

Distr.: General
18 December 2002
Arabic
Original: English

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



لجنة المخدرات

الدورة السادسة والأربعون

فيينا، ٨-١٧ نيسان/أبريل ٢٠٠٣

البندين ٣ و ١١ من جدول الأعمال المؤقت*

متابعة الدورة الاستثنائية العشرين للجمعية العامة: لحة عامة
والتقدم الذي أحرزته الحكومات في تحقيق غايات وأهداف
عامي ٢٠٠٣ و ٢٠٠٨ المحددة في الاعلان السياسي الذي
اعتمده الجمعية العامة في دورتها الاستثنائية العشرين

المناقشة العامة في الجزء الوزاري: تقييم التقدم المحرز
والصعوبات المصادفة في تحقيق الغايات والأهداف المحددة
في الاعلان السياسي الذي اعتمده الجمعية العامة في
دورها الاستثنائية العشرين

التقرير الاثناسنوي الثاني عن تنفيذ نتائج دورة الجمعية العامة الاستثنائية
العشرين المكرسة لمواجهة مشكلة المخدرات العالمية معا

تقرير المدير التنفيذي

اضافة

خطة العمل لتنفيذ الاعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية
لخفض الطلب على المخدرات



المحتويات

الصفحة	الفقرات	
٤	١	أولاً- مقدمة
٤	٩-٢	ثانياً- الالتزام
٨	١٣-١٠	ثالثاً- تقييم المشكلة
١٠	٢٥-١٤	رابعاً- معالجة المشكلة
١٠	١٦-١٤	ألف- التدخلات لغرض الوقاية
١٤	٢٣-١٧	باء- العلاج وإعادة التأهيل
٢١	٢٥-٢٤	جيم- التخفيف من وطأة العواقب الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدرات
٢٣	٢٦	خامساً- اقامة الشراكات
٢٤	٢٩-٢٧	سادساً- التركيز على الاحتياجات الخاصة
٢٥	٣٠	سابعاً- توجيه الرسالة الصحيحة
٢٦	٣٣-٣١	ثامناً- الارتكاز على الخبرات المكتسبة
		تاسعاً- الصعوبات المواجهة في تنفيذ الأنشطة المتعلقة بخفض الطلب على المخدرات وفقا
٢٧	٣٤	لخطة العمل

المجدول-

٦	١- مشاركة القطاعات المختلفة في وضع استراتيجية وطنية لخفض الطلب على المخدرات وتنفيذها: النسبة التي ردت بالايجاب من جميع الدول التي قدمت الاستبيان الاثناسنوي عن الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢
٧	٢- مشاركة القطاعات المختلفة في وضع وتنفيذ استراتيجية وطنية لخفض الطلب على المخدرات: مقارنة نسبة الدول التي ردت بالايجاب عن فترتي الابلاغ ١٩٩٨-٢٠٠٠ و ٢٠٠٠-٢٠٠٢ .
١٠	٣- المجالات التي نشرت فيها نتائج بحوث أو أجريت فيها بحوث خلال فترة الابلاغ: نسبة الدول المحيية التي ردت بالايجاب عن فترة الابلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الابلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢)؛ ونسبة الدول التي ردت بالايجاب عن فترة الابلاغ الثانية من التي أرسلت ردودا عن فترة الابلاغ الأساسية
١١	٤- مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجال أنشطة الوقاية في فترة الابلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الابلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): الاعلام والتعليم بشأن المخدرات وبشأن اساءة استعمالها

- ١٢ -٥ مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجال أنشطة الوقاية في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): تنمية المهارات الحياتية.....
- ١٢ -٦ مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجال أنشطة الوقاية في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): توفير بدائل عن تناول المخدرات.....
- ١٥ -٧ مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجالي العلاج وإعادة التأهيل في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): التطهير من سموم المخدرات..
- ١٦ -٨ مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجالي العلاج وإعادة التأهيل في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): العلاج الاستبدالي، باستثناء التطهير القصير الأمد.....
- ١٧ -٩ مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجالي العلاج وإعادة التأهيل في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): العلاج غير الدوائي.....
- ١٨ -١٠ مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجالي العلاج وإعادة التأهيل في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): إعادة الدمج في المجتمع.....
- ٢٢ -١١ التخفيف من وطأة العواقب الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدرات. مقارنة بين فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢).....
- ٢٨ -١٢ الصعوبات المواجهة في تنفيذ الأنشطة المتعلقة بـمخفض الطلب على المخدرات وفقاً لخطة العمل في فترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢).....

أولاً - مقدمة

١ - يتكون الباب الثامن من الاستبيان الاثناسنوي بشأن خفض الطلب على المخدرات من سبعة أبواب فرعية تتناول ما يلي: الاستجابات السياسية والاستراتيجية (الالتزام)، وموارد المعلومات (تقييم المشكلة)، والاستجابات (معالجة المشكلة)، وطرائق العمل (اقامة الشراكات)، والعمل مع الفئات السكانية الضعيفة المناعة أو ذات الاحتياجات الخاصة (التركيز على الاحتياجات الخاصة)، ونشر المعلومات والتثقيف (توجيه الرسالة الصحيحة)، وقضايا التدريب والتنسيق (الارتكاز على الخبرات المكتسبة). وأدرج، فضلاً عن ذلك، باب فرعي بشأن الصعوبات التي تواجهها الدول في تطبيق خطة العمل لتنفيذ الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات (مرفق قرار الجمعية العامة ٥٤/١٣٢).

ثانياً - الالتزام

٢ - تستطلع الأسئلة التي تتناول التزام الدول استجاباتها السياسية والاستراتيجية إزاء خفض الطلب على المخدرات. ووجود استراتيجية وطنية لخفض الطلب على المخدرات أمر هام لتنسيق الاستجابات وضمان اتباع ممارسة جيدة ونهج متوازن إزاء تنفيذ تدابير خفض الطلب والعرض التي ينص عليها الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات (مرفق قرار الجمعية العامة د-٣/٢٠). وتوفر استراتيجية كهذه أيضاً أساساً يساعد على تحقيق استجابات متعددة القطاعات وشاملة لكل المجتمعات المحلية على النحو المطلوب في الإعلان. والسؤال الأول والمناسب في الباب الثامن يطلب من الدول الافادة عما إذا كانت لديها استراتيجية وطنية لخفض الطلب. وقد جاء الرد على هذا السؤال بالإيجاب في الغالبية العظمى من الحالات. فمن بين الدول التي ردت على الاستبيان خلال فترة الإبلاغ ٢٠٠٠-٢٠٠٢، وعددها ١١٥ دولة، أجابت ٨٦ في المائة بأن لديها استراتيجية وطنية. وعند مقارنة ردود الدول في فترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢) بردود فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠)، يلاحظ أن نسبة أكبر من الدول أجابت بأن لديها استراتيجية وطنية لخفض الطلب للفترة ٢٠٠٢-٢٠٠٠ (٨٩ في المائة مقابل ٨٤ في المائة للفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠).

٣ - وأفادت أيضاً غالبية الدول (٨٢ في المائة) التي كانت لديها استراتيجية وطنية للفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢، في رد تكميلي، بأن هذه الاستراتيجية تتضمن المبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات، مما يشير إلى أن تخطيطها الاستراتيجي الوطني أخذ في الحسبان المبادئ المتفق عليها بشأن الممارسة الجيدة. ومن المشجع جداً أيضاً ما يلاحظ عند مقارنة

ردود الدول التي أجابت على هذا السؤال لكلتا فترتي الإبلاغ من أن هناك زيادة كبيرة في نسبة الدول التي أبلغت عن أن استراتيجياتها الوطنية تتضمن هذه المبادئ التوجيهية، إذ بلغت تلك النسبة ٩٦ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢ مقابل ٦٨ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠. وعلاوة على ذلك، أشارت ٨٥ في المائة من الدول المبلّغة إلى أن استراتيجياتها الوطنية للفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢ تشمل مجالات تتعلق بالوقاية، بينما أبلغت ٨١ في المائة و٦٩ في المائة و٧٦ في المائة من الدول، على التوالي، بأن استراتيجياتها الوطنية تشمل ترتيبات للعلاج، وتدابير لتخفيف وطأة العواقب الصحية والاجتماعية لتناول المخدرات وتعاطيها، ومبادرات لجمع البيانات.

٤- وثمة مؤشر آخر على ملاءمة الاستراتيجيات الوطنية ومدى اتفائها مع الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات (الذي يشدد على ضرورة استناد برامج خفض الطلب إلى تقييم دوري لحالة مشكلة المخدرات)، وهو أن غالبية الدول (٧٩ في المائة) التي لديها استراتيجية وطنية لخفض الطلب أفادت بأنه جرى تقييم طبيعة مشكلة المخدرات قبل وضع الاستراتيجية. ويلاحظ عند مقارنة ردود الدول على هذا السؤال في كلتا فترتي الإبلاغ أن هناك زيادة كبيرة في نسبة الدول التي أجرت تقييما لطبيعة مشكلة المخدرات التي تواجهها (٨٤ في المائة للفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢ مقابل ٧٤ في المائة للفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠) قبل أن تضع استراتيجيتها الوطنية.

٥- وأفادت جميع الدول تقريبا (٨٤ في المائة) التي توجد لديها استراتيجية وطنية لخفض الطلب على المخدرات بأن لديها هيئة تنسيق مركزية مسؤولة عن تنفيذ الاستراتيجية؛ وأفادت ٨٩ في المائة من الدول أيضا بأنها اعتمدت نهجا متعدد القطاعات في إطار هذه الاستراتيجية. ومن الدول التي أجابت على هذين السؤالين في فترتي الإبلاغ، أفاد عن وجود هيئة تنسيق مركزية مسؤولة عن تنفيذ هذه الاستراتيجية ٨٤ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ و٨٨ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢، وأفاد عن اعتماد نهج متعدد القطاعات لخفض الطلب على المخدرات في الاستراتيجية الوطنية ٨٧ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ و٩٢ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢.

