الأمم المتحدة E/CN.7/2011/13

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

Distr.: General
11 January 2011
Arabic
Original: English

لجنة المخدرات

الدورة الرابعة والخمسون

فيينا، ٢١-٢٥ آذار/مارس ٢٠١١

البند ٦ (أ) من جدول الأعمال المؤقت*

تنفيذ الإعلان السياسي وخطة العمل بشأن التعاون الدولي صوب استراتيجية متكاملة ومتوازنة لمواجهة مشكلة المخدرات العالمية: خفض الطلب والتدابير ذات الصلة

التدابير الرامية إلى حماية الأطفال والشباب من تعاطي المخدرات

تقرير المدير التنفيذي

أولا- مقدّمة

١- شجَّعت لجنة المخدرات، في قرارها ٥٣/١٠، المعنون "التدابير الرامية إلى حماية الأطفال والشباب من تعاطي المخدرات"، الدول الأعضاء على تنفيذ مختلف التدخّلات للوقاية من تعاطي المخدرات وحماية الأطفال والشباب؛ وطلبت من المدير التنفيذي لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (المكتب) أن يقدِّم إلى اللجنة في دورتها الرابعة والخمسين تقريرا عن التدابير المتخذة لتنفيذ هذا القرار وعن التقدُّم المحرز في تنفيذه.

٢- ولتمكين المدير التنفيذي من جمع المعلومات عن القضايا التي أثيرت في القرار، بغية إدراجها في تقريره المقدَّم إلى اللجنة، أُرسلت مذكّرة شفوية إلى الحكومات في ٢٥ آب/أغسطس ٢٠١٠ تدعوها إلى تقديم معلومات إلى المكتب عن جهودها الرامية إلى تنفيذ القرار،

* E/CN.7/2011/1.

080211 V.11-80082 (A)

الرجاء إعادة الاستعمال

من خلال ملء وإعادة استمارة استبيان تتناول عدة مجالات رئيسية من مجالات الوقاية من تعاطي المخدرات والعلاج منها.

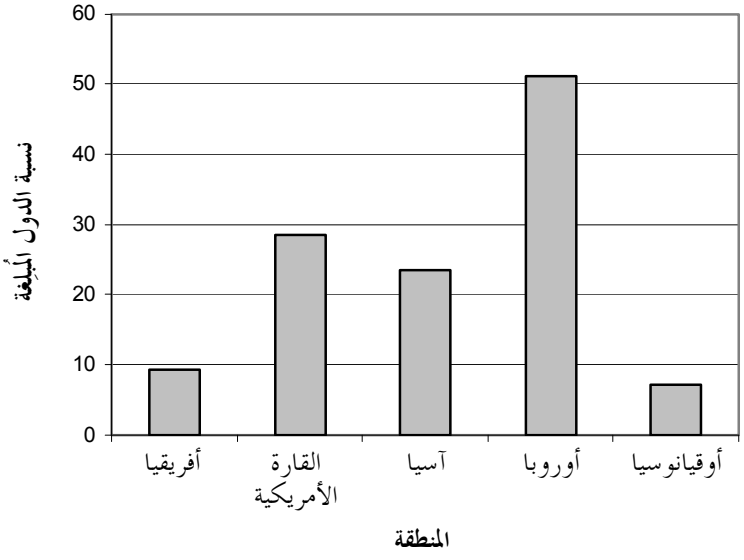
ثانيا- النتائج

٣- في وقت كتابة هذا التقرير، كان ما مجموعه ٥٠ حكومة قد ردّ على المذكّرة الشفوية.[1] وبالنظر إلى العدد المحدود من الردود التي وردت على الاستبيان، يُعرَض تحليل النتائج أساسا على المستوى العالمي. وفي حالات معيَّنة، يُعرَض التحليلُ حسب المنطقة. وكانت أوروبا هي القارة التي وُجد فيها أعلى معدل ردود على الاستبيان (أكثر من ٥٠ في المائة). وفي آسيا والقارة الأمريكية، ردَّ أكثر من ٢٠ في المائة من الدول الأعضاء، بينما في أفريقيا وأوقيانوسيا ردَّ أقل من ١٠ في المائة (انظر الشكل الأول).

الشكل الأول

معدّل الردود على الاستبيان، بحسب المناطق

(النسبة المئوية)



(1) الأرجنتين، أرمينيا، إسبانيا، أستراليا، إستونيا، إسرائيل، إكوادور، ألمانيا، أندورا، إيرلندا، باكستان، البحرين، البرتغال، بولندا، بوليفيا (دولة-المتعددة القوميات)، بيلاروس، تركيا، تونس، الجزائر، الجمهورية التشيكية، جمهورية كوريا، جمهورية مولدوفا، جنوب أفريقيا، رومانيا، السلفادور، سنغافورة، السويد، سويسرا، شيلي، الصين، الفلبين، فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)، قبرص، قيرغيزستان، كرواتيا، كندا، كوستاريكا، كولومبيا، لبنان، لكسمبرغ، ليتوانيا، مالطة، المكسيك، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وإيرلندا الشمالية، موريشيوس، ميانمار، النرويج، نيجيريا، هنغاريا، اليونان.

ثالثا- الوقاية من تعاطي المخدرات

٤- فيما يتعلق بالوقاية، دُعيت الدول الأعضاء إلى الإفادة عما إذا كانت تنفِّذ التدخّلات التي تشتمل عليها عادة البرامج الشاملة الرامية إلى الوقاية من تعاطي المخدرات، وهي تعميم المعلومات عن خطر المخدرات؛ والتعليم في المدارس المستند إلى المهارات الحياتية؛ والتدريب على مهارات الأسرة والأبوين؛ وبرامج الوقاية في أماكن العمل؛ والأنشطة البديلة (الرياضة والدراما والموسيقى، إلخ)؛ والتدريب المهني ودعم إدرار الدخل؛ والحملات الإعلامية؛ وتدخّلات الفحص والتدخّلات الوجيزة. وإضافة إلى ذلك، طُلب إلى الدول الأعضاء أن تبلغ عن تعزيز نوعين من البرامج المذكورة تحديدا في القرار ١٠/٥٣، وهي البرامج التي تنفذ بالتنسيق مع الحكومات المحلية والمجتمع المدني والبرامج الرامية إلى منع استخدام الأطفال والشباب في إنتاج المخدرات والاتجار بها بصفة غير مشروعة.

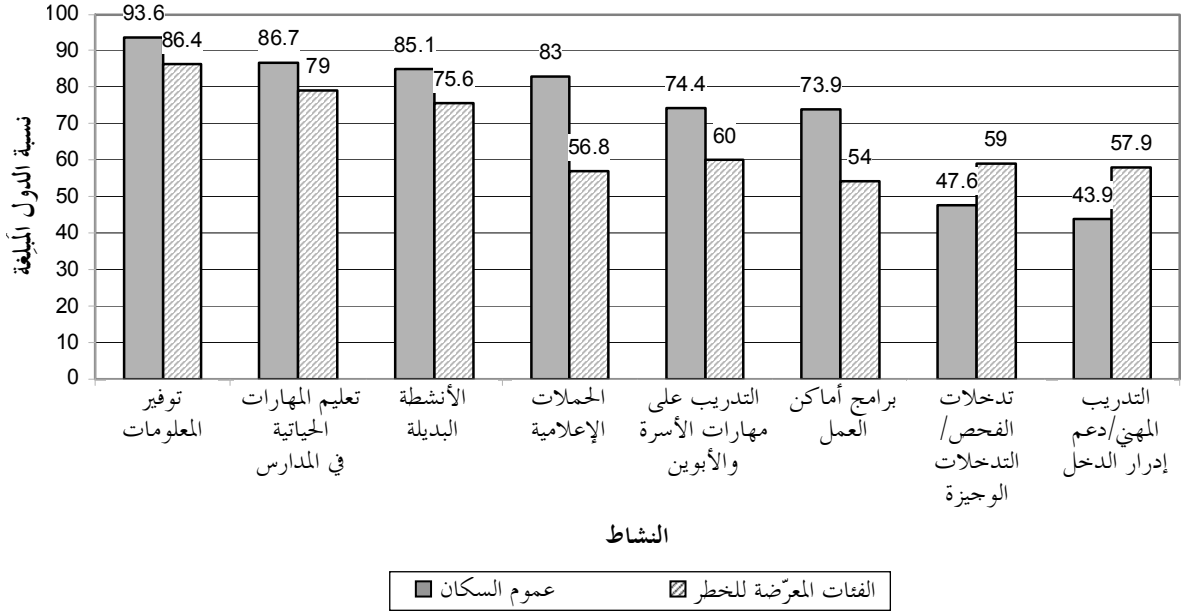
٥- وعلاوةً على ذلك، طُلب من الدول الأعضاء أن تُبلغ، فيما يتعلق بكل تدخُّل، عمَّا إذا كان يستهدف عامة السكان و/أو الفئات المعرضة للخطر، وأن تجري كذلك تقييماً لما إذا كان التدخُّل يشمل بعض السكان المستهدَفين أم معظمَهم أم جميعَهم أم لا أحد منهم، وما إذا كان قد قُيِّم أم سيُقيَّم أم لا.

