة
ميكرونيزيا (ولايات - المتحدة)
نيوزيلندا

٢١ - ووفقا لبرنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن الايدز (اليونيدز) ، ثمة نسبة تتراوح بين ٥ و ١٠ في المائة من حالات الاصابة بفيروس القصور المناعي البشري ناتجة عن انتقال العدوى بواسطة معدات حقن المخدرات . ويختلف مدى تفشي الاصابة بفيروس القصور المناعي البشري لدى متناولي المخدرات بالحقن من بلد الى آخر ومن منطقة الى أخرى . ففي فييت نام مثلا ، التي استهدف فيها اختبار الاصابة بفيروس القصور المناعي البشري متناولي المخدرات بالحقن ، أكتشف أن ٧٢ في المائة من متناولي المخدرات بالحقن مصابون بفيروس القصور المناعي البشري .(٤) وفيما يتعلق بأوكرانيا ، التي ارتفع فيها عدد الاصابات بفيروس القصور المناعي البشري من ١٨٣ اصابة عام ١٩٩٤ الى ٣٦٠ ٥ اصابة في أيار/مايو ١٩٩٦ ، كان ما نسبته ٧٠ في المائة من المصابين بهذا الفيروس يتعاطون المخدرات بالحقن .(٥)

٢٢ - ومن شأن تقليل عدد الذين يشرعون في حقن المخدرات أن يكبح العدوى بفيروس القصور المناعي البشري الى حد ما . فعندما يتسرب فيروس القصور المناعي البشري الى جماعة محلية من متناولي المخدرات بالحقن ، يظهر احتمال تفشيه بسرعة فائقة . وعلاوة على ذلك ، تصبح هذه المجموعة مصدرا لانتقال الفيروس جنسيا أو بالولادة : فقد كشفت الأبحاث أن من بين النساء اللواتي يمارسن الجنس دون وقاية ، تتعرض اللواتي يمارسن ذلك مع ذكور من حاقني المخدرات لأعلى احتمالات الاصابة بفيروس القصور المناعي البشري .(٦) ويبين الشكل الأول الاتجاهات المبلغ عنها بشأن تناول الهيروين في الفترة الممتدة من عام ١٩٩٢ الى عام ١٩٩٥ .

**الشكل الأول - الاتجاهات المتعلقة بطريقة تناول الهيروين**
**١٩٩٢ - ١٩٩٥**




**المصدر** : استبيانات التقارير السنوية التي تلقاها الأمين العام .

**ملحوظة** : يصحح الشكل وفقا لعدد البلدان والأقاليم المبلغة كل عام .

٢٣ - ويمكن أن يلاحظ من هذا الشكل أن هنالك ارتفاعا طفيفا في انتشار استنشاق الهيروين أو تدخينه أو شمه مقارنة بحقنه ، وربما ساهمت في هذا الوضع عدة عوامل . وقد كشفت البحوث أن بعض الحاقنين تحولوا الى تناول الهيروين بطرائق أخرى غير الحقن بعد أن ازداد الوعي بالمخاطر الصحية المقترنة بتناول المخدرات بالحقن ، ومنها الاصابة بفيروس القصور المناعي البشري أو التهاب الكبد . واضافة الى ذلك ، يتمثل الاتجاه السائد لدى المبتدئين في تعاطي الهيروين في عدم البدء بالحقن . لذلك يمكن أن يكون الازدياد في اتباع ممارسات غير الحقن تجسيدا في الحقيقة للاتجاه المتزايد نحو تعاطي الأفيونات عالميا . ويمكن أن تكون مجموعة متضافرة من هذه العوامل هي التي أسهمت في الاتجاه المجسد في البيانات المتعلقة بعام ١٩٩٥ وما قبله .

٢٤ - وكشفت دراسة مشتركة بين اليوندسيب ومنظمة الصحة العالمية ، وعنوانها "Multi-City Drug Injecting and HIV Study 1994" (دراسة حقن المخدرات وفيروس القصور المناعي البشري في عدة مدن ، ١٩٩٤) ، وهي تتعلق بالسلوك المتمثل في حقن المخدرات والاصابة بفيروس القصور المناعي البشري في ١٣ مدينة ، أن متناولي المخدرات بالحقن يغيرون فعلا سلوكهم نتيجة لما يتوفر لديهم من معلومات عن فيروس القصور المناعي البشري/متلازمة القصور المناعي المكتسب (الإيدز) ولما يتاح لهم من رسائل لتغيير سلوكهم . ولكن ، يبدو أن صد اتجاه الوباء الحالي السائد في الاصابة بفيروس القصور المناعي البشري لدى متناولي المخدرات بالحقن أصعب من الوقاية من هذا الوباء . وينبغي اعتبار البلدان والمناطق الـ ٥٠ التي بلغت عن تناول المخدرات بالحقن دون أن تبلغ عن وجود اصابات بفيروس القصور المناعي البشري لدى متناولي المخدرات بالحقن ، مناطق معرضة جدا لهذا الوباء وفي حاجة الى وضع استراتيجيات ملائمة للوقاية من تفشي فيروس القصور المناعي البشري فيما بين متعاطي المخدرات لديها .

٢٥ - والى جانب فيروس القصور المناعي البشري/الإيدز ، يعد التهاب الكبد والسل أهم اصابتين لدى متناولي المخدرات بالحقن . وكان تواتر الاصابات الحادة بالتهاب الكبد - باء (الذي تبلغ عدواه ١٠ أمثال عدوى فيروس القصور المناعي البشري) منذ زمان بعيد مؤشرا مباشرا لتكاثر تناول المخدرات بالحقن . وفي آونة أحدث عهدا ، بدأ ظهور التهاب الكبد - جيم لدى متناولي المخدرات بالحقن يحدث قلقا . كما إن التهاب الكبد - جيم يسبب التهاب الكبد المزمن والتليف وسرطان الكبد . ويشبه فيروس التهاب الكبد - جيم في جوانب عديدة فيروس القصور المناعي البشري . فالشخص المصاب بفيروس التهاب الكبد - جيم يصبح معديا للآخرين ، ولكن لا يمكن اثبات الاصابة بواسطة تحليل مختبري إلا بعد مرور تسعة شهور على الأقل . وقد استحدثت أساليب اختبار مسحي ، لكنها مكلفة وغير متوفرة عمليا للبلدان النامية المتضررة بصفة خاصة .

## ثانيا - الأنماط والاتجاهات المستجدة ، حسب المنطقة

٢٦ - من بين الدول التي أفادت عن اتجاهات الاستهلاك غير المشروع للعقاقير ، أبلغ زهاء ٦٠ في المائة عن حدوث زيادة أو زيادة كبيرة في هذا الميدان ، وأبلغ ٣٠ في المائة عن استقرار الحالة ، بينما أبلغ ١٠ في المائة عن حدوث نقصان أو نقصان كبير . ويظهر كل عقار نمطا مختلفا . ولكن على وجه الاجمال يبدو أن تعاطي الامفيتامينات والقنب والأفيونيات يتزايد أما تعاطي الكوكايين والمهلوسات فيبدو مستقرا .

٢٧ - والبلدان التي تبلغ عن مضبوطاتها من العقاقير عادة ما تبلغ أيضا ، باستثناءات قليلة ، عن حجم الاستهلاك غير المشروع لأنواع العقاقير ذاتها . ومن تلك الاستثناءات المهدئات من زمرتي البنزوديازيبينات والباربيتورات ، التي تبلغ بلدان كثيرة في أمريكا الجنوبية عن استهلاكها غير المشروع دون أي افادات مقابلة عن المضبوطات . وربما كان هذا عائدا الى أن بعض تلك العقاقير يصنع محليا ، كما قد يكون نتيجة لقصور في إنفاذ القواعد واللوائح الخاصة بوصف تلك العقاقير .

## ألف - افريقيـــا

٢٨ - يتفاوت الرصد المنتظم لحالة تعاطي العقاقير تفاوتا شديدا في افريقيا . والصورة الرئيسية في البلدان المبلغة هي وجود تزايد في تعاطي العقاقير ، ربما باستثناء الكوكايين والمهلوسات ، حيث الصورة أكثر تباينا . ويبين الشكل الثاني اتجاهات التعاطي المبلغ عنه في افريقيا ، حسب نوع العقار ، في الفترة بين عامي ١٩٩٢ و ١٩٩٥ .

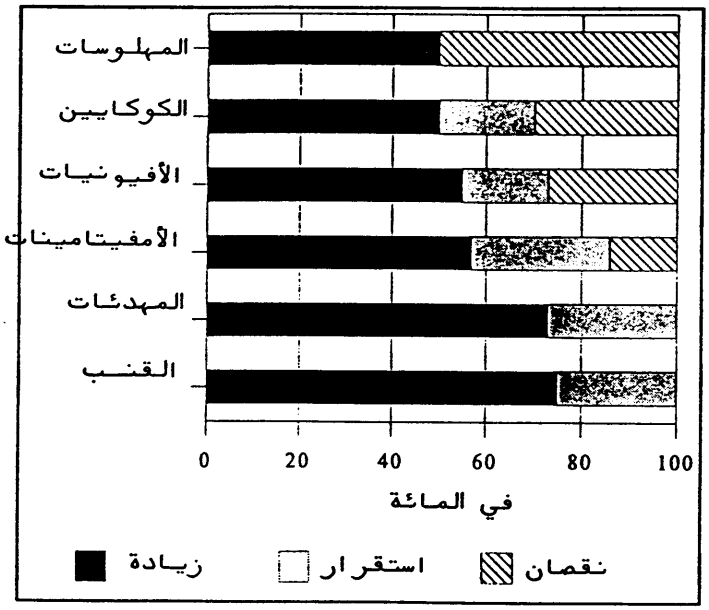
٢٩ - وينمو القنب طبيعيا ويزرع في كثير من البلدان الافريقية . وتعتبر اثيوبيا وجنوب افريقيا والمغرب من أكبر منتجي القنب ، وكثيرا ما تستخدم موانىء افريقيا الشرقية والجنوبية كموانىء عبور لشحنات راتنج القنب من آسيا الى أوروبا أو أمريكا الشمالية . ويستهلك القنب على نطاق واسع في جميع المناطق الفرعية من افريقيا . وفي عام ١٩٩٥ ، أبلغ كل من تشاد والكونغو وكينيا عن زيادة كبيرة في استهلاك القنب . كما أفادت جنوب افريقيا والمغرب وموريشيوس عن تزايد استهلاك القنب . وأفيد عن علو نسب الانتشار في غانا (٢ر١٢ في المائة) وناميبيا (٢ في المائة) . ولم يبلغ عن حدوث أي تناقص في التعاطي ، ولكن بعض البلدان الافريقية أفاد عن استقرار في أحوال التعاطي .

