

Distr.: General  
10 January 2002  
Arabic  
Original: English

# المجلس الاقتصادي والاجتماعي



## لجنة المخدرات

الدورة الخامسة والأربعون

فيينا، ١١-١٥ آذار/مارس ٢٠٠٢

البند ٦ (ب) من جدول الأعمال المؤقت\*

خفض الطلب على المخدرات: الوضع العالمي فيما يتعلق بإساءة استعمال المخدرات، وخاصة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز وفيروسه) عن طريق حقن المخدرات

الوضع العالمي فيما يتعلق بإساءة استعمال المخدرات، وخاصة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز وفيروسه) عن طريق حقن المخدرات

تقرير الأمانة

## المحتويات

الصفحة	الفقرات	
٢	٦-١	..... مقدمة
٤	٤٢-٧	..... ثانيا - الوضع العالمي فيما يتعلق بالاتجاهات الناشئة في مجال تعاطي المخدرات
٤	١٦-٧	..... ألف - الهيروين
٧	٢٦-١٧	..... باء - المنشطات الأمفيتامينية
٩	٣٣-٢٧	..... جيم - الكوكايين
١١	٤٢-٣٤	..... دال - القنب
١٣	٤٧-٤٣	..... ثالثا - حقن المخدرات وانتقال الفيروسات المحمولة في الدم
١٥	٤٩-٤٨	..... رابعا - جمع البيانات: قاعدة للمعلومات من أجل العمل
١٦	٥٣-٥٠	..... خامسا - إصابة متعاطي المخدرات بفيروس نقص المناعة البشرية (فيروس الإيدز): مسألة أساسية لوضع استجابات محسنة لخفض الطلب
١٩		..... المرفق الاتجاهات في تعاطي العقاقير والتقارير القطرية

## أولاً - مقدمة

هاماً لجهود خفض الطلب إذا ما تعيّن تقليل التكلفة الصحية والاجتماعية لتعاطي المخدرات بدرجة ملحوظة.

٣ - ويستند التحليل الحالي إلى الردود التي جرى تلقيها من ٨٠ بلداً من البلدان التي أكملت الجزء الثاني من الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية لعام ٢٠٠٠ وأعادته حتى ١٣ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠١، وفاء بالتزاماتها بموجب المعاهدات الدولية لمكافحة المخدرات. وقد وزع الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية على ١٩٣ بلداً في عام ٢٠٠٠ وبدا كان معدل الرد عليه ٤١ في المائة، وهو معدل منخفض بالمقارنة مع معدلات السنوات الأخيرة: ففي عام ١٩٩٩ قدّم الردود ١١٧ بلداً وفي عام ١٩٩٨ قدّمها ١١٢ بلداً. وهذه الأرقام بحد ذاتها هي أرقام مضللة من بعض النواحي، إذ أن عدد حالات عدم الرد في الاستبيانات المعادة (الأسئلة التي لم ترد إجابة عليها) مرتفع عموماً. لذا فالبيانات المتاحة فعلاً للتحليل تقل عما يمكن توقعه من خلال معدل الردود الواردة. فعلى سبيل المثال، كان عدد البلدان التي أجابت على أسئلة بسيطة تتعلق باتجاهات استهلاك عقاقير رئيسية - الهيروين والكوكايين والقنب - ٤٥ و ٢٦ و ٥١ بلداً على التوالي. وهذا يعني أن البيانات المتاحة لغرض إجراء التحليل لم ترد إلا من بين ١٣ إلى ٢٧ في المائة من جميع الدول الأعضاء. والصورة أسوأ فيما لو أخذت الأسئلة الكمية بعين الاعتبار، كما في الجزء المتعلق بتقديرات الانتشار على سبيل المثال، حيث لم تكن نسبة الردود تكفي لإعداد تحليل ذي معنى لتلك البيانات.

٤ - وحالات عدم الرد على الأسئلة لا يمكن أن تُعزى جميعها إلى عدم وجود المعلومات في البلدان التي تقدم التقارير. فهناك عاملان إضافيان مهمان كما يبدو. أولاً، أن نقص المعلومات يعكس أوجه القصور في استبيان التقارير السنوية (الجزء الثاني). وقد أقرت اللجنة بهذه الحقيقة، وتم تنقيح الجزء الثاني من الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية لدورة تقديم التقارير المبتدئة في عام ٢٠٠١. ثانياً، يبدو أن هناك مشكلة تتعلق بالتنسيق، بما أن بعض التقارير لم تستفد من المعلومات التقنية التي، كما هو معلوم، متاحة في الدول

١ - في الإعلان بشأن الالتزام بإزاء فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز) وفيروسه) (قرار الجمعية العامة د-٢٦/٢)، الذي اعتمده الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الاستثنائية السادسة والعشرين، المعقودة من ٢٥ إلى ٢٧ حزيران/يونيه ٢٠٠١، أعلن رؤساء الدول والحكومات وممثلو الدول والحكومات التزامهم بإزاء معالجة أزمة الإيدز وفيروسه عن طريق جملة أمور منها التأكيد من إدراج جميع المسائل المتعلقة بالإيدز وفيروسه في جداول أعمال جميع مؤتمرات الأمم المتحدة واجتماعاتها ذات الصلة. وفي اجتماعها ما بين الدورات المنعقد في ١٦ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠١، قررت لجنة المخدرات أن تدرج الإيدز وفيروسه في جدول أعمالها بالنظر إلى الأثر الخطير لحقن المخدرات على انتشار الإيدز وفيروسه وتطبيقاً للإعلان. وبناء على ذلك، فإن التقرير الحالي عن الوضع العالمي فيما يتعلق بالمخدرات وإساءة استعمالها سيضم أيضاً انتشار الإيدز وفيروسه عن طريق حقن المخدرات.

٢ - والتقرير الحالي هو استعراض لأنماط استهلاك العقاقير غير المشروع واتجاهاته التي جمعت فيما يخص عام ٢٠٠٠. ويتضمن التقرير تحليلاً وصفيّاً لأنماط الاستهلاك وفقاً لنوع العقار، والنظر في الإصابة بالعدوى الفيروسية ذات الصلة بالعقاقير، ومناقشة للتطورات الحاصلة في القدرة العالمية على رصد تعاطي العقاقير غير المشروع. وتكتسي هذه المسألة بأهمية خاصة في الفترة السابقة لاستعراض منتصف الفترة الذي سيجري في عام ٢٠٠٣ للتقدم الذي تم إحرازه نحو بلوغ الأهداف المتفق عليها في دورة الجمعية العامة الاستثنائية الثانية والعشرين. وواضح أن فهم نطاق مشكلة العقاقير العالمية وطبيعتها هو شرط أساسي لعملية التقدير تلك. وترد في القسم خامساً من هذا التقرير مناقشة لمدى توافر البيانات وللإجراءات التي اتخذت من أجل تحسين قاعدة المعلومات العالمية. ويوجه اهتمام خاص إلى حقن المخدرات والعدوى بفيروس الإيدز المتصلة به، وهذه المسألة ما زالت تمثل تحدياً

شكل

### البلدان والأقاليم التي وردت منها الردود، بحسب المناطق (النسبة المئوية)



٦ - وأحد الأسباب التي دعت إلى استكمال بيانات استبيان التقارير السنوية بمصادر إضافية هو تقديم منظور إقليمي أكثر توازناً. وترد في الجدول تفاصيل الردود بحسب المناطق، كما ترد في الشكل بيانات عن العدد النسبي للبلدان التي تبلغ تقاريرها في كل مجموعة إقليمية. وبصورة عامة، ما من منطقة من هذه المناطق جيدة التمثيل. فحتى في أوروبا، حيث سجلت أعلى نسبة من الالتزام بتقديم التقارير، فإن نصف الدول الأعضاء تقريباً لم تبلغ بشيء. ويبين هذا التحليل البسيط ضعف تمثيل البلدان الأفريقية بصفة خاصة، كما لوحظ عموماً رجوح كفة البلدان المتقدمة في تقديم الردود. وكان تمثيل أوقيانيا ضعيفاً هو الآخر فيما يتعلق بالنسبة بين عدد الاستبيانات المرسلة وعدد الاستبيانات الواردة؛ مع ذلك تجدر الإشارة إلى أن الردود المستلمة من هذه المنطقة وردت من البلدان الأكبر فيها من حيث عدد السكان.

الأعضاء. ففي العديد من الحالات، على سبيل المثال، هناك بيانات تتولى نشرها الحكومات - أو منظمات إقليمية نيابة عن الحكومات - وهي لا ترد في استبيان التقارير السنوية (الجزء الثاني) وإنما في موضع آخر. وقد أقرت اللجنة بهذه المشكلة أيضاً، إذ ناشدت في قرارها ٣/٤٤ الدول بأن تستعرض الآلية التي يجري بواسطتها حالياً جمع وتقديم البيانات المتعلقة باستبيان التقارير السنوية (الجزء الثاني)، وأن تنظر في تعيين جهة محورية تقنية للمساعدة على جمع البيانات. ويؤمل في أن تؤدي صيغة الجزء الثاني الجديدة إلى حدوث تحسينات في إجراء تنسيق الردود وتقديمها مما يؤدي إلى رفع معدل الإجابة، مع زيادة عدد البلدان التي تقدم تقارير سنوية وانخفاض مستوى عدم الرد على الأسئلة المنفردة.

٥ - وسعيًا إلى تحسين تغطية التقرير الحالي، استكملت بيانات استبيان التقارير السنوية بمعلومات من مصادر مرجعية أخرى، بما فيها التقارير الوطنية التي أرفقتها بعض الدول الأعضاء برودودها. ويعكس إدراج هذه المعلومات الإضافية الممارسة التي اعتمدت في السنوات السابقة بناء على موافقة اللجنة<sup>(١)</sup>.

جدول

### تحليل معدلات الرد على استبيان التقارير السنوية (الجزء الثاني)، بحسب المناطق

البلدان التي قدمت الردود ضمن كل مجموعة إقليمية (النسبة المئوية)	عدد استبيانات التقارير السنوية الواردة	عدد استبيانات التقارير السنوية الموزعة	المنطقة
٢١	١١ (١٤٪)	٥٣ (٢٧٪)	أفريقيا
٥١	١٨ (٢٢٪)	٣٥ (١٨٪)	القارة الأمريكية
٥٠	٢٢ (٢٨٪)	٤٤ (٢٣٪)	آسيا
٥٨	٢٦ (٣٢٪)	٤٥ (٢٤٪)	أوروبا
١٩	٣ (٤٪)	١٦ (٨٪)	أوقيانيا
	٨٠ (١٠٠٪)	١٩٣ (١٠٠٪)	المجموع

## ثانياً - الوضع العالمي فيما يتعلق بالاتجاهات الناشئة في مجال تعاطي المخدرات

### ألف - الهيروين

٧ - ما زالت مشكلة الهيروين تشغل الموقع الأعلى في جدول أعمال تعاطي العقاقير غير المشروعة في العديد من مناطق العالم، بينما يتسبب تعاطي هذا العقار المخدر في ضرر كبير للأفراد والمجتمعات. ويجري تعاطي الهيروين عموماً بتدخينه أو حقنه وأحياناً بنخيره (استنشاقه عن طريق الأنف). وتعاطي الهيروين عن طريق الحقن مضر بصفة خاصة، لا سيما عندما تعرّض هذه العادة المتعاطين إلى خطر العدوى الفيروسية. لذا فمن الأهمية بمكان رصد التغيرات التي تطرأ على طريقة التعاطي التي يشجع اتباعها لدى متعاطي الهيروين. وترد أدناه مسألة إصابة متعاطي المخدرات بعدوى فيروس الإيدز وغيره من الفيروسات. ورداً على استبيان التقارير السنوية، أبلغ ٢٧ بلداً (٦٠ في المائة من البلدان المحيية) عن تزايد تعاطي الهيروين في عام ٢٠٠٠. وأبلغت تسعة بلدان (٢٠ في المائة من البلدان المحيية) عن عدم حدوث تغيير في التعاطي، بينما أبلغت تسعة بلدان أخرى (٢٠ في المائة من البلدان المحيية) عن انخفاض التعاطي في الفترة المبلغ عنها.