٦- وترد في الشكل الثاني أدناه النسبُ المئوية للدول الأعضاء المبلغة على الصعيد العالمي عن تنفيذ مختلف أنشطة الوقاية، بالترتيب التنازلي لمعدل الانتشار بين عموم السكان وبين الفئات المعرضة للخطر. والنمط السائد هو نفسه بين الفئتين المستهدفتين. فالأنشطة بالترتيب التنازلي للتنفيذ هي توفير المعلومات، وتعليم المهارات الحياتية في المدارس، والأنشطة البديلة، والحملات الإعلامية، والتدريب على مهارات الأسرة والأبوين، وبرامج أماكن العمل، وتدخّلات الفحص/التدخّلات الوجيزة، والتدريب المهني/دعم إدرار الدخل.

٧- وكان المدى في النسب المئوية للدول الأعضاء التي أبلغت عن أكثر الأنشطة تنفيذا وأقلّها تنفيذا في مجال الوقاية بين عموم السكان (بين ٤٣.٩ في المائة و٩٣.٦ في المائة) مشابها إلى حد كبير لمدى ذلك بين الفئات المعرضة للخطر (بين ٥٤ في المائة و٨٦.٤ في المائة). ورغم أنَّ هذه البيانات تُخفي وراءها اختلافات واسعة بين الأنشطة والمناطق فينبغي اعتبار هذه الأرقام مشجعة. فباستثناء تدخّلات الفحص والتدخّلات الوجيزة والتدريب المهني/دعم إدرار الدخل، أُبلغ بأنَّ غالبية الدول الأعضاء تنفّذ جميع الأنشطة الأخرى، ولذلك يبدو أنها تنفّذ مجموعة واسعة من الأنشطة الوقائية.

الشكل الثاني

كل المناطق: تنفيذ مختلف الأنشطة الوقائية في أوساط عموم السكان وفي أوساط الفئات المعرّضة للخطر (النسبة المئوية)



٨- ومما يدعو إلى الارتياح، على وجه الخصوص، النسبة العالية جدا من الإبلاغ عن تعليم المهارات الحياتية في المدارس. فمن المعروف أنَّ التعليم في المدارس بشأن المخدرات المستند إلى المهارات الحياتية يكون فعّالا جدا عندما ينفّذ وفقا لمعايير الأدلة العلمية، لأنه يمكن أن يمنع ما قد يصل إلى ٢٠ في المائة من حالات بدء التعاطي الجديدة. كما أنه يتّسم بالكفاءة أيضا، إذ يوفّر تسعة دولارات مقابل كل دولار ينفق.

٩- ولم تكن الاستبيانات الخاصة بالتقارير الإثناسنوية التي تستخدمها الدول الأعضاء للإبلاغ عن برامجها المتعلقة بخفض الطلب على المخدرات تطلب، حتى عام ٢٠٠٨، معلومات عن معظم التدخّلات المستندة إلى الأدلة التي تم استقصاؤها في الاستبيان الحالي المستخدم لجمع البيانات عن تنفيذ القرار ١٠/٥٣. ولذا فمن المشجّع بصفة خاصة أنه تم الإبلاغ عن تدخّلين اتضح من خلال مجموعة كبيرة من الأدلة أنهما يتسمان بالفعالية والكفاءة، وهما التدريب على مهارات الأسرة والأبوين وتدخّلات الفحص والتدخّلات الوجيزة، ينفذان على نطاق واسع.

١٠- وفي حين أنَّ الأدلة بشأن فعالية الحملات الإعلامية أكثر اختلاطا فثمّة أدلة على أنَّ الحملة الإعلامية التي تحدَّد أهدافها بعناية، والمستندة إلى البحوث التمهيدية المتينة، والتي

تستمر لمدة طويلة وبكثافة عالية، يمكن أن تدعم برنامج الوقائية الوطني دعما فعالا، وذلك مثلا عن طريق اقتراح سلوكيات بسيطة للآباء والأمهات تحمي أطفالهم بقوة. وفي هذا المجال، كما هو الحال في جميع التدخّلات المبيّنة في هذا التقرير، سيكون إجراء تحليل لنوعية الإجراءات ومحتواها مفيدا في الحصول على فهم كامل لما إذا كانت الموارد قد استثمرت بأكثر السبل كفاءة.

١١- وأخيرا، فيما يتعلق بتدخّلات الفحص والتدخّلات الوجيزة، تجدر ملاحظة أنَّ عددا أكبر كثيرا من الدول الأعضاء أبلغ عن تقديم هذه الخدمات في سياق علاج إدمان المخدرات ورعاية المدمنين. غير أنَّ تدخّلات الفحص والتدخّلات الوجيزة طبقت بنجاح أيضا في سياقات المدارس وأماكن العمل ومراكز الرعاية الصحية الأولية، واتضحت فعاليتها في الحد من تعاطي المخدرات من جانب الأفراد الذين لم يصابوا بعد بالارتهان و/أو لم يكونوا على اتصال بإحدى خدمات علاج إدمان المخدرات ورعاية المدمنين.

١٢- غير أنه تجدر ملاحظة أنَّ التنفيذ الذي يستهدف عموم السكان لا يزال يبلغ عنه أكثر من الإبلاغ عن التنفيذ بين الفئات المعرضة للخطر. فقد أبلغ أكثر من ٧٠ في المائة من الدول الأعضاء عن أنَّ ستة من بين الأنشطة الثمانية المدرجة في الاستبيان تنفَّذ بين عموم السكان. وكان هذا هو الحال فيما يتعلق بثلاثة فقط من الأنشطة التي تستهدف الفئات المعرضة للخطر، وهذا يدعو إلى قلق، لأن أنشطة الوقاية التي تستهدف الفئات القابلة للتأثر بوجه خاص والمصممة خصيصا لاستهداف تلك الفئات تعتبر عموما أكثر فعالية وكفاءة من الأنشطة التي تستهدف عموم السكان، على الرغم من أنَّ برنامج الوقاية الشامل ينبغي أن يشتمل على نوعي الأنشطة كليهما.

١٣- وفضلا عن ذلك، ففيما يتعلق بتغطية هذه المجموعة من أنشطة الوقاية، لم تكن الحالة مشجعة. ففي الشكل الثالث، تُبيَّنُ النسبةُ من الدول الأعضاء التي أبلغت عن عدم تغطية أي من الفئات المستهدفة أو تغطية بعض منها فقط باعتبارها أبلغت عن تغطية "ضعيفة". وعلى العكس من ذلك، تُبيَّنُ الدولُ الأعضاء التي أبلغت عن تغطية معظم الفئات المستهدفة أو كلها باعتبارها أبلغت عن تغطية "جيدة". ومن الواضح أنه، باستثناء توفير المعلومات عن المخدرات وتعليم المهارات الحياتية في المدارس والحملات الإعلامية، أبلغ معظم الدول الأعضاء (أكثر من ٥٥ في المائة في جميع الحالات) عن تغطية ضعيفة لأنشطة الوقاية. وكانت أعلى نسبة للدول التي أبلغت عن تغطية ضعيفة هي في برامج أماكن العمل وتدخّلات الفحص والتدخّلات الوجيزة. وحتى في حالة تعليم المهارات الحياتية في المدارس والحملات

الإعلامية، أبلغت نسبة كبيرة من الدول الأعضاء (٤١ في المائة و٤٦ في المائة على التوالي) عن تغطية ضعيفة.

١٤- وكما ذُكر أعلاه فإنَّ تعليمَ المهارات الحياتية في المدارس المستند إلى الأدلة هو نشاط وقائي فعال وكفء، في حين أنَّ الأدلة على الفعالية هي أكثر اختلاطا فيما يتعلق بالحملات الإعلامية. وفي هذا الصدد، تمثل النسبة العالية نسبيا من الدول الأعضاء التي أبلغت عن تغطية جيدة لتعليم المهارات الحياتية في المدارس تطوّرا إيجابيا للغاية. وإلى جانب المخاوف المذكورة أعلاه فيما يتعلق بنوعية التدخّل ومضمونه، ينبغي أن يلاحظ أنَّ التغطية الجيدة لتعليم المهارات الحياتية في المدارس قد لا تعني تغطية جيدة للأطفال والشباب بصفة عامة في الدول الأعضاء التي تكون فيها نسبة الأطفال الملتحقين بالمدارس غير عالية، أو فيما يتعلق بالفئات المعرّضة للخطر التي تكون خارج المدارس بتواتر أعلى.