٦- ويلخص الجدول ١ البيانات المتعلقة بمدى مشاركة الهيئات الحكومية والعمومية والرسمية على المستويين الوطني والمحلي ومدى مشاركة منظمات المجتمع المدني في وضع الاستراتيجية الوطنية لخفض الطلب على المخدرات وتنفيذها في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢، مبينا النسبة المئوية للدول التي ردت بالإيجاب على تلك الأسئلة.

الجدول ١

مشاركة القطاعات المختلفة في وضع استراتيجية وطنية لخفض الطلب على المخدرات وتنفيذها: النسبة التي ردت بالإيجاب من جميع الدول التي قدمت الاستبيان الاثناسنوي عن الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢ (بالنسبة المئوية)

القطاع	المشاركة على المستوى الوطني	المشاركة على المستوى المحلي	مشاركة المجتمع المدني
الصحة	٨٩	٧٩	٧٣
الخدمات الاجتماعية	٨١	٧١	٧١
التربية والتعليم	٨٤	٧٧	٦٨
انفاذ القوانين	٨٣	٧١	٣٠
العدالة	٧٤	٦٠	٣٠
العمالة	٥٠	٤٤	٣٢
قطاعات أخرى	٣٠	٢٢	١٩

٧- وتدل هذه البيانات على وجود قدر كبير من التعاون المتعدد القطاعات والمتعدد الوكالات. ولا غرابة في أن تكون الأجهزة الصحية على الصعيد الوطني والمحلي من أكثر الأجهزة مشاركة في وضع استراتيجية وطنية لخفض الطلب على المخدرات وتنفيذها، شأنها شأن أجهزة التربية والتعليم، وإنفاذ القوانين، والخدمات الاجتماعية، والعدالة. وذكر نصف كل الدول المبلغة أيضا أن أجهزة العمالة تشارك على الصعيد الوطني في وضع استراتيجية لخفض الطلب وتنفيذها. وأفيد عن مشاركة المجتمع المدني (المنظمات غير الحكومية وغيرها) في الغالب في قطاعات الصحة، والخدمات الاجتماعية، والتربية والتعليم. وتتفق هذه المساهمة مع ما جاء في الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات، الذي يشير إلى أهمية إقامة شراكات بين الهيئات الحكومية وغير الحكومية.

٨- ولدى مقارنة ردود الدول التي أجابت على الأسئلة الواردة أعلاه في دوري الإبلاغ (انظر الجدول ٢)، يلاحظ أن معظم الردود أفادت عن مشاركة الأجهزة الصحية على كلا الصعيدين الوطني والمحلي، وفي المجتمع المدني، في وضع خطة وطنية لخفض الطلب وفي تنفيذها، ولكن نسبة أكبر من الدول أفادت عن حدوث هذه المشاركة على الصعيد المحلي وفي المجتمع المدني خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢. وتجدر أيضا ملاحظة الزيادة في مشاركة

المجتمع المدني لا سيما في قطاع الخدمات الاجتماعية، ومشاركة المنظمات على الصعيدين الوطني والمحلي وفي المجتمع المدني في قطاع التربية والتعليم في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢.

الجدول ٢

مشاركة القطاعات المختلفة في وضع وتنفيذ استراتيجية وطنية لخفض الطلب على المخدرات: مقارنة نسبة الدول التي ردت بالإيجاب عن فترتي الإبلاغ ١٩٩٨-٢٠٠٠ و ٢٠٠٠-٢٠٠٢ (بالنسبة المئوية)

القطاع	المشاركة على المستوى الوطني		المشاركة على المستوى المحلي		مشاركة المجتمع المدني	
	١٩٩٨-٢٠٠٠	٢٠٠٢-٢٠٠٠	١٩٩٨-٢٠٠٠	٢٠٠٢-٢٠٠٠	١٩٩٨-٢٠٠٠	٢٠٠٢-٢٠٠٠
الصحة	٩٣	٩٣	٧٤	٨٢	٦٨	٧٨
الخدمات الاجتماعية	٨٥	٨٤	٧١	٧٢	٦٣	٧٦
التربية والتعليم	٨٦	٨٩	٧٣	٧٩	٦١	٧٣
انفاذ القوانين	٨٩	٨٣	٦٧	٧٠	٣٢	٢٧
العدالة	٨٢	٧٦	٦٠	٦٠	٢٩	٣٠
العمالة	٥٣	٥٤	٤٤	٤٥	٣٥	٣٤
قطاعات أخرى	٤٦	٣٣	٢٧	٢٤	١٩	٢٣

٩- وردا على السؤال المتعلق بما إذا كانت هناك ميزانية مخصصة لدعم تنفيذ الاستراتيجية الوطنية لخفض الطلب على المخدرات، أفادت ٦٨ في المائة من الدول عن وجود مثلها. وعمّا إذا كان لدى الدول ذات الاستراتيجيات الوطنية اطار لتقييم النتائج المحرزة والإبلاغ عنها، أجابت ٦٩ في المائة من الدول بأن لديها مثل هذا الاطار. وعند مقارنة ردود الدول لفترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) بردودها لفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢)، يلاحظ أن عدد الدول التي لديها استراتيجيات وطنية وأفادت عن اعتماد ميزانيات مخصصة للتنفيذ كان أكبر في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢ (٧٤ في المائة منه في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠) (٦٠ في المائة). وعلمنا بالاهتمام الذي توليه المبادئ التوجيهية للتقييم واعتماد نهج يقوم على الأدلة، تجدر الملاحظة أيضا أن نسبة الدول التي لديها استراتيجيات وطنية وأفادت بأن لديها اطارا لتقييم النتائج المحرزة والإبلاغ عنها زادت من ٦٩ في المائة في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) إلى ٧٥ في المائة في فترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢).

ثالثاً - تقييم المشكلة

١٠ - يشمل موضوع التقييم في الاستبيان الإثناسنوي توافر برامج البحث وآليات التقييم الوطنية أو الإقليمية ونوعيتها ومدى تغطيتها. وإضافة إلى ذلك، يمكن للدول أن تشير إلى المجالات التي تسبب صعوبات في تقييم مشكلة المخدرات وفقاً لخطة العمل. وقد ظل توافر برامج بحث وطنية أو إقليمية بشأن المخدرات والارتقاء للمخدرات وخفض الطلب عليها ثابتاً خلال فترتي الإبلاغ. وفي كلتا دورة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) ودورة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢)، أفادت ٦٢ في المائة من الدول بأن لديها برامج بحث متاحة. وأشارت ٨٢ في المائة من الدول إلى أن لديها آلية للرصد المستمر متاحة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢ مقابل ٦١ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠.

١١ - وفيما يتعلق بالعناصر المشمولة بتنفيذ الآلية المتاحة للتقييم، أفاد أكثر من نصف كل الدول المحيية، البالغ عددها ١١٥، في دورة الإبلاغ الثانية عن أن تقديرات الانتشار (٦٥ في المائة) والدراسات الاستقصائية في المدارس (٦٥ في المائة) ونظم الإبلاغ عن العلاج (٥٩ في المائة) تنفذ في إطار تقييم تعاطي المخدرات. وأبلغت ٥٣ في المائة من جميع الدول المحيية عن وجود رصد للعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية (هيف) و٤٧ في المائة عن وجود رصد للوفيات المتصلة بالمخدرات. وفيما يتعلق بالعناصر الأخرى المذكورة، أبلغت اليونان وهولندا عن إجراء دراسات استقصائية سكانية عامة، بينما أفادت أيرلندا والنمسا عن اعترامهما إجراء مثل هذه الدراسات قريباً. وأبلغت إيطاليا عن أن لديها نظام إنذار مبكر كتدبير رقابي وطني للتصدي السريع للمخدرات الحديثة الاكتشاف. وأبلغت المكسيك عن إجراء بحوث نوعية وكمية على السواء وسط فئات فرعية مختلفة معرضة للخطر، مثل النساء في السجون وأطفال الشوارع. وليس من الممكن استخلاص استنتاجات بشأن الاتجاهات المتعلقة بتوافر آليات للتقييم لأن هذا السؤال أضيف في إطار التنقيح الذي أجري للاستبيان الإثناسنوي بعد دورة الإبلاغ الأساسية (الأولى).

١٢ - وأدرج في الاستبيان الإثناسنوي المنقح سؤال بشأن تقييم نوعية المعلومات الوطنية المتوفرة عن الأنماط والاتجاهات في استهلاك المخدرات. ويُقدر أقل بقليل من ثلث كل الدول المحيية (٣٠ في المائة) أن نوعية المعلومات جيدة، ويرى نصفها (٥١ في المائة) أنها متوسطة. ولم تفد سوى ١٢ في المائة من البلدان المحيية بأن نوعية المعلومات رديئة. وفي حين أن نحو ربع البلدان المحيية في أفريقيا والقارة الأمريكية أعطت أعلى تقدير لنوعية معلوماتها الوطنية عن تعاطي المخدرات (٢٣ في المائة و٢٤ في المائة، على التوالي)، فقد اعتبرت نصف الدول المحيية في أوروبا (٥٠ في المائة) أن نوعية معلوماتها المتعلقة بالمخدرات جيدة. وهناك فروق

كبيرة بين قدرات الدول المجيبة على الاستثمار في أنشطة بحثية، سواء من حيث كثافة هذا الاستثمار أو نطاقه. ففي أستراليا، على سبيل المثال، تستفيد الاستراتيجية الوطنية للمخدرات من مراكز البحث الوطنية المتخصصة التي تتيح الفرص اللازمة للاضطلاع ببرنامج أساسي للبحوث، ويجري التفاوض على أولويات البحوث مع كل مركز. وأفادت دول أخرى، مثل قبرص، بأن محاولات إجراء البحوث محدودة وغير ملائمة منهجياً.