٣٠ - ومما يسهل توفر المؤثرات العقلية عدم وجود ضوابط رقابية فعالة على نظام توريد المستحضرات الصيدلية ، ووجود أسواق غير مشروعة في الأزقة تباع فيها تلك المستحضرات . وأبلغ كل من تشاد وكينيا عن زيادة كبيرة في استهلاك المهدئات في عام ١٩٩٥ ، بينما أبلغت المغرب وجنوب افريقيا عن بعض الازدياد . ولم يبلغ عن حدوث أي نقصان في تعاطي المهدئات في عام ١٩٩٥ . وأبلغت جنوب افريقيا عن تناول غير مشروع بطريق الحقن . وأبلغت غانا عن نسبة عالية ، ولكن مستقرة ، لانتشار التناول غير المشروع للبنزوديازيبينات يوميا (١ر١ في المائة) وسنويا (٩ر٢ في المائة) . وأفادت ناميبيا عن نسبة عالية ، ولكن مستقرة ، لانتشار التناول غير المشروع للميثاكوالون يوميا (٣ر١ في المائة) وسنويا (٩ر١ في المائة) في عام ١٩٩٥ . بيد أنه من المعروف أن الميثاكوالون يستعمل على نطاق واسع في عدد من بلدان المنطقة .

٣١ - وأبلغ كل من تشاد وجنوب افريقيا وكوت ديفوار والكونغو ونيجيريا عن زيادة في الاستهلاك غير المشروع للأمفيتامين . وأبلغت جنوب افريقيا عن تناول العقاقير الأمفيتامينية بطريق الحقن . وأبلغت تشاد عن زيادة كبيرة ، إذ وصلت نسبة انتشار الاستهلاك غير المشروع السنوية الى ٥ر٠ في المائة عام ١٩٩٥ .

٣٢ - أما الاتجاهات المتعلقة بتعاطي المهلوسات فهي متباينة . فقد أبلغ زهاء نصف البلدان عن حدوث نقصان بينما أبلغ النصف الآخر عن حدوث زيادة . وفي تشاد ، حيث أبلغ عن تزايد في التعاطي ، قدرت نسبة الانتشار السنوية بنحو ١٣ر٠ في المائة لعام ١٩٩٥ . كما أبلغت جنوب افريقيا عن زيادة في تعاطي المهلوسات عام ١٩٩٥ .

**الشكل الثاني - افريقيا : اتجاهات تعاطي العقاقير ، ١٩٩٢-١٩٩٥**




**المصدر** : استبيانات التقارير السنوية الواردة الى الأمين العام .

٣٣ - وينقل الهيروين والأفيون المعالج من جنوب غرب آسيا وشرقها وجنوب شرقها الى الموانىء والمطارات الافريقية ثم الى أوروبا وأمريكا الشمالية . وقد أبلغ عن زيادة في الاستهلاك غير المشروع للعقاقير الأفيونية في كل من بوركينا فاصو وتشاد وجنوب افريقيا وغانا وكينيا والمغرب وموريشيوس وناميبيا ونيجيريا . وتشمل العقاقير الأفيونية المبلغ عن استهلاكها بصورة غير مشروعة في افريقيا الهيروين والأفيون والمورفين والمسكنات المخدرة الاصطناعية . وقد أبلغ عن تناول الهيروين بالحقن في كل من اثيوبيا وتشاد وجنوب افريقيا والمغرب وموريشيوس ، وكانت نسب الانتشار السنوية في تشاد (٢ر٠ في المائة) وموريشيوس (٣ر٠ في المائة) مساوية للنسب المبلغ عنها في أوروبا الغربية . وأبلغت المغرب ونيجيريا عن وقوع اصابات بفيروس القصور المناعي البشري بين متناولي العقاقير بطريق الحقن .

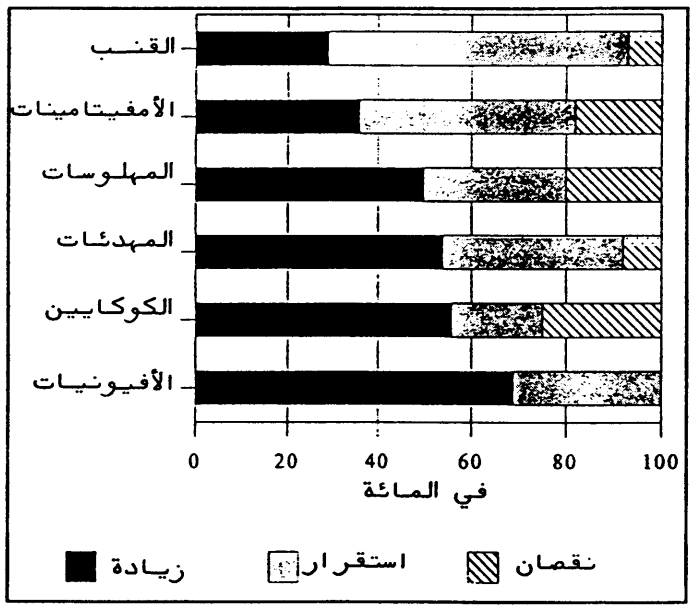
٣٤ - ومع أن الاتجار بالكوكايين انتشر في السنوات الأخيرة في أمريكا الجنوبية عبر افريقيا الشرقية والجنوبية والغربية الى أوروبا ، فإن اتجاهات الاستهلاك ليست واحدة . فقد أبلغ نصف البلدان عن نقصان أو استقرار في التعاطي ، بينما أفاد النصف الآخر عن زيادة فيه . وأفيد عن تزايد استهلاك الكوكايين

والكراك بصورة غير مشروعة في جنوب افريقيا وغانا والكونغو والمغرب وناميبيا ونيجيريا ، بينما أبلغت تشاد عن نقصان كبير في استهلاك الكوكايين . وأبلغت جنوب افريقيا عن وجود ممارسات حقن الكوكايين .

## باء - القارة الأمريكية

٣٥ - النمط الأبرز في القارة الأمريكية هو ازدياد تعاطي الأفيونات الى جانب استقرار تعاطي القنب . ويبين الشكل الثالث اتجاهات التعاطي المبلغ عنها في القارة الأمريكية ، حسب نوع العقار ، بين عامي ١٩٩٢ و ١٩٩٥ .

**الشكل الثالث - القارة الأمريكية : اتجاهات تعاطي العقاقير ، ١٩٩٢-١٩٩٥**




**المصدر** : استبيانات التقارير السنوية الواردة الى الأمين العام

٣٦ - ولم يكتشف وجود أي انتاج للأفيون على أي نطاق ذي شأن إلا في عام ١٩٨٨ . ويبلغ نصيب أمريكا اللاتينية من الانتاج العالمي للأفيون ٢ في المائة . وقد أبلغت الأرجنتين واكوادور وبوليفيا وكوستاريكا وكولومبيا والمكسيك والولايات المتحدة عن ازدياد في تعاطي العقاقير الأفيونية . والبلدان التي أبلغت عن نسب سنوية عالية لانتشار تعاطي الأفيونيات هي الولايات المتحدة (٨ر١ في المائة) والبرازيل وبوليفيا (أدنى قليلا من ١ في المائة) . والى جانب الولايات المتحدة ، أبلغت الأرجنتين وكولومبيا أيضا عن تعاطي الهيروين بطريق الحقن .

٣٧ - وفيما يتعلق بالقنب ، تتفاوت نسبة الانتشار السنوية لعام ١٩٩٥ من ١٥ في المائة (البرازيل) الى ٠٠٨ر٠ في المائة (أوروغواي) . وفي عام ١٩٩٥ ، أبلغت البلدان ذات نسب الانتشار العالية ، مثل الولايات المتحدة (حيث تبلغ نسبة الانتشار ١ر٧ في المائة) ، عن حدوث زيادة كبيرة في تعاطي القنب . كما أبلغت

هندوراس (حيث تبلغ نسبة الانتشار ١ر٢ في المائة) عن زيادة في استهلاك القنب في عام ١٩٩٥ . وباستثناء غرينادا ، لم تبلغ أي بلدان أخرى عن أي نقصان في استهلاك القنب .

٣٨ - وواصل تعاطي الكوكايين ارتفاعه في اكوادور وباراغواي وكوستاريكا وهندوراس والولايات المتحدة . ولكن أفيد عن استقراره في بنما والجمهورية الدومينيكية وكندا ، بل وعن نقصانه في بليز وجزر البهاما وغرينادا وكولومبيا . وأفادت الأرجنتين عن وجود ممارسات حقن الكوكايين .

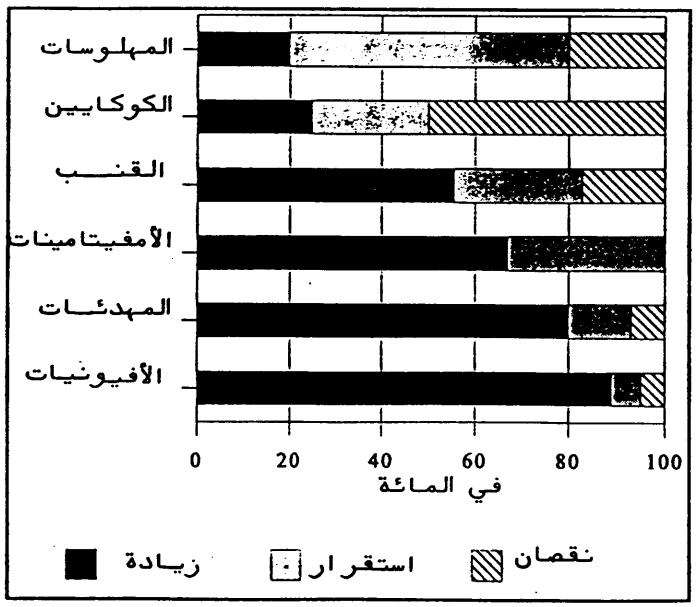
٣٩ - وأبلغت بنما وهندوراس عن استقرار استهلاك المهدئات في عام ١٩٩٥ ، بينما أفادت الأرجنتين والولايات المتحدة عن زيادة في الاستهلاك .

٤٠ - وأبلغت الأرجنتين وبنما وهندوراس عن استقرار في استهلاك المنشطات الأمفيتامينية ، بينما أفادت باراغواي وكولومبيا والولايات المتحدة عن زيادة في الاستهلاك .

## جيم - آسيا

٤١ - الاتجاه العام في آسيا هو ازدياد تعاطي جميع العقاقير باستثناء الكوكايين والمهلوسات . وتتجلى الزيادة على وجه الخصوص في تعاطي العقاقير والمهدئات الأفيونية ، مع أن نسب الانتشار الخاصة بالمهدئات منخفضة نسبيا . ولا تزال المستحضرات الصيدلية المحتوية على المخدرات أو المؤثرات العقلية متاحة على نطاق واسع في كل أنحاء آسيا دون وصفة طبية . ويبين الشكل الرابع اتجاهات التعاطي المبلغ عنها في آسيا ، حسب نوع العقار ، بين عامي ١٩٩٢ و ١٩٩٥ .