الشكل الثالث

كل المناطق: تغطية أنشطة التدخّل المختلفة

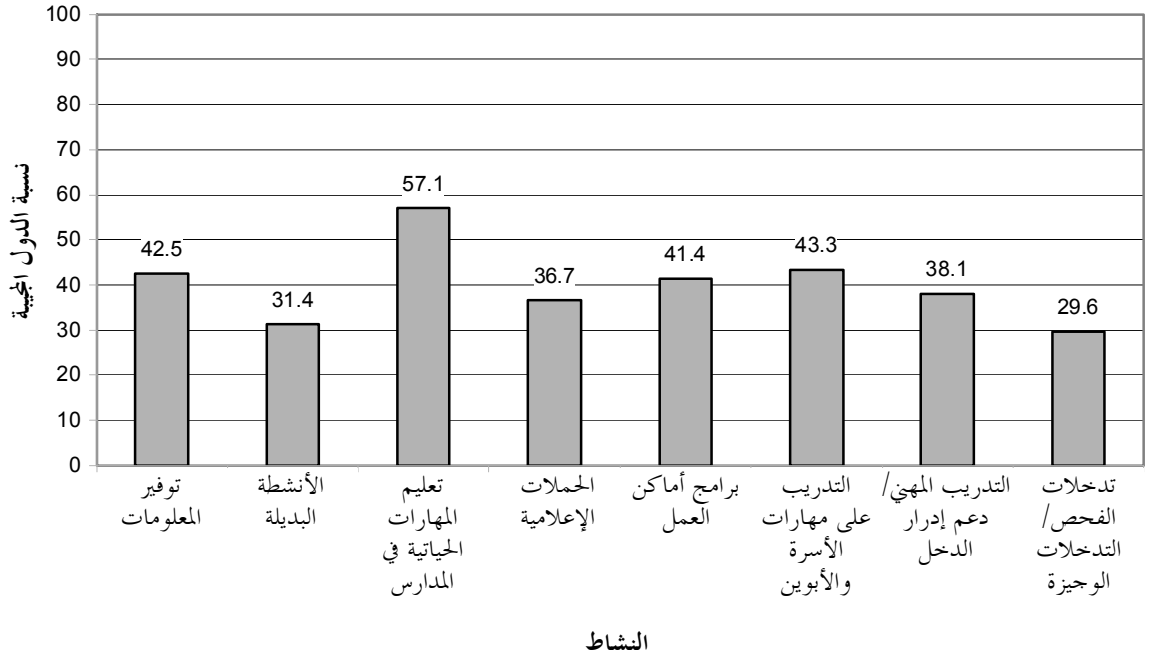
(النسبة المئوية)

١٥- ويبيِّن الشكلُ الرابع النسبةَ المئوية للدول الأعضاء التي أبلغت عن تقييم أنشطة الوقاية المختلفة. وفي معظم الحالات (٤٠ في المائة أو أكثر)، لم تخضع الأنشطة المنفَّذة للتقييم، ويكشف ذلك عن سبب آخر للقلق بشأن حالة أنشطة الوقاية على نطاق العالم.

الشكل الرابع

كل المناطق: تقييم الأنشطة الوقائية المختلفة

(النسبة المئوية)



١٦- وأخيرا، أفادت جميعُ الدول الأعضاء تقريبا بأنها تنفِّذ برامج الوقاية بالتنسيق مع الحكومات المحلية والمجتمع المدني بين عموم السكان. وقد أُبلغ عن ذلك بشأن عموم السكان (٩٦ في المائة) وبشأن الفئات المعرضة للخطر (٨٩ في المائة)، مع وجود اختلافات ضئيلة بين القارات. وفيما يتعلق بالأنشطة الرامية إلى منع إشراك الأطفال والشباب في إنتاج للمخدرات والاتجار بها بصفة غير مشروعه، كانت الحالة المبلغ عنها أكثر تنوّعا. وبصفة عامة، أبلغت دول أعضاء أقل عددا بأنها نفّذت هذه البرامج، سواء بين عموم السكان (٥٣.٦ في المائة) أو بين الفئات المعرضة للخطر (٦١.١ في المائة).

رابعا- العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين

١٧- فيما يتعلق بالعلاج، طلب الاستبيان من الدول الأعضاء أن تبلغ عن بعض الخصائص الأساسية لنظامها العلاجي، بما في ذلك ما إذا كان يستند بقدر أكبر إلى المرافق السكنية أم العيادات الخارجية، أو ما إذا كان هناك نظام إجباري أو إلزامي، أو ما إذا كانت تتاح بدائل لجزاءات العدالة الجنائية. وسئلت الدول الأعضاء عما إذا كانت تقدِّم مجموعة من خدمات العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين في إطار المجتمع وفي مرافق السجون على السواء، كما طُلب منها أن تقدم تقييما لمستوى التغطية لكل من هذه الخدمات. وأخيرا، دُعيت الدول الأعضاء إلى الإفادة عن بعض المؤشرات الأساسية لنوعية الخدمات العلاجية المقدّمة، مثل وجود معايير للرعاية.

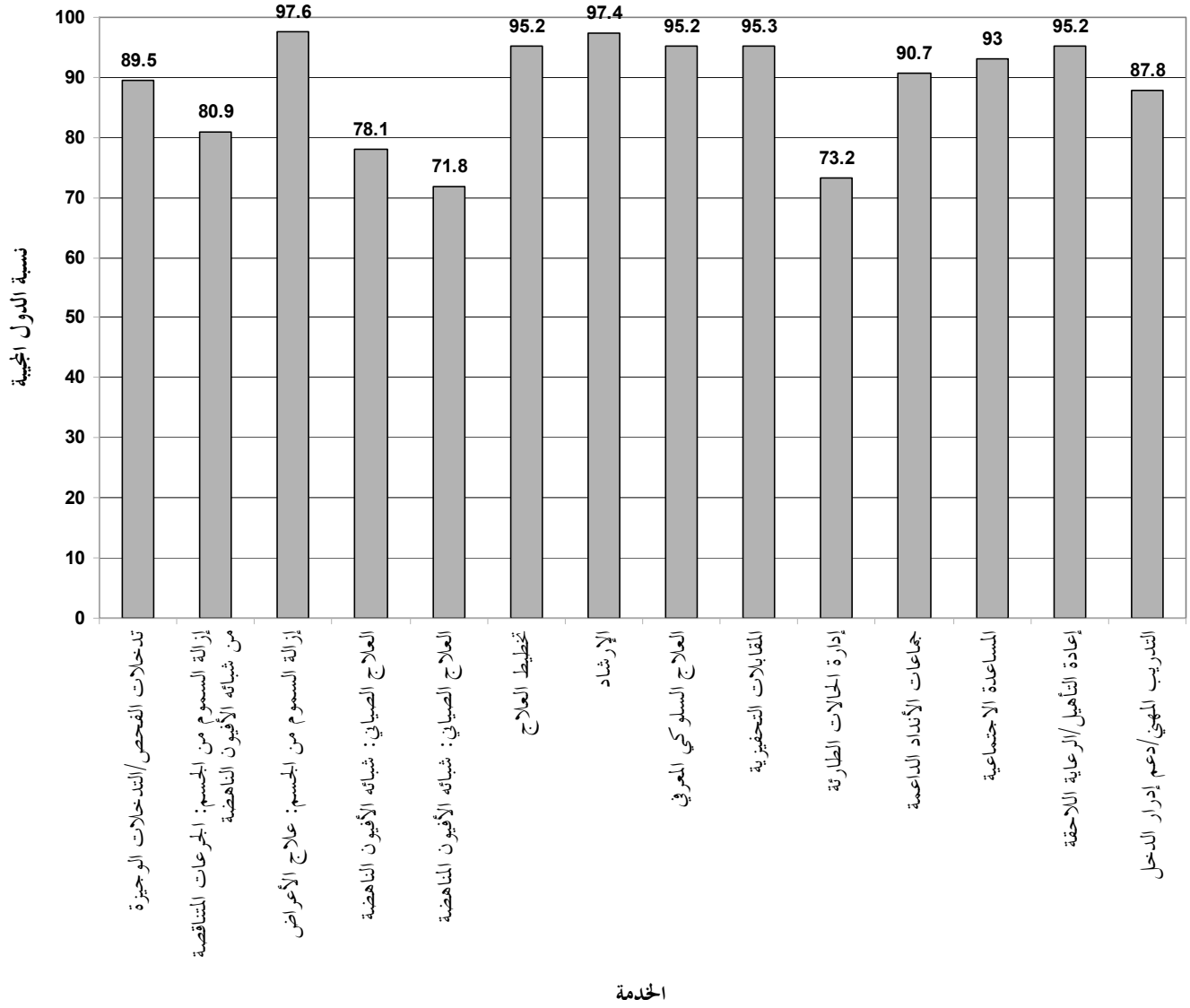
١٨- وكان عددُ البلدان التي أبلغت عن توافر خدمات العلاج والرعاية لمن يعانون من الارتهان بالمخدرات في إطار المجتمع المحلي أكبر من عدد البلدان التي أبلغت عن توافر أنشطة الوقاية. وكما هو مبيَّن في الشكلين الخامس والسادس، أفادت أكثر من ٧٠ في المائة من الدول الأعضاء بأنها توفّر ١٩ خدمة من أصل ١٩ خدمة شملها الاستبيان. ولذا فإنَّ الصورة من حيث توافر مجموعة شاملة من خدمات العلاج والرعاية كانت أكثر مدعاة للارتياح مما كانت عليه فيما يتعلق بأنشطة الوقاية. وقد تم تقسيم الخدمات، لدواعي الإبلاغ فقط، بين خدمات العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين وخدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وسائر الأمراض المعدية وعلاج المصابين بها ورعايتهم. ومن شأن المجموعة المتصلة من خدمات الرعاية الموجهة إلى التعافي أن تشمل المجموعة الكاملة من الخدمات التي شملها الاستقصاء.