١٣- وبين الجدول ٣ الاتجاهات المتعلقة بالمجالات التي أجريت فيها بحوث. وبين التحليل وجود زيادات لا سيما في المجالات التي أبلغ العديد من الدول عن إجراء أنشطة بحثية فيها بدءاً من فترة الإبلاغ الأولى، بما في ذلك مجالات الوقاية والعلاج وعلم الأوبئة وعلم الاجتماع. ولا يزال الاتجاه في تواتر الأنشطة التي تجرى في مجالات البحوث ثابتاً نسبياً في فترة الإبلاغ الثانية مقارنة بفترة الإبلاغ الأولى. وعندما يشمل التحليل جميع الدول المجيبة في فترة الإبلاغ الثانية، تظل مجالات البحوث الرئيسية كما هي تقريباً. وبالإضافة إلى ذلك، أبلغت ٣٩ في المائة من جميع الدول المجيبة عن أنشطة بحثية تجرى حالياً في مجال الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية. وهذا أمر مشجع، لأنه ينبغي لهذه البحوث أن تتيح البيانات اللازمة لتصميم التدخلات الفعالة وتنفيذها. ولكن بما أن مجال الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية لم يدرج في استبيان فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى)، فلا يمكن استخلاص أي استنتاجات بشأن الاتجاهات في هذا الصدد.

الجدول ٣

المجالات التي نشرت فيها نتائج بحوث أو أجريت فيها بحوث خلال فترتي الإبلاغ: نسبة الدول المجيبة التي ردت بالإيجاب عن فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢)؛ ونسبة الدول التي ردت بالإيجاب عن فترة الإبلاغ الثانية من التي أرسلت ردودا عن فترة الإبلاغ الأساسية (بالنسبة المئوية)

النسبة التي ردت بالإيجاب عن فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) (من مجموع ١٠٩ دول)	النسبة التي ردت بالإيجاب عن فترة الإبلاغ الثانية من التي أرسلت ردودا عن فترة الإبلاغ الأساسية (من مجموع ٨٩ دولة)	النسبة التي ردت بالإيجاب عن فترة الإبلاغ الثانية (من مجموع ١١٥ دولة)	المجال
٢٢	٢٣	١٧	الكيمياء الحيوية
٣٢	٣٠	٢٥	علم العقاقير
٤٦	٥٤	٤٦	علم الاجتماع
٥٨	٦٣	٥٥	علم الأوبئة
٦١	٦٧	٦٢	الوقاية
٥٨	٦٦	٥٨	العلاج
٤٣	٤٢	٣٨	السياسة العامة الخاصة بالمخدرات
٢١	٢٠	١٧	تحليل التكاليف
(١)	(١)	٣٩	الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية

(١) لم يدرج في هذا المجال استبيان فترة الإبلاغ الأساسية.

رابعاً - معالجة المشكلة

ألف - التدخلات لغرض الوقاية

١٤ - تنقسم أنشطة الوقاية في الاستبيان الاثناسنوي إلى مجالات العمل العامة الثلاثة التالية: الإعلام والتعليم بشأن المخدرات وبشأن اساءة استعمالها؛ وتنمية المهارات الحياتية؛ وتوفير بدائل لتعاطي المخدرات. ويطلب الاستبيان أيضا من الدول أن تبين مدى التغطية التي توفرها الأنشطة في مختلف الأطر. وتشير البيانات إلى أن معظم الأنشطة الوقائية تجري في المدارس وتمثل في تقديم المعلومات. على أنه ينبغي ألا يغيب عن البال أن هناك ميلا للتوجه في تنمية المهارات الحياتية وفي توفير البدائل عن استعمال المخدرات نحو فئات سكانية معينة يرى أنها

معرضة للخطر، عوضاً عن النظر إلى هذين النهجين بالضرورة على أنهما مناسبان لعموم السكان. يضاف إلى ذلك أن تنفيذهما قد يكون أكثر تعقيداً وتكلفة من الأنشطة التي تقتصر على توفير المعلومات. وقد تعلق هذه العوامل جزئياً للإبلاغ الأوسع نطاقاً عن العمل الإعلامي والعمل التعليمي بشأن المخدرات بوصفهما نشاطين وقائين. وفي الجدول ٤ إلى ٦ عروض تحليلية لاتجاهات أنشطة الوقاية تغطي فترتي الإبلاغ الأوليين (١٩٩٨-٢٠٠٠ و ٢٠٠٠-٢٠٠٢).

الجدول ٤

مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجال أنشطة الوقاية في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): الإعلام والتعليم بشأن المخدرات وبشأن اساءة استعمالها

تنفيذ البرامج		تغطية الفئة المستهدفة						
(النسبة المئوية من جميع الدول المبلغة عن أنشطة)		(النسبة المئوية من جميع الدول المحيية)						
مراعاة الفروق بين الجنسين		متوسطة/عالية		منخفضة				
تقييم النتائج	١٩٩٨-٢٠٠٠	٢٠٠٠-٢٠٠٢	١٩٩٨-٢٠٠٠	٢٠٠٠-٢٠٠٢	١٩٩٨-٢٠٠٠	٢٠٠٠-٢٠٠٢		
الاطار								
المدارس	٣٨	٤٣	٣٢	٣٣	٧٠	٦٨	١٥	٢٧
المجتمع المحلي	٣٠	٣٩	٢٦	٣٣	٥٠	٥١	٢٤	٣٤
مكان العمل	١٤	٣١	١٤	٣٢	١٦	١٧	٣٨	٥٠
النظام الاصلاحى	٢٨	٢٦	٣٤	٣٥	٣٩	٣٢	٢٣	٤٢
المراكز الصحية	٣٠	٣٨	٣٠	٣٤	٥١	٤٠	١٨	٣٢

ملاحظة: تشمل الفئة المصنفة 'منخفضة' الفئة المصنفة 'منعزل' في الفترة الأساسية. وتشمل الفئة المصنفة 'متوسطة أو عالية' الفئة المصنفة 'واسع نسبياً' في الفترة الأساسية.

الجدول ٥

مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجال أنشطة الوقاية في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): تنمية المهارات الحياتية

تنفيذ البرامج				تغطية الفئة المستهدفة				الاطار
(النسبة المئوية من جميع الدول المبلغة عن أنشطة)				(النسبة المئوية من جميع الدول المحيية)				
تقييم النتائج		مراعاة الفروق بين الجنسين		متوسطة/عالية		منخفضة		
-٢٠٠٠	-١٩٩٨	-٢٠٠٠	-١٩٩٨	-٢٠٠٠	-١٩٩٨	-٢٠٠٠	-١٩٩٨	
٢٠٠٢	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٠	
٣٥	٣٨	٢٠	٤٠	٦٠	٤٩	١١	٢٨	المدارس
٣٠	٢٨	٢٠	٣٤	٣٩	٣١	١٦	٣٩	المجتمع المحلي
٢٤	٢٥	١٢	٤١	١٢	١٠	١٦	٣٧	مكان العمل
٣٣	٢٤	٣٠	٣٧	٣٣	٢٧	١٢	٣٠	النظام الاصلاحى
٣٨	٢٨	٣٠	٣٤	٢٩	٢٩	١٢	٣٠	المراكز الصحية

ملاحظة: تشمل الفئة المصنفة 'منخفضة' الفئة المصنفة 'منعزل' في الفترة الأساسية. وتشمل الفئة المصنفة 'متوسطة أو عالية' الفئة المصنفة 'واسع نسبياً' في الفترة الأساسية.

الجدول ٦

مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجال أنشطة الوقاية في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): توفير بدائل عن تناول المخدرات

تنفيذ البرامج				تغطية الفئة المستهدفة				الاطار
(النسبة المئوية من جميع الدول المبلغة عن أنشطة)				(النسبة المئوية من جميع الدول المحيية)				
تقييم النتائج		مراعاة الفروق بين الجنسين		متوسطة/عالية		منخفضة		
-٢٠٠٠	-١٩٩٨	-٢٠٠٠	-١٩٩٨	-٢٠٠٠	-١٩٩٨	-٢٠٠٠	-١٩٩٨	
٢٠٠٢	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٠	
٢٣	٣٤	٢٣	٣٧	٤٣	٤٨	١٦	٢٢	المدارس
٢٤	٢٩	٢٤	٣٥	٣٥	٣٥	٢٠	٢٨	المجتمع المحلي
٢٣	٢٥	١٨	٢٧	١٢	٩	١٠	٣١	مكان العمل
٢٥	٢٩	٣٣	٤٣	٢٥	٢٣	١٦	٢٨	النظام الاصلاحى
٣١	٣٤	٢٦	٤٢	٢٦	٢٤	١٠	٢٥	المراكز الصحية

ملاحظة: تشمل الفئة المصنفة 'منخفضة' الفئة المصنفة 'منعزل' في الفترة الأساسية. وتشمل الفئة المصنفة 'متوسطة أو عالية' الفئة المصنفة 'واسع نسبياً' في الفترة الأساسية.