٨ - ويتضح من إلقاء نظرة شاملة بسيطة على الوضع العالمي للهيروين عدم انتشار تعاطي هذا العقار المخدر في أمريكا الجنوبية والكاربي. وفي أفريقيا أيضاً، لا يعتبر تعاطي الهيروين مشكلة واسعة الانتشار؛ مع ذلك، فمن دواعي القلق ظهور بلاغات بتزايد تعاطيه في عدد من المدن الكبرى. وهذا ما يشدد على الحاجة لإجراء رصد مستمر لوضع هذا العقار المخدر في أفريقيا ولكشف ظهور اتجاهات إشكالية في تعاطيه. وفي أمريكا الشمالية، أبلغ عن وجود هذه المشاكل، بيد أن مستوى التعاطي يبدو مستقراً في الوقت الحاضر، وذلك بالرغم من القلق الخاص الذي تنبئه إمكانية تزايد التعاطي في أوساط الشباب الذين يحتمل تعاطيهم لهذا العقار المخدر عن طريق النخير/الاستنشاق. وما زال الهيروين يمثل المشكلة الأولى فيما يخص تعاطي العقاقير المخدرة في أوروبا.

وتفيد البلاغات باستقرار اتجاهات التعاطي عموماً في بلدان الاتحاد الأوروبي، ولكن هذا التعاطي أخذ بالتزايد في أوروبا الشرقية. وتشهد مشاكل تعاطي الهيروين في الاتحاد الروسي والبلدان المجاورة له، وهناك قلق مثاره تزايد معدلات حقن العقار المخدر. ويمثل تعاطي الهيروين مسألة إشكالية في العديد من بلدان آسيا الوسطى وجنوب شرق آسيا. مع ذلك، يحتمل أن يكون تعاطي الهيروين مستقراً أو حتى آخذاً في التناقص في بعض مناطق جنوب شرق آسيا، حيث أصبح الميثامفيتامين عقار التعاطي الرئيسي في العديد من بلدان هذه المنطقة. وفي أستراليا أدت قلة العرض على الهيروين إلى انخفاض تعاطيه مؤخراً. وقد تسبب ذلك، إلى حد ما، إلى زيادة في استهلاك الكوكايين والميثامفيتامين وغيرهما من العقاقير.

٩ - وأبلغت جميع بلدان أوروبا الشرقية عن تزايد تعاطي الهيروين في ردودها على استبيان التقارير السنوية. وأبلغ، بصفة خاصة، عن زيادات كبرى في تعاطي الهيروين في بولندا وبيلاروس ورومانيا ولاتفيا وليتوانيا وهنغاريا واليونان، بينما أبلغت استونيا والجمهورية التشيكية عن زيادة طفيفة في تعاطيه. وأشارت معظم التقارير الواردة من أوروبا الغربية إلى استقرار معدل تعاطي الهيروين، وهي التقارير التي وردت من أيرلندا والدانمرك وسويسرا ولختنشتاين وهولندا، مع ذلك وردت من تركيا والسويد وفنلندا تقارير عن زيادة استعمال الهيروين. وأبلغت اسبانيا والبرتغال عن انخفاض طفيف في تعاطي الهيروين.

١٠ - والاتجاه الذي تجدر الإشارة إليه أكثر من غيره في استعمال الهيروين في أوروبا هو زيادة الاستعمال والمشاكل المرتبطة بذلك في بلدان أوروبا الشرقية، إذ أخذ مستواه يقارب مستوى الاستعمال في بلدان أوروبا الغربية، حيث استقر مستوى المشكلة منذ ذلك الحين. وقد حل استعمال الهيروين المتزايد في أوروبا الشرقية محل الاستعمال التقليدي للمواد الأفيونية المتزلية الصنع، ورافقت ذلك زيادة مقارنة في عدد مستعملي العقاقير المخدرة بالحقن وفي عدد الوفيات المتصلة بالعقاقير المخدرة، والذي يعتقد أن سببه الأولي يعود إلى فرط جرعة المادة الأفيونية. وتوضح المشاكل المرتبطة بحقن

١٢ - وأبلغت عدة بلدان في أمريكا اللاتينية عن بعض الزيادة في تعاطي الهيروين وهي بنما وكولومبيا والمكسيك، بينما أبلغت شيلي عن مستويات مستقرة. ولم ترد بلاغات عن تعاطي واسع للهيروين في الكاريبي، مع أن استعمال هذا العقار المخدر ليس أمراً غير معروف. وأبلغ عن بعض المشاكل المتصلة بالهيروين لدى الأشخاص المتلقين للعلاج في سورينام، وأبلغ عن عدد صغير (٣,٠ في المائة) من الطلاب في الشهر الماضي في هايتي<sup>(٧)</sup>.

١٣ - ومن بين الاتجاهات الملحوظة تزايد استعمال الهيروين في المناطق النامية التي لم يكن يُعرف بوجود تعاطٍ تقليدي للهيروين فيها. ووردت بصفة خاصة تقارير تبلغ عن ظهور تعاطي الهيروين في عدة بلدان أفريقية شرقية أثناء العقد الأخير (أوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة وكينيا)، وإن كان ذلك بمستويات واطئة جداً، كما أبلغت تلك التقارير أيضاً عن استمرار اتجاه تعاطي الهيروين من قبل الراشدين الشباب في جنوب أفريقيا. كما ينشأ قلق مثاره أن الاتجار بالهيروين محلياً في بعض البلدان الأفريقية الشرقية قد يكون له أثر على مستويات تعاطي الهيروين<sup>(٨)</sup>. وأبلغت بضعة بلدان أفريقية أخرى في الاستبيان عن زيادة في تعاطي الهيروين، وهذه البلدان هي جنوب أفريقيا وزامبيا والكاميرون وناميبيا. ولم يبلغ عن اتجاهات استهلاك الهيروين سوى بلدين آخرين من أفريقيا: زيمبابوي، حيث كان الاتجاه مستقرًا، ونيجيريا، حيث طرأ انخفاض قليل على استعمال الهيروين. وتعاطي الهيروين بالحقن، وإن لم يكن القاعدة في البلدان الأفريقية، فإن هناك دليل متزايد على وجود جيوب من حقن الهيروين في المراكز الحضرية (على سبيل المثال، في جمهورية تنزانيا المتحدة وكينيا ونيجيريا)<sup>(٩)</sup>. وخلافاً لنظرائها من بلدان القارة الأصلية، هناك في موريشيوس مجموعة من متعاطي الأفيونيات بالحقن، وقد تطورت هذه المجموعة في أواخر الثمانينات إلى أوائل التسعينات، ولكن معدلات التعاطي تبدو مستقرة منذ عدة سنوات.

١٤ - وفي جنوب شرق آسيا ما زال الهيروين وغيره من المواد الأفيونية يمثل مشكلة كبيرة، مع ذلك تشير بعض الأدلة

الهيروين في الاتحاد الروسي بصفة خاصة، حيث طرأت زيادة ملحوظة على هذه المشكلة منذ أواسط التسعينات<sup>(١٠)</sup>. وهناك أيضاً تقارير تبلغ عن تدخين الهيروين من قبل طلاب المدارس في بلدان أوروبا الشرقية. وبناء على مشروع الدراسة الاستقصائية في المدارس الأوروبية بشأن الكحول والعقاقير الأخرى، التي أجريت في عام ١٩٩٩ على الطلاب في ٣٠ بلداً أوروبياً، فإن نسبة تجربة تدخين الهيروين أثناء الحياة تبلغ ٣ في المائة. مع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن هذه النسبة تتباين كثيراً على مستوى البلدان، إذ يبلغ انتشار تجربة تدخين الهيروين أثناء الحياة معدلات عالية بصفة خاصة لدى الطلاب في رومانيا ولاتفيا (٧-٨ في المائة) وفي الاتحاد الروسي وإيطاليا وبولندا وكرواتيا وليتوانيا (٤-٥ في المائة). وكان الإبلاغ عن حقن الهيروين أقل من ذلك بكثير<sup>(١١)</sup>.

١١ - وأبلغت الولايات المتحدة الأمريكية عن مستويات مستقرة في تعاطي الهيروين، وذلك على الرغم من البيئة الأخيرة من فريق العمل المعني بوبائيات المجتمع، والتي توحي بأن تعاطي الهيروين لربما أخذ في الانتشار نحو مجتمعات ضواحي المدن والمجتمعات الريفية ولدى السكان من الشباب الأصغر سناً، مع مؤشرات بتزايد تعاطي الهيروين في ١٥ مدينة في البلد. وأشارت التقارير إلى أن تعاطي الهيروين يرافق في معظم الأحيان تعاطي الكوكايين، إما بالتزامن أو بالتعاقب<sup>(١٢)</sup>. وفي الولايات المتحدة، حافظ انتشار تجربة تعاطي الهيروين أثناء الحياة لدى طلاب المدارس العامة والخاصة في جميع أنحاء البلد على مستواه حوالي ٩,٠-٤,٢ في المائة المسجل أثناء التسعينات، مع أن بيانات عام ٢٠٠٠ تبين زيادة في استعمال الهيروين مؤخراً لدى طلاب صفوف الدراسة الثانوية المتقدمة (طلاب السنة الثانية عشرة)، وانخفاض لدى الطلاب الأصغر سناً (طلاب السنة الثامنة)<sup>(١٣)</sup>. وأبلغت كندا عن بعض الزيادة في تعاطي الهيروين في استبيان عام ٢٠٠١، مع انتشار تجربة تعاطي الهيروين أثناء الحياة بنسبة ٨,٢ في المائة لدى طلاب المدارس في أونتاريو في عام ١٩٩٩ و ٩,١ في المائة في السنة الماضية<sup>(١٤)</sup>.

المواد الأفيونية. وتباين التقديرات تبايناً كبيراً فيما يخص إجمالي عدد متعاطي الهيروين في تلك البلدان، مع بعض الأرقام التي تشير إلى شدة ارتفاع معدلات الانتشار لدى الذكور. وقدرت دراسة استقصائية أجريت في الهند في عام ١٩٩٩ وجود من نصف مليون إلى ستة ملايين فرد من الأفراد المعتمدين على تعاطي المخدرات، وأن عدد متعاطي المخدرات يمكن أن يناهز ٣ ملايين فرد. وألقى تقدير أجري مؤخراً في باكستان الضوء على وجود مشكلة خطيرة تتعلق بالهيروين، وقدّر عدد المدمنين المزمنين من الذكور بزهاء نصف مليون فرد. وتظهر الدراسة أيضاً أن حقن المخدرات أصبح يمثل الآن مشكلة خطيرة في البلد، حيث يستخدم ١٥ في المائة من مدمني الهيروين أسلوب التعاطي هذا على نحو منتظم. ويتناقض هذا الوضع مع ما كان عليه الوضع في أواسط التسعينات، حيث لم تكُن تذكر نسبة اتباع هذا الأسلوب. ولا تتوفر في بنغلاديش بيانات جيدة عن مدى الانتشار، ولكن دراسات تقديرية سريعة، أجريت في عام ١٩٩٦، تبين وجود مشكلة هامة تتعلق بالهيروين في هذا البلد.

١٦- وشهدت أستراليا مؤخراً انخفاضاً في مستويات استعمال الهيروين، لازمه انخفاض في معدلات فرط جرعة الهيروين. وعزى ذلك إلى "قحط" الهيروين الذي بدأ في أوائل عام ٢٠٠١<sup>(١١)</sup>، واتسم بارتفاع أسعار الهيروين وانخفاض نقاوته وقلة توافره. ومع أن المشاكل المتصلة عادة باستعمال الهيروين، وأهمها فرط جرعة الهيروين، تراجعت في أعقاب "قحط" الهيروين، فقد لازم ذلك زيادة في حقن عقاقير أخرى (كالكوكاين والميثامفيتامين، على سبيل المثال) وظهرت مشاكل جديدة تتعلق بحقن المنشطات<sup>(١٢)(١٣)</sup>. وتوصلت دراسة استقصائية سنوية لتعاطي العقاقير بالحقن في أستراليا إلى أن ٣٦ في المائة فقط من متعاطي العقاقير بهذه الصورة أبلغوا عن الهيروين باعتباره عقار الحقن الأكثر تردداً في عام ٢٠٠١ مقابل ٥٨ في المائة في عام ٢٠٠٠<sup>(١٤)</sup>. ويجري في الوقت الحاضر بحث العوامل المصاحبة لـ "قحط" الهيروين، ومما سيثير الاهتمام ملاحظة ما إذا كان انخفاض المشاكل المتصلة بالمواد الأفيونية سيقى مستمراً. وقدّر عدد المعتمدين على استعمال الهيروين مؤخراً في أستراليا بـ ٧٤ ٠٠٠ فرد أو ٦,٩ لكل

إلى حدوث انخفاض طفيف مؤخراً في مستوى التعاطي. فقد أبلغت بعض البلدان والأقاليم في جنوب شرق آسيا عن انخفاض في استعمال الهيروين، وهي إقليم هونغ كونغ الإداري الخاص التابع للصين وأندونيسيا وسنغافورة وماليزيا وميانمار واليابان، بينما أبلغت بروني دار السلام عن مستوى مستقر لتعاطي الهيروين. وتباين أسباب الانخفاض المبلغ عنه في تعاطي الهيروين في جنوب شرق آسيا. فقد أبلغت ميانمار، على سبيل المثال، عن انخفاض سريع في إنتاج الهيروين في أعقاب تنفيذ إجراء واسع لإنفاذ القوانين، بالإضافة إلى تغير أنماط استعمال الهيروين لدى المدمنين، الذين بدأوا في استعمال عقاقير أخرى عوضاً عن الهيروين. ولربما كان للظروف المناخية المناوئة أيضاً دور في انخفاض إنتاج الأفيون في المنطقة<sup>(١٥)</sup>. وهناك في بعض بلدان المنطقة ما يدل على احتمال الاستعاضة عن استعمال الهيروين باستعمال الميثامفيتامين. وقد أبلغ بعض البلدان في منطقة آسيا عن حلول الميثامفيتامين محل الهيروين كالعقار المفضل لدى بعض المتدئين في تعاطي العقاقير.