١٩- وأشارت الردود الواردة إلى معدّل توافر أقل نسبيا (أقل من ٨٠ في المائة) للعلاجات الدوائية الطويلة الأمد ونوع معيّن واحد من العلاج النفسي الاجتماعي، هو إدارة الحالات الطارئة. وعلى الرغم من أنَّ البيانات عن العلاجات الدوائية الطويلة الأمد قد تبدو مثيرة للقلق فإنَّ النتائج ينبغي أن تفسّر في إطار أحد السياقات التالية: (أ) الغياب الراهن للأدوية المعترف بها بوضوح لعلاج الارتهان بالمنشطات؛ أو (ب) عدم الحاجة إلى توفير العلاج الدوائي لأنَّ الارتهانَ بشبائه الأفيون ليس مشكلةً واسعة الانتشار على الصعيد الوطني؛ أو (ج) عدم وجود تشريعات مناسبة في الدولة العضو لجعل المواد الدوائية الطويلة الأمد متاحة؛ أو (د) مزيج مما سبق.

الشكل الخامس

كل المناطق: توفير مختلف خدمات العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين في إطار المجتمع المحلي

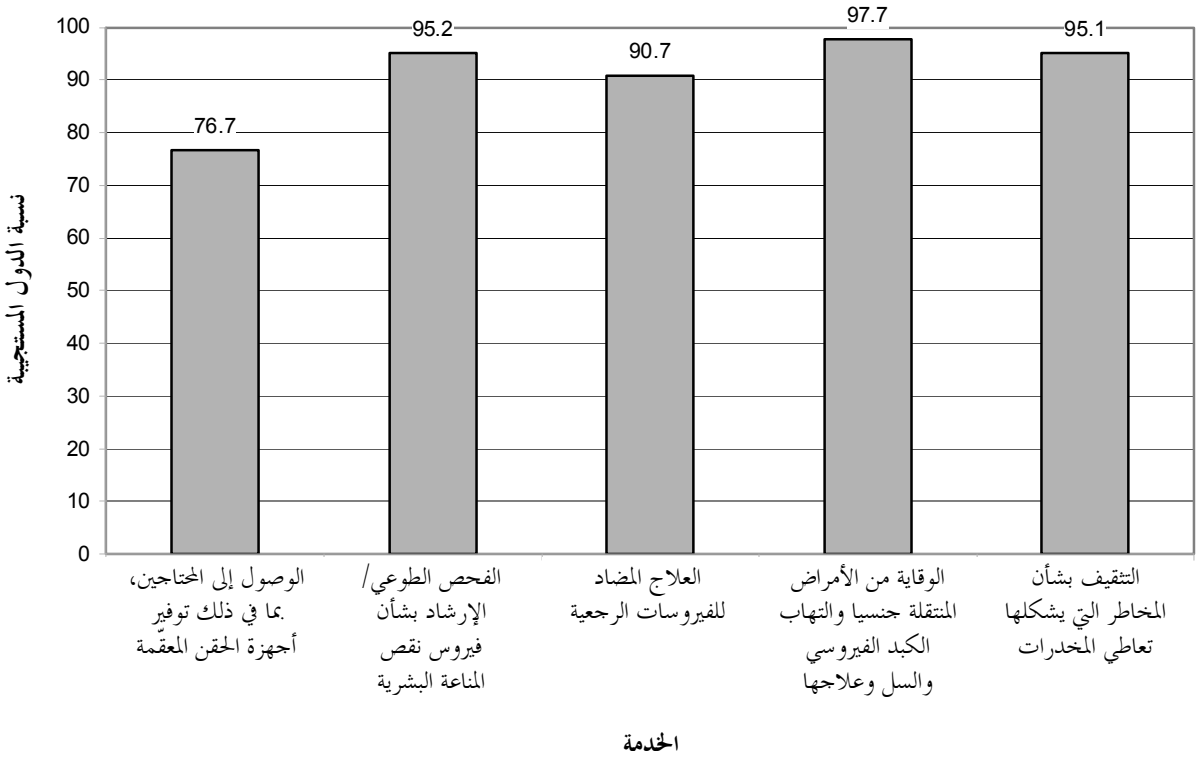
(النسبة المئوية)



الشكل السادس

كل المناطق: توفير مختلف الخدمات الرامية إلى الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وسائر الأمراض المعدية والعلاج منها ورعاية المصابين بها بين متعاطي المخدرات في إطار المجتمع المحلي

(النسبة المئوية)

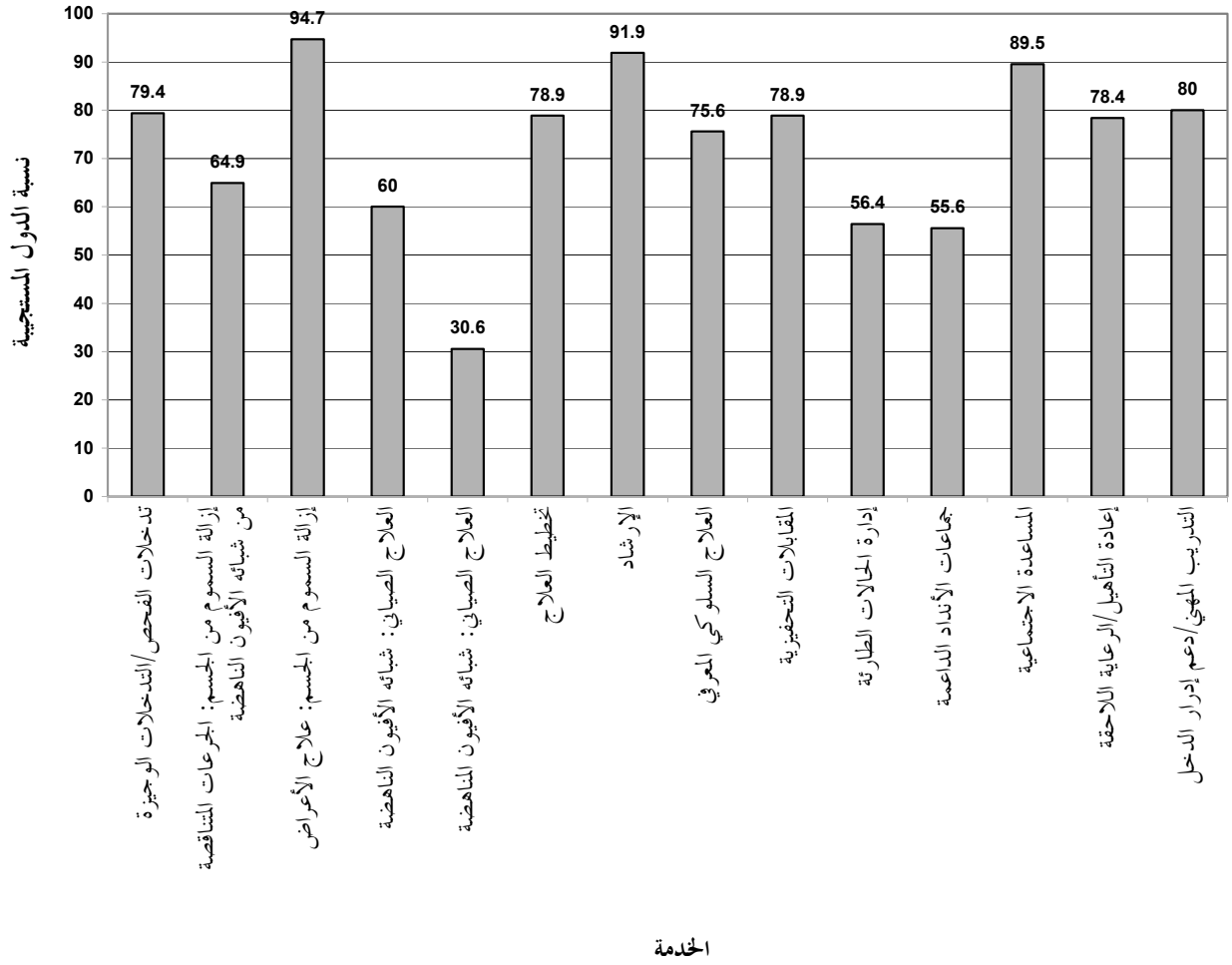


٢٠- ويلخّص الشكلان السابع والثامن البيانات التي أُبلغ عنها فيما يتعلق بتوفير خدمات العلاج من إدمان المخدرات ورعاية المدمنين في مرافق السجون. ومن الواضح أنَّ الخدمات لم تكن تُقدَّم في مرافق السجون بنفس المستوى الذي تُقدَّم به في إطار المجتمع المحلي. فقد كانت النسبة المئوية للدول الأعضاء التي أبلغت عن توفير هذه الخدمات في مرافق السجون أقل (أبلغت ٧٠ في المائة أو أكثر من الدول الأعضاء عن ١٣ فقط من ١٩ خدمة)، وليست بنفس اتساق نسبة الدول التي أبلغت عن توفير هذه الخدمات في إطار المجتمع المحلي (حيث كان معدل انتشار التوافر يتراوح بين ٣٣ في المائة و٩٥ في المائة). ولوحظ نفس الضعف فيما يتعلق بالخدمات المعانة بالأدوية، فضلا عن الأعمال الرامية إلى الوصول إلى متعاطي المخدرات، بما في ذلك برامج توفير أجهزة الحقن المعقّمة، التي ما زالت لا تنفّذ (أو لا تقبل) في كثير من السجون.