١٥- وأفادت ٦٦ في المائة من جميع الدول التي قدمت ردودا على الاستبيان الإثناسنوي عن وجود برامج في المدارس للتعليم بشأن المخدرات تغطي الفئة المستهدفة تغطية متوسطة أو عالية. ومن الأطر الأخرى المأخوذة بعين الاعتبار في تقديم المعلومات والتثقيف بشأن المخدرات ومشمولة بتغطية ذات شأن متوسطة أو عالية المراكز الصحية (٤٦ في المائة) والمجتمعات المحلية (٤٤ في المائة). ولم يوجّه نسبيًا سوى القليل من الاهتمام إلى النظام الإصلاحي (٣٥ في المائة) ومكان العمل (١٣ في المائة). وأبلغت الدول التي قدمت ردودا على استبيان عن فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) واستبيان فترة الإبلاغ الثانية عن زيادة طفيفة في معدلات البرامج ذات التغطية المتوسطة أو العالية للمدارس (من ٦٨ إلى ٧٠ في المائة)، والمراكز الصحية (من ٤٠ إلى ٥١ في المائة)، والنظام الإصلاحي (من ٣٢ إلى ٣٩ في المائة). وعلى غرار نتائج فترة الإبلاغ الأولى، أفيد عن أن نحو ثلث جميع البرامج (باستثناء المنفذ منها في إطار مكان العمل) يراعي الفروق بين الجنسين، وإن كانت المعايير التي يستند إليها الحكم على ذلك لا تزال غير واضحة وقد تمثل موضوعا جديرا بالبحث والمناقشة بمزيد من التفصيل في المستقبل. ولا تزال برامج التعليم المدرسي بشأن المخدرات هي التي يجري تقييمها في أغلب الأحيان (٣٧ في المائة)؛ ولكن سجل بوجه عام، ولا سيما بالمقارنة بفترة الإبلاغ السابقة، انخفاض ملحوظ في النسبة المئوية للبرامج التي يجري تقييمها في جميع الأطر.

١٦- وفي هذا السياق، تشير تنمية المهارات الحياتية إلى طائفة من الأنشطة التي تستهدف تعزيز القدرات الاجتماعية والقدرة على التغلب على المصاعب لتمكين الفرد من الامتناع عن تناول المخدرات غير المشروعة والتعرض لمشاكلها. وأبلغت الردود عن تنفيذ برامج تنمية القدرات الحياتية في أطر مدرسية بصورة أعم. ويعتبر هذا العمل في بعض الأحيان مناسباً بصفة خاصة للفئات السكانية الشديدة التعرض للخطر أو الضعيفة المناعة. ولعل ذلك يتجلى في كون ٣٠ في المائة من جميع الدول التي قدمت ردودا أفادت عن تنفيذ برامج واسعة النطاق لتعليم المهارات الحياتية، لا سيما في السجون. ومرة أخرى، كان مكان العمل هو أقل الأطر التي ينفذ فيها هذا النشاط. ومقارنة بدورة الإبلاغ الأساسية (انظر الجدول ٥)، كانت هناك زيادة كبيرة في عدد البلدان التي أبلغت في الدورة الثانية عن تغطية واسعة النطاق في أطر المدارس والمجتمعات المحلية والنظم الإصلاحي. وكانت البرامج المراعية للفرق بين الجنسين أقل شيوعاً. وكان التقييم أكثر شيوعاً وقد شهد بعض الزيادة مقارنة بدورة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى). وربما يعزى ذلك إلى أن هذه البرامج تكون أكثر كثافة وأكثر أرححية، بالتالي، بأن تكون لديها الموارد البشرية والمالية اللازمة لإجراء التقييم. ومثلما هو مبين في الجدول ٦، سُجلت في مجال توفير بدائل لتعاطي المخدرات زيادة طفيفة في التغطية بالبرامج في أماكن العمل والنظم الإصلاحي والمراكز الصحية. وتشجع هذه البرامج الأنشطة

الإيجابية والتدريب لتحل محل الدور الذي قد يلعبه تناول المخدرات في حياة الفرد. ومن الشائع أيضا أن يعتبر هذا النهج مناسباً بصفة خاصة للشباب أو للأشخاص الذين يُرى أنهم يواجهون خطراً متزايداً في التعرض لمشاكل المخدرات.

باء- العلاج وإعادة التأهيل

١٧- لا ريب في أن علاج الأشخاص الذين يعانون من تعاطي المخدرات والارتمان لها وإعادة تأهيلهم يمثلان مجالاً هاماً من مجالات العمل على خفض الطلب. ويمكن، بل ينبغي التوقع بأن يؤدي العلاج من تعاطي المخدرات إلى تحسّن الصحة العامة وانخفاض وطأة المشاكل الاجتماعية التي يواجهها المرضى؛ وهناك طرائق لتنظيم هيكل الرعاية وتنظيم تقديمها لتحقيق تلك النتائج بطريقة فعالة من حيث التكلفة. ويصعب الدمج بين خدمات العلاج وإعادة التأهيل نظراً لتنوع الأنشطة والأطر الموجودة في البلدان. ويجمع الاستبيان بين خدمات العلاج وإعادة التأهيل تحت العناوين التالية: التطهير من سموم المخدرات؛ والعلاج الاستبدالي؛ والعلاج غير الدوائي؛ وإعادة الدمج في المجتمع. وترد البيانات ذات الصلة في الجداول ٧ إلى ١٠ أدناه.

١٨- والتطهير من سموم المخدرات هو من بين أكثر أشكال التدخل شيوعاً في العلاج من تعاطي المخدرات والارتمان لها. ومن غير المرجح، إذا استعملت هذه الطريقة بمفردها، أن تكون فعالة في مساعدة المرضى على تحقيق الشفاء الدائم؛ ومن الأفضل النظر إلى هذه المرحلة على أنها تحضير لعلاج مستمر يهدف إلى المحافظة على الامتناع عن التعاطي وتشجيع إعادة التأهيل. والجدير بالملاحظة أيضاً أن طائفة عريضة من الإجراءات يمكن أن تندرج تحت هذا العنوان، ومن المحتمل أن تختلف باختلاف نوع المخدر وباختلاف البلد. لذلك، لا ينبغي الافتراض بأن الردود الواردة تصف خدمات متماثلة. وهذا صحيح على الأرجح فيما يتعلق بتناول أدوية التطهير من سموم المخدرات، حيث يحتمل أن يوجد تباين كبير في الممارسة، يتراوح ما بين العلاج بالأعشاب والعلاج بالمواد شبه الأفيونية. وفي فترة الإبلاغ الثانية، أفيد بأن علاج التطهير من سموم المخدرات يوفر في الغالب في المؤسسات العلاجية الإيوائية المتخصصة، وفي المستشفيات العامة ومستشفيات الطب النفسي، وفي المؤسسات العلاجية غير الإيوائية المتخصصة، بهذا الترتيب. وأفادت واحدة من بين كل دولتين تقريباً عن تغطية متوسطة إلى عالية في خدمات التطهير من سموم المخدرات في المؤسسات الإيوائية، بينما أشارت واحدة من كل ثلاث دول إلى تغطية واسعة نسبياً في خدمات التطهير من السموم في المؤسسات غير الإيوائية، وأبلغت دولة من بين كل أربع دول عن تغطية واسعة

نسبيا في خدمات التطهير من السموم في المؤسسات الإصلاحية. وأبلغ عدد يتراوح ما بين دولة من بين كل ثلاث ودولة من بين كل أربع دول عن مراعاة الفروق بين الجنسين في خدمات التطهير من السموم، مسجلة أعلى النسب في أطر الخدمات الإصلاحية والخدمات الاجتماعية والخدمات المتخصصة للعلاج من الإدمان في المؤسسات الايوائية. وأجري تقييم لنتائج خدمات التطهير من السموم في عدد يتراوح ما بين واحدة من بين كل ثلاث وواحدة من بين كل خمس من دول مبلّغة، حسب الاطار، وفي الأغلب ضمن الخدمات الاجتماعية أو الخدمات المتخصصة للعلاج من الإدمان في المؤسسات الايوائية وغير الايوائية.

الجدول ٧

مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجالي العلاج وإعادة التأهيل في دورة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) ودورة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): التطهير من سموم المخدرات

تنفيذ البرامج				تغطية الفئة المستهدفة				الاطار
النسبة المئوية من الدول المبلّغة عن أنشطة				النسبة المئوية من جميع الدول الجيبة				
مراعاة الفروق بين الجنسين		تقييم النتائج		متوسطة أو عالية		منخفضة		
١٩٩٨-٢٠٠٠	٢٠٠٠-٢٠٠٢	١٩٩٨-٢٠٠٠	٢٠٠٠-٢٠٠٢	١٩٩٨-٢٠٠٠	٢٠٠٠-٢٠٠٢	١٩٩٨-٢٠٠٠	٢٠٠٠-٢٠٠٢	
٢٢	٤٣	٣١	٣٤	٤٨	٥٢	٢٨	٣٤	المستشفيات العامة ومستشفيات الطب النفسي
٢٧	٣١	٢٧	٣٠	٢٥	١٨	٢٣	٤٧	مرافق الرعاية الأولية وغيرها من المرافق الصحية
٢٨	٢٠	٣٧	٣٨	٢٨	٢٠	١٩	٣٩	المؤسسات الإصلاحية
٢٢	٢٩	٢٦	٣٨	١٨	١٧	٧	٢٥	المؤسسات المجتمعية
٣٠	٤٧	٣٥	٤١	٥٥	٥٧	١٥	١٦	العلاج المتخصص للإدمان (في المؤسسات الايوائية)
٢٩	٤٣	٢٩	٣٥	٣٨	٤٣	١٦	٢٩	العلاج المتخصص للإدمان (في المؤسسات غير الايوائية)
٢٦	٢٨	٤٢	٣٢	١٢	١٨	٧	٢٥	الخدمات الاجتماعية

ملاحظة: تشمل الفئة المصنفة 'منخفضة' الفئة المصنفة 'منعزل' في الفترة الأساسية. وتشمل الفئة المصنفة 'متوسطة أو عالية' الفئة المصنفة 'واسع نسبيا' في الفترة الأساسية.

