الأمم المتحدة

E/CN.7/2003/8/Add.1

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

Distr.: General
18 February 2003
Arabic
Original: English

لجنة المخدرات

الدورة السادسة والأربعون

فيينا، ٨-١٧ نيسان/أبريل ٢٠٠٣

البند ٤ من جدول الأعمال المؤقت*

خفض الطلب على المخدرات

تحقيق المستوى الأمثل لنظم جمع المعلومات وتحديد أفضل الممارسات لمواجهة الطلب على المخدرات غير المشروعة

تقرير المدير التنفيذي**

اضافة

المبادئ التوجيهية بشأن أفضل الممارسات لخفض الطلب على المخدرات

* E/CN.7/2003/1.

** لأسباب تقنية قُدم هذا التقرير بعد التاريخ الذي تقتضيه قاعدة الـ١٠ أسابيع.

070303 V.03-81232 (A)

المحتويات

	الفقرات	الصفحة
أولا- مقدمة	١-٤	٣
ثانيا- جمع البيانات	٥-١٦	٤
ألف- التدخلات	١٠-١١	٥
باء- مبادئ جمع البيانات	١٢	٨
جيم- ارشادات عملية بشأن جمع البيانات	١٣-١٦	٩
ثالثا- الوقاية	١٧-٣٢	١٠
ألف- التدخلات	١٩-٢٠	١١
باء- مبادئ الوقاية	٢١-٣٠	١٣
جيم- الارشادات العملية بشأن الوقاية	٣١-٣٢	١٦
رابعا- العلاج واعادة التأهيل	٣٣-٤٨	١٧
ألف- التدخلات	٣٧-٤٣	١٨
باء- مبادئ العلاج واعادة التأهيل	٤٤-٤٦	٢٢
جيم- الارشادات العملية بشأن المعالجة واعادة التأهيل	٤٧-٤٨	٢٣
خامسا- الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والايدز من حيث ارتباطهما بتعاطي المخدرات	٤٩-٦٩	٢٤
ألف- التدخلات	٥٣-٥٦	٢٥
باء- مبادئ الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والايدز بقدر ارتباطهما بتعاطي المخدرات	٥٧-٦٨	٢٦
جيم- التوجيه العملي بشأن الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والايدز من حيث ارتباطهما بتعاطي المخدرات	٦٩	٢٩

أولا- مقدمة

١- اعتمدت لجنة المخدرات، في دورتها الخامسة والأربعين، القرار ١٣/٤٥ المعنون "تحقيق المستوى الأمثل لنظم جمع المعلومات وتحديد أفضل الممارسات لمواجهة الطلب على المخدرات غير المشروعة"، الذي ناشدت فيه المدير التنفيذي لبرنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات (اليوندسيب) أن يلخص، في سلسلة ورقات تقدَّم إلى لجنة المخدرات في دورتها السادسة والأربعين، الحالة الراهنة لتنفيذ الأنشطة الرامية إلى خفض الطلب على المخدرات غير المشروعة في جميع أنحاء العالم، على أن تتضمن مبادئ توجيهية مرنة بشأن أفضل الممارسات، وتراعي جوانب الخصوصية الثقافية. وهذا التقرير مقدم عملا بذلك الطلب.

٢- بالاعتماد على البحوث الأساسية وتقارير التقييم والخبرة الميدانية يهدف عمل اليوندسيب بشأن أفضل الممارسات في خفض الطلب على المخدرات، إلى تقديم ثمار الفكر الحالي الواعد، من أجل وضع السياسات والبرامج والمنهجيات في مجالات جمع وتحليل البيانات؛ والوقاية؛ والعلاج وإعادة التأهيل؛ والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب من حيث ارتباطه بتعاطي المخدرات.

٣- ويتطلب تحديد أفضل الممارسات معالجة شتى المعارف المستمدة من مختلف المصادر للوصول إلى تفهم أفضل لما يشكل تدابير فعالة في خفض الطلب على المخدرات. وينبغي أن يُنظر إلى أفضل الممارسات على أنها توليفة من نتائج البحوث التقنية والعلمية ومن الدروس المستخلصة من البرامج والمشاريع السابقة، ومن فهم لتأثير العوامل الثقافية والاجتماعية. ومثل هذه الدروس يمكن أن تُستخلص من عمليات تقييم خارجي ورصد للمشاريع و/أو المعارف المستمدة من التعلّم بالعمل أثناء تنفيذ المشاريع. ومثل هذه "المعرفة الصامتة" تحتاج إلى توثيقها بطريقة منهجية لتسمح باجراء تقييم ذاتي وتقاسم للخبرات. بيد أن أفضل الممارسات بحاجة دائما إلى مواءمتها وتقييمها في اطار البيئة التي يراد تطبيقها فيها، ويجب أن تراعى الخصوصيات الثقافية والموارد المالية والبشرية المتاحة.