**الشكل الرابع - آسيا : اتجاهات تعاطي العقاقير ، ١٩٩٢-١٩٩٥**




**المصدر** : استبيانات التقارير السنوية الواردة الى الأمين العام .

٤٢ - وتمثل زراعة القنب وخشخاش الأفيون وانتاج الأفيون وصنع الهيروين والاتجار الواسع النطاق بالأفيونيات بصورة غير مشروعة أهم المشاكل المتعلقة بالعقاقير في آسيا . ولا تزال آسيا هي المورد الرئيسي للأفيون غير المشروع ، إذ تستأثر بنحو ٩٥ في المائة من الانتاج العالمي . ومع أن تدخين الأفيون والهيروين لا يزال يمثل الطريقة الرئيسية لتناولهما ، فثمة بلاغات متزايدة عن حقن خلاصة قش الخشخاش في البلدان الأعضاء في كومنولث الدول المستقلة . وقد أبلغت اندونيسيا وأوزبكستان وسري لانكا والفلبين وماليزيا والهند في استبيانات تقاريرها السنوية عن وجود ممارسات حقن الهيروين . كما أفاد نصف البلدان المبلغة عن تناول العقاقير بطريق الحقن عن وقوع اصابات بفيروس القصور المناعي البشري بين متعاطي العقاقير بطريق الحقن (انظر الخريطة ٣ ، ص ..) .

٤٣ - ويبدو أن هناك تزايدا في الاستهلاك غير المشروع للمهدئات ، وخصوصا الباربيتيورات والبنزوديازيبينات ، وهذا يمثل ظاهرة مستمرة يمكن عزوها الى عدم وجود رقابة على الوصفات الطبية . وتتجلى هذه الظاهرة أيضا في استمرار تعاطي شراب السعال المحتوي على الكوديين .

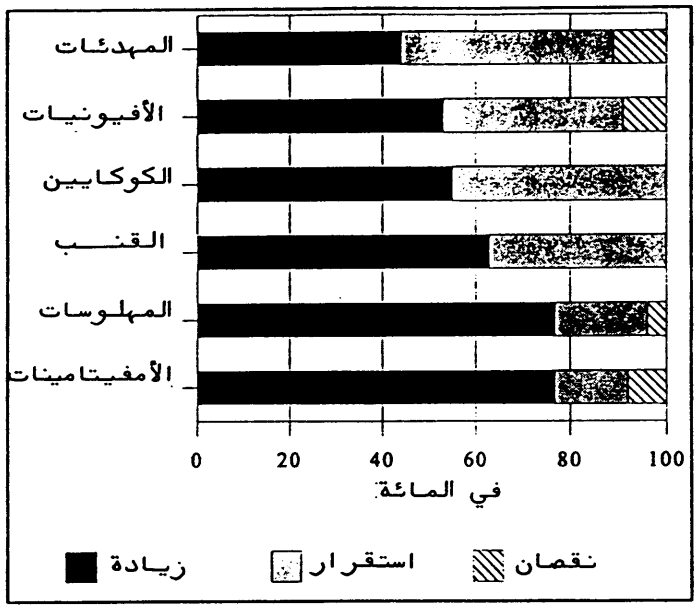
٤٤ - وأفيد عن استقرار تعاطي الكوكايين إلا في اندونيسيا وسنغافورة حيث أبلغ عن حدوث زيادة ، وفي الفلبين حيث أبلغ عن حدوث نقصان شديد .

٤٥ - واستمر تزايد تعاطي الأمفيتامين في اندونيسيا وتايلند وجمهورية كوريا والفلبين والهند وهونغ كونغ واليابان . والعقار الأشيع تعاطيا في الشرق الأقصى هو الميتامفتيامين . وأفادت الفلبين عن حلول الميتامفيتامين (الذي يسمى هناك "شابو") محل القنب كأشيع مادة متعاطاة .

## دال - أوروبـــا

٤٦ - أسهم التحول السريع في أوروبا الوسطى والشرقية والدول الأعضاء في كومنولث الدول المستقلة ودول البلطيق الى ازدياد تعاطي العقاقير في المنطقة . والاتجاهات السائدة في أوروبا هي ازدياد تعاطي الأمفيتامينات (بما فيها "م د م أ" (الميثيلين ديوكسي ميتامفيتامين)) والمهلوسات ثم يليها القنب والكوكايين والأفيونات . ويبين الشكل الخامس اتجاهات التعاطي المبلغ عنها في أوروبا ، حسب نوع العقار ، بين عامي ١٩٩٢ و ١٩٩٥ .

**الشكل الخامس - أوروبا : اتجاهات تعاطي العقاقير ، ١٩٩٢-١٩٩٥**




**المصدر** : استبيانات التقارير السنوية الواردة الى الأمين العام .

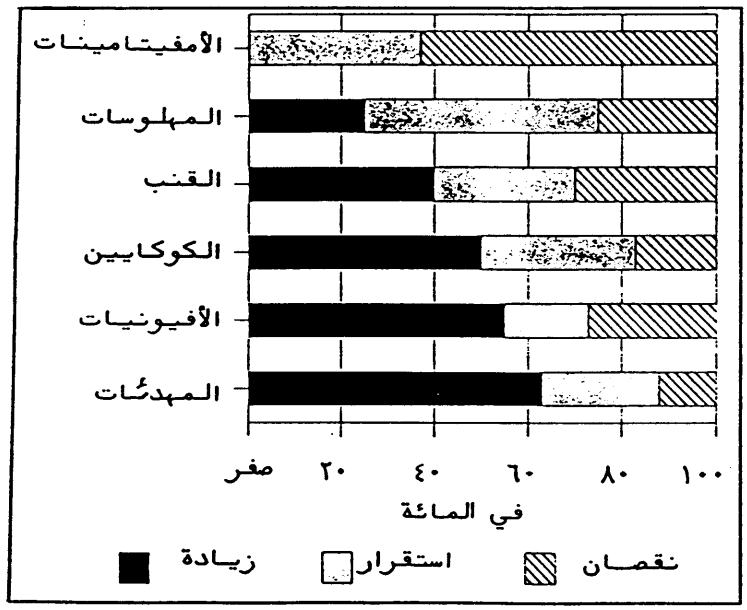
٤٧ - ويستمر تعاطي الأمفيتامينات في أوروبا الغربية . ويستأثر عقار "م د م أ" بأسرع معدلات النمو . والبلدان الأشد تأثرا هي الدانمرك والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وايرلندا الشمالية (حيث تبلغ نسبة الانتشار السنوية ٦ر٠ في المائة) ، تليهما بلدان البنيلوكس والسويد (٢ر٠ في المائة) وألمانيا (١ر٠ في المائة) . وأبلغت ايسلندا وألمانيا وبلجيكا وليتوانيا وليختنشتاين وموناكو عن زيادات كبيرة . وثمة عقار اصطناعي محور آخر ، هو أوكسيدات الصوديوم (غاما هيدروكسي بوتيرات ، المعروف أيضا باسم "Liquid X" أو "فانتاسي") أخذ يظهر في أوروبا . وأبلغ كل من بلجيكا وبيلاورس وجمهورية مولدوفا وليتوانيا عن زيادات كبيرة في تعاطي القنب في عام ١٩٩٥ .

٤٨ - وأفادت ايطاليا والبرتغال وبلجيكا وبيلاروس والجمهورية التشيكية والدانمرك وسويسرا وفرنسا ولكسمبرغ وليختنشتاين والنرويج في استبيانات تقاريرها السنوية عن حالات حقن للهيروين . وأبلغ عن حقن الكوكايين كل من الجمهورية التشيكية وسويسرا وفرنسا ولكسمبرغ وليختنشتاين . وأبلغ عن حقن العقاقير الأمفيتامينية كل من الاتحاد الروسي وبلجيكا وبيلاروس والجمهورية التشيكية وجمهورية مولدوفا والسويد وسويسرا وفرنسا ولكسمبرغ وليتوانيا .

## هاء - الشرق الأدنى والأوسط

٤٩ - كان الابلاغ عن تعاطي العقاقير في هذه المنطقة هزيلا جدا . ويبدو أن الأفيونيات والمهدئات غير الأفيونية هي أهم أنواع العقاقير المتعاطاة في المنطقة ، يليها القنب ثم الكوكايين . وأفيد أن هناك تزايدا في تعاطي الأفيونيات والمهدئات على السواء . وتتفاوت أنماط استهلاك الكوكايين والقنب . ويبين الشكل السادس اتجاهات التعاطي المبلغ عنها في الشرق الأدنى والأوسط ، حسب نوع العقار ، بين عامي ١٩٩٢ و ١٩٩٥ .

**الشكل السادس - الشرق الأدنى والأوسط : اتجاهات تعاطي العقاقير ، ١٩٩٢ - ١٩٩٥**




**المصدر** : استبيانات التقارير السنوية الواردة الى الأمين العام .

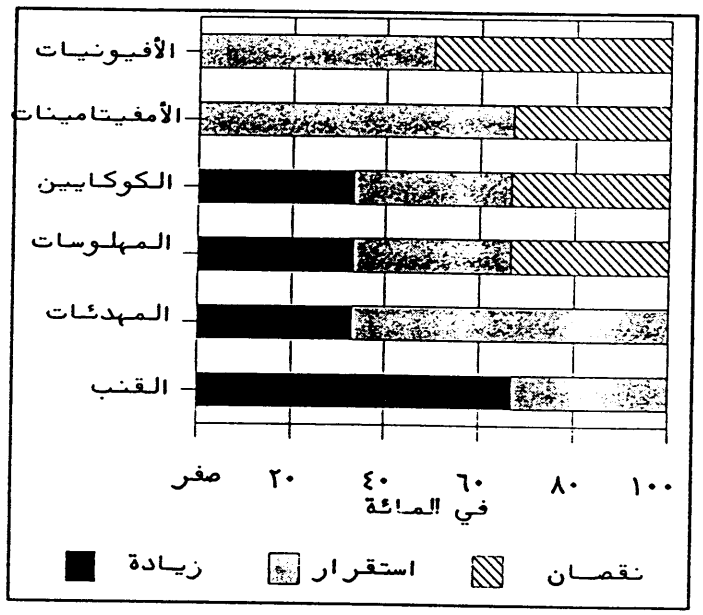
٥٠ - أبلغ عن وجود تعاط للهيروين كل من الأردن واسرائيل والامارات العربية المتحدة وجمهورية ايران الاسلامية والجمهورية العربية السورية والعراق وعمان . وقدرت نسب الانتشار السنوية بنحو ٥ر٠ في المائة لجمهورية ايران الاسلامية و ٢ر٠ في المائة للأردن . وأبلغ كل من الأردن واسرائيل والامارات العربية المتحدة وتركيا وقطر عن وجود ممارسات الحقن .

٥١ - وأفيد عن زيادة تعاطي الكوكايين في اسرائيل وتركيا والجمهورية العربية السورية . ولم يبلغ عن زيادة في الاستهلاك غير المشروع للأمفيتامين .

## واو - أوقيانيا

٥٢ - أشيع العقاقير المبلغ عن تعاطيها في هذه المنطقة الفرعية هو القنب . ولم يبلغ عن أي نقصان في الاستهلاك . وهذا ينطبق أيضا على المهدئات غير الأفيونية . ويبين الشكل السابع اتجاهات التعاطي المبلغ عنها في المنطقة ، حسب نوع العقار ، بين عامي ١٩٩٢ و ١٩٩٥ .