الجدول ٨

مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجالي العلاج وإعادة التأهيل في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): العلاج الاستبدالي، باستثناء التطهير القصير الأمد

تنفيذ البرامج				تغطية الفئة المستهدفة				الاطار
(النسبة المئوية من الدول المبلغة عن أنشطة)				(النسبة المئوية من جميع الدول المحيطة)				
مراعاة الفروق بين الجنسين		تقييم النتائج		متوسطة/عالية		منخفضة		
٢٠٠٢	١٩٩٨	٢٠٠٢	١٩٩٨	٢٠٠٢	١٩٩٨	٢٠٠٢	١٩٩٨	
٣٤	٤٠	٢٩	٣٣	٢٦	١٨	١٧	٢٦	المستشفيات العامة ومستشفيات الطب النفسي
٣١	٤١	٢٣	٣٤	٢٠	١٨	٨	١٩	مرافق الرعاية الأولية وغيرها من المرافق الصحية
٤٤	٢٤	٣٣	٤١	٢٥	١٤	٦	١٧	المؤسسات الإصلاحية
٣٦	٣٨	٣٦	٣٦	٢٩	٢٣	١١	٢٨	العلاج المتخصص للادمان (في المؤسسات الايوائية)
٤٩	٤٨	٣٣	٣٣	٣١	٤٢	١٠	١٧	العلاج المتخصص للادمان (في المؤسسات غير الايوائية)
٤٢	٣٨	٥٨	٥٠	٩	١٥	٣	٩	الخدمات الاجتماعية

ملاحظة: تشمل الفئة المصنفة 'منخفضة' الفئة المصنفة 'منعزل' في الفترة الأساسية. وتشمل الفئة المصنفة 'متوسطة أو عالية' الفئة المصنفة 'واسع نسبياً' في الفترة الأساسية.

الجدول ٩

مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجالي العلاج وإعادة التأهيل في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): العلاج غير الدوائي

تنفيذ البرامج				تغطية الفئة المستهدفة				الاطار
(النسبة المئوية من الدول المبلغة عن أنشطة)				(النسبة المئوية من جميع الدول المحيطة)				
مراعاة الفروق بين الجنسين		تقييم النتائج		متوسطة/عالية		منخفضة		
-٢٠٠٠	-١٩٩٨	-٢٠٠٠	-١٩٩٨	-٢٠٠٠	-١٩٩٨	-٢٠٠٠	-١٩٩٨	
٢٠٠٢	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٠	
								المستشفيات العامة
								ومستشفيات
٢٥	٤٢	٢٣	٢٧	٢٣	٢٧	٢١	٢٨	الطب النفساني
								مرافق الرعاية
								الأولية وغيرها من
٢٨	٢٦	٢٤	٢٦	٢٥	١٧	٧	٢٩	المرافق الصحية
								المؤسسات
٣٥	٣٨	٣١	٤٠	٣٣	٢٤	١٩	٢٥	الإصلاحية
								العلاج المتخصص
								للإدمان (في
								المؤسسات
٣٧	٤٩	٤٠	٤٠	٥٢	٤٦	١٥	١٨	الإيوائية)
								العلاج المتخصص
								للإدمان (في
								المؤسسات غير
٤٢	٤٨	٣٧	٣٢	٤٥	٤٦	١١	٢١	الإيوائية)
								الخدمات
٢٣	٣٢	٣٠	٢٧	١٨	١٦	١١	٢٤	الاجتماعية

ملاحظة: تشمل الفئة المصنفة 'منخفضة' الفئة المصنفة 'منعزل' في الفترة الأساسية. وتشمل الفئة المصنفة 'متوسطة أو عالية' الفئة المصنفة 'واسع نسبياً' في الفترة الأساسية.

الجدول ١٠

مدى التغطية وتنفيذ البرامج في مجالي العلاج وإعادة التأهيل في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢): إعادة الدمج في المجتمع

تنفيذ البرامج				تغطية الفئة المستهدفة				الاطار
(النسبة المئوية من الدول المبلغة عن أنشطة)				(النسبة المئوية من جميع الدول المحيية)				
مراعاة الفروق بين الجنسين		تقييم النتائج		متوسطة/عالية		منخفضة		
-٢٠٠٠	-١٩٩٨	-٢٠٠٠	-١٩٩٨	-٢٠٠٠	-١٩٩٨	-٢٠٠٠	-١٩٩٨	
٢٠٠٢	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٠	٢٠٠٢	٢٠٠٠	
								المستشفيات العامة ومستشفيات الطب النفساني
٢٢	٣٥	٣٤	٤٢	١٣	١٨	٢٠	٣٤	
								مرافق الرعاية الأولية وغيرها من المرافق الصحية
٢٢	٢٦	٣٧	٣٤	١٣	٨	١٥	٣٥	
								المؤسسات الاصلاحية
١٨	٢٧	٣١	٣١	٣٠	٢٤	١٥	٣٣	
								العلاج المتخصص للادمان (في المؤسسات الايوائية)
٢٤	٤١	٢٨	٣٥	٤٤	٤٣	١٢	٢١	
								العلاج المتخصص للادمان (في المؤسسات غير الايوائية)
٣٣	٥٠	١٩	٤١	٣٦	٣٧	١٧	٢٦	
								الخدمات الاجتماعية
٢٣	٣١	٢٣	٣٤	٣٣	٢٧	١٠	٢٧	

ملاحظة: تشمل الفئة المصنفة 'منخفضة' الفئة المصنفة 'منعزل' في الفترة الأساسية. وتشمل الفئة المصنفة 'متوسطة أو عالية' الفئة المصنفة 'واسع نسبياً' في الفترة الأساسية.

١٩- ويستخدم العلاج الاستبدالي من تعاطي المخدرات استخداماً واسع النطاق في التغلب على الارتهاان للمواد شبه الأفيونية (العلاج باستبدال المواد شبه الأفيونية، العلاج بالاستعاضة عن المواد شبه الأفيونية، العلاج الدوائي من تعاطي المواد شبه الأفيونية). وتوخياً للوضوح، يستثني السؤال حالات العلاج القصير الأمد من تعاطي المخدرات الرامي إلى

التطهير من السموم. وعلى غرار استبيان فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى)، أسفر استبيان فترة الإبلاغ الثانية عن بيانات بشأن توفير العلاج الاستبدالي تشبه في نمطها بوجه عام البيانات المتعلقة بالتطهير من السموم، وإن يكن بتغطية أقل نوعاً ما. وأبلغ عن توافر العلاج الاستبدالي على نطاق واسع في الغالب في المستشفيات العامة ومستشفيات الطب النفسي، والمؤسسات الايوائية وغير الايوائية المتخصصة في العلاج من الإدمان (واحدة من بين كل أربع دول مبلّغة)، بينما كانت تغطيته داخل المؤسسات الإصلاحية ومرافق الرعاية الأولية متوسطة أو عالية في واحدة من بين كل خمس دول مبلّغة. ومرة أخرى، كانت الخدمات التي أبلغ عن أنها الأكثر مراعاة للفروق بين الجنسين هي تلك المستندة إلى الخدمات الاجتماعية (٥٠ في المائة من الدول المحيية)، تليها الخدمات المقدمة في المؤسسات العلاجية المتخصصة الايوائية وغير الايوائية (في نحو واحدة من بين كل ثلاث دول مبلّغة). وأفيد عن تقييم الخدمات الاجتماعية والعلاج المتخصص في المؤسسات غير الايوائية والخدمات المقدمة في المؤسسات الإصلاحية في نحو واحدة من بين كل دولتين مبلّغتين.

٢٠- وشملت استراتيجيات العلاج غير الدوائي وإعادة التأهيل عناصر شتى مستخدمة في اطاري المؤسسات الايوائية وغير الايوائية، كالمشورة ودورات العلاج الجماعية والفردية على أشكالها، والطب الفيدياوي، والوخز بالإبر، أو المشاركة في مجموعات النظراء أو مجموعات المساعدة لتقديم دعم متواصل للامتناع (أو أي مجموعة من هذه العناصر). وتقدم التقارير المتعلقة بتوفير العلاج غير الدوائي نمطاً مختلفاً قليلاً عن التطهير من السموم والعلاج الاستبدالي. ويبدو أن معظم أشكال العلاج غير الدوائي تقدمها مرافق متخصصة على أساس ايوائي أو إسعافي (نحو دولتين من بين كل خمس دول)، كما تقدمها المؤسسات الإصلاحية (نحو واحدة من بين كل أربع دول)، ولكنها تقدم بنسبة أقل في المستشفيات ومرافق الرعاية الأولية. وأشارت عدة دول (مثل ألمانيا وبالاو والمكسيك وهاتي) إلى إسهام مجموعات المساعدة الذاتية في تقديم هذا النوع من العلاج. وبالإضافة إلى ذلك، نوّهت السلفادور بمساهمة العلاج النفسي والعلاج الجماعي، وسلطت أستراليا الضوء على الطائفة الشاملة من الاستجابات المتاحة لديها. وكانت خدمات العلاج غير الدوائي في اطار المؤسسات الايوائية المتخصصة أكثر الخدمات المبلغ عن أنها تراعي الفروق بين الجنسين (دولتان من بين كل خمس دول)، بينما أفادت نحو دولة واحدة من بين كل ثلاث دول عن مراعاة هذه الخدمات للفروق بين الجنسين حيثما تقدم في المرافق غير الايوائية المتخصصة أو في المؤسسات الإصلاحية. وكانت الخدمات المتخصصة في العلاج من الإدمان (في المؤسسات الايوائية وغير الايوائية على السواء) والمؤسسات الإصلاحية (نحو دولتين من بين كل خمس دول) أكثر الأطر التي أفيد عن خضوعها للتقييم.