الشكل السابع

كل المناطق: توفير مختلف خدمات العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين في مرافق السجون

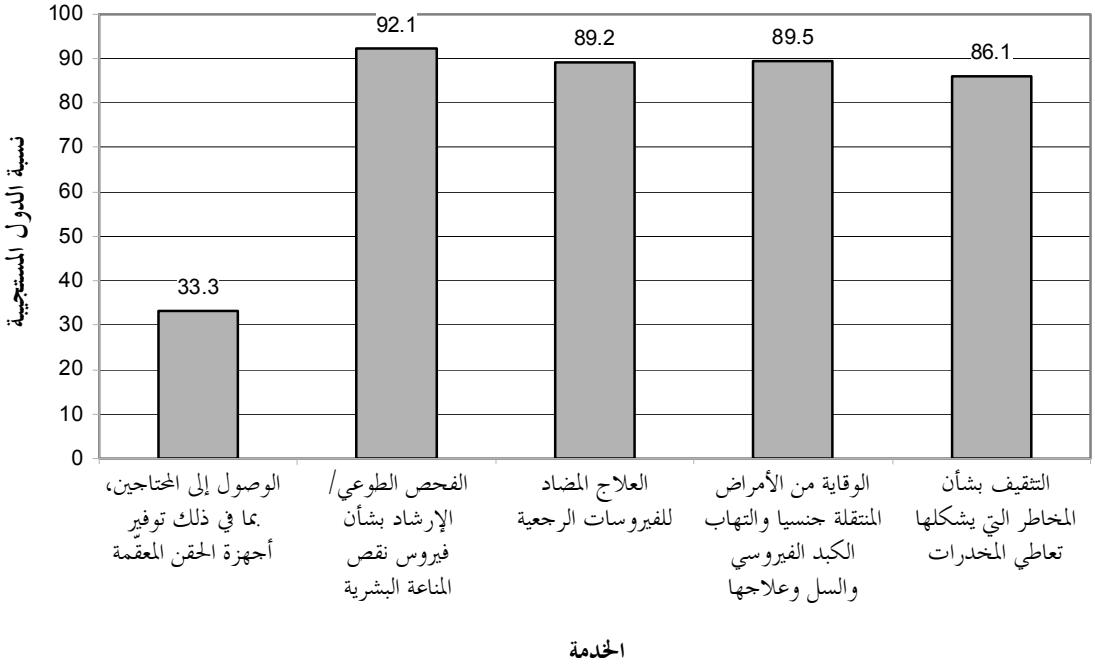
(النسبة المئوية)



الشكل الثامن

كل المناطق: توفير مختلف الخدمات الرامية إلى الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وسائر الأمراض المعدية والعلاج منها ورعاية المصابين بها بين متعاطي المخدرات في مرافق السجون

(النسبة المئوية)

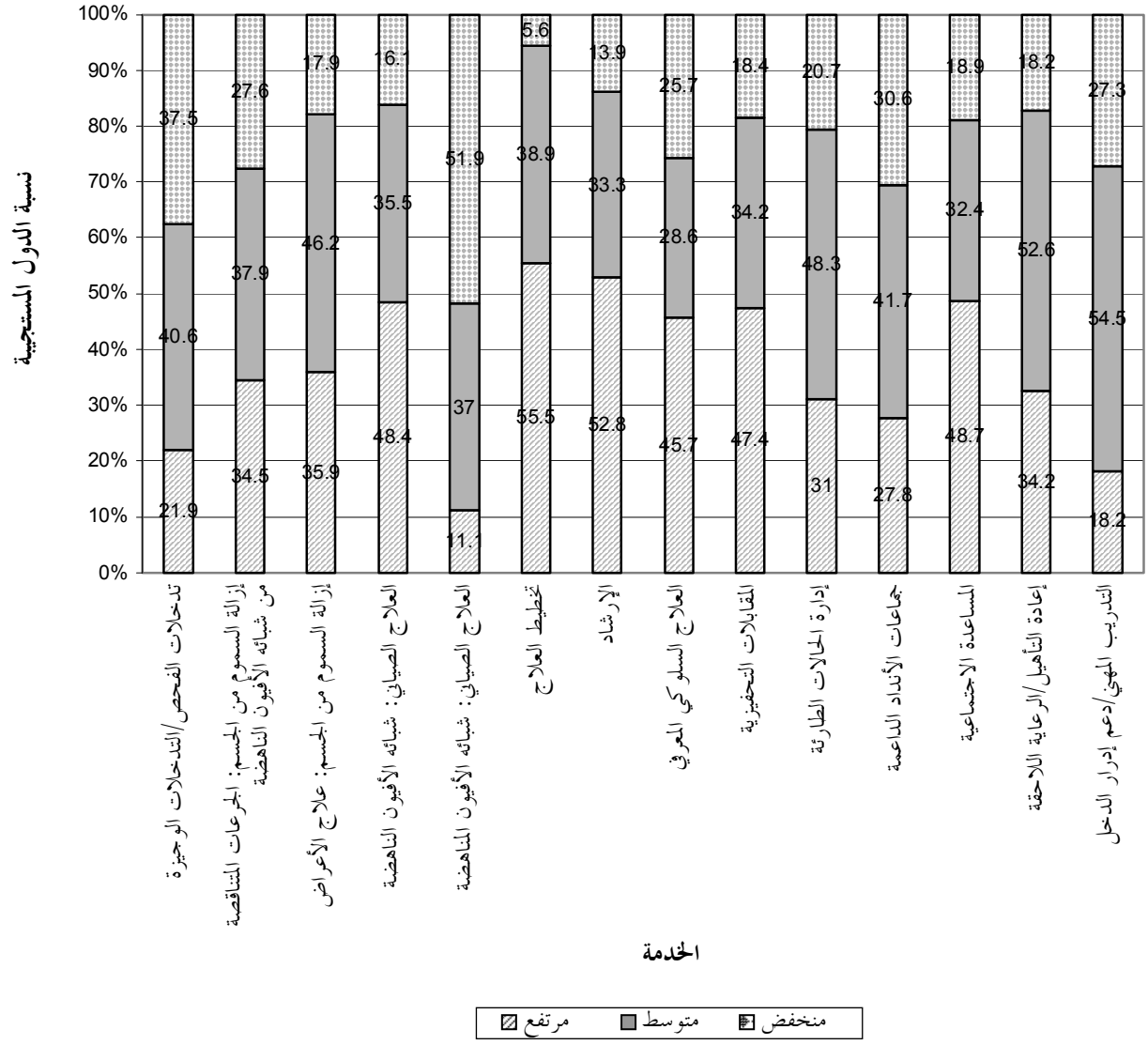


٢١- وتصبح الصورة أكثر تعقُّداً فيما يتعلق بتغطية الخدمات. ويبيِّن الشكلان التاسع والعاشر نسب الدول الأعضاء المبلغة عن التغطية المنخفضة والمتوسطة والعالية لخدمات كل منها في إطار المجتمع المحلي. ومن اللافت للنظر أنَّ معظم الخدمات أفيد بأنها تقدم بتغطية منخفضة أو متوسطة، وأبلغ بأنَّ نصف الخدمات فقط يقدّم بتغطية عالية في نحو نصف الدول الأعضاء الخمسين التي ردَّت على الاستبيان. وأفاد ما بين ربع الدول ونصفها عن تغطية عالية لخدماتها الخاصة بالعلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين، وهذا مشجّع. فمثلا أُفيد بأنَّ ٤٨ في المائة من الدول الأعضاء تقدّم العلاج الصيانى باستخدام شبائه الأفيون الناهضة بتغطية عالية، وهذا تطوُّر جديد. بيد أنه ينبغي ألاّ يغيب عن البال أنَّ هذه الدلائل الإيجابية لا تزال تعني أنَّ ما بين ٥٠ في المائة و٧٥ في المائة من الدول الأعضاء لم تكن قادرة على توفير خدمات معيّنة بتغطية عالية، ما يدل على أنَّ الطريق إلى حصول الجميع على خدمات العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين ما زال طويلا.