**الشكل السابع - أوقيانيا : اتجاهات تعاطي العقاقير**
**١٩٩٢ - ١٩٩٥**




**المصدر** : استبيانات التقارير السنوية الواردة الى الأمين العام .

٥٣ - وأبلغ كل من بابوا غينيا الجديدة وفيجي ونيوزيلندا وولايات ميكرونيزيا الموحدة عن تزايد في استهلاك القنب . وقدرت نسبة الانتشار السنوية بنحو ٣ر١٠ في المائة في استراليا ، و ٤ر١١ في المائة في ولايات ميكرونيزيا الموحدة ، و ٥ر٢٣ في المائة في بابوا غينيا الجديدة . وبينما أبلغت استراليا ونيوزيلندا عن استقرار في استهلاك الكوكايين ، أفادت بابوا غينيا الجديدة بحدوث زيادة في الاستهلاك بين عامي ١٩٩٢ و ١٩٩٥ .

٥٤ - وفي استراليا ، لا يزال الأمفيتامين هو أشيع العقاقير غير المشروعة تعاطيا بعد القنب . وأفيد عن رواج عقار "إكستاسي" بين رواد حفلات "الريف" .

٥٥ - واستراليا هي البلد الوحيد في المنطقة الذي أبلغ عن تعاطي عقاقير غير أفيونية . بيد أن الموقع الجغرافي لأوقيانيا ، باعتبارها معبرا للعقاقير بين المنتجين في آسيا والأسواق في القارة الأمريكية يجعلها معرضة للمخاطر .

## ثالثا - الشباب وتعاطي العقاقير

٥٦ - تعرّف اتفاقية حقوق الطفل (مرفق قرار الجمعية العامة ٢٥/٤٤) الطفل بأنه كل انسان لم يتجاوز الثامنة عشرة من العمر . وهذا التعريف هو اعتراف بأن الناشيء معرض للأذى بدنيا ونفسانيا . ومن ثم ، يحتاج الأطفال والمراهقون الى حماية من أي ظروف قد تؤذي صحتهم ونموهم ، مثل تشغيل الأطفال والمواد المحدثة للارتهان . وتنص المادة ٣٣ من اتفاقية حقوق الطفل على أن :

"تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة ، بما في ذلك التدابير التشريعية والادارية والاجتماعية والتربوية ، لوقاية الأطفال من الاستخدام غير المشروع للمواد المخدرة والمواد الموثرة على العقل ، حسبما تحددت في المعاهدات الدولية ذات الصلة ، ولمنع استخدام الأطفال في انتاج مثل هذه المواد بطريقة غير مشروعة والاتجار بها ."

٥٧ - ويبدو أن تعاطي العقاقير يتزايد بين صفوف الشباب في معظم أنحاء العالم . وقد أبلغت بلدان أوروبية كثيرة عن زيادة في تعاطي القنب . وعلى سبيل المثال أبلغت الولايات المتحدة عن اتجاه تصاعدي في تناول الماريوانا بين طلبة الصفين الحادي عشر والثاني عشر في الفترة بين عامي ١٩٩٢ و ١٩٩٥ ، وعن تضاعف نسبة الانتشار بين طلبة الصف الثامن أثناء الفترة ذاتها .(٧) ومع أنه يصعب الحصول على الأعداد الفعلية للمتعاطين ، فقد أفادت حكومات من أفريقيا وأوقيانيا بأن هناك تزايدا في تعاطي القنب بين صفوف الشباب ، اضافة الى الاستهلاك التقليدي للقنب من جانب الأشخاص الأكبر سنا .

٥٨ - ويتزايد تعاطي العقاقير الأفيونية في جميع مناطق العالم تقريبا ، وبصفة خاصة في أوروبا وأمريكا الشمالية . فعلى سبيل المثال ، أفادت سلوفاكيا عن حدوث زيادة سريعة في تعاطي الهيروين منذ عام ١٩٩٠ ، خصوصا بين صفوف الشباب .(٥) وقد أبلغت بلدان آسيا الوسطى بالفعل عن تزايد تعاطي الأفيونيات ، خصوصا بين صفوف الشباب . والشكل الأشيع للتعاطي في تلك البلدان هو حقن خلاصة قش الخشخاش . وفي الولايات المتحدة ، ارتفعت نسبة انتشار تعاطي الهيروين بين طلبة الصف الثامن من ٧ر٠ في المائة عام ١٩٩٢ الى ٤ر١ في المائة عام ١٩٩٥ .(٧)

٥٩ - وثمة عدد كبير ومتزايد من متناولي المنشطات الأمفيتامينية لأغراض "الترويح عن النفس" ، ونسبة هؤلاء متماثلة بين الذكور والاناث . وفي تايلند ، حيث يقدر عدد متعاطي الأمفيتامينات بنحو ٠٠٠ ٢٦٠ ، يثير تزايد تعاطي الأمفيتامينات بين صفوف المراهقين قلق السلطات الوطنية .(٥)

٦٠ - وعلى الصعيد العالمي ، تتوفر العقاقير بدرجة أكبر ، ويتزايد تنوعها في الوقت ذاته . وأخذت أنماط تعاطي العقاقير تصبح أكثر اتساقا في أنحاء العالم المختلفة . فمن خلال وسائط اعلامية مثل الاذاعة

والتلفزة وحفلات الموسيقى وشرائط الفيديو ومجلات الشباب وتكنولوجيا المعلومات ، تطلع نسبة لا بأس بها من شباب العالم على ثقافة أكثر تسامحا تجاه تناول العقاقير . ولم يعد بامكان المرء أن يدعي بأن تعاطي العقاقير ينحصر بين صفوف الفئات المهمشة من الشباب أو في العالم الصناعي الغربي أساسا .

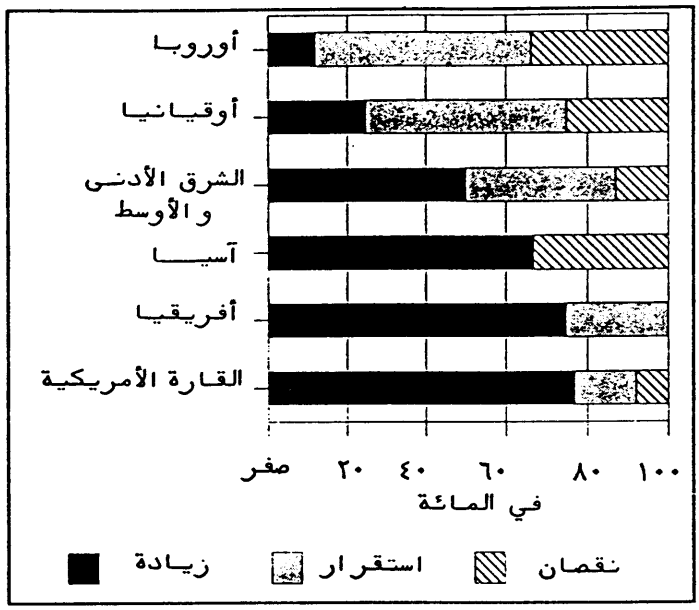
٦١ - وعلاوة على ذلك ، ثمة دلائل على أن دخول عالم تعاطي العقاقير أصبح غالبا ما يجري في سن أبكر من ذي قبل . وباستثناء الكوكايين والمهدئات ، أخذ ملتمسو العلاج من مشاكل تعاطي العقاقير يصبحون أصغر سنا . ويلاحظ هذا الاتجاه خصوصا بين ملتمسي العلاج من تعاطي الأفيونيات ؛ ففي عام ١٩٩٥ ، كان عدد الشباب في الفئة العمرية ١٥ - ١٩ سنة الذين دخلوا مرافق العلاج أكثر ممن دخلوا تلك المرافق في السنوات الثلاث السابقة (١٩٩٢ - ١٩٩٤) . وفي الولايات المتحدة ، كان قرابة ثلثي متعاطي عقار "إل. إس. دي" الذين التمسوا العلاج في عام ١٩٩٥ دون سن العشرين .(٥)

٦٢ - ومما يثير قلقا بالغا تزايد الاقبال على عقاقير مثل الميتامفيتامين و"إكستاسي" وغيرهما من المنشطات الأمفيتامينية في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية وفي بعض بلدان أوروبا الشرقية وشرق وجنوب شرق آسيا . وترتبط هذه العقاقير في بعض البلدان ارتباطا وثيقا بأجواء "الريف" أو الحفلات الراقصة التي تجتنب الشباب بشدة . ومن المفارقات أن هذه العقاقير ، رغم ما قد تسببه من أذى ، بما في ذلك عزو عدة وفيات الى تعاطي عقار "إكستاسي" ، لا تزال تحظى بسمعة أفضل من المنشطات النباتية المنشأ .

٦٣ - وزعم أن هناك عوامل خاصة معينة وراء الاقبال المتزايد على المنشطات الأمفيتامينية ، مثل تنامي التنافسية في المجتمع ، مع ما تستتبعه ذلك من تزايد الحاجة الى درجات أعلى فأعلى من الحفز وضعف الروابط الأسرية وتراجع في أنساق المعتقدات التقليدية . ومن البديهي أنه لا بد لاستراتيجيات الوقاية من أخذ هذه العوامل بعين الاعتبار ، كما ينبغي أن يقوم الشباب أنفسهم بدور محوري في صوغ تدابير الوقاية وتنفيذها ضمانا لوصول تلك التدابير الى الفئات المستهدفة .

٦٤ - والمذيبات الطيارة (المستنشقات) ليست خاضعة لتدابير الرقابة الدولية ، ولكنها يمكن أن تكون بمثابة بوابة الى تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية ، خصوصا بين الفتية الصغار الذين يواجهون ظروفا بالغة الصعوبة ، مثل أولاد الأزقة . وفي المملكة المتحدة مثلا ، ينحصر تعاطي المذيبات أساسا في صفوف الأولاد بين الثانية عشرة والسابعة عشرة من العمر ، ويبلغ ذروته حوالي سن الرابعة عشرة أو الخامسة عشرة . وتقدر نسبة تناول المواد الطيارة لمرة واحدة على الأقل على مدى الحياة بين المراهقين على نطاق العالم بين ٤ و ٢٤ في المائة . ويبين الشكل الثامن الاتجاهات المبلغ عنها في تعاطي المذيبات الطيارة (المستنشقات) ، حسب المنطقة ، بين عامي ١٩٩٢ و ١٩٩٥ .

**الشكل الثامن - المذيبات الطيارة (المستنشقات) : اتجاهات التعاطي ، حسب المنطقة ، ١٩٩٢ - ١٩٩٥**




**المصدر** : استبيانات التقارير السنوية الواردة الى الأمين العام .

## رابعا - الردود على تعاطي العقاقير

### ألف - الردود العامة : الاستراتيجيات

٦٥ - في قرارها ١١٢/٤٢ المؤرخ ٧ كانون الأول/ديسمبر ١٩٨٧ ، حثت الجمعية العامة الحكومات على أن تأخذ في الاعتبار ، لدى صوغ برامجها الخاصة بمكافحة تعاطي العقاقير والاتجار غير المشروع بها ، الاطار الذي يوفره المخطط الشامل المتعدد التخصصات للأنشطة المقبلة في ميدان مكافحة اساءة استعمال العقاقير .[٨] وفي الفقرة ١٥ من برنامج العمل العالمي ، الذي اعتمدته الجمعية العامة في قرارها د إ - ٢/١٧ المؤرخ ٢٣ شباط/فبراير ١٩٩٠ والوارد في مرفق ذلك القرار ، طلبت الجمعية الى الأمانة أن ترسل بحلول ٣١ كانون الأول/ديسمبر من كل سنة ، الى جميع الحكومات استبيانا مقتضبا تطلب فيه معلومات مفصلة عن الاجراءات المتخذة بشأن الأهداف السبعة المحددة في الفصل الأول من المخطط الشامل المتعدد التخصصات ، تشمل أنشطة جمع البيانات وأنشطة الوقاية . وتتضمن الصيغة المنقحة للجزء الثاني من استبيان التقارير السنوية ، التي بدأ العمل بها في عام ١٩٩٢ ، تلك الأسئلة وأسئلة تتعلق بالأهداف العلاجية السبعة التي أدرجتها لجنة المخدرات في المخطط الشامل المتعدد التخصصات .