٢١- والهدف النهائي للعلاج وإعادة التأهيل إنما هو إعادة دمج متعاطي المخدرات السابق في المجتمع في نهاية المطاف. وتتطلب إعادة الدمج الناجحة بذل جهود على جميع مستويات المجتمع، داخل الأسرة، وفي المجتمع المحلي، ومكان العمل، والمدرسة (في اطارى التعليم الرسمي وغير الرسمي)، مدعومة بما يلزم من السياسات والتشريعات. وأبلغ عن أن إعادة الدمج في المجتمع متاحة على الأكثر في اطار الخدمات العلاجية المتخصصة في المؤسسات الايوائية وغير الايوائية (أبلغت نحو دولة واحدة من بين كل ثلاث دول عن تغطية متوسطة أو عالية)، يليه اطارا الخدمات الاجتماعية والمؤسسات الإصلاحية (أفادت عن ذلك نحو واحدة من بين كل أربع دول). وكانت الخدمات المحددة التي سلطت بعض الدول الضوء عليها هي: خدمات التوظيف (النمسا واليونان)، والمنظمات غير الحكومية ورابطات الشباب (السلفادور والمكسيك)، ودور الاحتجاز التأهيلي (سنغافورة). ورغم أن خدمات الرعاية الأولية ليست اطارا شائعا لخدمات إعادة الدمج، فقد أبلغت نحو دولتين من بين كل ثلاث دول عن أنها توفر إعادة دمج تراعى الفروق بين الجنسين؛ تليها المؤسسات المجتمعية والمستشفيات العامة (نحو واحدة من بين كل ثلاث دول). وتراوح توافر نتائج تقييم خدمات إعادة الدمج في المجتمع في أطر مختلفة ما بين واحد من كل ثلاث دول (بالنسبة للمرافق المتخصصة غير الايوائية) ونحو واحدة من بين كل ست دول بالنسبة للمؤسسات المجتمعية.

٢٢- وذكر عدد من الدول خدمات أو أطرا إضافية غير مذكورة تحديدا في الاستبيان، مثل التدخلات السكانية القصيرة الأمد (أستراليا)، والعمل مع أطفال الشوارع من خلال المؤسسات المجتمعية (شيلي)، والوخز بالإبر، واليوغا، والعلاج بالمواد الطبيعية (الهند)، والخدمات الاستشارية المقدمة من قبل موظفي مراقبة المخدرات (زامبيا واليابان)، ومنظمات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية (موزامبيق)، والنهوج المجتمعية (ميانمار)، والعلاج بالايمان والمساعدة الدينية (بالاو وتايلند وفنزويلا والمملكة العربية السعودية والولايات المتحدة الأمريكية)، واستعمال النالتريكسون (سنغافورة)، والوصول إلى الجمهور المستهدف (سري لانكا)، والنهوض بالصحة (سوازيلند)، واقامة مراكز لمراقبة السموم (تونس)، والعيادات الخاصة (أوزبكستان).

٢٣- ويبدو أن المقارنة بين التوافر العام لخدمات العلاج وإعادة التأهيل على النحو المبلغ عنه في دورة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) ودورة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢) تشير إلى انخفاض عام في نسبة الدول التي تقدم خدمات علاجية. بيد أن هناك زيادة مطلقة في نسبة الدول التي أبلغت عن توافر علاج غير دوائي تقدمه المؤسسات الإصلاحية والمرافق العلاجية الايوائية المتخصصة. وقابلت الانخفاض العام الظاهر في توافر الخدمات زيادة

في نسبة الدول التي أبلغت عن تغطية متوسطة أو عالية لبعض الخدمات، مثل العلاج بالتطهير من السموم الذي توفره مرافق الرعاية الصحية الأولية والمؤسسات الإصلاحية والاجتماعية؛ والعلاج الاستبدالي الذي تقدمه المستشفيات العامة ومستشفيات الطب النفسي والمؤسسات الإصلاحية والمرافق الايوائية المتخصصة؛ والعلاج غير الدوائي الذي توفره مرافق الرعاية الصحية الأولية والمؤسسات الإصلاحية والخدمات الايوائية المتخصصة والخدمات الاجتماعية؛ وإعادة الدمج في المجتمع الذي توفره مرافق الرعاية الأولية والمؤسسات الإصلاحية والخدمات العلاجية الايوائية المتخصصة والخدمات الاجتماعية. ويبدو أن هناك انخفاضاً عاماً أيضاً في مراعاة الفروق بين الجنسين في جميع الطرائق وجميع الأطر، باستثناء اتجاه نحو الزيادة في مراعاة الفروق بين الجنسين في الخدمات الاجتماعية. وكانت هناك أيضاً زيادة في الإبلاغ عن مراعاة الفروق بين الجنسين في العلاج غير الدوائي في الخدمات المتخصصة غير الايوائية وفي إعادة الدمج في المجتمع التي توفرها مرافق الرعاية الأولية. وفيما يتعلق بالتقييم، كان هناك انخفاض عام في الإبلاغ عن تقييم النتائج التي أسفرت عنها الخدمات العلاجية، باستثناء اتجاه نحو الزيادة فيما يتعلق بالطرائق المختلفة التي توفرها المؤسسات الإصلاحية والعلاج الاستبدالي في أطر مختلفة.

جيم - التخفيف من وطأة العواقب الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدرات

٢٤ - يعالج الاستبيان الإثناسنوي أيضاً مدى ما اتخذ من تدابير لتخفيف وطأة العواقب الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدرات. ويعرض الجدول ١١ تحليلاً للاتجاهات بناء على ما أبلغت به الدول في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ والفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢. وفيما يتعلق بالدول التي أعادت الاستبيان الإثناسنوي بعد الرد على أسئلته في كلتا دورتي الإبلاغ، كان هناك ميل أكبر نحو التوسع في التغطية بالخدمات من فئة 'منخفضة' إلى فئة 'متوسطة أو عالية' في مجالات برامج الوقاية من تعاطي الجرعات المفرطة، وبرامج تبديل الإبر والمحاقن، وتوفير مواد التنظيف، وبرامج فحوص الكشف عن الأمراض المعدية، وتوزيع الرفالات. وكان هناك اتجاه أيضاً نحو انخفاض الإبلاغ عن وجود برامج "تراعي الفروق بين الجنسين" في جميع مجالات الخدمات المبلغ عنها. وتراجعت النسبة المئوية للبلدان التي أبلغت عن تقييم نتائج برامجها في مجالات الخدمات المتعلقة بالتدخلات المنخفضة العتبة والوصول إلى الجمهور المستهدف، وبرامج تبديل الإبر والمحاقن، وبرامج فحوص الكشف عن الأمراض المعدية، والتلقيح. وازداد تقييم البرامج المتعلقة بماوي الطوارئ في دورة الإبلاغ ٢٠٠٠-٢٠٠٢، بينما ظلت النسبة المئوية للدول التي أجرت تقييماً لبرامجها الخاصة بالوقاية من تعاطي الجرعات المفرطة ونشر المعلومات عن تدابير الأمان وتوفير مواد التنظيف متشابهة نوعاً ما في كلتا دورتي الإبلاغ.

الجدول ١١

التخفيف من وطأة العواقب الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدرات: مقارنة بين فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) وفترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢)

تنفيذ البرامج				تغطية الفئة المستهدفة				الاطار
(النسبة المئوية من الدول المبلغة عن أنشطة)				(النسبة المئوية من جميع الدول الخبيثة)				
تقييم النتائج		مراعاة الفروق بين الجنسين		متوسطة/عالية		منخفضة		
٢٠٠٢	١٩٩٨	٢٠٠٢	١٩٩٨	٢٠٠٢	١٩٩٨	٢٠٠٢	١٩٩٨	
٢٦	٣٨	٢١	٣٢	٢٦	٢٧	٢١	٣٦	التدخلات المنخفضة العتبة
٣٠	٣٩	١٩	٣٢	٣٨	٤٣	١٧	٢٣	برامج التوعية
٣٦	٢٧	٢٥	٣٣	١٧	١٧	١٢	٢٧	مآوي الطوارئ
٢٨	٢٩	١٤	٢٣	١٨	١١	١١	١٧	برامج الوقاية من تعاطي الجرعات المفرطة
٢٤	٢٣	١٣	٢٣	٣٣	٣٥	١٢	٢٠	نشر المعلومات عن تدابير الأمان
٢٦	٤٦	١٨	٢٤	٢٩	٢٠	١١	٢٢	برنامج تبديل الإبر والحاقن
٢٧	٢٥	١٢	٢٨	١٧	١١	٨	١٨	توفير مواد التنظيف
١٦	٣١	١٤	٢٧	٤٢	٣٧	١٢	٢٥	برامج فحوص الكشف عن الأمراض المعدية
١٩	٣٠	١٦	٢٤	٢٩	٢٩	١١	١٧	التلقيح
١٨	٢٣	١٨	٣٠	٤٠	٣٤	١٢	٣٠	توزيع الرفالات

ملاحظة: تشمل الفئة المصنفة 'منخفضة' الفئة المصنفة 'منزل' في الفترة الأساسية. وتشمل الفئة المصنفة 'متوسطة أو عالية' الفئة المصنفة 'واسع نسبياً' في الفترة الأساسية.