١٥- وفي آسيا الوسطى ما زال وضع تعاطي الهيروين يمثل مشكلة كبرى، وذلك بالرغم من عدم وجود بيانات يمكن التعويل عليها مما يمنع إجراء تقدير دقيق للاتجاهات. ذلك بالإضافة إلى أن الوقت ما زال مبكراً جداً لقياس أثر الوضع الراهن في أفغانستان على أنماط استهلاك الهيروين في المنطقة. ويثير الوضع في آسيا الوسطى قلقاً خاصاً، بالنظر لعدد الأفراد المتأثرين، وانتشار حقن المخدرات ونقص الموارد اللازمة لتقديم العلاج وسائر الخدمات الأخرى إلى متعاطي المخدرات. وسجلت مشاكل متزايدة فيما يخص الهيروين في عدد من دول آسيا الوسطى وهي تركمنستان وطاجيكستان وقيرغيزستان وكازاخستان. وما يثير القلق بصورة خاصة، تزايد حقن المخدرات. وهنا أيضاً يصعب تقدير المشكلة بالنظر لقلة البيانات المتاحة حالياً، ولكن برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات (اليونديسيب) أخذ بالتعاون مع الحكومات في تنفيذ سلسلة من الدراسات التقييمية في المنطقة، وسيجري الإبلاغ عنها في عام ٢٠٠٢. وهناك في جمهورية إيران الإسلامية وباكستان والهند أعداد كبيرة من متعاطي

مولدوفا وليتوانيا وميانمار ونيوزيلندا) وأبلغت ستة بلدان أخرى عن مستويات ثابتة للتعاطي (اسبانيا وألمانيا ولافتيا وهولندا والولايات المتحدة واليونان). مع ذلك، تجدر الملاحظة، فيما يتعلق بشروط الإبلاغ عن المنشطات الأمفيتامينية، بأن تغطية فئة العقاقير من نوع الاكستاسي لم تكن كافية في الصيغة التي جرى توزيعها من استبيان التقارير السنوية.

١٩- وكانت بلدان جنوب شرق آسيا أكثر البلدان عموماً من بين تلك البلدان التي أبلغت عن زيادة في تعاطي الميثامفيتامين، حيث أشارت جميع الدول المبلغة إلى زيادة في مستويات التعاطي (إقليم هونغ كونغ الإداري الخاص التابع للصين وبيروني دار السلام وسنغافورة والفلبين وماليزيا والهند واليابان). كما تشير آخر بيانات استبيان التقارير السنوية المتاحة من تايلند إلى زيادة تعاطي الشباب للميثامفيتامين في عام ١٩٩٩، حيث يبدو أنه قد حل محل الهيروين كمشكلة العقاقير الأولى. وتبين الإحصاءات التي قدمها السجل المركزي لتعاطي العقاقير في إقليم هونغ كونغ الإداري الخاص التابع للصين أن زيادة تعاطي المنشطات الأمفيتامينية بين عامي ١٩٩٩ و ٢٠٠٠ بلغت نسبة ١٢٧ في المائة. وتشير التقارير الواردة من المنطقة كذلك إلى استعمال العديد من المستهلكين للشكل البلوري للميثامفيتامين، المعروف محلياً باسم "shabu"، لسهولة تدخينه ولأثره الأقوى. والتدخين هو أسلوب شديد الفعالية لتناول العقاقير، وهو مشابه للحقن من حيث سرعة بدء مفعول العقار وتوافره البيولوجي. لذا يرجح أن يرتبط تدخين الميثامفيتامين بمستويات أعلى من الاعتماد وبمشاكل أخرى تزيد عن تلك المشاكل المرتبطة بأساليب تناول الأقل فعالية. وهذا أمر مقلق جداً، حيث تظهر اتجاهات تميل نحو تدخين الميثامفيتامين في بعض البلدان. ففي تايلند، على سبيل المثال، شهدت السنوات الخمس الأخيرة تحولاً من ابتلاع الميثامفيتامين (تناوله عن طريق الفم) إلى تدخين هذه المادة، وفي عام ١٩٩٩، أبلغ أن الغالبية العظمى من مستخدمي الميثامفيتامين يدخنون هذا العقار. واستعمال الميثامفيتامين في تايلند أكثر انتشاراً لدى الطلاب والشباب، إلى جانب

١٠٠٠ فرد من السكان، وذلك في عام ١٩٩٨ - أي بزيادة ثابتة ولكنها زيادة ملموسة بالمقارنة مع عدد مستعملي الهيروين الذي قدر في أواسط الثمانينات (زهء ٣٤ ٠٠٠ فرد أو ٣,٧ لكل ١٠٠٠ فرد من السكان)<sup>(١٥)</sup>.

## باء - المنشطات الأمفيتامينية

١٧- اعتمد مصطلح "المنشطات الأمفيتامينية" للإشارة إلى العقاقير التركيبية المنشطة للجهاز العصبي المركزي كعقار الأمفيتامين، والميثامفيتامين ومجموعة مواد اكستاسي ذات العلاقة الكيميائية بالأمفيتامينات (ميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين (MDMA "م د م أ") ونظائره). وتجدر الملاحظة بأن التشابه الكيميائي لهذه المواد لا ينعكس في تشابه متجانس في أنماط التعاطي. فأنماط الاستعمال تشمل التعاطي المزمن والاعتماد على هذه المواد من قبل الأشخاص المهمشين اجتماعياً، وتعاطي الشباب من الأشخاص الجيدين الاندماج عموماً في المجتمع، والذي يحصل في أجواء ترفيهية، والاستعمال لغرض الاستفادة من المنشطات لدى بعض الفئات المهنية أو في بيئات عمل خاصة. كما تتأثر معدلات المراضة والوفيات المنسوبة عن تعاطي المنشطات الأمفيتامينية أيضاً بأسلوب الاستعمال المتبع. وهناك من بين المنشطات الأمفيتامينية عقاقير يمكن حقنها أو تدخينها أو نخرها/ استنشاقها أو استهلاكها عن طريق الفم.

١٨- وقد أشار ١٧ بلداً (٨٦ في المائة) من العشرين بلداً التي أبلغت عن اتجاهات تعاطي الميثامفيتامين إلى زيادة في مستويات الاستهلاك. وبالعكس، فإن تعاطي الأمفيتامين كان أكثر استقراراً، حيث لم يبلغ سوى ١١ بلداً (٥٨ في المائة) من البلدان التي أرسلت ردوداً عن زيادة في التعاطي، بينما أبلغت معظم البلدان الأخرى عن استقرار الاستعمال. وكانت الجمهورية التشيكية وهنغاريا البلدين الوحيدين اللذين أبلغوا عن انخفاض في تعاطي الأمفيتامين/الميثامفيتامين. وبالإضافة إلى البلدان التي أبلغت عن تعاطي الأمفيتامين والميثامفيتامين، أبلغت تسعة بلدان وأقاليم عن زيادة في تعاطي المنشطات الأمفيتامينية عموماً (أستراليا وإيسلندا وإقليم ماكاو الإداري الخاص التابع للصين وأندونيسيا وبولندا وجمهورية

الأمفيتامين أثناء الحياة لدى السكان عموماً نسبة ١٠ في المائة<sup>(١٦)</sup>. وحسب ما ورد في الدراسة الاستقصائية لتعاطي الشباب للعقاقير والكحول، فإن مستوى استعمال المراهقين الأوروبيين للمنشطات الأمفيتامينية (ولا سيما الأمفيتامين منها) يقل كثيراً بصفة عامة، عن مستواه لدى نظرائهم في الولايات المتحدة. وفي أوروبا، يبلغ متوسط تجربة تعاطي الأمفيتامين والاكستاسي في سن ١٥-١٦ عاماً نسبة ٢ في المائة<sup>(١٧)</sup>. واتجاه استعمال المنشطات الأمفيتامينية في الاتحاد الأوروبي اتجاه مختلط بعض الشيء، وهو يستلزم رصداً دقيقاً، ولكن يبدو أن الحالة العامة آخذة في الاستقرار.

٢٣- وأبلغت بضعة بلدان في القارة الأمريكية عن زيادة في تعاطي الميثامفيتامين وهي: الأرجنتين وبيرو وكندا وكولومبيا والمكسيك. ويبدو وضع الأمفيتامين أكثر استقراراً في القارة الأمريكية، حيث لم تبلغ إلا شيلي وكولومبيا عن زيادة طفيفة، بينما أبلغت الأرجنتين والسلفادور وكندا عن استقرار مستويات التعاطي. وفي الولايات المتحدة، هناك ما يدل على تزايد استعمال الميثامفيتامين في ١٩٩٩ وأوائل ٢٠٠٠، وذلك في المناطق التي تبلغ عادة عن مستويات مرتفعة من تعاطي الميثامفيتامين، وذلك بالرغم من الاتجاه نحو الانخفاض الذي لوحظ قبل عام ١٩٩٩. وما زال تعاطي الميثامفيتامين متركزاً في ولايات البلد الغربية وبعض المناطق الريفية في الولايات الأخرى. وفي ستة من مواقع رصد فريق العمل المعني بوبائيات المجتمع، شوهدت زيادة ملموسة مؤخراً في أقسام رعاية الطوارئ (أتلانتا ودفنر وفينكس وسانت لويس وسان ديغو وسياتل). وما زال الميثامفيتامين أكثر عقار يجري الإبلاغ عنه في أوساط الأشخاص الذين يدخلون مراكز المعالجة في هونولولو وسان ديغو. وقد انخفض استعمال الميثامفيتامين البللوري ("الجليد") انخفاضاً طفيفاً في أوساط طلاب المدارس في الولايات المتحدة. كما انخفض معدل انتشار تجربة تعاطي الميثامفيتامين أثناء الحياة من ٤,٥-٨,٢ في المائة (طلاب السنوات الدراسية الثامنة والعاشرية والثانية عشرة) في عام ١٩٩٩ إلى ٤,٢-٧,٩ في المائة في عام ٢٠٠٠. وشوهدت اتجاهات مماثلة في تجربة تعاطي "الجليد" أثناء الحياة في أوساط طلاب المرحلة العليا من الدراسة

استعماله مهنيًا الذي شوهد لدى فئات مختارة كسائقي شاحنات المسافات الطويلة.

٢٠- وأبلغ أيضاً عن زيادة في تعاطي المنشطات الأمفيتامينية في أستراليا ونيوزيلندا. فقد أشار النظام الأسترالي للإبلاغ عن العقاقير غير المشروعة إلى التزايد المستمر في استعمال أشكال أكثر نقاوة من الميثامفيتامين، بما فيها الميثامفيتامين "الجليدي" و "قاعدة" الميثامفيتامين، وذلك في عام ٢٠٠١. وهناك ما يشهد أيضاً في بعض مناطق أستراليا على أن "قحط" الهيروين مؤخراً صاحبه زيادة في حقن الميثامفيتامين<sup>(١٨)</sup>.