٦٦ - ويرد في هذا الفصل عرض للاجراءات المتخذة استجابة لتوصيات المخطط الشامل المتعدد التخصصات ، حسبما أفادت عنها الحكومات من خلال استبيان التقارير السنوية . ولم تقدم الحكومات كثيرا

من التفاصيل بهذا الشأن . وربما كان من أسباب ذلك أن مسؤولية تنفيذ أنشطة خفض الطلب كثيرا ما تسند لامركزيا الى الهيئات المحلية وأن هذه الأنشطة تقوم بها أيضا هيئات أهلية . ومع ذلك ، يتبين من استعراض الردود وجود اتجاهات معينة في البلدان المختلفة فيما يتعلق بالوقاية والعلاج واعادة التأهيل .

٦٧ - ويشدد المخطط الشامل المتعددة التخصصات على ضرورة اتباع نهج متوازن في معالجة مسائل الطلب والعرض والاتجار غير المشروع . وهذا يعني اشراك فروع كثيرة من الجهاز الحكومي الوطني ، وكذلك مؤسسات التعليم العالي وهيئات البحوث وغيرها من الهيئات الأكاديمية ومؤسسات القطاع الخاص .

٦٨ - وتبين المعلومات المقدمة من خلال استبيانات التقارير السنوية أن بلدانا كثيرة قد أصبح لديها هيئة تنسيق معنية بشؤون تعاطي العقاقير ومكافحتها . بيد أن الشوط لا يزال بعيدا الى حين وجود استراتيجية وطنية واضحة المعالم في جميع البلدان تعالج مسألة التوازن بين عرض العقاقير والطلب عليها ، حتى في البلدان التي توجد فيها بالفعل هيئة وطنية معنية بتنسيق شؤون مكافحة العقاقير ، وقد أفادت حكومات كثيرة ، عما تواجهه في أداء مهامها من تحديات ناشئة عن معوقات الميزانية ونقص الموارد البشرية .

## باء - جمع البيانات

٦٩ - يتناول الهدفان ١ و ٢ من المخطط الشامل المتعدد التخصصات موضوعي تقييم مدى اساءة استعمال العقاقير المخدرة وتعاطيها ، وتنظيم شبكات شاملة لجمع البيانات وتقييمها . ويقترح المخطط أن البلدان التي تفتقر الى نظم لتقدير مدى اساءة استعمال العقاقير وتعاطيها يمكنها أن تستحدث تلك النظم على مراحل ، وأنه ينبغي انشاء برامج تدريبية للموظفين المعنيين بجمع البيانات وتحليلها . ويوصي المخطط علاوة على ذلك بأن تتخذ البلدان الترتيبات اللازمة لجمع البيانات النظامي عن الفئات الفرعية من السكان من متعاطي العقاقير المخدرة من سجلات الشرطة وسجلات الوفيات وسجلات غرف الطوارىء في المستشفيات ومراكز معالجة الادمان على العقاقير المخدرة وسجلات السجون ومستشفيات الأمراض العقلية والعيادات النفسية وسجلات الضمان الاجتماعي ومنظمات الرعاية الاجتماعية وما الى ذلك .

٧٠ - ومن أصل ٩٠ بلدا أجابت على استبيانات التقارير السنوية ، أبلغ ٢٩ بلدا بأن لديه نوعا ما من أنواع سجلات بيانات اساءة استعمال العقاقير ، أو شكلا ما من أشكال النظم المركزية أو الوطنية لجمع البيانات عن اساءة استعمال العقاقير المخدرة . ويقع ١٤ بلدا من تلك البلدان في أوروبا الغربية والوسطى ، و ٧ بلدان في آسيا ، و ٥ بلدان في القارة الأمريكية . وأبلغ اثنان من البلدان في الشرقين الأدنى والأوسط ، وبلد واحد في افريقيا ، بأن لديها مثل هذه الشبكة لبيانات اساءة استعمال العقاقير المخدرة .

٧١ - ويلاحظ أن الموارد والقدرات المتاحة تتباين جدا فيما بين البلدان التي لديها شبكة وطنية لجمع البيانات عن اساءة استعمال العقاقير المخدرة . ففي بعضها توجد نواة جوهرية من الموظفين مع المرافق الحاسوبية ؛ ويفتقر بعضها الآخر الى التمويل والتدريب للموظفين على المهارات الأساسية اللازمة للحفاظ على شبكة من هذا النحو . وأبلغ معظم البلدان عن الحاجة الى تحسين التنسيق فيما بين مختلف القطاعات المراد جمع البيانات منها . وثمة أدلة تبين عدم التشارك في المعلومات فيما بين مختلف الأجهزة المسؤولة

عن جمع البيانات عن تعاطي العقاقير المخدرة والأجهزة التي تحوز عناصر مختلفة من تلك البيانات . وعاقبة ذلك أن الشبكات الوطنية القائمة حاليا تتسم باحتوائها على بيانات ناقصة .

٧٢ - كما يلاحظ أن ثمة جملة من الأسباب المتباينة التي تعطى تفسيرا لعدم وجود شبكة وطنية لجمع البيانات عن اساءة استعمال العقاقير المخدرة في بعض البلدان المعينة . فقد أبلغ بعض البلدان عن عدم وجود تعاط للعقاقير المخدرة كظاهرة لديه ، ومن ثم فليس لديه شبكة لجمع البيانات عن اساءة استعمال العقاقير المخدرة . وفي بعضها الآخر ثمة حاجة مسلم بها الى انشاء مثل هذه الشبكات ، ولكن تنعدم الموارد اللازمة لذلك .

٧٣ - وتجدر الاشارة الى ان وجود شبكة وطنية لجمع البيانات عن اساءة استعمال العقاقير المخدرة هو احدى الطرق المتبعة في جمع البيانات الاعتيادي عن اساءة استعمال العقاقير المخدرة . وقد أبلغ ٢٩ بلدا عن اجراء دراسات دورية أو لمرة واحدة كتكملة لسد الفجوات في البيانات ، أو كمحاولة للتعويض عن الافتقار الى شبكة لجمع البيانات الاعتيادي . كما أبلغ ما مجموعه ١٣ بلدا في أوروبا و ٨ بلدان في القارة الأمريكية و ٤ بلدان في الشرقين الأدنى والأوسط و ٣ في أفريقيا وبلد واحد في آسيا ، عن اجراء دراسات استقصائية مرة واحدة أو أحيانا .

٧٤ - أما النوع الآخر من أكثر الدراسات التي تجرى في هذا الصدد فهو الدراسات النوعية أو الوصفية عن اساءة استعمال العقاقير المخدرة وتعاطيها ، أي الدراسات التي تسعى الى وصف الناس أو الأحوال بدلا من التركيز على الأعداد أو الاحصائيات . ومما مجموعه ٢٠ بلدا من البلدان التي أبلغت عن اجراء دراسات من هذا النحو عن اساءة استعمال العقاقير المخدرة ، ثمة ٩ بلدان منها في أوروبا و ٦ بلدان في القارة الأمريكية و ٤ بلدان في أفريقيا وبلد واحد في آسيا . وأما الدراسات الاستقصائية عن مواقف عامة السكان أو السكان المستهدفين ، فقد أبلغ عن اجرائها ١٧ بلدا ، منها ٩ بلدان في أفريقيا و ٤ بلدان في القارة الأمريكية و ٣ بلدان في أفريقيا وبلد واحد في منطقة الشرقين الأدنى والأوسط .

٧٥ - وأبلغت ٤ بلدان عن اجراء دراسات عن التكلفة الاقتصادية التي يتكبدها المجتمع والأفراد من جراء اساءة استعمال العقاقير المخدرة ، منها بلدان في أوروبا وواحد في القارة الأمريكية وواحد في آسيا .

## جيم - الاستجابات الوقائية

٧٦ - تتناول الأهداف ٣ الى ٧ من المخطط الشامل المتعدد التخصصات موضوع الوقاية . ويوصي المخطط بجملة أمور ، منها استحداث مناهج دراسية ومواد تربوية بشأن الوقاية من اساءة استعمال العقاقير المخدرة لجميع مراحل المؤسسات التعليمية ، والتركيز على منافع اتباع أسلوب حياة صحي خال من العقاقير . كما يعتبر من الأمور الأساسية في هذا الصدد تثقيف المعلمين وحفز دوافعهم . ويوصي المخطط أيضا بأن تروج السلطات الحكومية المحلية لمزاولة أنشطة أوقات الفراغ دون اللجوء الى العقاقير المخدرة ، كالأنشطة الثقافية والرياضية المتحررة من العقاقير . كما ينبغي للجماعات المدنية ، وخاصة الجماعات المعنية مباشرة بالشباب ، نشر المعلومات عن مخاطر اساءة استعمال العقاقير المخدرة ، وينبغي لأجهزة انفاذ

القوانين أن تشارك ، بحسب الاقتضاء ، في الأنشطة الاعلامية . وكذلك يوصي المخطط بالطلب الى المنظمات الطوعية تقديم المساعدة في مجالات التثقيف الوقائي واسداء المشورة والتوجيه والمعالجة واعادة التأهيل .

٧٧ - أما فيما يتعلق بالوقاية في مكان العمل ، فيقترح المخطط الشامل المتعدد التخصصات تنظيم حلقات عمل تدريبية للمشرفين وواضعي البرامج وغيرهم ، وتعميم المعلومات في أماكن العمل والتحذير من مخاطر اساءة استعمال العقاقير المخدرة . كما ينبغي لمنظمات أصحاب العمل والعمال وضع برامج عمل مشتركة تثني العاملين عن اللجوء الى تعاطي العقاقير المخدرة .

٧٨ - وعلاوة على ذلك ، يوصي المخطط بعقد حلقات عمل وجلسات اعلامية للعاملين في وسائط الاعلام لأجل زيادة معرفتهم بظاهرة اساءة استعمال العقاقير المخدرة وتعاطيها ، وكذلك لتوفير مبادىء توجيهية على شكل مدونات لقواعد السلوك التي ينبغي مراعاتها لدى تقديم الصور عن الوقائع التي تنطوي على تعاطي العقاقير المخدرة .