الشكل التاسع

كل المناطق: مستويات تغطية مختلف خدمات العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين في إطار المجتمع المحلي

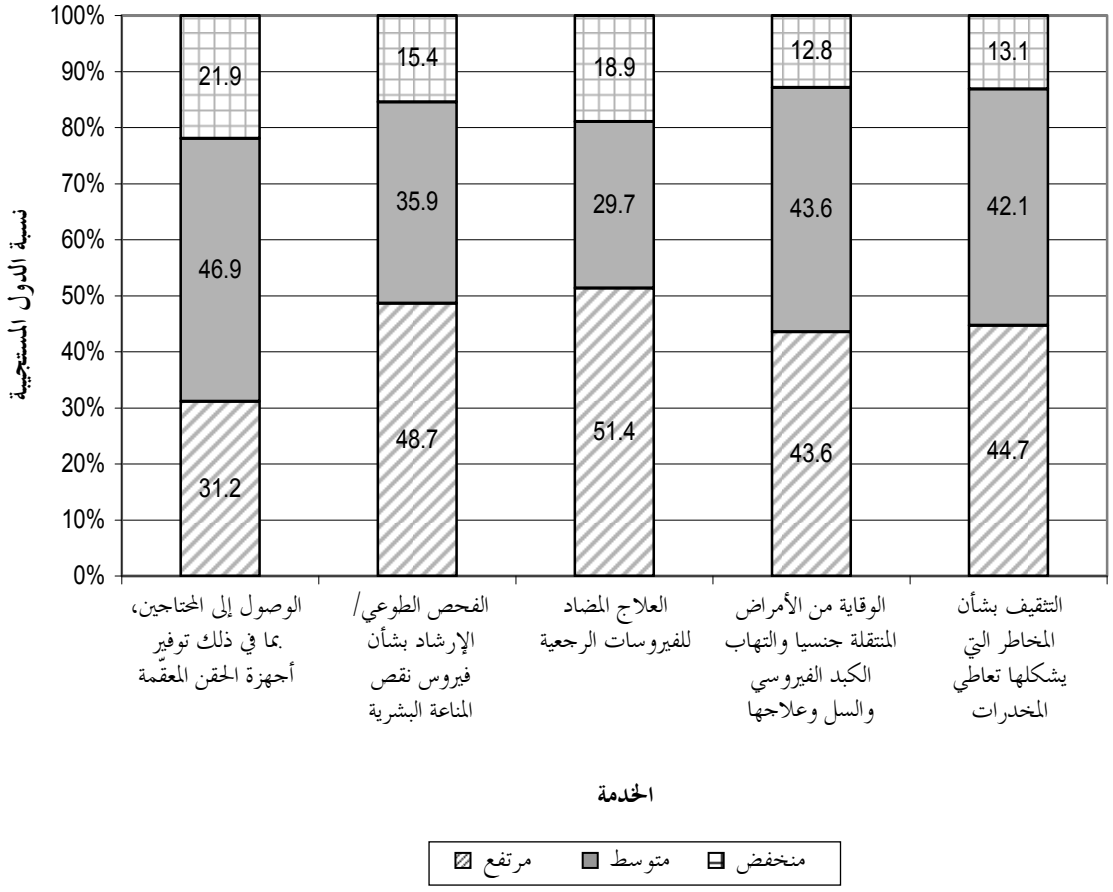
(النسبة المئوية)



الشكل العاشر

كل المناطق: مستويات تغطية مختلف الخدمات الرامية إلى الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وسائر الأمراض المعدية والعلاج منها ورعاية المصابين بها بين متعاطي المخدرات في إطار المجتمع المحلي

(النسبة المئوية)

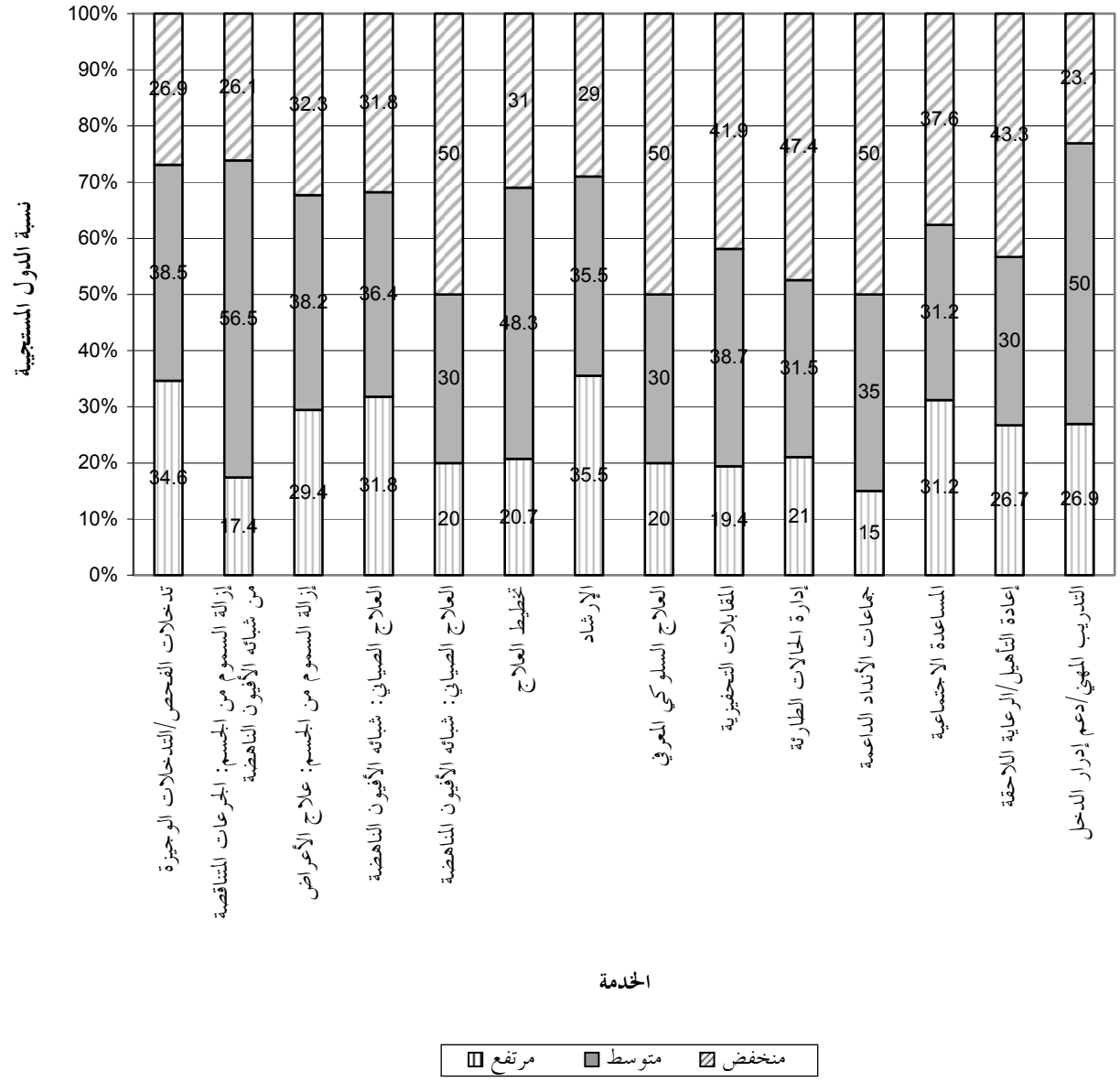


٢٢- وعلاوة على ذلك ففي مرافق السجون (الشكلان الحادي عشر والثاني عشر أدناه)، أبلغت نسبة ما يقرب من دولة عضو واحدة من كل خمس دول أعضاء عن أنها توفّر معظم خدمات العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين بتغطية منخفضة، وأبلغت نسبة ما بين حوالي ٢٠ في المائة و٤٠ في المائة فقط من الدول عن أنها توفّر الخدمات المختلفة بتغطية عالية. وبالنظر إلى أنَّ النزلاء في مرافق السجون يحتمل أن تكون صحتهم أضعف، من الناحيتين البدنية والعقلية، بما في ذلك من حيث الارتهان بالمخدرات والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز والسل، فهذا أمر يبعث على القلق بصفة خاصة.

الشكل الحادي عشر

كل المناطق: مستويات تغطية مختلف خدمات العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين في مرافق السجون

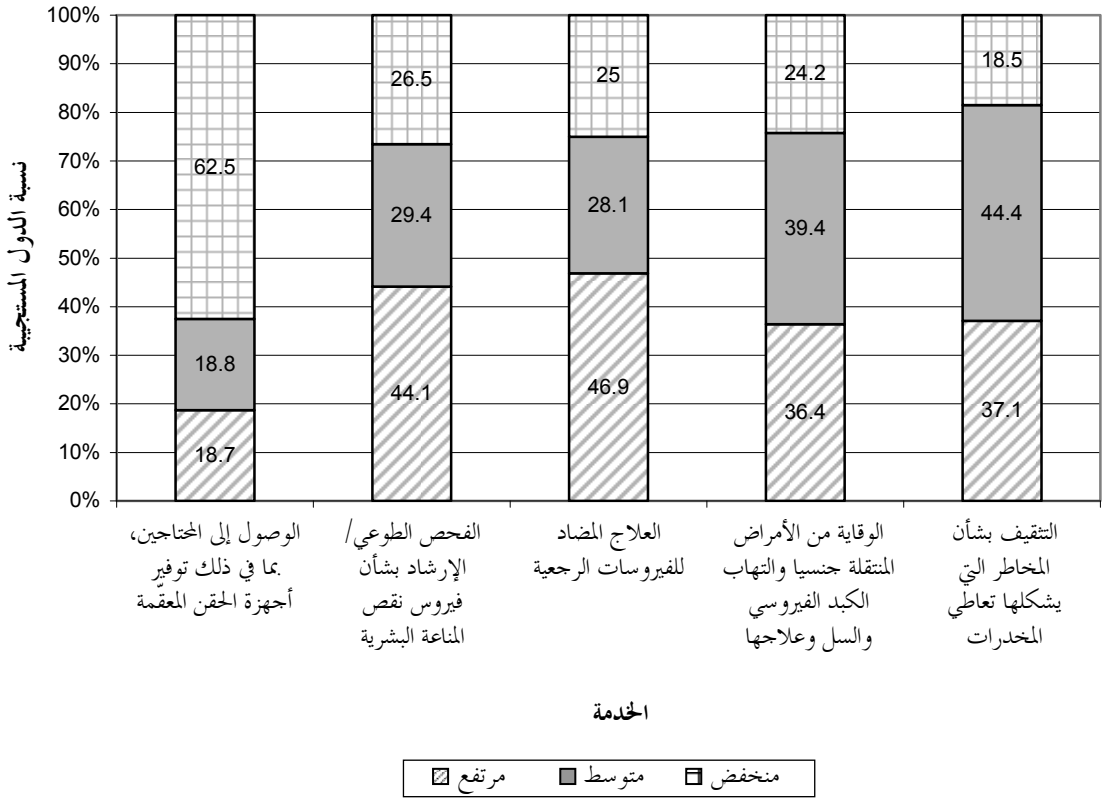
(النسبة المئوية)