٢١- وأبلغت الجمهورية التشيكية وهنغاريا عن انخفاض في تعاطي الأمفيتامين والميثامفيتامين، بينما تبين التقارير من البلدان الأوروبية الأخرى استقرار مستويات التعاطي أو زيادتها. وتجدد الملاحظة بأن معظم الأمفيتامين المتاح في أوروبا هو في شكل كبريتات الأمفيتامين. وإلى حد بعيد، اقتصرت مشاكل الميثامفيتامين على الجمهورية التشيكية. وأخذت بعض الأدلة بالظهور، وهي تبين احتمال بدء توافر الميثامفيتامين على نحو متفرق في بعض بلدان الاتحاد الأوروبي، وهو ما يثير قلقاً كبيراً، بالنظر إلى القدرة الشديدة لهذا العقار في أن يصبح عقاراً للتعاطي وما يرافقه من درجات عالية من السلوك الاشكالي. لذا، فهناك حجة قوية تدعم ضرورة رصد أي توزيع ممكن لهذا العقار في أوروبا من أجل وضع عمليات للتدخل المبكر عند اللزوم.

٢٢- وتزايد تعاطي المنشطات الأمفيتامينية في العديد من المدن الأوروبية في التسعينات. وشوهدت فيما يخص الاكستاسي، اتجاهات واضحة نحو الارتفاع في المدن الأوروبية الغربية والشرقية على السواء<sup>(١٩)</sup>. بيد أن أحدث البيانات المتاحة من منطقة الاتحاد الأوروبي تبين أن تجربة تعاطي الأمفيتامين أثناء الحياة من جانب السكان عموماً ما زالت أقل بكثير من ٥ في المائة في معظم البلدان. ومن بين بلدان الاتحاد الأوروبي، أبلغت المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وإيرلندا الشمالية (بيانات من انكلترا وويلز) عن معدل مرتفع ملحوظ، حيث يبلغ معدل تجربة تعاطي

في كندا أيضاً. وتبين البيانات الأخيرة في أونتاريو أن الشباب الذكور هم أكثر فئة يشيع فيها تناول الاكستاسي، ويبلغ احتمال تعاطي الرجال له ثلاثة أضعاف احتمال تعاطي النساء لهذا العقار. ومعظم المستعملين هم من الفئة العمرية ١٨-٢٩ عاماً<sup>(٦)</sup>.

٢٥- وبرغم أن القنب والكوكايين ما زالا أكثر المخدرات الشائعة استعمالاً في الكاريبي، فهناك ما يثير القلق بشأن توافر عقاقير المنشطات الأمفيتامينية وتزايد توافر الاكستاسي بصفة خاصة. وقد أبلغ عن استعمال الاكستاسي في أوروبا، وجزر البهاما، والجمهورية الدومينيكية، وسانت فنسنت وغرينادين، وسورينام. وفي اجتماع عقده مؤخرًا الشبكة الكاريبية الإقليمية لمعلومات المخدرات<sup>(٧)</sup>، أثيرت مسألة القلق الناجم عن ظهور استعمال الاكستاسي. وأبلغت دراسة استقصائية أجريت عام ٢٠٠٠ في جزر كايمان بأن انتشار تجربة تعاطي الاكستاسي أثناء الحياة بلغ ٢,٦ في المائة<sup>(٨)</sup>. وأبلغ أيضاً عن مستويات اشكالية لتعاطي الأمفيتامين في دراسة استقصائية للمدارس أجريت عام ٢٠٠٠ في المنطقة المدنية من بورت-أو-برانس: حيث أبلغ ١٢ في المائة تقريباً (١١,٧ في المائة) من الطلاب عن استعمالهم للأمفيتامين في الشهر السابق، بينما كان معدل انتشار تعاطي الماريجوانا والكوكايين في الشهر السابق أقل بكثير<sup>(٩)</sup>.

٢٦- وأبلغ عن زيادة في تعاطي المنشطات الأمفيتامينية في جنوب أفريقيا وزمبابوي والكاميرون وناميبيا. وأبلغت نيجيريا عن وضع مستقر. ومرة أخرى، فإن الإبلاغ الشامل عن اتجاهات تعاطي المنشطات الأمفيتامينية مسألة صعبة بالنظر لعدم وجود بيانات يمكن التعويل عليها. بيد أن تعاطي العقاقير من نوع المنشطات الأمفيتامينية لا يبدو وكأنه مشكلة قاطعة في أفريقيا الجنوبية والشرقية، ولكن الوضع الأقل وضوحاً في مناطق أفريقية أخرى يثير بعض القلق.

### جيم - الكوكايين

٢٧- ما زال الكوكايين العقار المخدر الذي يشكل مصدر القلق الرئيسي في منطقتي القارة الأمريكية والكاريبي. بيد أن

الثانوية، حيث انخفض المعدل من ٤,٨ في المائة في عام ١٩٩٩ إلى ٤ في المائة في عام ٢٠٠٠. وفي التسعينات، ارتفع معدل تجربة تعاطي الأمفيتامين في أواسط المراهقين من طلاب السنوات الدراسية الثامنة والعاشرة والثانية عشرة. وبلغ الانتشار أوجه في أوساط طلاب السنتين الدراسيتين الثامنة والعاشرة في عام ١٩٩٦ (١٣,٥ في المائة في السنة الثامنة و ١٧,٧ في المائة في السنة العاشرة)، ولدى طلاب السنة الثانية عشرة (١٦,٥ في المائة) في عام ١٩٩٧. وتبين بيانات انتشار التعاطي أثناء الحياة في عام ٢٠٠٠ حدوث انخفاض طفيف على اتجاه استعمال الأمفيتامين في شتى المراحل الدراسية، وإن كان هذا المعدل ما زال يمثل نسبة ٩.٩ في المائة لدى طلاب السنة الثامنة و ١٥,٧ في المائة في السنة العاشرة و ١٥,٦ في المائة في السنة الثانية عشرة من الدراسة<sup>(٥)</sup>.

٢٤- ويشد القلق في الولايات المتحدة في الوقت الحاضر إزاء تعاطي العقاقير من نوع الاكستاسي. وينعكس هذا القلق في البيانات المتاحة التي تبين أن عدداً أكبر من الشباب الأمريكيان أخذ يستعمل الاكستاسي أكثر من الكوكايين. وأفادت دراسة رصد المستقبل، التي أجريت مؤخرًا، بتزايد استعمال الاكستاسي في جميع الفئات العمرية. ففي العام الماضي، ارتفع معدل انتشاره لدى طلاب السنة الدراسية الثامنة من ١,٧ في المائة في عام ١٩٩٩ إلى ٣,١ في المائة في عام ٢٠٠٠. وكانت الزيادة لدى طلاب السنة الدراسية العاشرة من ٤.٤ إلى ٥,٤ في المائة في الفترة نفسها، ولدى طلاب السنة الدراسية الثانية عشرة من ٥,٦ في المائة إلى ٨,٢ في المائة<sup>(٥)</sup>. وأبلغت شبكة الرصد التابعة لفريق العمل المعني بوبائيات المجتمع عن تزايد انتشار تعاطي الاكستاسي، مع الإبلاغ عن الزيادة التي حصلت مؤخرًا في ١٣ منطقة في شتى أنحاء الولايات المتحدة. ويجري استعمال الاكستاسي في مواقع متنوعة بما فيها حفلات "الراف" والحفلات المتزلية والحانات التي يرتادها العزّاب، وهناك ما يدل على أن الاستهلاك أخذ يشمل فئات عمرية أصغر فأصغر. كما حدث ارتفاع أيضاً في عدد المرضى الذين يدخلون أقسام الرعاية الطارئة لتعاطيهم عقار (م د م أ) من ٢٥٠ حالة مرضية في عام ١٩٩٤ إلى ٢٨٥٠ حالة في ١٩٩٩<sup>(٤)</sup>. ويثير استعمال الاكستاسي القلق

٢٩- واستمر استعمال الكوكايين و كراك الكوكايين في الانخفاض في معظم مناطق الولايات المتحدة وكان اتجاه التراجع هذا مثيراً بصفة خاصة في المناطق التي كان يشتد تركيز تعاطي العقاقير المخدرة فيها في السابق، منها على سبيل المثال المناطق الشمالية الشرقية ووسط المحيط الأطلسي وشمالي الغرب الأوسط. ويبدو أن السكان الذين يتعاطون كراك الكوكايين أخذوا يتقدمون في السن، وذلك بالرغم من أن المستوى الإجمالي ما زال مرتفعاً، وكذلك مستويات المراضة والوفيات المرتبطة بهذا العقار المخدر، حيث كان الكوكايين مسؤولاً عن معظم الوفيات المتصلة بالعقاقير في تسعة مواقع خاضعة لرصد فريق العمل المعني بوبائيات المجتمع. ويكثر استعمال الكوكايين إما بالتزامن أو بالتعاقب مع مواد أخرى<sup>(٤)</sup>. كما انخفض أيضاً بين ١٩٩٩ و ٢٠٠٠ تعاطي طلاب المدارس للكوكايين (بما في ذلك كراك الكوكايين)، بالرغم من حدوث زيادة طفيفة في تعاطيه من قبل طلاب السنوات الدراسية الثامنة إلى العاشرة في التسعينات، ويبلغ معدل انتشار تجربة تعاطي الكوكايين أثناء الحياة ٦,٩ في المائة لدى طلاب السنة الدراسية العاشرة حسب الدراسة الاستقصائية الأخيرة لعام ٢٠٠٠<sup>(٥)</sup>. كما تظهر البيانات الاستقصائية من أونتاريو، كندا انخفاض في استعمال الكوكايين بين أواسط الثمانينات و ١٩٩٨؛ مع ذلك، فقد أعقب ذلك ارتفاع في معدل انتشار التعاطي أثناء الحياة من ٤,٦ في المائة في ١٩٩٨ إلى ٦,٤ في المائة في ٢٠٠٠<sup>(٦)</sup>.

٣٠- ووردت بلاغات واسعة عن تعاطي الكوكايين في الكاريبي. فقد أبلغت جميع البلدان المشاركة في الشبكة الكاريبية لمعلومات المخدرات، والبالغ عددها ١٥ بلداً، عن تعاطي الكوكايين فيها<sup>(٧)</sup>. وأشارت البيانات المسجلة في دراسة استقصائية للمدارس إلى أن تجربة تعاطي الكوكايين أثناء الحياة تنتشر لدى الطلاب بمعدل يتراوح بين ١,٣ إلى ١,٧ في المائة<sup>(٨،٩)</sup>. وتوصلت دراسة عن متعاطي العقاقير في بربادوس إلى أن ٦ في المائة منهم يبلغ عن كون الكوكايين العقار المخدر المفضل الأول. ويحتل أن تكون معدلات الانتشار أعلى بكثير لدى المجموعات السكانية المعرضة لخطر التعاطي. وتناولت هذا الموضوع شبكة الرصد التي أنشئت

تعاطي الكوكايين لا يقتصر على هاتين المنطقتين، حيث تفيد التقارير بوجوده في أماكن أخرى. مع ذلك، وفيما يخص عدد الأفراد المتأثرين، ما زالت القارة الأمريكية تمثل المنطقة التي تبدو فيها مشاكل تعاطي الكوكايين أشد وضوحاً. وكما في حالة العقاقير المخدرة الأخرى، فإن لأسلوب تناول الكوكايين أهمية في فهم أنماط التعاطي. وتحويل الكوكايين بين شكله الملحي والقاعدي أمر يسير نسبياً، مما يسمح بالنخير/الاستنشاق والحقن والتدخين، فكلها أساليب شائعة في تناول الكوكايين. والسلوك الأقل شيوعاً من بين هذه الأساليب هو عادة أسلوب حقن الكوكايين. ويرتبط تدخين منتجات الكوكايين، كالكراك على سبيل المثال، بمشاكل حادة. فتمطأ التعاطي الاعتمادي والمزمن نمطان شائعتان لطريقة التناول هذه، كما لوحظ وجود ارتباط شديد بين تدخين كراك الكوكايين والسلوك الاجتماعي السلبي، كالاكتفاءات الإجرامية. وهناك ما يدل على الروابط بين تدخين الكوكايين وارتفاع مستوى مخاطر العدوى بفيروس الإيدز، وذلك إما نتيجة لتزايد حدوث العلاقات الجنسية التي تنسم بشدة التعرض لمخاطر الإصابة أو عن طريق الاشتراك في علاقات جنسية مقابل الحصول على الأموال أو على العقار المخدر. وتثير هذه المسألة قلقاً خاصاً في العديد من بلدان أمريكا اللاتينية والكاريبي حيث لا يشجع حقن هذا العقار المخدر. وقد قدم خمسة وعشرون بلداً بيانات بشأن اتجاهات تعاطي الكوكايين في الردود على استبيان التقارير الخاصة، أبلغ خمسة عشر بلداً منها عن زيادة في التعاطي، وسبعة بلدان عن استقرار الوضع، وثلاثة بلدان عن تراجع في مستويات التعاطي.