٧٩ - واستنادا الى البيانات المقدمة في استبيانات التقارير السنوية ، يبدو أن الأنشطة المدرسية ، وخاصة في المدارس الثانوية ، هي أكثر أشكال الوقاية المدرسية انتشارا عبر العالم . وقد أبلغ عن اتباع نهوج تركز على العوامل التي يمكن أن تؤدي الى تناول العقاقير المخدرة ، أو التي يمكن أن تحمي الناشئة من اللجوء الى استعمال العقاقير المخدرة . واشتملت الأمثلة المذكورة عن الأنشطة الوقائية في المدارس ، التي أبلغت عنها البلدان ، على عقد حلقات دراسية وحلقات عمل وعروض ومعارض وتوزيع مواد مطبوعة وعروض سمعية بصرية ومسابقات في كتابة المقالات وبرامج تبرز الأدوار النموذجية . ولكن لم يبلغ الا القليل جدا عن أنشطة أوقات الفراغ باعتبارها أداة للوقاية ، مع أن بعض البلدان أبلغ عن تنظيم أحداث رياضية وموسيقية كبديل من بدائل أنشطة أوقات الفراغ .

٨٠ - وعلى الرغم من التسليم بأن أطفال الشوارع والأحداث الذين يتركون المدرسة هم أشد الفئات عرضة لخطورة تعاطي العقاقير المخدرة ، فلم يبلغ سوى عن القليل من الأنشطة - مثل توفير المآوى والمراكز الترفيهية - التي تستهدف هذه الفئات . وأما حيث توجد البرامج المعنية بأطفال الشوارع فتتوفر الأنشطة البديلة والمشورة . وبخصوص الذين يتركون المدرسة ، أشير الى توفير برامج التعليم غير الرسمي ، وكذلك خدمات اعادة التأهيل المهني واسداء المشورة .

٨١ - ويلاحظ أن الرابطات المشتركة بين الوالدين والمعلمين وجماعات المساعدة الذاتية المكونة من متعاطي العقاقير المخدرة السابقين ، هي أنشط الجماعات المدنية في مجال الوقاية من اساءة استعمال العقاقير المخدرة على صعيد المجتمع المحلي . وتتعاون أحيانا أجهزة انفاذ القوانين في العمل مع المجتمع المدني في مثل تلك الأنشطة . وأبلغت عدة بلدان عن تنظيم برامج على شكل محاضرات وحلقات دراسية لتنبيه حساسية الوالدين وتوعيتهم بمشكلة اساءة استعمال العقاقير المخدرة . وكان من المخططات الأخرى المتبعة التركيز على الرعاية الوالدية الفعالة والوقاية ضمن الأسرة . ويلاحظ أيضا أن الجماعات المدنية تضطلع بالمسؤولية عن الأنشطة الوقائية الموجهة الى الشباب ، ومنها مثلا تدريب القيادات الشبابية والتعليم الوقائي والأنشطة المجتمعية ومشورة الأتراب .

٨٢ - ومن المرجح أن تكون البرامج الوقائية في مكان العمل متاحة في المنشآت الكبيرة التي يربو عدد العاملين فيها عن ٥٠٠ شخص ، أكثر منها في الأعمال التجارية الصغيرة ، ولكن الحكومات لم تبلغ سوى القليل جدا من المعلومات عن تلك البرامج ، مع أن من المعروف أن لدى بعض البلدان برامج وقائية منظمة في مكان العمل . أما أنواع العمال التي حددتها البلدان بأنها شديدة التعرض لخطورة تعاطي المواد ، فهي تشمل سائقي التاكسي وسائقي شاحنات المسافات الطويلة وعمال الانشاءات وعمال صناعة السياحة ، بما في ذلك العمال في المطاعم والفنادق والحانات والنوادي الليلية والمراقص ، والعمال الأجانب والمهاجرين وعمال المناجم وكذلك رجال الأعمال وربات البيوت واللاجئين وما يسمى "عمال مزاولة الجنس" وعمال المصانع والسماكين وعمال المرافىء .

٨٣ - وفيما يتعلق بدور وسائط الاعلام ، في أفريقيا والقارة الأمريكية وآسيا وأوروبا الغربية والشرقين الأدنى والأوسط ، فقد أبلغ أن الوزارات ودوائر العاملين في المهن الصحية ، وأحيانا أجهزة انفاذ القوانين ، تتعاون فيما بينها ، إما رسميا وإما على نحو غير رسمي ، بتوفير المعلومات وبالظهور في المقابلات التلفازية والاذاعية . وفي حالات قليلة تتعاون في العمل في هذا الميدان الشركات الخاصة والمنظمات غير الحكومية في جنوبي آسيا وأمريكا الشمالية والشرقين الأدنى والأوسط ، مع وسائط الاعلام وخاصة في حملات الوقاية من اساءة استعمال العقاقير المخدرة .

## دال - الاستجابة في مجالات المعالجة واعادة التأهيل واعادة الادماج في المجتمع

٨٤ - يبين المخطط الشامل المتعدد التخصصات أن أي سياسة عامة بشأن المعالجة يجب أن تشمل اسداء المشورة والتوجيه وحفز الدوافع والمعالجة بالمعنى الطبي واعادة التأهيل واعادة الدمج في المجتمع ، كما ينبغي أن تتوج ، من وجهة النظر المثالية ، بعودة المدمن على العقاقير المخدرة الى مزاولة حياة خالية من العقاقير المخدرة . وينصب التشديد بصفة خاصة في هذا الصدد على الجوانب المتعددة التخصصات .

٨٥ - وتتناول الأهداف ٢٩ الى ٣٣ و ٣٥ مسائل المعالجة واعادة التأهيل ، في حين يتناول الهدف ٣٤ موضوع تقديم الرعاية للمجرمين المدمنين على العقاقير المخدرة ضمن نظام القضاء الجنائي والسجون . ويقترح المخطط أن تنظر السلطات الوطنية ، بحسب الاقتضاء ، في انشاء هيئة تنسيق على الصعيد الوطني تكون مسؤولة عن تنسيق وتوجيه استحداث وصيانة برنامج معالجة وطني شامل خاص بالادمان على العقاقير المخدرة . وحالما يتم اعتماد سياسة عامة بشأن المعالجة ، ينبغي جرد مرافق المعالجة الموجودة لكي يتسنى رصدها . ويوصي المخطط أيضا بتقييم كفاءة مختلف طرائق المعالجة . كما ينبغي "اضفاء الطابع الفردي" على برامج المعالجة ، وكذلك توجيهها نحو التصدي للمشاكل الحقيقية التي يعانيها المدمنون على العقاقير المخدرة ، مع اشراك أسرهم في ذلك ، حسب الاقتضاء . وكذلك ينبغي توفير التدريب لفئات محددة من العاملين المحترفين والمتطوعين وزعماء المجتمع المحلي . وينبغي أيضا انشاء مؤسسات "انتقالية" يدرب فيها المدمنون السابقون على المخدرات على اتباع أسلوب حياة مناسب وينبغي لحركات الشباب والنوادي الرياضية والمنظمات الدينية أن تسهم في العمل من أجل اعادة تأهيل المدمنين واعادة ادماجهم في

المجتمع . كما ينبغي لسلطات الصحة العامة أن تعمل على جمع البيانات عن مختلف الأمراض المعدية الشائعة لدى مستعملي العقاقير المخدرة وعن انتقال الأمراض ووسائل ايقاف انتقالها . وينبغي أن يدعى الخبراء لدراسة امكانية اتخاذ تدابير اتقائية تحول دون ترويج أو تيسير اساءة استعمال العقاقير المخدرة .

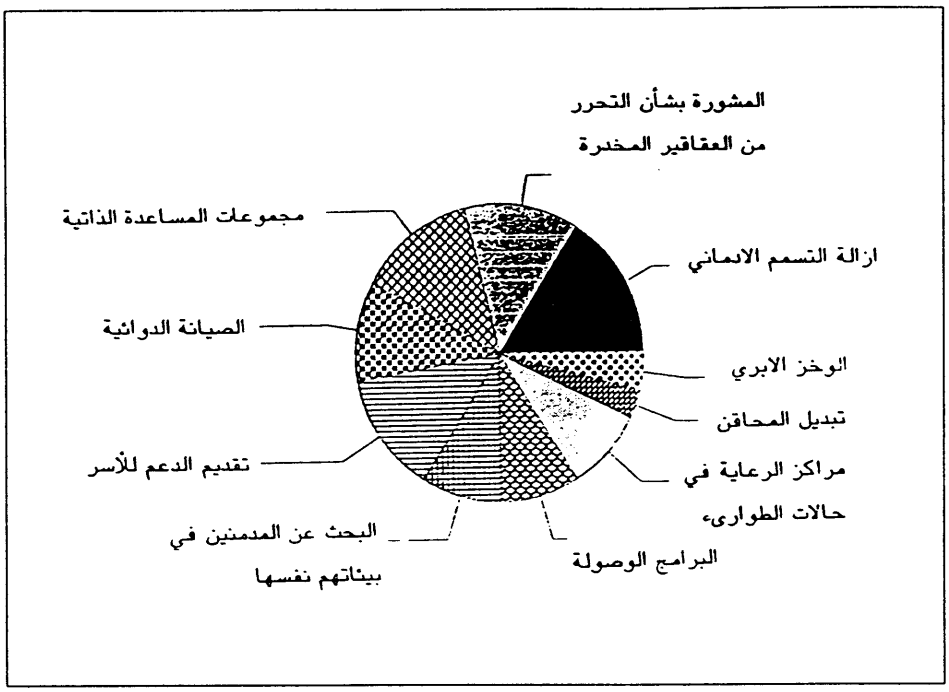
٨٦ - وقد ذكر معظم البلدان المستجيبة لاستبيانات التقارير السنوية أنه ليس لديه سياسة عامة محكمة بشأن المعالجة . ومن ثم فان معالجة الادمان على تعاطي العقاقير المخدرة تجري في المستشفيات النفسية وفي المستشفيات العامة وفي مراكز المعالجة مع الاقامة . وفي بعض البلدان ، تتوفر الرعاية الصحية العقلية المتنقلة في حالات الاسعاف ، وكذلك مراكز الرعاية النهارية ومراكز الرعاية المفتوحة ٢٤ ساعة في حالات الأزمات وبيوت الرعاية الوسيطة . وبالاضافة الى المعالجة الدوائية لازالة التسمم الادماني ، توجد طرائق طبية تقليدية متبعة في بعض البلدان . كما تتوفر المعالجة بالوخز الابري في بعض البلدان في أوروبا الشرقية والغربية وآسيا والقارة الأمريكية وفي بعض دوائر الخدمات الخاصة في الشرقين الأدنى والأوسط وفي بلد واحد في أفريقيا . ويبين الشكل التاسع توزع أنواع برامج المعالجة المتاحة بحسب ما أبلغت عنه الحكومات في استبيانات التقارير السنوية .

٨٧ - وعلى الرغم من أن الجماعات المحلية العلاجية لا تزال موجودة في بعض البلدان ، فان الاتجاه السائد ، وخصوصا في أوروبا الجنوبية ، أخذ يتحول صوب تقصير مدة الاقامة للعلاج وازدياد السمة الاحترافية التخصصية لدى العاملين وازدياد الطابع الفردي في العلاج والتركيز بقدر أكبر على مساعدة الأشخاص على اعداد أنفسهم لمزاولة العيش المستقل بعد المعالجة .