الشكل الثاني عشر

كل المناطق: مستويات تغطية مختلف الخدمات الرامية إلى الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وسائر الأمراض المعدية والعلاج منها ورعاية المصابين بها بين متعاطي المخدرات في مرافق السجون

(النسبة المئوية)



٢٣- وفيما يتعلق بالخصائص الأساسية للخدمات المقدَّمة، لم تكن نوعية البيانات التي تم جمعها من خلال الاستبيان بنفس المستوى العالي للبيانات المتعلقة بالقضايا المذكورة أعلاه. فمثلا أفادت ٢٩ في المائة من الدول الأعضاء التي أجابت على للاستبيان بأنه لا يوجد لديها تقدير لعدد المحتاجين إلى العلاج. وعلى الرغم من أنَّ التقدير العالمي أو القاري لن يكون ذا دلالة إحصائية، بالنظر إلى معدل الردود المنخفض نسبيا على العموم، فإنَّ هذا يثير مخاوف جدّية فيما يتعلق بالأساس الذي يستند إليه التخطيط لتوفير خدمات العلاج في معظم بلدان العالم. ومن أجل تخطيط نظم الوقاية والعلاج، يحتاج مقرّرو السياسات إلى نظام للمعلومات يوفِّر البيانات المناسبة.

٢٤- وأبلغت نسبة تقرب من ٩٥ في المائة من الدول الأعضاء بأنها تقدِّم الخدمات في إطار المجتمع المحلي في كل من السياق السكني وسياق العيادات الخارجية، وأبلغت ٥٠ في المائة منها بأنَّ أكثر من ٧٠ في المائة من خدماتها العلاجية يقدَّم من خلال البرامج السكنية. وعموما، فإنَّ توفير معظم الخدمات من خلال العيادات الخارجية هو دلالة على النظام العلاجي الناضج، ولذا فإنَّ هذه البيانات تدعو إلى القلق. والواقع أنَّ هذا يعني أنَّ ما لا يقل عن نصف الدول الأعضاء المبلغة يوفر خدمات العلاج من الارتهان بالمخدرات في السياق الأكثر تكلفة والأقل كفاءة. وفصلا عن ذلك، ينبغي أن يلاحظ أنَّ العلاج السكني غير المدعوم بخدمات قوية للوصول إلى الناس وخدمات عيادات خارجية قوية هو عموما ليس بالفعالية التي يمكن أن يكون بها، لأنَّ مرضى الارتهان بالمخدرات يجدون صعوبة في الوصول إليه.

٢٥- وأفادت نسبة أكثر من نصف الدول الأعضاء التي أجابت على الاستبيان بأنَّ لديها نظاماً للعلاج الإجباري أو الإلزامي، في حين أنَّ غالبية كبيرة (٨٢.٢ في المائة) تتيح العلاج من الارتهان بالمخدرات كبديل للسجن. وهذا الرقم الأخير مشجّع، لأنَّ توفير العلاج من الارتهان بالمخدرات كبديل لجزاءات العدالة الجنائية قد اتضح أنه يتسم بالفعالية والكفاءة في خفض معدلات تعاطي المخدرات والارتهان بالمخدرات، فضلا عن عواقبهما الصحية الاجتماعية، بما فيها الجريمة.[٢] وكانت البيانات عن العلاج الإجباري والإلزامي أكثر مدعاة للقلق، من حيث أنه، وفقا للمعايير الأخلاقية والطبية، لا ينبغي أن يُقدَّم العلاج إلا بموافقة المريض. غير أنَّ المعلومات المقدَّمة ينبغي أن تفسر بحذر، نظرا لأن العديد من الدول الأعضاء التي تُقدِّم العلاج كبديل لجزاءات العدالة الجنائية ربما تكون قد أبلغت عن هذا النظام بوصفه شكلا من أشكال العلاج الإجباري أو الإلزامي. وما دام الاختيار بين العلاج وجزاءات العدالة الجنائية متروكا حقيقة للمريض، لا يلزم أن يكون هذا هو الحال. بيد أنه، على أساس المعلومات المقدّمة، لا يمكن في هذه المرحلة مواصلة مناقشة البيانات بطريقة مجدية.

٢٦- وأخيرا، تَبرز صورة أكثر تشجيعا من البيانات عن المؤشرات الأساسية الأخرى لنوعية الخدمات العلاجية. فأكثر من ٧٥ في المائة من الدول الأعضاء المُجيبة قد ردّت بالإيجاب على وجود معايير ومبادئ توجيهية مكتوبة ومعتمدة، وكذلك أنظمة معتمدة لإصدار التراخيص.

(2) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، "من الإكراه إلى التلاحم: العلاج من الارتهان بالمخدرات بالرعاية الصحية لا بالعقاب"، ورقة مناقشة مبنية على حلقة عمل علمية، فيينا، ٢٨-٣٠ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩.

خامسا- أعمال مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة في مجال تعزيز تدابير حماية الأطفال والشباب من تعاطي المخدرات

٢٧- يُساعد المكتبُ الدولَ الأعضاء على تكييف برامج التدخّلات الوقائية القائمة على الأدلة في المدارس والأُسر وأماكن العمل، وكذلك الخدمات القائمة على الأدلة والمراعية للقواعد الأخلاقية للعلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين.[٣] وعلى وجه الخصوص، قدم المكتب، خلال عام ٢٠١٠، تدريبا لما يقرب من ٢٠٠ موظف غير مهني على كيفية تقديم دورات تدريبية بشأن مهارات الأسرة للأبوين وأطفالهما في ستة بلدان في ثلاث مناطق. وقد بدأ معظم هؤلاء الموظفين العمل بالفعل مباشرة مع أولياء الأمور، الذين يشهدون على التغيرات ايجابية التي أحدثها هذا العمل في أسرهم والأطفال. ويصل البرنامج حاليا إلى نحو ٥٠٠ أسرة، ومن المقرَّر توسيعُ نطاقه في عام ٢٠١١ ليشمل ستة بلدان إضافية. إلا أنَّ من الواضح أنه من دون الحصول على مزيد من الموارد لا يمكن إلا أن يبقى نطاق فائدته يمكن محدودا للغاية.

٢٨- وقد وصلت الشبكة الدولية لمراكز موارد علاج مدمني المخدرات وإعادة تأهيلهم، المسمّاة "تريت نت"، والتابعة للمكتب، إلى مرحلة النضج في عام ٢٠١٠، حيث قامت بتدريب ٤ ٠٠٠ موظف على تقديم الخدمات المرتكزة على الأدلة والمراعية للقواعد الأخلاقية والميسَّرة لمن يعانون من الارتهان بالمخدرات. وهذا العمل الرائد، الذي ينفّذ حاليا في أكثر من ٢٠ بلدا في خمس مناطق، يجري أيضا استكماله بأعمال ترمي إلى توسيع وتحسين نطاق وصول الخدمات نفسها إلى من يحتاجونها، بهدف مساعدة ما لا يقلّ عن ٢٠ ٠٠٠ مستفيد على نطاق العالم.

(3) بشأن الوقاية من تعاطي المخدرات، انظر الموارد والوثائق المتاحة على هذا العنوان على الإنترنت www.unodc.org/unodc/en/prevention/index.html، وعلى الخصوص المنشورات التالية الصادرة عن المكتب: *Schools: School-based education for drug abuse prevention* (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.04.XI.21)؛ و دليل إرشادي لتنفيذ برامج التدريب على اكتساب المهارات الأُسَرية من أجل الوقاية من تعاطي المخدرات (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.09.XI.8)، مدعوما بالمنشور *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes* (٢٠١٠)؛ والمنشور *Workplace Prevention* (مرتقب). وبشأن العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين، يمكن الاطلاع في هذا العنوان على الإنترنت www.unodc.org/treatment/en/index.html على المواد التدريبية والوثائق الخاصة بشبكة "تريت نت" وببرنامج العمل المشترك بين مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية بشأن العلاج من الارتهان بالمخدرات والرعاية.