٤- ويلخص هذا التقرير بعض المبادئ الرئيسية لأفضل الممارسات التي حددها اليوندسيب في مجالات خفض الطلب ذات الصلة حسبما تنعكس في الاعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات (قرار الدورة الاستثنائية العشرين للجمعية العامة دإ-٣/٢٠، المرفق). وهناك مزيد من المعلومات المتاحة في عدد من المنشورات الصادرة عن البرنامج، وقد وفرت أيضا قائمة بالمراجع وبالمواقع على شبكة ويب.

ثانيا- جمع البيانات

٥- لئن كانت هناك بلدان يمكنها القول بتحقيق قدر من النجاح في مراقبة وخفض الطلب على المخدرات غير المشروعة، فإن تعاطي المخدرات عبر العالم مستمر في الانتشار. فبوجه خاص في بعض البلدان النامية يزداد تعاطي المخدرات بشكل مثير. بيد أن المعرفة بأبعاد تعاطي المخدرات لا تزال غير كافية ولا يزال الإلمام بالأنماط والاتجاهات محدودا.

٦- ولوضع وتنفيذ سياسات واستراتيجيات فعالة للحد من تعاطي المخدرات، تحتاج الحكومات إلى بيانات بشأن أسباب تعاطي الناس للمخدرات غير المشروعة ومتى وأين. فأنماط تعاطي المخدرات غير المشروعة تتجاوز الحدود الوطنية مع تمكّن المتعاطين في جميع مناطق العالم من الحصول على تشكيلة أكثر تنوعا من المخدرات، ومع انتشار الاتجاهات الاجتماعية، وخاصة بين الشباب بسرعة أكبر من ذي قبل كنتيجة لتحسن الاتصالات. وتعني عولمة تعاطي المخدرات ضرورة أن تكون سياسات واستراتيجيات خفض الطلب هي الأخرى عالمية وكذلك نظم المعلومات التي تعتمد عليها تلك السياسات والاستراتيجيات.

٧- وقد اعتمدت الجمعية العامة، في دورتها الاستثنائية العشرين، في ١٩٩٨، إعلانا سياسيا (القرار دإ-٢/٢٠، المرفق) التزمت فيه الدول الأعضاء بالقضاء على عرض المخدرات غير المشروعة والطلب عليها أو خفضهما بشكل هام بحلول عام ٢٠٠٨. بيد أن البيانات المنتظمة اللازمة لرصد وتقييم التقدم نحو تحقيق هذه الأهداف لم تتوافر بعد. ولذلك السبب طلبت الجمعية العامة من اليوندسيب، في قرارها ١٣٢/٥٤ المؤرخ ١٧ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٩، تزويد الدول الأعضاء بالمساعدة اللازمة لجمع البيانات من هذا القبيل وتحليلها، وتقديم تقرير بهذا الشأن إلى لجنة المخدرات.

٨- وتلبية لذلك الطلب، وخاصة فيما يتعلق بخفض الطلب على المخدرات – شُرع في البرنامج العالمي لتقدير مدى ظاهرة تعاطي المخدرات. وقد صمم ذلك البرنامج خاصة لما يلي:

(أ) تقديم الدعم للدول الأعضاء لإقامة النظم اللازمة لجمع بيانات موثوق بها بشأن استهلاك المخدرات وتعاطي المخدرات للاستنارة بها في وضع السياسات والتدابير؛

(ب) تشجيع الشراكات الاقليمية على تقاسم الخبرات والمستجدات التقنية في جمع المعلومات؛

(ج) تيسير الوصول إلى فهم أفضل للأنماط والاتجاهات العالمية لتعاطي المخدرات بتشجيع اعتماد أساليب سليمة لجمع بيانات قابلة للمقارنة.

٩- وهذه المقاصد تعكس التحدي المطروح في الاعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات، الذي أكدت فيه الجمعية العامة على أنه:

"ينبغي لبرامج خفض الطلب أن تستند إلى تقدير منتظم لطبيعة وحجم تناول المخدرات واساءة استعمال المخدرات والمشاكل ذات الصلة بالمخدرات لدى السكان .... وينبغي للدول أن تضطلع بعمليات التقدير على نحو شامل ومنهجي ودوري، مستندة في ذلك إلى نتائج الدراسات ذات الصلة، ومراعية الاعتبارات الجغرافية ومستخدمة تعاريف ومؤشرات واجراءات متماثلة لتقييم الوضع المتعلق بالمخدرات."