٢٨- وتبين التقارير الواردة من أمريكا اللاتينية استقرار في تعاطي الكوكايين أو زيادة في تعاطيه. حيث لوحظ تزايد تعاطي الكوكايين في الأرجنتين والسلفادور وبيرو وشيلي وكولومبيا والمكسيك. وأبلغت بنما وكوستاريكا عن مستويات مستقرة في التعاطي، وكانت جزر البهاما البلد الوحيد الذي أبلغ عن تراجع مستوى تعاطي الكوكايين.

في المائة من سكان لندن بين ١٦ و ٢٩ عاماً من العمر أبلغوا عن استعمالهم للكوكايين في الاثني عشر شهراً الماضية. مع ذلك فالأرقام المسجلة في مناطق أخرى تقل عن ذلك بكثير. وأشارت الدراسة الاستقصائية إلى القلق بشأن احتمال تحول الشباب من استعمال الاكستاسي إلى استعمال الكوكايين، وقد يكون ذلك استجابة للانتباه الذي أثارته وسائل الإعلام إلى الأضرار المتصلة بتعاطي الاكستاسي<sup>(١١)</sup>.

٣٣- وأبلغت ثلاثة بلدان أفريقية، هي جنوب أفريقيا وناميبيا ونيجيريا، عن تزايد تعاطي الكوكايين، بينما أبلغت زمبابوي عن استقرار مستويات تعاطيه. ومن بين البلدان والأقاليم الآسيوية الأربعة التي أبلغت عن تعاطي الكوكايين، أشار إقليم هونغ كونغ الإداري الخاص التابع للصين ولبنان والهند إلى تزايد التعاطي، بينما لاحظت اليابان بعض الانخفاض في التعاطي. ولم تظهر عموماً سوى تقارير متفرقة عن تعاطي الكوكايين في المنطقة، بينما تركز القلق بشأن تعاطي العقاقير المنشطة على الميثامفيتامين في المقام الأول. وفي أستراليا، أبلغ بأن تيسر الحصول على الكوكايين محصور في سدي فقط، حيث اتضح استعماله منذ عدة سنوات. وكانت هناك بعض البلاغات عن حدوث زيادة في حقن الكوكايين مؤخراً في سدي، وذلك استجابة لتناقص كميات الهيروين المتاحة في عام ٢٠٠١<sup>(١٢)</sup>.

#### دال - القنب

٣٤- ما زال القنب عموماً، في شكل واحد أو آخر، العقار المخدر غير المشروع الأكثر تعاطياً في العالم. ويتضح ذلك من معدل الردود الخاصة بالقنب على استبيان التقارير السنوية، وهو أعلى من معدلات الردود الخاصة بأنواع العقاقير الأخرى. وقد رد واحد وخمسون بلداً على السؤال المتعلق باتجاه التعاطي، وأشار أكثر هذه البلدان (٣٨ بلداً، أو ٧٥ في المائة) إلى الزيادة في تعاطي القنب. وأبلغت تسعة بلدان عن مستويات مستقرة لتعاطي القنب (١٧ في المائة من الردود) وأبلغت أربعة بلدان فقط (٨ في المائة) عن تراجع تعاطي القنب، وأربعتها من آسيا.

حديثاً في المنطقة، حيث يخطط لإجراء دراسات مركزية واستقصاءات في مدارس المنطقة في السنة القادمة.

٣١- وأبلغت بضعة بلدان أوروبية عن زيادة في تعاطي الكوكايين - أيرلندا واسبانيا والبرتغال وبيلاروس وهنغاريا. وأشارت البلدان الوحيدة الأخرى التي أبلغت بشأن الكوكايين - الجمهورية التشيكية وسويسرا وليختنشتاين - إلى استقرار مستويات التعاطي، وكان هناك قلق بشأن تزايد مستويات استعمال الكوكايين، وخصوصاً في بعض المدن الكبرى، مع ذلك ما زالت البيانات مختلطة بهذا الشأن. وأفادت تقارير من أوروبا الغربية باتجاه تصاعدي شامل في انتشار استعمال الكوكايين أثناء التسعينات، ولكن الاتجاهات الراهنة ما زالت غير واضحة<sup>(١٣)</sup>. وأبلغ مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها بعدم وجود إشارات واضحة بعد إلى حدوث زيادة عامة في استعمال الكوكايين، لا في أواسط السكان عموماً ولا في أوساط أطفال المدارس في أوروبا<sup>(١٤)</sup>. وما زال معدل انتشار التعاطي أثناء الحياة في أوساط الصغار بين ١٥ و ١٦ عاماً منخفضاً، حيث يبلغ متوسط هذا المعدل واحد في المائة. مع ذلك، فقد كشفت الدراسات الاستقصائية الموجهة للمستعملين ارتفاع مستوى الاستعمال الترفيهي لمسحوق الكوكايين في بيئات اجتماعية معينة، لا سيما لدى الفئات المعروفة بارتياح المراقص والأندية. وذلك علاوة على ما تشير إليه التقارير من بعض مناطق المدن الكبرى بشأن وجود بعض الجيوب التي يحتمل تزايد تعاطي الكوكايين فيها.

٣٢- ويتباين معدل انتشار تعاطي الكوكايين أثناء الحياة في أوساط الشباب الراشدين من السكان عامة من أقل من واحد في المائة إلى ٦,٤ في المائة، مع ذلك، فإن الدراسات الاستقصائية الموجهة إلى بعض الفئات العمرية تكشف عن معدلات مرتفعة لدى المترددين على الأندية تبلغ ٤٢ إلى ٦٢ في المائة<sup>(١٥)</sup>. وتشير أدلة متزايدة في المملكة المتحدة إلى وجود مستويات مرتفعة من تعاطي الكوكايين في أوساط الشباب في بعض المناطق الحضرية. وأشارت الدراسة البريطانية لتقصي الجريمة في عام ٢٠٠٠ إلى أن أكثر من ١١

٣٦- وتبين آخر التقديرات الواردة عن مدى انتشار تعاطي القنب في أوروبا الغربية أن من ١٠ إلى ٢٥ في المائة من السكان عموماً تناولوا العقار أثناء حياتهم، وسُجِّل أعلى مستويات الاستهلاك لدى الراشدين من الشباب. وسُجِّل أعلى مستوى للاستهلاك في المملكة المتحدة، حيث تناول القنب ٢٥ في المائة من السكان عموماً (١٦-٥٩ عاماً) و ٤٢ في المائة من الراشدين الشباب (١٦-٢٩ عاماً) خلال حياتهم<sup>(٦)</sup>. وتلاحظ في أستراليا معدلات أعلى لتناول القنب، حيث تناوله ٣٩ في المائة من السكان عموماً، وثلثاهم تقريباً في سنوات العشرين من الحياة و ٤٥ في المائة بين ١٤-١٩ عاماً<sup>(٧)</sup>. وفي الولايات المتحدة يبلغ معدل انتشار تجربة تناول القنب أثناء الحياة ٣٤,٢ في المائة من السكان عموماً و ٤٦ في المائة من الشباب من ١٨-٢٥ عاماً، وذلك في سنة ٢٠٠٠<sup>(٨)</sup>.

٣٧- والقنب هو أيضاً عقار التعاطي الأكثر شيوعاً في أوساط المراهقين، حيث تتباين تقديرات معدل انتشار تعاطيه أثناء الحياة من قبل طلاب المدارس الأوروبيين بين ١ و ٣٥ في المائة، مع ملاحظة تزايد استهلاكه في معظم البلدان<sup>(٩)</sup>. والرقم المقابل في الولايات المتحدة - ٤١ في المائة - يفوق مثيله في أي من الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي، وإن كان اتجاه التعاطي أثناء الحياة لدى المراهقين مستقراً أثناء التسعينات<sup>(٥)</sup>. وتشير بيانات الدراسة الاستقصائية التي أجريت عام ١٩٩٩ في مدارس أونتاريو، كندا، إلى أن ٣٤,٧ في المائة من طلاب المدارس استعملوا القنب في وقت ما، بينما بينت دراسة استقصائية وطنية أجريت عام ١٩٩٩ على طلاب المدارس في أستراليا مستويات استعمال مرتفعة مماثلة، حيث جرّب استعماله في وقت ما ثلث طلاب المدارس تقريباً (١٢-١٧ عاماً) ونصف الطلاب تقريباً (٤٧ في المائة) من سن ١٦-١٧ عاماً<sup>(٩)</sup>.

٣٨- وفيما يتعلق باتجاهات استعمال القنب، لوحظ استهلاك متزايد في شتى أنحاء أوروبا، إذ أشار ١٨ بلداً من مجموع ٢٢ بلداً ردوا على الاستبيان إلى زيادة في تعاطي القنب. كما أبلغ مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات

٣٥- وبالرغم مما تبينه الدلائل في أن القنب هو أكثر العقاقير غير المشروعة شيوعاً في معظم البلدان، فإن تقديرات مدى انتشار تعاطي القنب تقتصر في الغالب على البلدان المتقدمة. مع ذلك، فالمعلومات المتاحة من المناطق النامية تبين انتشار تعاطي القنب انتشاراً واسعاً، وربما كان متزايداً في العديد من البلدان. والقنب، وإن لم يكن يبدو مرتبطاً بمشاكل صحية حادة بنفس درجة ارتباط عقاقير أخرى كالهيروين والكوكايين والمنشطات الأمفيتامينية بتلك المشاكل، فإن نطاق تعاطيه الأوسع نسبياً يمثل تحدياً للعديد من البلدان. وذلك بالإضافة إلى ما يلاحظ في بعض البلدان النامية، التي ينتشر فيها استعمال القنب انتشاراً واسعاً، من قلق بشأن وجود عدد من المشاكل الحادة المتعلقة بالصحة العقلية والحالات النفسية الطارئة. وما زال فهم هذه المسألة محدوداً ويلزم تحقيق فهم أفضل لأثر استهلاك القنب على النظم الصحية في بلدان أفريقيا والكاريبي وغيرها. ويصح ذلك بصورة خاصة في أفريقيا، حيث يكون تعاطي القنب مسؤولاً عن نسبة كبيرة من حالات تلقي العلاج في أقسام الخدمات الصحية النفسية في العديد من البلدان<sup>(١٢)</sup> وتدل التقارير على تزايد تعاطي القنب<sup>(١٣)</sup>. وفي جميع البلدان الأفريقية الخمسة التي أبلغت عن اتجاهات القنب في استبيان التقارير السنوية، وهي جنوب أفريقيا وزامبيا وزمبابوي والكاميرون وناميبيا، لوحظ تزايد مستويات التعاطي. وما زالت البيانات الخاصة باستهلاك القنب في أفريقيا شحيحة، ولكن الدلائل التي جمعت أثناء تطوير نظامي المعلومات بشأن العقاقير في أفريقيا الجنوبية<sup>(١٣)</sup> والشرقية، إلى جانب البحث الاستقصائي المتخصص الذي أجري في أفريقيا الغربية، تبين أن القنب هو أكثر العقاقير غير المشروعة استعمالاً في تلك المنطقة. كما تبين البيانات الاستقصائية من بلدان مختارة في المنطقة أن تعاطي القنب يمثل المشكلة المهيمنة في أوساط الشباب من الذكور<sup>(١٤،١٥)</sup>. فعلى سبيل المثال، توصلت دراسة استقصائية أجريت في عام ١٩٩٨ على تعاطي المواد في أوساط الطلاب في سوازيلاند أن ٧,٥ في المائة من الطلاب الذكور تناولوا القنب في الشهر السابق، مقابل ١,٤ في المائة فقط من الطالبات<sup>(١٥)</sup>.

في اجتماع انعقد مؤخراً بشأن المشاكل المتصلة بالمخدرات في الكاريبي<sup>(١٩)</sup>.

٤٢ - ولوحظت زيادة في تعاطي القنب في ٥ بلدان فقط من الإثني عشر بلداً آسيوياً التي أُبلغت عن استعمال القنب (أذربيجان وسري لانكا وماليزيا وميانمار واليابان)، بينما أُبلغت أندونيسيا وأوزبكستان وبروني دار السلام عن استقرار مستويات التعاطي. وأُبلغت سنغافورة والفلبين وقيرغيزستان والهند عن انخفاض في تعاطي القنب.