٢٥- وبالإضافة إلى تحليل الاتجاهات المذكورة أعلاه، أقيمت نظرة فاحصة على ردود جميع الدول البالغ عددها ١١٥ التي أجابت في فترة الإبلاغ ٢٠٠٢-٢٠٠٠ عن الأسئلة المتعلقة بالعواقب الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدرات. وفي حين أن معظم البرامج قد نفذت لمواجهة مشاكل "الهييف" ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، فقد صممت بعض البرامج لمعالجة مسائل أخرى، مثل الوقاية من تعاطي الجرعات المفرطة، وتوفير

المعلومات، وتعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية. وأبلغت ٥١ في المائة من الدول عن توزيع الرفالات، تليه مباشرة الوصول إلى الجمهور المستهدف (٥٠ في المائة)، ثم برامج فحوص الكشف عن الأمراض المعدية (٤٨ في المائة) ونشر المعلومات عن تدابير الأمان (٤١ في المائة). وجاء أكثر من ثلثي جميع البرامج المنفذة في مجالات الخدمات الأربعة هذه مصنفا في فئة التغطية "المتوسطة أو العالية". وليست معدلات التنفيذ العالية نسبيا في هذه المجالات الأربعة أمرا مفاجئا، فهذه البرامج هي أكثر برامج مكافحة الايدز وفيروسه حظوة بالدعوة على النطاق العالمي وبالقبول بوجه عام. ويلى ذلك من حيث التواتر تنفيذ الخدمات المنخفضة العتبة، وبرامج تبديل الإبر والمحاقن والتلقيح، وقد أبلغت عن كل منها ٣٨ في المائة من الدول. وكان تنفيذ البرامج المراعية للفروق بين الجنسين منخفضا بوجه عام مسجلا معدل إبلاغ يتراوح بين ١٣ و ٢٥ في المائة في جميع مجالات الخدمات. وبالمثل، ظل تقييم نتائج الخدمات منخفضا نسبيا بمعدلات إبلاغ تتراوح بين ١٨ و ٣٦ في المائة في جميع البرامج.

خامسا - إقامة الشراكات

٢٦ - يتناول الباب الفرعي دال في الباب الثامن من الاستبيان الإثناسنوي مسائل تيسير إقامة الشراكات من خلال هياكل متعددة القطاعات على صعد مختلفة. ولم يختلف وجود هذه الهياكل في فترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢) اختلافا جوهريا عما كان عليه في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) فمن بين الدول التي ردت على الاستبيان في كلتا فترتي الإبلاغ، انخفضت نسبة الدول التي أفادت عن وجود لجان متعددة القطاعات على الصعيدين الوطني والإقليمي (من ٨٤ في المائة الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ إلى ٧٨ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢) (من ٥٩ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ إلى ٥٥ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢)؛ وكانت هناك في الوقت نفسه زيادة طفيفة في عدد اللجان المتعددة القطاعات على الصعيد المحلي (من ٦٢ إلى ٦٤ في المائة). ومن بين جميع الدول التي قدمت الاستبيان الإثناسنوي عن دورة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢)، أبلغ ٧١ في المائة عن وجود لجان متعددة القطاعات على الصعيد الوطني، وأبلغ ٥٠ في المائة عن وجود مثلها على الصعيد الإقليمي، و ٥٩ في المائة على الصعيد المحلي. وأبلغت نفس النسبة تقريبا من جميع الدول التي قدمت الاستبيان (٥٦ في المائة) عن وجود منظمات غير حكومية جامعة. وأبلغ ٥٩ في المائة من كل الدول ايجابية عن وجود آليات فعالة للتعاون أو التواصل على الصعيد المحلي. وفضلا عن ذلك، زادت نسبة الدول التي أفادت بأن لدى آليات التعاون أو التواصل هذه ترتيبات لتحديد الشركاء الجدد وضمهم زيادة كبيرة، وذلك من ٦١ في

المائة في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) (١٩٩٨-٢٠٠٠) إلى ٧٨ في المائة في فترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢). ومن بين جميع الدول المحيية في دورة الإبلاغ الثانية، أبلغ ٧١ في المائة عن توفير مثل هذه الترتيبات.

سادسا- التركيز على الاحتياجات الخاصة

٢٧- يتمثل مجال هام من مجالات العمل على خفض الطلب في تحديد الفئات السكانية المعرضة بصفة خاصة لمشاكل المخدرات. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى تحسين اعداد برامج خفض الطلب وتوجيهها. ومن المهم كفالة احترام التنوع الثقافي ومراعاته في عمليات التدخل، وهي مسألة يعالجها تحديدا الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات. ويمكن أن تساعد المبادئ التوجيهية على ضمان التقيد بالممارسة الجيدة في هذا المجال. وأبلغ العديد من الدول التي ردت على الاستبيان عن وجود مبادئ توجيهية لأنشطة الوقاية (٦٥ في المائة)، وخدمات علاجية (٦٥ في المائة)، وخدمات لإعادة التأهيل (٥٧ في المائة). وأبلغت ٦٠ في المائة من الدول عن مراعاة هذه المبادئ التوجيهية للتنوع الثقافي والاحتياجات الخاصة المتعلقة بنوع الجنس والعمر والفئات السكانية المهمشة اجتماعيا وثقافيا وجغرافيا. وشملت هذه المبادئ التوجيهية الموضوعة العلاج بالميثادون في بلغاريا؛ وإصدار سلسلة منشورات عن أفضل الممارسات في كندا؛ وأدلة للتثقيف بشأن الوقاية من تعاطي المخدرات في إثيوبيا؛ ومبادئ توجيهية للبحث والتنسيق واتخاذ الإجراءات في فرنسا؛ ومبادئ توجيهية محددة لكل من الجنسين في ألمانيا؛ ومبادئ توجيهية للتدريب والتقييم والرصد في المكسيك؛ وبروتوكولات في هولندا؛ ومبادئ توجيهية للوصول إلى الجمهور المستهدف في سري لانكا؛ ومبادئ توجيهية لتقديم المعلومات والمشورة عن طريق خطوط هاتفية للمساعدة ومراكز مرجعية في فنزويلا.

٢٨- وتتبع معظم الدول مبدأ استهداف السكان المعرضين للخطر بصفة خاصة؛ فقد أبلغت ٧٥ في المائة من الدول في دورة الإبلاغ الثانية عن برامج خاصة لهذا الغرض، ويمثل ذلك زيادة كبيرة على الـ ٦٢ في المائة المسجلة في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى). واستهدفت هذه البرامج في أغلب الأحيان الشباب (أكثر من دولتين من بين كل ثلاث دول)، يليهم الشباب الجانح (واحدة من كل دولتين)؛ ومتناولو المخدرات بالحقن (نحو واحدة من كل دولتين)؛ وفئات أخرى مثل المشتغلين بتجارة الجنس، وأطفال الشوارع، والمشردين. وغالبا ما اختلفت الفئات التي اعتبرت معرضة لمشاكل المخدرات بين مجتمع وآخر. وعلى سبيل المثال، يوجد لدى بلدان مثل ألمانيا والجمهورية التشيكية وفنلندا وقبرص

وكندا والمكسيك والمملكة المتحدة برامج خاصة للسكان الأصليين والأقليات والمهاجرين؛ بينما توفر أيرلندا وإيطاليا والبرتغال وبلغاريا برامج لتناولي المخدرات من الحوامل والآباء والأمهات المعيلين وأطفالهم. وتركز بلدان أخرى جهودها على فئات مهنية معينة مثل سائقي الشاحنات وعمال المناجم (ميانمار، الهند) أو متناولي المخدرات لأغراض الترفيه (فرنسا، هولندا، اليونان). وتشمل الفئات الأخرى التي حددت بوصفها فئات معرضة للخطر المهمشين اقتصاديا والمحرومين من دخول المدارس والعاملين في صناعة الترفيه. ووفقا لمبدأ "الممارسة الجيدة"، ينبغي عند وضع البرامج مراعاة آراء من تستهدفهم أنشطة خفض الطلب. وفي الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢، كما في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠، أفادت دولتان من بين كل ثلاث دول مجيبة عن اشراك الشباب في وضع البرامج. ولم تبلغ إلا دولتان من بين كل خمس دول مجيبة عن اشراك فئات سكانية غير الفئات المذكورة أعلاه في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢، مما يعني انخفاضا عن نسبة الـ ٥٨ في المائة من الدول المجيبة للفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠.

٢٩- ويمثل السجناء والمحتجزون في النظام القضائي الجنائي فئة شديدة التعرض لمشاكل المخدرات. وتشير نتائج فترة الإبلاغ الثانية إلى أن برامج خفض الطلب التي تستهدف السجناء قبل الإفراج شائعة نسبيا (أبلغت عنها دولتان من بين كل ثلاث دول مجيبة)، في حين أن البرامج المصممة للوصول إلى السجناء عقب الإفراج عنهم هي أقل انتشارا (أبلغت عنها واحدة من بين كل ثلاث دول). ووجدت لدى ٤٥ في المائة من جميع الدول المجيبة برامج موجهة نحو مرتكبي جرائم المخدرات، كبديل للعقاب والإدانة. وفي فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى)، أبلغت نحو واحدة من كل دولتين عن وجود برامج لخفض الطلب في السجون، ووفرت نحو دولتين من بين كل خمس دول بدائل عن السجن والإدانة. ولكن ينبغي الملاحظة بأن الاستبيان يشير إلى وجود هذه البرامج فحسب، بينما لا توجد أي إشارة إلى مدى تغطيتها.