ألف- التدخلات

١٠- من العناصر المكملة للجهود الرامية إلى تحسين البيانات الدولية عن استهلاك المخدرات، تحقيق الاتساق بين طرائق وأنشطة جمع البيانات. وقد اتخذت خطوة مهمة أولى لتحقيق هذا الاتساق في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٠ بعقد اجتماع مشترك لممثلين للهيئات الدولية ولشبكات المعلومات الاقليمية عن المخدرات وغيرهم من الخبراء التقنيين ذوي الصلة. وقام باستضافة الاجتماع، الذي كان غرضه هو مناقشة المبادئ والهياكل والمؤشرات اللازمة لنظم معلومات فعالة للمخدرات، مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها، في لشبونة. وقام بدعمه اليوندسيب في اطار البرنامج العالمي لتقدير مدى ظاهرة تعاطي المخدرات. ولقيت ورقة المناقشة التي أعدها الاجتماع (E/CN.7/2000/CRP.3) تأييد الدول الأعضاء في الدورة الـ٤٣ للجنة المخدرات في آذار/مارس ٢٠٠٠.

١١- وفي اجتماع لشبونة، أولي اهتمام لإعداد مجموعة من المؤشرات الأساسية لانتشار الطلب على المخدرات يمكن للدول الأعضاء بالاستناد اليها إعداد التقارير عن الأوضاع فيها. و لم يكن القصد من تلك المؤشرات، التي اختيرت لأنها تعنى بالمجالات التي يعتبر فيها جمع البيانات الروتينية ممكنا، على الأقل بالنسبة لبعض البلدان، توفير أساس معلوماتي شامل بجميع مسائل السياسات، بالنظر إلى أن المجالات التي تتطلب بحوثا متخصصة ليست ملائمة لإدراجها في نظام معلومات آخذ في التطور. وكانت المؤشرات الأساسية التي حددت، والتي ينبغي الاسترشاد بها في صوغ التدخلات في مجال جمع البيانات، كما يلي:

(أ) استهلاك المخدرات بين عامة السكان. يتعلق هذا المؤشر بتقديرات شيوع وتأثير استهلاك المخدرات بين عامة السكان (أي أولئك البالغين من العمر ١٥ إلى ٦٤ سنة). فمعرفة مستوى استهلاك المخدرات بين أي مجموعة سكانية غالبا ما تكون، وينبغي

في الواقع أن تكون، نقطة البداية في مناقشات السياسات. ولذلك فإن توفير مقومات إعداد تقديرات لمدى شيوع وتأثير المخدرات بين السكان يعد مهمة رئيسية لمعظم نظم المعلومات عن المخدرات. وغالبا ما يركز الاهتمام على تقدير مدى الشيوع، ولكن من المرجح أن تكون مستويات التأثير (في الحالات الجديدة) على نفس القدر من الأهمية بالنسبة لتقديم الارشاد في وضع السياسات. وفيما يتعلق بتقدير مدى الشيوع والتأثير كليهما، ينبغي الاشارة إلى أن ذلك المجال لا يستجيب لأي نهج منهجي وحيد. وبينما توفر الدراسات الاستقصائية منهجا واحدا لاجراء التقديرات، توجد أيضا مناهج تقدير أخرى، مثل استقاء البيانات من نظم مراقبة القائمين بالخفر والحراسة، وتقنيات التقدير الاحصائي غير المباشر. وقد لا يكون إجراء استقصاءات وطنية لمدى الانتشار ممكنا حاليا في كثير من البلدان بسبب صعوبات منهجية أو عملية؛

(ب) استهلاك المخدرات بين الشباب. يشير هذا المؤشر إلى تقديرات مدى انتشار وتأثير استهلاك المخدرات بين الشباب (أولئك البالغين من العمر ١٥ إلى ٢٤ سنة). ونظرا لأن تعاطي المخدرات بين الشباب يمثل شاغلا هاما لواضعي السياسات ولأن المجموعات السنية للشباب تمثل وحدة اختبارية ملائمة، فإن تقديرات تعاطي المخدرات بينهم تمثل جانبا مهما من كثير من نظم المعلومات عن المخدرات. ويجري استخدام الاستقصاءات المدرسية على نطاق واسع لإعداد تقديرات في هذا المجال. بيد أنه بالنظر إلى أن أنماط الانتظام في المدارس تختلف بين البلدان وأن الاستقصاءات قد تستبعد قطاعات مهمة من الشباب، قد يكون من الضروري أيضا اتباع نهوج أخرى؛