### ثالثاً - حقن المخدرات وانتقال الفيروسات المحمولة في الدم

٤٣ - في نهاية عام ٢٠٠١، قُدر عدد الأشخاص المصابين بعدوى الإيدز وفيروسه بأربعين مليون شخص. وحقن المخدرات هو من بين العوامل الرئيسية المحركة لهذا الوباء، وذلك مع الزيادة السريعة في عدد مستعملي المخدرات بالحقن التي شهدتها بلدان عديدة في التسعينات. وهناك الآن أكثر من ١٣٥ بلداً متأثراً بحقن المخدرات، وقُدر بأن عدد مستعملي المخدرات بالحقن المصابين بعدوى فيروس الإيدز يمكن أن يبلغ ٣ ملايين شخص في العالم أجمع. وعلى الصعيد العالمي أيضاً، يتسبب حقن المخدرات في ٥ إلى ١٠ في المائة من إصابات العدوى بفيروس الإيدز، أما في بلدان أوروبا وآسيا فإن حقن المخدرات يتسبب في أكثر من ٥٠ في المائة من إصابات العدوى بفيروس الإيدز<sup>(٢٠)</sup>. ويعتبر حقن المخدرات أسلوباً هاماً في انتقال فيروس الإيدز، وخصوصاً في بعض بلدان أوروبا الشرقية، وفي بلدان جمهوريات الاتحاد السوفيتي السابق، وفي بلدان جنوب شرق آسيا والمحيط الهادئ وأمريكا اللاتينية وأوروبا الغربية وأمريكا الشمالية<sup>(٢١)</sup>.

٤٤ - ويبين الاتجاه العالمي للعدوى بفيروس الإيدز في أوساط مستعملي المخدرات بالحقن زيادة مطردة في العقد الأخير. وقد أُبلغ عن هذه العدوى في أوساط متعاطي المخدرات بالحقن في ٧٢ بلداً وإقليمياً عام ١٩٩٥ (E/CN.7/1997/3، الفقرة ١٩) وفي ٩٣ بلداً وإقليمياً عام ١٩٩٨ (E/CN.7/2000/4، الفقرة ٢٣). أما آخر الأرقام

والإدمان عليها عن اتجاه يميل نحو تزايد انتشار استعمال القنب أثناء التسعينات، وهذه الزيادة أعلى نسبياً في البلدان التي كان معدل انتشار التعاطي أثناء الحياة منخفضاً فيها في أوائل التسعينات<sup>(٢٢)</sup>. وأُبلغت كل من أستراليا ونيوزيلندا عن الزيادة في تعاطي القنب.

٣٩ - وهناك من فريق العمل المعني بوبائيات المجتمع ما يدل على استقرار معدل استعمال القنب في مناطق معينة من الولايات المتحدة، وذلك عقب الزيادة السريعة السابقة في استعماله بين عامي ١٩٩٠ و ١٩٩٨. وما زال الطلب على العلاج مرتفعاً بالرغم من استقرار معدل الاستعمال<sup>(٢٣)</sup>. وحافظ استعمال القنب من قِبل طلاب المدارس على مستوى مستقر منذ عام ١٩٩٩<sup>(٢٤)</sup>.

٤٠ - وفي العديد من بلدان القارة الأمريكية الأخرى أُبلغ عن ازدياد تعاطي القنب (الأرجنتين وبنما وبيرو وجزر البهاما وشيلي وكوستاريكا وكولومبيا والمكسيك). ويتطابق ذلك مع النتائج التي توصلت إليها لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات (السيكاد)، التي لاحظت زيادة في تعاطي المخدرات في المنطقة<sup>(٢٥)</sup>. وتشير بيانات الدراسة الاستقصائية الكندية في أونتاريو (٢٠٠٠) إلى زيادة في عدد مستعملي القنب من الشباب، حيث تناول العقار المخدر أكثر من ربع الأشخاص (٢٨،٢ في المائة) من سن ١٨-٢٩ عاماً في العام الماضي، وذلك مقابل ١٨،٣ في المائة في عام ١٩٩٦<sup>(٢٦)</sup>.

٤١ - واستعمال القنب شائع كذلك في منطقة الكاريبي، وتشير بيانات الدراسات الاستقصائية لمدارس المنطقة أن معدل تعاطي القنب أثناء الحياة في أوساط الطلاب يتباين من ٨ إلى ٢٦،٩ في المائة<sup>(٢٧)</sup>. وتوصلت دراسة استقصائية وطنية للمدارس في جامايكا إلى أن ٢٧ في المائة من الطلاب استعمل القنب في وقت ما، بينما استعمله ٨ في المائة منهم في الشهر الماضي. وتوصلت دراسة في بربادوس إلى أن ٧٥ في المائة من متعاطي المخدرات الذين جرت مقابلتهم ذكروا الماريجوانا باعتباره عقارهم المخدر المفضل الأول<sup>(٢٨)</sup>. وتتضح أيضاً المشاكل المرتبطة بتعاطي القنب في البلدان والأقاليم الواقعة عبر البحار، وذلك بالاستناد إلى ما أُبلغ به ممثلو عدد من البلدان

الرابطة الوحيدة بين تعاطي المخدرات وارتفاع معدلات العدوى بفيروس الإيدز. فهناك بعض الأدلة التي تشير إلى وجود علاقة بين بعض أنماط استهلاك المخدرات غير نمط الحقن والإصابة بعدوى هذا الفيروس. وأشار بصفة خاصة إلى أن استعمال الكوكايين المزمّن يمكن أن يؤدي إلى زيادة في الأنماط السلوكية الجنسية التي تتسبب في ارتفاع خطر الإصابة بفيروس الإيدز. وما زال فهم هذا المجال محدوداً ومن الصعوبة بمكان عزو العلاقات التفسيرية إلى التغيرات السلوكية. مع ذلك ما زال هذا المجال مهماً في توسيع الدراسة، لكي تتاح معالجة مسألة إصابة متعاطي المخدرات بفيروس الإيدز معالجة شاملة.

٤٧- وفيروس الإيدز ما هو بالفيروس الوحيد المحمول في الدم الذي يجري انتقاله عن طريق حقن المخدرات. فكل من فيروس التهاب الكبد (C) و (B) ينتشر بمعدل عالٍ في أوساط متعاطي المخدرات بالحقن، لأنهما ينتقلان بالمثل عن طريق الاتصال الدموي أثناء الاشتراك في استعمال أدوات الحقن الملوثة. وتقدّر منظمة الصحة العالمية عدد المصابين بفيروس التهاب الكبد (C) بنحو ١٧٠ مليون شخص، أي ٣ في المائة من مجموع سكان العالم. وتلاحظ أعلى مستويات تفشي فيروس التهاب الكبد (C) في مناطق من أفريقيا وشرقي البحر الأبيض المتوسط وجنوب شرق آسيا وغربي المحيط الهادئ<sup>(٣٥)</sup>. وفي أوروبا، حيث يكون حقن المخدرات مسؤولاً عن معظم الإصابات الجديدة بفيروس التهاب الكبد (C)، تُظهر البيانات المتاحة إصابة من ٤٠ إلى ٩٠ في المائة من متعاطي المخدرات بالحقن بفيروس التهاب الكبد، وهناك أكثر من ٣٥٠ مليون شخص من المصابين بعدوى مزمنة (طوال الحياة). وفي أفريقيا جنوبي الصحراء الكبرى وفي أغلب مناطق آسيا والمحيط الهادئ، تصاب غالبية السكان بفيروس التهاب الكبد (B) أثناء الطفولة و ٨ إلى ١٠ في المائة من السكان عامة يصابون بالعدوى المزمنة<sup>(٣٦)</sup>. وتشير البيانات عن انتشار فيروس التهاب الكبد (B) لدى متعاطي المخدرات بالحقن في أوروبا إلى فروق تتباين من ٢٠ إلى ٦٠ في المائة<sup>(٣٧)</sup>. وفي البلدان التي يوجد فيها عدد هام من متعاطي المخدرات بالحقن، يحتمل أن تبلغ التكاليف على المدى البعيد، والمرتبطة بمعالجة المشاكل الصحية الناجمة عن العدوى بفيروس التهاب الكبد (C)

المتاحة من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومنظمة الصحة العالمية، والمتعلقة بوباء الإيدز وفيروسه العالمي، فهي تبين أن ما مجموعه ١١٤ بلداً وإقليماً أبلغ في منتصف عام ١٩٩٩ عن إصابات بعدوى الإيدز في أوساط متعاطي المخدرات بالحقن، وتلك زيادة مذهلة في عدد البلدان المبلغة الذي لم يكن يتجاوز ٥٢ بلداً في عام ١٩٩٢<sup>(٣٨)</sup>.

٤٥- وما زالت بلدان الاتحاد السوفييتي السابق تعاني من أحد أسرع معدلات انتشار الإصابة بالإيدز وفيروسه ارتفاعاً على الصعيد العالمي. حيث قدّر بأن معدلات الإصابة بالعدوى تتضاعف سنوياً في العديد من الدول المستقلة حديثاً. ويتوقع أن يرتفع العدد الإجمالي لحالات الإصابة بالإيدز وفيروسه في الاتحاد الروسي إلى أكثر من ٥ ملايين حالة في عام ٢٠٠٥. ويرجح أن يكون حقن المخدرات عاملاً مهماً في هذه الزيادة<sup>(٣٩)</sup>. وفي آسيا أيضاً تفشى أوبئة فيروس الإيدز المتصلة بالمخدرات تفشياً سريعاً عن طريق الحقن مع انتشار هذا الأسلوب لتعاطي المخدرات. ففي نيبال على سبيل المثال، قدّر في أواخر التسعينات بأن نصف متعاطي المخدرات بالحقن على الأقل مصابون بفيروس الإيدز. وفي جاكرتا، وبين عامي ١٩٩٩ و ٢٠٠٠ ارتفع معدل انتشار فيروس الإيدز لدى متعاطي المخدرات بالحقن من ١٥ إلى ٤٠ في المائة<sup>(٤٠)</sup>. وأبلغت بضعة أقاليم في الصين أيضاً بأن معدل انتشار فيروس الإيدز محلياً لدى متعاطي المخدرات بالحقن بلغ أكثر من ٧٠ في المائة. وفي أوروبا الغربية توجد تباينات واسعة بين البلدان فيما يخص العدوى بفيروس الإيدز لدى متعاطي المخدرات بالحقن، وهي تتباين من ١ في المائة تقريباً في المملكة المتحدة إلى ٣٢ في المائة في اسبانيا. وبالرغم من استقرار العدد الإجمالي أو انخفاضه في أواخر التسعينات فيما يخص الإصابات الجديدة في الاتحاد الأوروبي، فقد أعرب مؤخراً عن القلق بشأن ازدياد معدلات الإصابة في أيرلندا والبرتغال وفنلندا ولكسمبرغ والنمسا وهولندا<sup>(٤١)</sup>.

٤٦- ومع أن العلاقة بين حقن المخدرات والعدوى بفيروس الإيدز أصبحت مفهومة جيداً، فإنها قد لا تكون

إطلاق شبكتين جديدتين لوبائيات المخدرات في أفريقيا الشرقية والكاربي.

٤٩ - إن إقامة الشراكات على الأصعدة الوطنية والإقليمية والعالمية هي من بين الأمور الحاسمة في سياق توحيد معايير البيانات ونشر الممارسات الجيدة. وقد عمل اليونديسب على نحو وثيق مع عدد من المنظمات الإقليمية كمركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها ومنظمة الدول الأمريكية من أجل ضمان اتباع نهج متكامل في جمع البيانات. وفي إطار هذه العملية عقد في فيينا من ٣ إلى ٥ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠١ اجتماع تقني حول وبائيات المخدرات. وكان الاجتماع متابعة للاجتماع الذي انعقد في لشبونة في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٠، حيث نوقشت فيه الاحتياجات التقنية لنظم معلومات المخدرات. وكانت تلك المسألة قد انبثقت عن اجتماع تقني انعقد مؤخراً في فيينا شمل مسائل تتعلق بضرورة تحقيق التقدم في التشارك في ممارسة جيدة بشأن تطوير المنهجيات، ومواصلة تنسيق النهج، وأهمية بيانات التحذير المبكر بشأن الاتجاهات الناشئة، وضرورة وضع مبادئ توجيهية أخلاقية ونهج جديدة لتقدير مدى الانتشار. وكان أحد الاستنتاجات الواضحة التي توصل إليها المشاركون أنه ما زال هناك الكثير من الجهود التي ينبغي بذلها، مع ذلك جرى تحقيق تقدم كبير في تحسين فهم أنماط واتجاهات تعاطي المخدرات. بالإضافة إلى ذلك، وبالمقارنة مع ما كان عليه الوضع منذ عدة سنوات، فلقد تحققت خطوات واسعة في التقدم نحو اعتماد نهج وإجراءات متماثلة. وهذا التحسن لم يتحقق لمجرد اعتماد حلول جرى تطبيقها في مواضع أخرى، وإنما جاء ثمرة لعملية تنموية أقرت بالحاجة إلى ترتيب نهج جمع البيانات لكي تتواءم مع الظروف الوطنية، مع تقدير ميزات اتباع تدابير منسقة وممارسة جيدة مثبتة.