٢٩- وعلاوة على ذلك، يطلق المكتب مبادرات ابتكارية تستهدف الأطفال المعرّضين لتعاطي المخدرات في سنّ مبكّرة جدا، والاستخدام غير الطبي لعقاقير الوصفات الطبية، والحصول على أدوية الألم الخاضعة للمراقبة.

٣٠- وتكون اضطرابات تعاطي المخدرات أكثر تسببيا للمشاكل عندما تكون سن بداية التعاطي منخفضة، بالنظر إلى ازدياد الأضرار التي تنتج في الدماغ النامي. وفي معظم الحالات، يكون قرار تجربة المواد ذات التأثير النفسي لدى الأطفال والمراهقين متعلقا بمزيج من العوامل الوراثية والبيئية التي تسهم في القابلية النفسية البيولوجية للتأثّر وفي تدني مستوى المرونة. ويعمل المكتب على تحقيق استجابة عالمية منسقة تقوم بها المؤسسات العامة والمنظمات غير الحكومية لمساعدة الأطفال والمراهقين المعرضين للخطر و/أو المتأثّرين بتعاطي المخدرات والارتهان وعواقبه الصحية والاجتماعية. وتهدف هذه الاستجابة إلى الحدّ من مخاطر الإصابة بالاضطرابات الناتجة من تعاطي المخدرات، وإلى وضع وتوفير استراتيجيات متكاملة مناسبة للعلاج والإدماج في المجتمع مصمَّمة خصيصا لتلبية الاحتياجات المحدّدة لهذه الفئة العمرية.

سادسا- الاستنتاجات

٣١- في حين أنَّ غياب المعلومات التي لم ترد من الدول الأعضاء التي لم تُجب على الاستبيان يعرقل وضع استنتاجات محددة، يمكن أن تُستخلَص من البيانات الواردة أعلاه، مع مراعاة الحذر، الاستنتاجاتُ العامة المعروضة أدناه.

٣٢- فلا يزال يلزم عمل الكثير لضمان حماية الأطفال والشباب من تعاطي المخدرات. وهذا هو الحال بصفة خاصة فيما يتعلق بتوفير مجموعة شاملة من الأنشطة الوقائية التي تستهدف، مع التغطية الكافية، كلا من عموم السكان والفئات المعرّضة للخطر بوجه خاص. وكما هو واضح من البيانات التي جُمعت فإنَّ الأنشطة الوقائية يوفّرها، بصفة عامة، عدد من الدول الأعضاء أقل من عدد الدول الأعضاء التي توفّر خدمات العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين، وهذا هو الحال على الأخص فيما يتعلق بالفئات المعرّضة للتأثّر بصفة خاصة.

٣٣- وتوافر مجموعة من الخدمات هو بصفة عامة، بالنسبة للوقاية والعلاج على السواء، أقل مدعاة للقلق من التغطية الفعلية للتدخّلات. وقد أشارت غالبية الدول الأعضاء إلى أنها تقدّم مجموعة من الأنشطة الوقائية وخدمات العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين، حتى وإن كان ذلك ينطبق على الوقاية بقدر أقل من انطباقه على العلاج. والجانب الذي تصبح فيه الصورة

أكثر إشكالية هو في تغطية التدخّلات، وخصوصا تغطية الفئات الشديدة التعرض للخطر فيما يتعلق بالوقاية وبمرافق السجون بشأن العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين.

٣٤- ومن الواضح أنه لا يزال هناك الكثير مما ينبغي عمله لضمان أن تكون التدخّلات والخدمات المستندة إلى الأدلة والتي تراعي القواعد الأخلاقية في متناول جميع من يحتاجون إليها.

٣٥- وبصفة تحليل أول، وعلى مستوى أعم، ينبغي استهلال نقاش وإجراء استعراض متعمّق لبحث مدى الفعالية والكفاءة النسبيتين للتدخّلات المختلفة، بغية فهم ما إذا كانت الموارد المحدودة المتاحة تستثمر بأنسب السبل. وهناك بعض الدلائل المثيرة للقلق في هذا الصدد فيما يتعلق بكل من الوقاية والعلاج. فالتدخّلات القائمة على الأسرة والتدخّلات الوجيزة مدعومة بأدلة علمية أمتن كثيرا وتسفر عن نتائج أكثر إيجابية وأطول أمدا من توفير المعلومات والأنشطة البديلة، مثلا، ومع ذلك، فإنَّ عدد الدول الأعضاء التي تنفّذها أقل كثيرا. وحالة العلاج في العيادات الخارجية مقارنة بالعلاج السكني، المبيّنة أعلاه، هي مثال مناسب فيما يتعلق بالعلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين.

٣٦- ويشير ضعف الإبلاغ فيما يتعلق بتقييم الوقاية من تعاطي المخدرات، وكذلك فيما يتعلق بتوافر التقديرات لعدد المحتاجين إلى العلاج، إلى ضعف عام آخر يتعيّن التصدي له، وهو عدم وجود نظام مناسب لجمع البيانات يكون قادرا على توفير معلومات مفيدة في تخطيط برامج الوقاية والعلاج، وكذلك في تقييم تنفيذها وفعاليتها.

٣٧- وتشير الدلائل المثيرة للقلق بشأن التغطية فيما يتعلق بكل من الوقاية والعلاج إلى الحاجة إلى تحديد حزم دنيا، من بين المجموعة الواسعة من التدخّلات المستندة إلى الأدلة، مؤلفة من عدد قليل من التدخّلات المنخفضة التكلفة وذات الفعالية المثبتة والمتسمة بأعلى مستوى من الكفاءة. وينبغي أن تكون هذه الحزم قابلة للتنفيذ من جانب فرق غير مهنية. ولا يعني هذا أنه ينبغي استثمار موارد أقل في التدريب، بل على العكس، فالتدريب والدعم الكافيان للفرق المهنية وغير المهنية أساسي لتوسيع نطاق التغطية مع الحفاظ على نوعية تنفيذ عالية، ومن ثم الحفاظ على الفعالية والكفاءة. وفضلا عن ذلك فإنَّ تدخّلات وخدمات الوقاية من تعاطي المخدرات الخاصة بالعلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين يجب أن تعمّم في تقديم الخدمات الصحية والتعليمية العادي في كل بلد، وينبغي أن تكون متاحة لجميع السكان، ومن بينهم نزلاء السجون.

٣٨- وأخيرا، ففي حين توجد قاعدة متينة من الأدلة العلمية بشأن فعالية وكفاءة العديد من تدخّلات الوقاية من تعاطي المخدرات وخدمات العلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية

المرتهنين، يوجد أيضا العديد من الثغرات، وعلى الأخص فيما يتعلق بالتدخّلات الوقائية التي تتناول كلا من عوامل الخطر على حدة في سنّ مبكّرة وفيما يتعلق بالمعالجة الدوائية للارتهان بالمنشّطات. وينبغي أن تستثمر الدول الأعضاء بكثافة في تعزيز البحث العلمي الرامي إلى تعميق فهمنا لعلم الأمراض في مجال الارتهان بالمخدرات، وكيفية التعامل مع عوامل الخطر والوقاية المتعلقة به، وكيفية علاج الارتهان بجميع المواد ورعاية المرتهنين. وفي هذا السياق، ثمة حاجة إلى مبادرات تعالج الحواجز اللغوية والاقتصادية التي تعرقل تبادل المعلومات بين الأوساط العلمية.

سابعا- التوصيات

٣٩- ما ورد أعلاه من مناقشة واستنتاجات يقود إلى التوصيات التالية التي تُقدَّم إلى لجنة المخدرات كي تنظر فيها:

(أ) ينبغي أن تُواصل الدول الأعضاء السعي إلى زيادة مجموعة التدخّلات المستندة إلى الأدلة والتي تراعي القواعد الأخلاقية، الخاصة بالوقاية من تعاطي المخدرات وبالعلاج من الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين، والتي تستهدف عموم السكان، ولكن أيضا الفئات المعرّضة للخطر بصفة خاصة وفي مرافق السجون، ولا سيما السعي إلى توسيع نطاق تغطيتها.

(ب) لعلّ اللجنة تودُّ أن تعزّز ولاية المكتب والدعم المقدّم له في مجال مساعدة الدول الأعضاء في هذا المسعى من خلال تطوير ونشر القاعدة العلمية من الأدلة على فعالية مختلف التدخّلات، وكذلك من خلال توفير المساعدة التقنية، بحسب الطلب، وخصوصا فيما يتعلق بما يلي:

'١' التحديات الناشئة، مثل مشكلة الأطفال المعرَّضين لتعاطي المخدرات في سنّ مبكّرة للغاية، والاستخدام غير الطبي لعقاقير الوصفات الطبية، فضلا عن الحصول على أدوية الألم الخاضعة للمراقبة؛

'٢' حزمة من التدخّلات الأساسية القائمة على الأدلة والمنخفضة التكلفة لكي تنفّذ، بأقصى قدر من فعالية التكلفة، في السياقات التي تكون فيها الموارد محدودة، في مجالي الوقاية من تعاطي المخدرات وعلاج الارتهان بالمخدرات ورعاية المرتهنين.