(ج) تعاطي المخدرات المنطوي على مخاطر كبيرة. يشير ذلك إلى تقديرات عدد المتعاطين للمخدرات بالحقن والى نسبة من ينتهجون منهم سلوكيات عالية المخاطر والى تقديرات عدد المتعاطين يوميا والمتعاطين بانتظام أو المدمنين. فبعض سلوكيات متعاطي المخدرات ترتبط ارتباطا كبيرا بمشاكل حادة وتستحق بوصفها هذا اهتماما خاصا. وأكثر البيانات المجموعة شيوعا في هذا المجال هي أعداد المتعاطي بالحقن والمدمنين أو المتعاطين بدرجة عالية من التواتر. والأمر بحاجة إلى منهجيات خاصة للحصول على المعلومات عن سلوكيات مثل التعاطي بالحقن بالنظر إلى أن طبيعتها المستترة وعدم انتشارها بدرجة كبيرة، عادة ما يعنيان أن تقديرات السكان عامة لا تغطيها بشكل كاف. وفيما يتعلق بالتعاطي بالحقن وانتقال العدوى بأشكال مختلفة، من الضروري أيضا جمع معلومات عن معدلات سلوكيات التعاطي بالحقن العالية المخاطر (مثل التشارك في الأدوات)؛

(د) تقديم الخدمات لحل مشاكل المخدرات. يشير هذا المؤشر إلى عدد الأفراد الذين يلتمسون المساعدة في مشاكل المخدرات. وكثيرا ما تستخدم سجلات العلاج من المخدرات كمؤشر غير مباشر للطلب على العلاج. ولهذه المعلومات فائدتها في دراسة مدى تقديم الخدمات وكمؤشر للاتجاهات فيما يتعلق بالانتشار وبأنماط استهلاك المخدرات العالية المخاطر. بيد أن سجلات العلاج من المخدرات هذه قد لا تكون ملائمة حيثما تكون مرافق الخدمات الصحية والاجتماعية العامة هي الجهات الرئيسية التي تقدم المساعدة. وينبغي أن يكون حاضرا في الأذهان أن نطاق وبنية وطبيعة الخدمات التي تقدم لمن يعانون من مشاكل المخدرات تختلف اختلافا كبيرا فيما بين البلدان. ومن ثم فإن وضوح التعاريف يتسم بأهمية خاصة في إعداد التقارير عن تقديم الخدمات، شأنه شأن فهم المسائل المنهجية والتحليلية الوثيقة الصلة باستخلاص النتائج من أعداد من يتلقون خدمات لعلاج مشاكل المخدرات بين مجموع السكان عامة؛

(هـ) الحالات المرضية المتصلة بالمخدرات. يشير ذلك إلى حالات المرض التي تعزى مباشرة أو بشكل نسبي إلى تعاطي المخدرات، وفي هذا السياق، يشير أساسا إلى معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وفيروس الالتهاب الكبدي باء وفيروس الالتهاب الكبدي جيم بين متعاطي المخدرات. وللتكاليف الصحية أهمية بارزة في تقديم الارشاد لوضع السياسات بشأن تعاطي المخدرات غير المشروعة. وتشمل القياسات الشائعة مدى الإصابة بأمراض ترتبط بالمخدرات مثل فيروس نقص المناعة البشرية وفيروس الالتهاب الكبدي باء وفيروس الالتهاب الكبدي جيم وعوامل المخاطر السلوكية بين متعاطي المخدرات بالحقن. وهناك بالفعل في هذا المجال مشاكل تتعلق بالمفاهيم وتتطلب مزيدا من العمل التوضيحي، وبوجه خاص في تقدير اسهام تعاطي المخدرات في حالات المرض التي توجد فيها أسباب اضافية أخرى تعزى اليها وفي حساب نسبة الحالات التي تعزى إلى تعاطي المخدرات وحده عندما يكون هناك عدد من الأسباب الممكنة للمرض؛

(و) الوفيات المرتبطة بالمخدرات. يشير هذا المؤشر إلى البيانات عن الوفيات التي تعزى مباشرة إلى تعاطي المخدرات. وبينما يمكن أن تكون هذه البيانات مفيدة ومهمة، عادة ما لا تكون هناك بيانات موثوق بها متاحة على نطاق واسع في هذا المجال. وهناك معايير تشخيصية للتمييز بين الحالات المرضية النفسية العقلية التي تعزى إلى تعاطي المخدرات والحالات المرضية النفسية الأخرى. غير أن هذا المستوى من التفصيل كثيرا ما لا يكون متوافرا. وهناك أيضا نقاش واسع بشأن إمكان أن تتسبب بعض مواد المخدرات غير المشروعة في مشاكل نفسية ودور الأحوال النفسية السائدة أصلا في نشأة مشاكل