معدلات مرتفعة جداً. وفي البلدان التي تكون معدلات الإصابة بفيروس الإيدز منخفضة لدى متعاطي المخدرات بالحقن، يرجح أن تكون العدوى بفيروس التهاب الكبد (C) السبب الرئيسي للمرضة والوفيات على المدى البعيد لدى تلك الفئة من الأشخاص.

#### رابعاً - جمع البيانات: قاعدة للمعلومات من أجل العمل

٤٨ - تضمن الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات (قرار الجمعية العامة د-٣/٢٠، المرفق) توصية رئيسية مفادها أنه ينبغي للدول أن تضطلع بعمليات منتظمة لتقدير وضع تعاطي المخدرات باتباع أساليب وإجراءات متماثلة. وتشهد المعلومات الواردة آنفاً على الجهود الكبرى التي بذلتها الدول الأعضاء من أجل فهم أنماط تعاطي المخدرات واتجاهاته، وتبين أيضاً التحديات التي ما زالت قائمة في هذا المجال. وقد عمل اليونديسب على مساعدة الدول الأعضاء لتحقيق صورة أفضل وأكثر شمولية عن وضع تعاطي المخدرات. ويتضمن الجزء الثاني المنقح من الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية مؤشرات أساسية وضعت عن طريق عملية لبناء التوافق في الآراء وهو يعكس ممارسة جيدة جرى الإقرار بها. ويؤمل أن تؤدي هذه الوسيلة المنقحة إلى تحسين مستويات تقديم التقارير. وبغية مواصلة دعم تقديم استبيان التقارير السنوية، يضطلع اليونديسب بإعداد مواد من شأنها مساعدة الدول الأعضاء في جمع البيانات المطلوبة والتشجيع على تعيين جهات محورية تقنية، تطبيقاً لقرار الجمعية العامة ٣/٤٤. وفي إطار تلك العملية، تولى البرنامج العالمي المعني بتقدير مدى ظاهرة تعاطي المخدرات مساعدة البلدان على وضع قدرة متطورة برصد تعاطي المخدرات والتشجيع على اعتماد ممارسات منهجية جيدة. كما يجري أيضاً إعداد كتيبات تقنية حول بناء شبكات المعلومات، وأساليب إجراء الدراسات الاستقصائية المدرسية، وأساليب تجديدية لتقدير مدى الانتشار. وفي عام ٢٠٠١ قدّم البرنامج العالمي المعني بتقدير مدى ظاهرة تعاطي المخدرات دعمه في

## خامساً - إصابة متعاطي المخدرات بفيروس نقص المناعة البشرية (فيروس الإيدز): مسألة أساسية لوضع استجابات محسنة لخفض الطلب

٥٠- كما ورد شرحه آنفاً، ثمة دليل قوي يشير إلى تزايد انتشار الإيدز وفيروسه المرتبط بتعاطي المخدرات في عدة مناطق من العالم. وبالتالي فقد صعد الوباء أنشطته البرنامجية في هذا المجال. واسترشدت أعماله بثلاث وثائق سياسية. أولاً، أن الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات يذكر أنه ينبغي للأنشطة أن تغطي جميع مجالات خفض الطلب، بدءاً من إعاقة الاستعمال الأولي للمخدرات وحتى تقليل عواقب تعاطي المخدرات السلبية الصحية والاجتماعية التي تؤثر على الأفراد والمجتمعات ككل. وقد أقرّ بأن الإيدز وفيروسه يشكلان أحد الأضرار الخطيرة المحتملة لتعاطي المخدرات. ثانياً، أن اللجنة الفرعية المعنية بمراقبة المخدرات، التابعة للجنة التنسيق الإدارية، أبدت في دورتها الثامنة، المنعقدة في فيينا يومي ٢٨ و ٢٩ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٠، مشروع ورقة موقف منظومة الأمم المتحدة بشأن الوقاية من انتقال فيروس الإيدز في أوساط متعاطي المخدرات (ACC/2000/17، الفقرة ٣ والمرفق الرابع)، التي دعت إلى وضع برنامج شامل لوقاية متعاطي المخدرات بالحقن ورعايتهم، يتضمن الإعلام والتثقيف بشأن الإيدز وفيروسه، واختبار فيروس الإيدز الطوعي والسري، وإسداء المشورة، ومجموعة من الخيارات العلاجية، بما فيها العلاج التعويضي عن طريق الفم، والحصول على الإبر والحاقن النظيفة، وخدمات البقاء على قيد الحياة العامة، والرعاية الصحية الأولية، إلى جانب خدمات الإحالة إلى الرعاية المتخصصة عند اللزوم. وثالثاً، أن إعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز يحدد أهدافاً للدول الأعضاء بشأن الوقاية من فيروس الإيدز والرعاية عموماً، وعلى وجه الخصوص رعاية الفئات ذات المعدلات المرتفعة أو المتزايدة من عدوى فيروس الإيدز، بمن فيهم متعاطو المخدرات بالحقن.

٥١- وتتنوع أنشطة الوباء في ميدان الإيدز وفيروسه. ومعظمها يتضمن إدراج عناصر الإيدز وفيروسه في برامج عمل خفض الطلب. وتشمل الأنشطة الأخرى دعم توفير العلاج وإعادة التأهيل وتيسير الوصول إليهما. وطبقاً لورقة موقف منظومة الأمم المتحدة (ACC/2000/17)، المرفق الرابع)، تدعم المنظمة إتاحة خدمات متنوعة لمتعاطي المخدرات بالحقن، والوقاية من انتشار فيروس الإيدز لدى متعاطي المخدرات بالحقن ومنهم إلى شركائهم الجنسيين من غير متعاطي العقاقير وإلى السكان عموماً. كما يقدم البرنامج أيضاً دعمه التقني في مجالات تطوير السياسات والتشريعات والتدريب وتحسين القدرات ووضع الاستراتيجيات، فضلاً عن تحديد أفضل الممارسات ونشرها.

٥٢- وما زال التمويل يشكل عائقاً رئيسياً للعمل في مجال الإيدز وفيروسه. وتوفر الميزانية وخطة العمل الموحدتان لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وفيروسه بعض الأموال الأساسية، بيد أن ذلك ما زال إلى حد بعيد غير كاف لوحده. وقد أدى الوضع التمويلي الضعيف إلى تضيق شديد في تغطية أنشطة الوباء في مناطق أوروبا الوسطى والشرقية والدول المستقلة حديثاً وشرق آسيا، حيث تكون مشكلة تعاطي المخدرات بالحقن على أشدها. والتحدي الرئيسي الآخر هو الحاجة إلى التثبيت من العلاقة بين فيروس الإيدز وتعاطي المخدرات في بعض أنحاء العالم التي لا يشيع فيها حقن المخدرات. كما يلزم الوباء أن يؤدي دوراً رئيسياً، عن طريق التعاون فيما بين الوكالات، في الحوار الجاري والأنشطة الموجهة نحو تحديد أفضل الممارسات في مجال الوقاية والرعاية الخاصتين بالإيدز وفيروسه المرتبطتين بتعاطي المخدرات.

٥٣- وكما في مجالات خفض الطلب الأخرى، فمن الأهمية بمكان أيضاً القيام بجمع البيانات الخاصة بحقن المخدرات والأنماط السلوكية المتسببة في ارتفاع خطر الإصابة بفيروس الإيدز. ولقد اشترك الوباء ومنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز وفيروسه في مناقشة سبل تحسين تقنيات التقدير في هذا المجال والتدابير

- (١٢) S. Darke, L. Topp and S. Kaye, "Findings from the Illicit Drug Reporting System", *Drug Trends Bulletin* (Sydney), December 2001.
- (١٣) D. Weatherburn, C. Jones, K. Freeman and T. Makkai, "The Australian heroin drought and its implications for drug policy", *Crime and Justice Bulletin* (Sydney), 2001.
- (١٤) L. Topp and others, *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, NDARC Monograph No. 47 (University of New South Wales, Sydney, 2001).
- (١٥) W. Hall and others, *How many dependent opioid users are there in Australia?*, NDARC Monograph No. 44 (University of New South Wales, Sydney, 2000).
- (١٦) 2001 "annual report on the state of the drugs problem in the European Union", standard epidemiological tables: <http://annualreport.emcdda.org>.
- (١٧) Organization of American States, Inter-American Drug Abuse Control Commission, *Evaluation of Progress in Drug Control: Hemispheric Report 1999-2000* (Washington, D.C., December 2000).
- (١٨) C. Delapenha and T. Gabor, "Nature, extent, and frequency of both licit and illicit drug use amongst the Cayman Islands population aged 15 years and older", Cayman Islands Drug and Alcohol Survey, George Town, 2000.
- (١٩) "First Stakeholders Meeting of the Drug Abuse Epidemiological and Surveillance System Project (DAESSP): meeting highlights", Trinidad, 23-25 July 2001.
- (٢٠) K-G. Douglas, *Patterns of Substance Use and Abuse among Post Primary Students in Jamaica: National Adolescent Students' Drug Survey 1997/1998* (Planning Institute of Jamaica, Kingston, 2000).
- (٢١) C. Sharp and others, *Drug Misuse Declared in 2000: Key Results from the British Crime Survey*, Home Office Research and Statistics Directorate Research Findings, No. 149 (Home Office, London, 2001).
- (٢٢) A. Plüddemann, *Information, Needs and Resources Analysis for the Republic of Namibia* (Medical Research Council, Cape Town, 2001).
- (٢٣) C. Parry, *SENDU: the SADC Epidemiology Network on Drug Use; Report on the Consultation Meeting, 9-12 October 2000, Pretoria, South Africa* (Medical Research Council, Cape Town, 2000).
- (٢٤) I. S. Obot, *Assessment of Drug Use among Secondary Students and Attitudes of Parents in Jos, Nigeria* (Lagos, 2001).
- (٢٥) D. A. Pritchard and others, *The Prevalence of Tobacco, Alcohol and Drug Consumption among Swaziland High School and Secondary Institution Students* (National Council on Smoking and Drug Dependence Swaziland, Manzini, 1998).
- الخاصة بتلك السلوكيات. وما زال هذا العمل جارياً عن طريق عدد من المبادرات المشتركة التي سيجري الإبلاغ بشأنها في عام ٢٠٠٢.
- الحواشي
- (١) الوثائق الرسمية للمجلس الاقتصادي والاجتماعي، ١٩٩٧، الملحق رقم ٨ (E/1997/28/Rev.1)، الجزء الأول، الفقرة ٨٠ (أ).
- (٢) R. Bless, U. Kemmesies and S. Diemel, *3rd Multi-City Study: Drug Use Trends in 42 European Cities in the 1990s* (Strasbourg, Council of Europe Publishing, 2000).
- (٣) B. Hibell and others, *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries* (Stockholm, Modin Tryck AB, 2000).
- (٤) "Epidemiologic trends in drug abuse; volume 1: proceedings of the community epidemiology work group, highlights and executive summary", National Institute on Drug Abuse, Bethesda, Maryland, June 2001.
- (٥) L. D. Johnston, P. M. O'Malley, and J. G. Bachman, *Monitoring the Future National Survey Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2000*, NIH Publication No. 01-4923 (National Institute on Drug Abuse, Bethesda, Maryland, 2001).
- (٦) E. M. Adlaf, and A. Ialomiteanu, *CAMH Monitor eReport: Addiction and Mental Health Indicators Among Ontario Adults, 1977-2000* (CAMH Research Doc. Series, No. 10) (Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 2001).
- (٧) Institut ha tien de l'enfance et l'Association pour la Pr vention de l'alcoolisme et autres accoutumances chimiques, "Connaissances, attitudes et comportements des l ves de la r gion metropolitaine vis-à-vis de la drogue", juin-novembre 2000.
- (٨) C. Parry and others, *SACENDU Research Brief*, vol. 4, No. 1 (2001).
- (٩) M. L. Adelekan, "Injection drug use and associated health consequences in Lagos, Nigeria: findings from WHO phase II injection drug use study", *2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Populations: Third Annual Meeting Report* (Durban, South Africa, 2000).
- (١٠) United States Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report, March 2000*, Publication 10605 (United States Department of State, 2000).
- (١١) D. Rouen and others, *Changes in Heroin Availability in Sydney Australia in Early 2001*, National Drug and Alcohol Research Centre, Technical Report No. 119 (University of New South Wales, Sydney, 2001).