٨٨ - أما برامج استبدال العقاقير أو الصيانة الدوائية في علاج الادمان فقد أبلغ عنها ٢٨ بلدا من أصل ٩٠ بلدا أجاب على استبيانات التقارير السنوية لعام ١٩٩٥ ، وهي : الأردن واسرائيل وأندونيسيا وجمهورية ايران الاسلامية وايرلندا وايطاليا وباراغواي والبرتغال وبلجيكا وبنما والجمهورية التشيكية والجمهورية الدومينيكية وجمهورية ملدوفا والدانمرك وسنغافورة وسويسرا وفرنسا وكندا وكولومبيا ولكسمبرغ وليتوانيا والمملكة المتحدة وموريشيوس والنرويج والهند وهندوراس والولايات المتحدة الأمريكية واليونان .

٨٩ - واضافة الى ذلك استبانت دراسة استقصائية حديثة العهد قام بها اليوندسيب وجود ٢١ دولة واقليما لديها نوع ما من برامج الصيانة الدوائية ، وهي : أذربيجان وأستراليا وألمانيا وآيسلندا وسلوفينيا والسويد وعمان وفنلندا وقيرغيزستان وكرواتيا ولاتفيا وليتوانيا ومالطة والمغرب والمكسيك وموناكو والنمسا وهولندا وهونغ كونغ . ويلاحظ أن الميتاكوالون هو أشيع العقارات التي توصف لأغراض الصيانة الدوائية . ومن العقاقير الأخرى المستخدمة لمثل هذا الغرض البوبرنيرفين والكودايين وثنائي هيدروكودايين والهيرويـن و ل - ألفا أساتيلميثادول "ل آ أ م" والومورفين والبثيدين .

**الشكل التاسع - أنواع برامج المعالجة المتاحة**



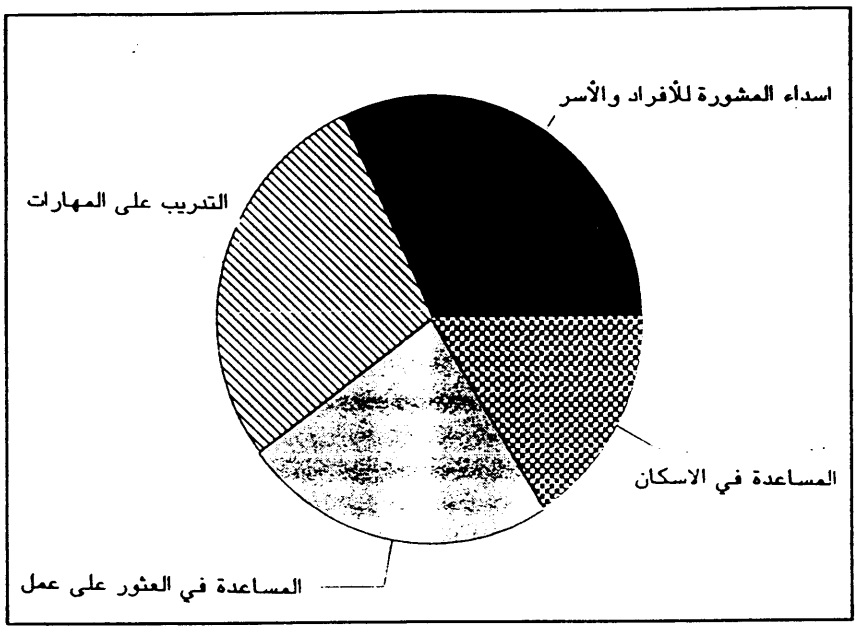

**المصدر** : استبيانات التقارير السنوية الواردة الى الأمين العام .

٩٠ - أما السياسات العامة بشأن تقليل انتقال الأمراض المعدية وذلك بتوفير معدات الحقن النظيفة فتتفاوت بين البلدان . وقد أبلغ في الاستبيان ما مجموعه ١١ بلدا بأن لديه برامج خاصة بتبديل المحاقن والابر ، وكانت ٧ بلدان منها في أوروبا واثنان في القارة الأمريكية واثنان في آسيا .

٩١ - ويبدو على العموم ، بناء على المعلومات المتلقاة ، أن اعادة الادماج في المجتمع هي أقل جوانب تقليل الطلب حظوة بالانتباه . ويمكن تصنيف مبادرات التدخل في البلدان التي أبلغت عن وجود برامج بشأن اعادة الادماج في المجتمع لديها ، الى ٤ فئات بحسب ترتيب الخدمات المتاحة وهي : (أ) اسداء المشورة للأشخاص المرتهنين بالعقاقير المخدرة ولأسرهم ؛ و (ب) التدريب ؛ و (ج) تقديم المساعدة في العثور على عمل ؛ و (د) تقديم المساعدة في تأمين مسكن . ويبين الشكل العاشر توزع أنواع برامج اعادة الادماج في المجتمع المتاحة بحسب ما أبلغت عنه الحكومات .

٩٢ - ووفقا لأحكام الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١[٩] بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة ١٩٧٢[١٠] (المادة ٣٦ ، الفقرة ١ (ب) ، والمادة ٣٨ ، الفقرة ١) ، واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١[١١] (المادة ٢٠ ، الفقرة ١ ، والمادة ٢٢ ، الفقرة ١ (ب)) ، ينبغي للأطراف أن تنظر ، إما على سبيل بدائل الادانة أو العقوبة وإما بالاضافة الى العقوبة ، في توفير خدمات المعالجة والتثقيف والرعاية اللاحقة واعادة التأهيل واعادة الادماج في المجتمع لمتعاطي العقاقير المخدرة .

**الشكل العاشر - أنواع برامج اعادة الادماج في المجتمع المتاحة**




**المصدر** : استبيانات التقارير السنوية الواردة الى الأمين العام .

٩٣ - هذا ويلاحظ أن برامج تقليل الطلب وتقديم الدعم في المعالجة فيما يخص السجناء ذوي المشاكل ذات الصلة بالعقاقير المخدرة غير متاحة على نحو شائع . وعلاوة على ذلك ، لا تتاح على نحو واسع ترتيبات التدريب لموظفي العدالة الجنائية والمؤسسات الاصلاحية وانفاذ القوانين على أساليب المعاملة الناجعة للأشخاص المرتهنين بالعقاقير المخدرة . كما ان وجود السياسات العامة أو الاجراءات أو المبادىء التوجيهية الصريحة الخاصة بهذه الفئات من العاملين تعتبر أقل شيوعا من البرامج والترتيبات المذكورة .

## خامسا - التحديات في جمع البيانات عن اساءة استعمال العقاقير المخدرة

٩٤ - يرجع تاريخ النظام الدولي لتقدير مدى تعاطي العقاقير المخدرة (الايداس) الى الثمانينات . فقد ارتئي حينذاك أنه يمكن الاستفادة على نحو أفضل من المعلومات التي تلتزم الدول الأعضاء بتقديمها الى الأمم المتحدة . وكان ثمة حاجة أيضا الى توافر معلومات ذات نوعية أفضل . وقد نوقشت هذه المسألة ابان المؤتمر الدولي المعني باساءة استعمال العقاقير والاتجار غير المشروع بها ، الذي عقد في فيينا في الفترة من ١٧ الى ٢٦ حزيران/يونيه ١٩٨٧ ، حيث اتفق على استحداث منهجيات واقامة نظم لتقدير مدى انتشار ظاهرة تعاطي العقاقير المخدرة واتجاهاتها على أساس قابل للمقارنة .

٩٥ - ثم طرحت المسألة أيضا في الفقرة ١٣ من برنامج العمل العالمي (قرار الجمعية العامة د إ ١٧ - ٢ ، المرفق) ، التي ذكر فيها أنه ينبغي للدول أن تعمد الى اقامة وتعزيز أنظمة وطنية لتقدير مدى اساءة استعمال المخدرات وتعاطيها ولجمع البيانات عن الاتجاهات السائدة في اساءة استعمال المخدرات . وطلبت الجمعية الى شعبة المخدرات السابقة انشاء قاعدة بيانات خاصة بطبيعة ومدى ظاهرة اساءة استعمال المخدرات وتعاطيها على الصعيد الدولي .

٩٦ - وقد أقيم النظام الدولي (الايداس) لجمع البيانات ولتحليل البيانات الموجودة . ومن ثم فهو نظام يعتمد على المعلومات التي تقدمها الحكومات ، إما من خلال استبيانات التقارير السنوية وإما من خلال التقارير التكميلية التي تقدمها الحكومات عن نتائج الدراسات الاستقصائية والبحوث التي تجريها في بلدانها . وقد أعد الجزء الثاني من الاستبيان الحالي خصيصا لهذا النظام فريق من الخبراء الدوليين ، ووافقت عليه لجنة المخدرات ابان دورتها الرابعة والثلاثين التي عقدت في أيار/مايو ١٩٩١ . ولكن معدل الاستجابة كان مخيبا للآمال : فأثناء الفترة من ١٩٩٢ الى ١٩٩٥ ، لم يتجاوز ذلك المعدل قط ٥٠ في المائة ، كما ان معدلات الاستجابة الى فرادى البنود كانت متباينة أيضا .

٩٧ - وقد يكون هنالك عدة أسباب أدت الى ضآلة معدل الاستجابة . ذلك أن البلدان تتفاوت في مقدرتها على جمع المعلومات عن حالة تعاطي العقاقير المخدرة . كما ان كثيرا من البلدان ليس لديه نظام وطني لجمع البيانات عن تعاطي العقاقير المخدرة ، في حين أنه قد يكون لدى بعض البلدان الأخرى نظم احصائية أو سجلات يمكن أن تستند اليها مؤشرات غير مباشرة ، ولكنها تفتقر الى التنسيق الكافي لكي يتسنى لها أن تشكل صورة متسقة لحالة اساءة استعمال العقاقير المخدرة وتعاطيها .

٩٨ - بيد أن من الجلي أن الاستبيان نفسه ينم عن التعقيد والصعوبة في ملئه . وقد سلمت بذلك لجنة المخدرات التي طلبت ، في قرارها رقم ٣/١٩٩٤ بتاريخ ٢٠ تموز/يوليه ١٩٩٤ ، اعادة النظر في جميع استبيانات التقارير السنوية ودمجها في صيغة متكاملة ، باستخدام تقنيات الاتصال والعرض الحديثة ، وذلك لادخال ما تقتضيه الضرورة من التغييرات عليها من حيث الشكل ، لجعلها تحظى بالقدر الأمثل من القبول ولتيسير استخدامها . ويجري الآن استعراض الاستبيان ضمن اليوندسيب . وقد أنشىء فريق عامل ليقوم بما يلي :

(أ) حصر متطلبات المعلومات المراد تلبيتها من خلال الاستبيان ؛

(ب) إستعراض مدى ملاءمة الاستبيان لتلبية تلك المتطلبات ؛

(ج) إستعراض شكل الاستبيان وتقسيمه الحالي الى أجزاء وأقسام ؛

(د) إستعراض صلة ووضوح فرادى الأسئلة المطروحة والمصطلحات المستخدمة بشأن مراقبة العقاقير المخدرة ؛

(هـ) تقديم ما يلزم من توصيات لتحسين النظام ولضمان ازدياد عدد الاستجابات اليه والحصول على بيانات ذات نوعية أفضل .