المخدرات. وبغض النظر عن طبيعة العلاقة بين تعاطي المخدرات ومشاكل الصحة العقلية، تظل تلك الحالات المرضية شاغلا رئيسيا، إذ كثيرا ما تلاحظ مستويات عالية من تعاطي المخدرات بين من يعانون من مشاكل صحية عقلية. وهذا المجال غير مفهوم جيدا حاليا ويتطلب مزيدا من البحث؛

(ز) شبكات الموارد البشرية والبنى التنظيمية. ليس تحديد أساليب جيدة بكاف وحده لتحسين قدرات جمع المعلومات. فمن اللازم أيضا اقامة شبكات بشرية وبنى تنظيمية ملائمة لتوفير البنية الأساسية اللازمة لدعم جمع البيانات وتحسين القدرة على تحليل وتفسير المعلومات عن تعاطي المخدرات.

باء- مبادئ جمع البيانات

١٢- اضافة إلى توافق الآراء بشأن المؤشرات الأساسية عن استهلاك المخدرات، هناك قدر من الاتفاق بين الخبراء على المبادئ العريضة التي ينبغي أن ترتكز عليها أنشطة جمع البيانات، وهي:

(أ) ينبغي أن تكون البيانات في أوانها ووثيقة الصلة باحتياجات صانعي السياسات ومقدمي الخدمات؛

(ب) بينما تعد الجهود الرامية إلى تحسين نوعية البيانات وقابليتها للمقارنة على المستوى الدولي غير كافية بذاتها للتوصل إلى فهم شامل لأنماط استهلاك المخدرات، ينبغي أن تركز هذه الجهود على عدد محدود من المؤشرات وعلى مجموعة يسهل استخدامها من البيانات الأساسية ذات الأولوية؛

(ج) يجب إخضاع المؤشرات البسيطة لتعاطي المخدرات لتحليل مناسب قبل إمكان استخلاص نتائج استراتيجية منها. ويمكن أن يتحسن التحليل والتفسير بدرجة كبيرة باقترانهما ببحوث نوعية وكمية وبمعلومات أوسع نطاقا عن سياق استهلاك المخدرات؛

(د) تعد النهوج المتعددة الأساليب والمتعددة المصادر ذات فائدة خاصة في جمع وتحليل البيانات عن استهلاك المخدرات وآثاره؛

(هـ) ينبغي جمع البيانات وفقا لأسس منهجية سليمة لضمان موثوقيتها وصحتها؛

(و) ينبغي أن تكون الأساليب قابلة للمواءمة وأن تراعي الثقافات المختلفة والسياقات التي يراد استخدامها فيها؛

(ز) ينبغي أن تكون أساليب جمع البيانات وتحليلها والابلاغ عنها متساوقة وقابلة للمقارنة قدر الامكان من أجل تيسير إجراء مناقشات ذات دلالة للتغيرات والتماثلات والاختلافات في ظاهرة استهلاك المخدرات؛

(ح) ينبغي أن تذكر مصادر المعلومات بشكل واضح وأن يكون بالامكان مراجعتها؛

(ط) ينبغي أن يتم جمع البيانات والابلاغ عنها طبقا للمعايير المعترف بها لأخلاقيات البحث؛

(ي) ينبغي أن يكون جمع البيانات ذات جدوى ومتسما بفعالية التكلفة بالنظر إلى السياق الوطني الذي يتم فيه.

جيم- ارشادات عملية بشأن جمع البيانات

١٣- لتعزيز القدرة التقنية على المستوى الوطني، يقوم البرنامج العالمي لتقدير مدى ظاهرة تعاطي المخدرات بإعداد مرجع منهجي يعرف بـ"دليل البرنامج العالمي لتقدير مدى ظاهرة تعاطي المخدرات" *(GAP Toolkit)*. ويتألف هذا الدليل من مجموعة موجزة من نمائط مترابطة يتناول كل منها جانبا أساسيا من أنشطة جمع البيانات. وقد أعد الدليل بحيث يعكس المؤشرات الأساسية التي اتفق عليها في اجتماع لشبونة (انظر الفقرة ١٠) والتي تنعكس على محتوى الاستبيان المنقح الخاص بالتقارير السنوية، الجزء الثاني، والغرض منه هو تزويد الممارسين بمبادئ توجيهية عملية يسهل الاطلاع عليها بشأن أنشطة جمع البيانات. ويجري العمل حتى الآن في انتاج النمائط التالية من الدليل لدعم الجوانب المختلفة لجمع البيانات:

(أ) إعداد نظام معلومات متكامل بشأن المخدرات؛

(ب) مرجع لتنفيذ الاستقصاءات المدرسية بشأن تعاطي المخدرات؛

(ج) تقدير مدى الانتشار: أساليب غير مباشرة لتقدير حجم مشكلة المخدرات؛

(د) معالجة البيانات وتفسيرها دعما لاستبيان التقارير السنوية؛

(هـ) تحليل البيانات الأساسية للانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات؛

(و) إجراء بحوث نوعية ودراسات تقدير تركز على جوانب معينة؛

(ز) الجوانب الأخلاقية والمبادئ التي تراعى في معالجة تفشي المخدرات.

١٤- وتوجد حاليا، في شكل الكتروني، النمائط الثلاثة الأولى، وهي: "إعداد نظام متكامل للمعلومات بشأن المخدرات"؛ و "مرجع لتنفيذ الاستقصاءات المدرسية بشأن تعاطي المخدرات" و "تقدير مدى الانتشار: أساليب غير مباشرة لتقدير حجم مشكلة المخدرات"، وذلك على موقع الشبكة: www.unodc.org/odccp/drug_demand_gap_m-toolkit.html. وستتاح النسخ النهائية المطبوعة من هذه الوثائق بحلول منتصف ٢٠٠٣. أما النمائط الأخرى فهي قيد الإعداد وسيجري اختبارها وينتظر توفيرها في أواخر ٢٠٠٣ أو في ٢٠٠٤. ويجري تصميم نمائط أخرى بشأن إعداد التقارير عن العلاج ورصد استخدام المخدرات بالحقن والعوامل المرتبطة به والمتعلقة بمرض فيروس نقص المناعة البشرية، وسيبدأ العمل في انتاجها رهنا بتوافر التمويل.

١٥- ويمكن الاطلاع على ورقة المناقشة التي أعدها اجتماع لشبونة (انظر الفقرة ١٠) على موقع الـGAP على الشبكة وهو www.unodc.org/pdf/drug_demand_gap_lisbon_consensus.pdf.

١٦- وقد بحثت مبادئ جمع البيانات عن استهلاك المخدرات، التي حددت في اجتماع لشبونة، وذلك في حلقة العمل العالمية بشأن نظم المعلومات عن المخدرات: الأنشطة والأساليب وفرص المستقبل، التي عقدت في فيينا من ٣ إلى ٥ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٠. وهيأ اجتماع الخبراء التقنيين الذين يمثلون نظم المعلومات الوطنية والاقليمية عن المخدرات والهيئات الدولية المعنية، منبرا لمتابعة التطورات الهامة الجديدة في اتجاهات استهلاك المخدرات؛ ولاستعراض الأساليب المختلفة التي تستخدمها الشبكات الاقليمية لمعالجة مشكلة المخدرات، وتحديد الفرص المهيأة للتطور المنهجي؛ ولمناقشة التعاون المستقبلي وممارسات العمل المحسنة. ويوجد تقرير حلقة العمل هذه على موقع الشبكة www.unodc.org/pdf/gap_global-workshop-report.pdf.

ثالثا- الوقاية

١٧- يعد تعاطي المخدرات في مجموعه، وخاصة بين الشباب، عاليا في كثير من البلدان، وتعد الاتجاهات والأنماط المبلغ عنها غير ايجابية. بيد أنه حيثما جرت تدخلات وقائية مدعومة ومطردة، أخذت تظهر تدريجيا نتائج مشجعة. وتعد علامات الاستقرار بل والانخفاض في أنماط التعاطي التي أبلغت عنها الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا الغربية اشارة واضحة إلى أن استراتيجيات الوقاية الشاملة يمكن جدا أن تؤتي ثمارها. غير أن من الضروري استثمار موارد كافية في استراتيجيات وبرامج الوقاية، والانتظار بعض الوقت حتى

تصبح النتائج واضحة، واتباع المبادئ والنهوج المعترف بصحتها في تصميم مثل هذه الاستراتيجيات والبرامج وتنفيذها.