سابعاً - توجيه الرسالة الصحيحة

٣٠- ظلت الحملات الإعلامية تدرج في الاستراتيجيات الوطنية المتعلقة بالمخدرات لدى معظم الدول التي أرسلت ردودها عن فترتي الإبلاغ ٨٣ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢ مقابل ٨١ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠. وفي الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢، أبلغت ٨١ في المائة من جميع الدول المجيبة عن وجود مثل هذه الأنشطة لديها. وبالنسبة لنوعية الحملات، ينبغي الإشارة إلى أنه من بين الدول التي أبلغت عن تنفيذها حملات كهذه، اعتمد عدد أكبر في هذا التنفيذ على تقييم الاحتياجات ٩٥ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢ (مقابل

٧٩ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠). ومن بين جميع الدول المحيية في فترة الإبلاغ الثانية، أفاد ٨٨ في المائة عن اجراء تقييم للاحتياجات لتنظيم الحملات. ومن بين جميع الدول التي أرسلت ردودا عن كلتا فترتي الإبلاغ، ظلت النسبة التي أفادت بأن حملاتها الإعلامية راعت الخصائص الاجتماعية والثقافية للفئات السكانية المستهدفة مستقرة، ولكنها عالية نسبيا: ٨٩ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ مقابل ٩٣ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢. (من بين جميع الدول المحيية في فترة الإبلاغ الثانية، أفادت ٩٢ في المائة بأن حملاتها الإعلامية أخذت تلك الخصائص في الاعتبار). وكان هناك تطور إيجابي في تقييم الحملات الإعلامية (من ٥٣ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ إلى ٦٦ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢). (كان الرقم المقابل لكل الدول المحيية في فترة الإبلاغ الثانية ٥٨ في المائة). وأخيرا، ظلت معظم الدول توفر التدريب للوسطاء الاجتماعيين في نقل الرسائل الخاصة بخفض الطلب: زادت نسبة تلك الدول زيادة طفيفة، من ٧٥ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ إلى ٨٠ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢. (من بين جميع الدول المحيية في فترة الإبلاغ الثانية، ظلت ٧٦ في المائة توفر هذا التدريب للوسطاء الاجتماعيين).

ثامنا- الارتكاز على الخبرات المكتسبة

٣١- يتناول الباب الفرعي هاء في الباب الثامن من الاستبيان مسألة تحسين برامج خفض الطلب من خلال التدريب والرصد والتقييم. وفيما يتعلق بالتدريب، أبلغ أقل من ربع الدول عن توفير تدريب أولي لموفري الخدمات المتخصصة. وقد سجّل توافر هذه الخدمات زيادة طفيفة، من ١٨ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ إلى ٢١ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢. ووفر أكثر من نصف الدول (٥٨ في المائة) "تدريباً مستمراً" في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢ مقابل ٦١ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠. (من بين جميع الدول المحيية في فترة الإبلاغ الثانية، وفرت ٢٦ في المائة تدريباً أولياً، ووفرت ٥٣ في المائة تدريباً مستمراً). ووفرت نحو ثلث الدول تدريباً أولياً لموفري الخدمات غير المتخصصة (٣٣ في المائة في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) و ٣٠ في المائة في فترة الإبلاغ الثانية). وسجلت نسبة الدول التي توفر تدريباً مستمراً زيادة كبيرة، مرتفعة من ٢٨ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ إلى ٣٨ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢، ولكنها ظلت أقل من النصف. (كان الرقمان المقابلتان لجميع الدول المحيية في فترة الإبلاغ الثانية مائتين تقريبا: وفرت ٣١ في المائة تدريباً أولياً و ٣٣ في المائة تدريباً مستمراً).

٣٢- ومن بين الدول التي أرسلت ردودا لكلتا فترتي الإبلاغ، زادت النسبة التي أبلغت عن أن لديها برامج يجري رصدتها وتقييمها، من ٦٢ في المائة في فترة الإبلاغ الأساسية (أو الأولى) إلى ٧٥ في المائة في فترة الإبلاغ الثانية. (من بين جميع الدول المحيية في فترة الإبلاغ الثانية، كانت النسبة التي أبلغت عن هذه البرامج ٦٩ في المائة). ومن بين الدول التي أرسلت ردودا لكلتا فترتي الإبلاغ. وانخفضت النسبة التي أبلغت عن المشاركة في آليات دولية للتنسيق، على كلا الصعيدين الثنائي (من ٧٤ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ إلى ٥٧ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢) والاقليمي (من ٨٠ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ إلى ٧٠ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢). وفي الوقت نفسه، زادت قليلا نسبة الدول التي أبلغت عن مشاركتها في آليات للتنسيق على الصعيد المتعدد الأطراف أو غيره من الصعد (من ٧٤ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ إلى ٧٦ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢). (كانت الأرقام المقابلة لجميع الدول المحيية في دورة الإبلاغ الثانية مشابهة بعض الشيء: أبلغ ٥٧ في المائة عن المشاركة في آليات للتنسيق على الصعيد الثنائي، و ٦٩ في المائة على الصعيد الإقليمي، و ٧٠ في المائة على الصعيد المتعدد الأطراف). وزادت نسبة الدول التي أبلغت عن احتفاظها بقاعدة بيانات تتضمن معلومات عن خفض الطلب على المخدرات من ٤٥ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ إلى ٥٧ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢. (كان الرقم المقابل لجميع الدول المحيية في فترة الإبلاغ الثانية ٥٢ في المائة).

٣٣- ومن بين جميع الدول التي أرسلت ردودا لكلتا فترتي الإبلاغ، سجلت بعض الزيادة في النسبة التي أفادت بأن لديها قاعدة بيانات وطنية عن خفض الطلب على المخدرات موصولة بشبكات إقليمية أو شبكات أخرى متعددة الأطراف أو عالمية وذلك من ٢٤ في المائة في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠ إلى ٢٩ في المائة في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢. (من بين جميع الدول المحيية في فترة الإبلاغ الثانية، كانت النسبة التي أبلغت عن أن لديها قواعد بيانات كهذه أقل قليلا (٢٥ في المائة)).

تاسعا- الصعوبات المواجهة في تنفيذ الأنشطة المتعلقة بخفض الطلب على المخدرات وفقا لخطة العمل

٣٤- يعالج الاستبيان الإثناسنوي المنقح الصعوبات التي واجهتها الدول في تنفيذ الأنشطة المتعلقة بخفض الطلب على المخدرات وفقا لخطة العمل بالسؤال عن خمسة مجالات يحتتمل أن تكون مسببة للمشاكل. وتبين التقارير التي وردت عن خفض الطلب على المخدرات لدورة الإبلاغ الثانية التي تغطي الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٢، أن أكثر المجالات تسببا في الصعوبات هو

مجال المعوقات المالية، يليه الافتقار إلى النظم والهياكل الملائمة، ثم الخبرة التقنية المتخصصة، فالتنسيق والتعاون فيما بين القطاعات (انظر الجدول ١٢). وكان الإبلاغ عن التشريعات الوطنية القائمة بوصفها مجالاً مسبباً للمشاكل أقل من كل المجالات الأخرى. وبوجه عام، أبلغ عدد يتراوح ما بين ١ و ٢ من بين كل ١٠ من الدول التي قدمت الاستبيان عن أن التشريعات الوطنية تمثل مجالاً مسبباً للمشاكل فيما يتعلق بخفض الطلب على المخدرات. وأفادت أكثر من نصف الدول المجيبة بأن المعوقات المالية تمثل مجالاً مسبباً للمشاكل. وأفادت ثلث هذه الدول تقريباً التي قدمت الاستبيان بأن المجالات الثلاثة الأخرى (التنسيق والتعاون فيما بين القطاعات؛ والخبرة التقنية المتخصصة؛ والافتقار إلى النظم والهياكل الملائمة) سببت مشاكل في تنفيذ الأنشطة المتعلقة بخفض الطلب على المخدرات وفقاً لخطة العمل. وبما أن هذا السؤال أضيف إلى الاستبيان بعد فترة الإبلاغ الأساسية، بناءً على طلب اللجنة، فلا يمكن استخلاص أي استنتاجات فيما يتعلق بالتطورات في هذا الصدد.

الجدول ١٢

الصعوبات المواجهة في تنفيذ الأنشطة المتعلقة بخفض الطلب على المخدرات وفقاً لخطة العمل في فترة الإبلاغ الثانية (٢٠٠٠-٢٠٠٢)

النسبة المئوية من جميع الدول المجيبة (١١٥ دولة)

المجالات	التشريعات الوطنية القائمة	المعوقات المالية	التنسيق والتعاون فيما بين القطاعات	الخبرة التقنية المتخصصة	الافتقار إلى النظم والهياكل الملائمة
الالتزام	١٧	٦٧	٣٤	٣٢	٣٧
تقييم المشكلة	١١	٦٦	٣٦	٣٨	٤٠
معالجة المشكلة: التدخلات لغرض الوقاية	١٣	٥٩	٣٠	٢٩	٢٦
معالجة المشكلة: التدخلات المنصبة على العلاج وإعادة التأهيل	١٣	٦٢	٣٣	٣٢	٤١
تخفيف العواقب الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدرات	١٨	٦٢	٣٣	٣٢	٣٧
اقامة الشراكات	٨	٥٣	٣٧	٢٧	٣٧
التركيز على الاحتياجات الخاصة	١٧	٥٨	٣٤	٣٠	٤٢
توجيه الرسالة الصحيحة	٩	٦١	٢٤	٢٩	٢٨
الارتكاز على الخبرات المكتسبة	١٠	٥٨	٣٣	٢٩	٣٩