٩٩ - هذا وان تبسيط استبيانات التقارير السنوية من شأنه أن يكون خطوة ضرورية - وان كانت غير كافية - في سبيل توسيع نطاق تغطية النظام (الايداس) وتجويد نوعية أدائه . ومن المعلوم أن ثمة قلة من البلدان التي لديها نظم رصد تتيح لها المجال لاستبانة مشاكل تعاطي العقاقير المخدرة ومعالجتها بطريقة ناجعة . وتخفيفا لوطأة هذا الوضع ، فان اليوندسيب يقدم المساعدة الى البلدان في القيام بالدراسات التقديرية السريعة لكي تستخدم أساسا لعمليات البرمجة . ومنذ عام ١٩٩٢ ، أجريت مثل هذه الدراسات في كل من أكوادور وبنغلاديش وبوليفيا والجمهورية التشيكية وشيلي وفييت نام والكاميرون وكينيا وميانمار ونيبال . وقد أثبتت منهجية التقدير السريع فائدتها الجمة لأغراض البرمجة ، بما أنها تقدم وسيلة جيدة للحصول على صورة تكاد تكون كاملة لحالة تعاطي العقاقير المخدرة في فترة زمنية معينة وللموارد الفعلية والمحتملة اللازمة لمعالجتها . بيد أنها لا يمكن أن تحل محل الرصد النظامي لحالة تعاطي العقاقير المخدرة في أي بلد من البلدان .

١٠٠ - وفي اطار الهدفين ١ و ٢ من المخطط الشامل المتعدد التخصصات ، توصى البلدان التي ليس لديها نظم لتقدير مدى انتشار ظاهرة اساءة استعمال العقاقير المخدرة بأن تبادر الى القيام بذلك . إذ إن اللجوء الى الدراسات أو الاستقصاءات المتكررة يعتبر طريقة قيمة ، ولكنها كثيرا ماتكون باهظة التكلفة ، لرصد الاتجاهات والأنماط السائدة في تعاطي العقاقير المخدرة . كما ان تلك الاتجاهات يمكن رصدها أيضا من خلال استخدام المؤشرات غير المباشرة التي تستند الى الاحصائيات الاعتيادية المستمدة من قطاعات الصحة والرعاية الاجتماعية أو المكافحة وانفاذ القوانين .

١٠١ - وأما بناء القدرات في هذا الميدان ، كما في الميادين الأخرى ، فمن ناحية ، لابد له من أن يكون متنبها للسياق المؤسسي ، وينبغي أن يجري وفقا للمستلزمات المؤسسية والتشريعية على الصعيد الوطني . وينبغي من الناحية الأخرى ، لدى تطوير نظم الرصد الوطنية ، ايلاء الاعتبار الصحيح لمسألة قابلية التوافق بين مختلف النظم ضمن البلد نفسه وبين النظم في البلدان المختلفة .

١٠٢ - وفي معظم أنحاء العالم توجد شبكات اقليمية ووطنية للاختصاصيين في علم الأوبئة وأفرقة العمل في دراسات الأوبئة ، مثل فريق عمل الدراسات الوبائية الآسيوي ، تبحث في القضايا ذات الاهتمام المشترك ، وتنظم التدريب في هذا المجال ، وفي بعض الحالات تقوم أيضا بتطوير الوسائل اللازمة للتبليغ المشترك عن الأوبئة . ويرتبط بعضها معا في اطار الشبكة الدولية لرصد وبائيات تعاطي المواد .

١٠٣ - ويوصي المخطط الشامل المتعدد التخصصات بأن تقوم المنظمات الاقليمية بدراسات مقارنة عن أنماط تعاطي العقاقير المخدرة في أقاليمها وبوضع برامج تدريبية للأشخاص العاملين في الدراسات الاستقصائية الوبائية . وقد أخذ يزداد القيام بذلك . وعلى الصعيد الأوروبي ، يذكر أن القرار الذي اتخذه فريق بومبيدو التابع لمجلس أوروبا في عام ١٩٨١ بانشاء فريق عامل من خبراء الوبائيات ، استند الى الحاجة الى بيانات صحيحة قابلة للمقارنة ضمن كل من البلدان الأوروبية وفيما بينها ، بغية تحديد السياسات العامة التي تتبع

في هذا الخصوص . وقد عمل الفريق على استحداث وسائل بحث جديدة وكذلك على تحسين الوسائل الموجودة منها . وأقام أيضا شبكة رصد متعددة المدن ، قدمت أساسا منهجيا مشتركا لجمع البيانات وتصنيفها وتقييمها عن تعاطي العقاقير المخدرة على مستوى المدينة . ويتعاون اليوندسيب في العمل مع فريق بومبيدو على توسيع نطاق هذه الشبكة لتشمل مدنا في أوروبا الشرقية وعلى ادخال التقنيات التشاركية في توليد المعلومات الخاصة بمنهجية التقدير السريع .

١٠٤ - كما أنشىء المركز الأوروبي لرصد العقاقير المخدرة والادمان عليها في لشبونة ، لتزويد الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي واللجنة الأوروبية بالمعلومات الموضوعية والموثوقة والقابلة للمقارنة على الصعيد الأوروبي بخصوص العقاقير والادمان عليها وعن العواقب الناجمة عنها . وبغية تحسين قابلية مقارنة البيانات ونوعيتها ، يوصي المركز بوضع مؤشرات رئيسية وبيانات جوهرية تستخدم في هذا الصدد . وسوف يبدأ العمل باجراء دراسة متعمقة لتمحيص قابلية المقارنة بين التعاريف والمصطلحات الرئيسية على الصعيد الأوروبي . وقد أبرم اتفاق بين اليوندسيب والمركز المذكور لتعزيز التنسيق بينهما بغية تحسين فعالية تكلفة جمع البيانات وتحسين قابلية المقارنة بين البيانات التي تجمعها هاتان الهيئتان .

١٠٥ - وفي القارة الأمريكية ، أنشأت حديثا لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة اساءة استعمال العقاقير المخدرة التابعة لمنظمة الدول الأمريكية نظاما احصائيا موحدا وبرامجيات حاسوبية لجمع المعلومات من مختلف المصادر ، مثل مراكز المعالجة وغرف الطوارىء ، في جميع أنحاء المنطقة . وعلاوة على ذلك ، أنشىء أيضا نظام للمراقبة الوبائية الخاصة بتعاطي العقاقير المخدرة في أمريكا الوسطى . ويجري حاليا تنفيذ انشاء وحدات باعتبارها عناصر يتكون منها هذا النظام في بعض البلدان في أمريكا اللاتينية .

١٠٦ - وينبغي أن ينظر الى النظام الدولي (الايداس) باعتباره نظاما شاملا تتساوى فيه من حيث الأهمية المدخلات المستمدة على الصعد الوطنية والاقليمية والدولية . ومن ثم فإن ضعف جزء واحد من هذا النظام يؤثر في النظام كله . واذن لكي يؤدي هذا النظام وظيفته على نحو أفضل ، فان الحاجة تدعو الى اتخاذ اجراءات عمل على جميع المستويات الثلاثة .

## سادسا - المسائل التي ينبغي للجنة المخدرات أن تنظر فيها

١٠٧ - حدد هذا التقرير المسائل الوثيقة الصلة بالأداء الوظيفي للنظام الدولي (الايداس) الذي يعد نظاما لتجميع ما هو موجود من البيانات والمعلومات المقدمة من الحكومات وتحليلها والابلاغ عنها . ويلاحظ أن معدل الاستجابة الى استبيان التقارير السنوية مخيب للأمل على الأرجح . كما ان هنالك فجوات في المعرفة فيما يتعلق ببنود معينة ، ومنها مثلا العدد المقدر من الذين يتعاطون العقاقير يوميا ، وبيانات المعالجة وحالات الوفاة المسجلة . ويوجد مقدار كبير من البيانات الوبائية بالاضافة الى ما تقدمه الحكومات ؛ بيد أن النوعية العلمية للبيانات متفاوتة وليست معروفة دائما .

١٠٨ - وبالاضافة الى البيانات الوبائية ، فان استبيانات التقارير السنوية تعنى بجمع المعلومات عن الأنشطة المعنية بتقليل الطلب استجابة الى التوصيات الواردة في المخطط الشامل المتعدد التخصصات . ومع أن

الأوضاع لا تتغير بصفة عامة في كثير جدا من الأحيان ، فانه يرجى من الدول الأعضاء الاجابة عن الأسئلة المتعلقة بجمع البيانات والوقاية والمعالجة واعادة التأهيل في كل سنة .

١٠٩ - وعلى ضوء ما ورد أعلاه ، فان لجنة المخدرات مدعوة الى ابداء رأيها فيما يلي :

(أ) استخدام مصادر المعلومات البديلة لتكملة معلومات استبيانات التقارير السنوية ؛

(ب) مدى تواتر الابلاغ عن تنفيذ أهداف المخطط الشامل المتعدد التخصصات .

## الحواشي

(١) **نشرة الاحصائيات الشهرية ، المجلد الخمسون ، رقم ٧ (تموز/يوليه ١٩٩٦)** .

(٢) آ. آر. نوس وآخرون :A. R. Noss , "HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco, 1985-1990", AIDS 1994, vol. 8, pp. 223-231 .

(٣) AIDS 1994, vol. 8, pp. 1745-1756 and HIV/AIDS Surveillance in Europe, 1996/2 .

(٤) "احصائيات دالة على انتاج العقاقير المخدرة والاتجار بها وتعاطيها على نحو غير مشروع في فييت نام" ، برنامج الأمم المتحدة المعني بالمكافحة الدولية للمخدرات ، تشرين الأول/أكتوبر ١٩٩٦ .

(٥) **تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات عن عام ١٩٩٦ (منشورات الأمم المتحدة ، رقم المبيع** A.97.XI.3) ، الفقرتان ٢١٦ و ٣٣٣ .

(٦) "المرأة وتعاطي العقاقير المخدرة"(E/CN.6/1994/BP.1 ، شباط/فبراير ١٩٩٤) ، الصفحة ١٠ .

(٧) United States of America, Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Survey Results on Drug Use From the Monitoring the Future Study, 1975-1995, vol. 1, "Secondary school students" (NIH Publication 96-4139), Washington, D.C., 1996, p. 112 .

(٨) **تقرير المؤتمر الدولي المعني باساءة استعمال العقاقير والاتجار غير المشروع بها ، فيينا ، ١٧ ٢٦ حزيران/يونيه ١٩٨٧** (منشورات الأمم المتحدة ، رقم المبيع A.87.I.18) ، الفصل الأول ، الفرع ألف .

(٩) الأمم المتحدة ، **مجموعة المعاهدات** ، المجلد ٥٢٠ ، رقم ٧٥١٥ .

(١٠) المرجع نفسه ، المجلد ٩٧٦ ، رقم ١٤١٥٢ .

(١١) المرجع نفسه ، المجلد ١٠١٩ ، رقم ١٤٩٥٦ .

---