١٨- ولم يثبت أن نهجا بعينه أو استراتيجية بعينها يتسم بالفعالية على نحو متسق في الحد من تعاطي المخدرات بين الشباب. فتقييم برامج الوقاية المختلفة لا يسمح بتحديد دواء شامل يمكن اتباعه في جميع البلدان وجميع السياقات. فهناك العديد من العوامل المؤثرة في تعاطي المخدرات ومن الصعب فصل أحدها عن غيره. ومن ثم فإن من الضروري استخدام طائفة من التدخلات الرامية إلى تعزيز عوامل الحماية المعروفة وإيهان عوامل الخطر المعروفة، حيث تكون شتى التدخلات جزءا من استراتيجية أو برنامج أشمل وتكمل بعضها بعضا. ويكون هناك، فضلا عن ذلك، توافق في الرأي بين الخبراء والممارسين والشباب أنفسهم بشأن أنواع التدخلات والمبادئ التي يقتضي الأمر دراستها عند تصميم برامج الوقاية.

ألف- التدخلات

١٩- تشير الدروس المستفادة، والخبرة المكتسبة من عقود عدة من أنشطة الوقاية من تعاطي المخدرات، إلى أن ثمة ثلاثة عناصر عامة ينبغي أن تتضمنها برامج الوقاية:

(أ) تناول القيم والتصورات والتوقعات والمعتقدات التي يربطها المجتمع بالمخدرات وبتعاطي المخدرات؛

(ب) تنمية المهارات الشخصية والاجتماعية، وخاصة بين الأطفال والشباب، لتعزيز قدرتهم على التوصل إلى اختيارات مستنيرة وصحية؛

(ج) خلق بيئة تتوافر فيها للناس امكانية اكتساب وانتهاج أساليب حياة صحية.

٢٠- وعملياً، تتضمن معظم برامج الوقاية بشكل معتاد نوعين أو أكثر من أنواع التدخلات التالية:

(أ) توفير معلومات عن مواد الإدمان وعن تعاطيها. وقد لوحظ أن مجرد توفير معلومات عن مواد الادمان وسوء استخدامها لا يغير من سلوك تعاطي هذه المواد. ومع ذلك فإن من الضروري وجود معلومات دقيقة من أجل تحديد اختيارات صحية، وينبغي أن تستند جميع البرامج إلى أدلة علمية والى عرض متوازن وغير فعال فيه لآثار مواد الادمان وتعاطيها؛

(ب) تعليم مهارات الحياة. كان توفير التعليم في مجال مهارات الحياة موضوع تقييم واسع النطاق أوضح أنه من أكثر أنواع التدخل فعالية. وتشير "مهارات الحياة" إلى القدرات على انتهاج سلوك تواؤمي وايجابي يمكّن الأفراد من التعامل بشكل ناجع مع

متطلبات الحياة اليومية وتحدياتها. وتشمل هذه الوعي بالذات والمشاركة الوجدانية ومهارات الاتصال، ومهارات التعامل مع الناس، ومهارات اتخاذ القرارات، ومهارات حل المشاكل، والتفكير الإبداعي والتفكير النقدي واستيعاب الانفعالات وتحمل الإجهاد. ومثل هذه الكفاءات الشخصية والاجتماعية، مقترنة بالمعلومات الملائمة عن مواد الادمان وتعاطيها، تتيح للشباب التوصل إلى اختيارات صحية وتمكنهم من شرح هذه الاختيارات وتعزيزها بين أقرانهم؛

(ج) البدائل عن تعاطي المخدرات. تشمل البدائل عن تعاطي المخدرات أنشطة مثل الرياضة والرقص والمسرح والترقّي الروحي والثقافي، وترمي هذه الأنشطة إلى تزويد الشباب بطرق ممتعة وصحية ومثيرة لمشاعر التحدي لاستخدام وقت فراغهم. وهذا النهج لم يجر تقييمه إلا بقدر محدود. بيد أن ثمة مؤشرات على أن هذه الأنشطة البديلة، إذا ما استكملت بتعليم مناسب للوقاية من تعاطي المخدرات (يمكن أن يشمل المعلومات والتعليم من أجل اكتساب مهارات الحياة)، يمكن أن يكون لها تأثير ايجابي على السلوكيات المنطوية على مخاطر، بما فيها تعاطي مواد الادمان؛

(د) التنمية الأسرية. هناك اشارات إلى أن التدخلات الوقائية التي تزود الآباء وأولياء الأمور بمعلومات دقيقة عن استخدام المخدرات، وبفرص لإكتساب مهارات التعامل الأبدي والاتصال ومعالجة الصراعات، يمكن أن تحدّ من تعاطي المخدرات بين الأطفال؛