- J. L. Strijdom and O-H. Angell, *Substance Abuse Among Youth in Namibia: Introductory Report on the Research Project and Report on Survey Study Findings* (University of Namibia, Windhoek, 1999). (٢٦)
- Australian Institute of Health and Welfare, *1998 National Drug Strategy Household Survey: First Results* (Canberra, 1999). (٢٧)
- Summary of Findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse: <http://www.samhsa.gov/oas/NHSDA/2kNHSDA/highlights.htm> (٢٨)
- E. M. Adlaf, A. Paglia and F. J. Ivis, *Drug Use among Ontario Students, 1977-1999: Findings from the OSDUS* (CAMH Research Doc. Series No. 5) (Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 2000). (٢٩)
- “Fact sheet: drug use and HIV/AIDS; United Nations special session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, New York”: [http://www.unaids.org/fact\\_sheets/ungass/html/FSdruguse\\_en.htm](http://www.unaids.org/fact_sheets/ungass/html/FSdruguse_en.htm) (٣٠)
- AIDS Epidemic Update: December 2001* (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, Geneva, 2001). (٣١)
- Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, June 2000* (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, 2000). (٣٢)
- AIDS Foundation East-West, “Press release”, Moscow, 27 November 2001. (٣٣)
- The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific: Monitoring the AIDS Pandemic* (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and United States Agency for International Development, Melbourne, 4 October 2001). (٣٤)
- World Health Organization, “Fact Sheet No. 164: Hepatitis C” (rev. October 2000): <http://www.who.int/inf-fs/en/fact164.html> (٣٥)
- World Health Organization, “Fact Sheet No. 204: Hepatitis B” (rev. October 2000): <http://www.who.int/inf-fs/en/fact204.html> (٣٦)

## المرفق

## الاتجاهات في تعاطي العقاقير والتقارير القطرية

الجدول ١

الاتجاهات في تعاطي الهيروين<sup>(أ)</sup>

الاتجاه	التبليغ في عام ٢٠٠٠، بحسب المناطق <sup>(ب)</sup> والبلدان/الأقاليم
زيادة في التعاطي	
مجموع عدد البلدان المبلغة: ٢٧	أفريقيا (٤): جنوب أفريقيا، زامبيا، الكاميرون، ناميبيا
النسبة المئوية المثوية إلى بلاغات ٢٠٠٠: ٦٠	القارة الأمريكية (٤): بنما، كندا، كولومبيا، المكسيك
	آسيا (٦): الأردن، أذربيجان، أوزبكستان، سري لانكا، فيرغيزستان، الهند
	أوروبا (١٢): استونيا، بولندا، بيلاروس، تركيا، الجمهورية التشيكية، رومانيا، السويد، فنلندا، لاتفيا، ليتوانيا، هنغاريا، اليونان
	أوقيانوسيا (١): أستراليا
استقرار مستوى التعاطي	
عدد البلدان المبلغة: ٩	أفريقيا (١): زيمبابوي
النسبة المئوية المثوية إلى بلاغات ٢٠٠٠: ٢٠	القارة الأمريكية (٢): شيلي، الولايات المتحدة الأمريكية
	آسيا (١): بروني دار السلام
	أوروبا (٥): إيرلندا، الدانمرك، سويسرا، ليشخنشتاين، هولندا
نقصان في التعاطي	
عدد البلدان المبلغة: ٩	أفريقيا (١): نيجيريا
النسبة المئوية المثوية إلى بلاغات ٢٠٠٠: ٢٠	آسيا (٦): إقليم هونغ كونغ الإداري الخاص التابع للصين، أندونيسيا، سنغافورة، ماليزيا، ميانمار، اليابان

(أ) عدد البلدان المبلغة: ٤٥

(ب) عدد البلدان المبلغة يأتي بين هلالين.

الجدول ٢  
الاتجاهات في تعاطي الميثامفيتامين<sup>(أ)</sup>

الاتجاه	التبليغ في عام ٢٠٠٠، بحسب المناطق <sup>(ب)</sup> والبلدان/الأقاليم
زيادة في التعاطي	عدد البلدان المبلغة: ١٧
النسبة المئوية المتوقعة إلى بلاغات ٢٠٠٠: ٨٥	أفريقيا (٢): جنوب أفريقيا، ناميبيا القارة الأمريكية (٥): الأرجنتين، بيرو، كندا، كولومبيا، المكسيك آسيا (٥): بروني دار السلام، سنغافورة، الفلبين، ماليزيا، اليابان أوروبا (٥): استونيا، إيرلندا، بيلاروس، سويسرا، فنلندا
استقرار مستوى التعاطي	عدد البلدان المبلغة: ١
النسبة المئوية المتوقعة إلى بلاغات ٢٠٠٠: ٥	أوروبا (١): البرتغال
نقصان في التعاطي	عدد البلدان المبلغة: ٢
النسبة المئوية المتوقعة إلى بلاغات ٢٠٠٠: ١٠	أوروبا (٢): الجمهورية التشيكية، هنغاريا
(أ) عدد البلدان المبلغة: ٢٠	
(ب) عدد البلدان المبلغة يأتي بين هلالين.	

الجدول ٣  
الاتجاهات في تعاطي الأمفيتامين<sup>(أ)</sup>

الاتجاه	التبليغ في عام ٢٠٠٠، بحسب المناطق <sup>(ب)</sup> والبلدان/الأقاليم
زيادة في التعاطي	عدد البلدان المبلغة: ١١
النسبة المئوية المتوقعة إلى بلاغات ٢٠٠٠: ٥٨	أفريقيا (٣): جنوب أفريقيا، زيمبابوي، نيجيريا القارة الأمريكية (٢): شيلي، كولومبيا آسيا (٢): إقليم هونغ كونغ الإداري الخاص التابع للصين، الهند أوروبا (٤): استونيا، بيلاروس، السويد، فنلندا
استقرار مستوى التعاطي	عدد البلدان المبلغة: ٦
النسبة المئوية المتوقعة إلى بلاغات ٢٠٠٠: ٣٢	أفريقيا (١): ناميبيا القارة الأمريكية (٣): الأرجنتين، السلفادور، كندا أوروبا (٢): سويسرا، ليختنشتاين
نقصان في التعاطي	عدد البلدان المبلغة: ٢
النسبة المئوية المتوقعة إلى بلاغات ٢٠٠٠: ١١	أوروبا (٢): الجمهورية التشيكية، هنغاريا
(أ) عدد البلدان المبلغة: ١٩	
(ب) عدد البلدان المبلغة يأتي بين هلالين.	

## الجدول ٤

الاتجاهات في تعاطي المنشطات الأمفيتامينية<sup>(١)</sup>

الاتجاه	التبليغ في عام ٢٠٠٠، بحسب المناطق <sup>(ب)</sup> والبلدان/الأقاليم
زيادة في التعاطي	
عدد البلدان المبلغة: ١٩	أفريقيا (٣): جنوب أفريقيا، الكاميرون، ناميبيا
النسبة المئوية المتوقعة إلى بلاغات ٢٠٠٠: ٦٦	القارة الأمريكية (٢): كندا، المكسيك
	آسيا (٤): إقليم ماكاو الإداري الخاص التابع للصين، إقليم هونغ كونغ الإداري الخاص التابع للصين، أندونيسيا، ميانمار
	أوروبا (٨): استونيا، أيسلندا، بولندا، بيلاروس، جمهورية مولدوفا، الدانمرك، فنلندا، ليتوانيا
	أوقيانوسيا (٢): استراليا، نيوزيلندا
استقرار مستوى التعاطي	
عدد البلدان المبلغة: ٨	القارة الأمريكية (٢): الأرجنتين، الولايات المتحدة الأمريكية
النسبة المئوية المتوقعة إلى بلاغات ٢٠٠٠: ٢٨	أوروبا (٦): اسبانيا، ألمانيا، الجمهورية التشيكية، لاتفيا، هولندا، اليونان
نقصان في التعاطي	
عدد البلدان المبلغة: ٢	آسيا (١): الفلبين
النسبة المئوية المتوقعة إلى بلاغات ٢٠٠٠: ٧	أوروبا (١): هنغاريا

(أ) عدد البلدان المبلغة: ٢٩

(ب) عدد البلدان المبلغة يأتي بين هلالين.

## الجدول ٥

الاتجاهات في تعاطي الكوكايين<sup>(١)</sup>

الاتجاه	التبليغ في عام ٢٠٠٠، بحسب المناطق <sup>(ب)</sup> والبلدان/الأقاليم
زيادة في التعاطي	
عدد البلدان المبلغة: ١٥	أفريقيا (٣): جنوب أفريقيا، ناميبيا، نيجيريا
النسبة المئوية المتوقعة إلى بلاغات ٢٠٠٠: ٦٠	القارة الأمريكية (٥): السلفادور، بيرو، شيلي، كولومبيا، المكسيك
	آسيا (٢): إقليم هونغ كونغ الإداري الخاص التابع للصين، الهند
	أوروبا (٥): اسبانيا، أيرلندا، البرتغال، بيلاروس، هنغاريا
استقرار مستوى التعاطي	
عدد البلدان المبلغة: ٧	أفريقيا (١): زيمبابوي
النسبة المئوية المتوقعة إلى بلاغات ٢٠٠٠: ٢٨	القارة الأمريكية (٣): الأرجنتين، بنما، كوستاريكا
	أوروبا (٣): الجمهورية التشيكية، سويسرا، ليختنشتاين
نقصان في التعاطي	
عدد البلدان المبلغة: ٣	القارة الأمريكية (١): جزر البهاما
النسبة المئوية المتوقعة إلى بلاغات ٢٠٠٠: ١٢	آسيا (٢): لبنان، اليابان

(أ) عدد البلدان المبلغة: ٢٥

(ب) عدد البلدان المبلغة يأتي بين هلالين.

الجدول ٦  
الاتجاهات في تعاطي القنب<sup>(١)</sup>

الاتجاه	التبليغ في عام ٢٠٠٠، بحسب المناطق <sup>(ب)</sup> والبلدان/الأقاليم
زيادة في التعاطي	
عدد البلدان المبلغة: ٣٨	أفريقيا (٥): جنوب أفريقيا، زامبيا، زيمبابوي، الكاميرون، ناميبيا
النسبة المئوية المثوية إلى بلاغات ٢٠٠٠ : ٧٥	القارة الأمريكية (٨): الأرجنتين، بنما، بيرو، جزر البهاما، شيلي، كوستاريكا، كولومبيا، المكسيك
	آسيا (٥): أذربيجان، سري لانكا، ماليزيا، ميانمار، اليابان
	أوروبا (١٨): استونيا، ألمانيا، إيرلندا، أيسلندا، البرتغال، بولندا، بيلاروس، تركيا، الجمهورية التشيكية، جمهورية مولدوفا، الدانمرك، رومانيا، سويسرا، فنلندا، لاتفيا، ليتوانيا، ليختنشتاين، هنغاريا
	أوقيانوسيا (٢): استراليا، نيوزيلندا
استقرار مستوى التعاطي	
عدد البلدان المبلغة: ٩	القارة الأمريكية (٢): السلفادور، الولايات المتحدة الأمريكية
النسبة المئوية المثوية إلى بلاغات ٢٠٠٠ : ١٧	آسيا (٣): أندونيسيا، أوزبكستان، بروني دار السلام
	أوروبا (٤): اسبانيا، السويد، هولندا، اليونان
نقصان في التعاطي	
عدد البلدان المبلغة: ٤	آسيا (٤): سنغافورة، الفلبين، فيرجينستان، الهند
النسبة المئوية المثوية إلى بلاغات ٢٠٠٠ : ٨	

(أ) عدد البلدان المبلغة: ٥١  
(ب) عدد البلدان المبلغة يأتي بين هلالين.