(هـ) الحملات الاعلامية. تشير البحوث إلى أن الحملات الاعلامية، سواء نظمتها وسائط الإعلام العامة أو المحلية، لا تغير سلوك تعاطي مواد الادمان. بيد أن مثل هذه الحملات يمكن أن تزيد الوعي والمعرفة بهذا السلوك. ورغم أن زيادة الوعي والمعرفة نادرا ما تعني تغيرا فعليا في السلوك، فإنها يمكن مع ذلك أن تفيد في تكملة وتعزيز رسالة وتدابير الأنواع الأخرى من التدخلات. ولذلك يمكن أن يكون لهذه الحملات فائدتها عندما تشكل جزءا من برامج وقائية شاملة؛

(و) توفير بيئة داعمة. هناك مؤشرات على أن المعاناة من الإهمال والعنف ومن افتقار إلى التعليم المناسب أو العمل أو الخدمات الصحية والاجتماعية هي كلها عوامل تنطوي على خطر الإقدام على استخدام للمخدرات قد يؤدي بدوره إلى سوء الاستخدام. لذلك فإنه لئن كانت مثل هذه التدخلات لم تقيّم تقييما دقيقا، فإن تقديم النصح والدعم لحل مشكلة الإهمال والعنف في الأسرة والمجتمع، وتنمية المهارات المهنية وتوفير الارشاد المهني وتوفير الدعم للخدمات الصحية والاجتماعية لهم لتمكينهم من الاستجابة لاحتياجات

زبائنهم، هي جميعا تدخلات يمكن أن تسهم في الوقاية من تعاطي المخدرات عندما تكون جزءا من برنامج شامل.

باء- مبادئ الوقاية

٢١- اضافة إلى أنواع التدخلات المبينة أعلاه، ينبغي أيضا تحديد بعض المبادئ الأساسية بشأن كيفية تنفيذ نهوج الوقاية. وترد أدناه مناقشة وجيزة لتلك المبادئ مع تقديم بعض الايضاحات بشأن كيفية تطبيقها في إجراء التدخلات المختلفة السالف ذكرها.

١- البدء في سن مبكرة والدعم في مختلف مراحل النمو

٢٢- لقد أثبتت البحوث أنه كلما كان سن الاستخدام الأول للمخدرات غير المشروعة صغيرا، زادت حدة مشكلة المخدرات فيما بعد. ولذلك فإن تأخير الشروع في تعاطي المخدرات يمكن أن يكون مفيدا حتى وإن كان الإبعاد كليةً عن تعاطي المخدرات صعب التحقيق. وفضلا عن ذلك، فإن سن التجربة الأولى مع المخدرات آخذ في الانخفاض في كثير من مناطق العالم، وهو ما يعني أن الوقاية من تعاطي المخدرات ينبغي أن تبدأ في أبكر وقت ممكن. بيد أن ادراك الطفل أو الشاب للمخدرات يتغير بدرجة كبيرة بمرور الزمن. وهكذا لا يكفي مجرد البدء مبكرا بمبادرات الوقاية. فالوقاية من تعاطي المخدرات عملية مستمرة تحتاج إلى تدعيمها في المراحل المختلفة من نمو الأطفال والمراهقين، وخاصة في أوقات الانتقال الحاسمة في الحياة. ولهاتين النقطتين كلتيهما آثار هامة في حالة التربية الوقائية المدرسية من تعاطي المخدرات. فمثل هذه التربية — التي تشمل تقديم المعلومات وتوفير الفرص لاكتساب المهارات الشخصية والاجتماعية — ينبغي أن تبدأ في المدرسة الابتدائية وأن تُدعم باستمرار طوال المرحلة القانونية.

٢- ترويج أساليب الحياة الصحية

٢٣- لا ينبغي أن تركز الوقاية على مخدر واحد فقط، وإنما يجب أن تتناول تعاطي مواد الادمان عامة، بما في ذلك التبغ والكحول ومواد الاستنشاق. فالواقع أن من الصواب أن يُنظر إلى الوقاية في اطار المفهوم الأوسع لتحسين الحالة الصحية، حيث تتناول جميع الممارسات التي تضر الصحة البدنية والعقلية. فالمهارات الشخصية والاجتماعية اللازمة، مثلا، لتجنب تعاطي مواد الادمان تماثل تلك المهارات اللازمة لتجنب الأنواع الأخرى من السلوك المنطوي على مخاطر، مثل العلاقات الجنسية غير المأمونة. ويمكن لبرنامج شامل أن

يتضمن تنمية مثل هذه المهارات، بأمثلة تتناول مجموعة متنوعة من السلوكيات الخطرة. وقد يعني ذلك أيضا أن التدابير الرامية إلى تحسين الرفاه العام للشباب وللمجتمع، والتي تشمل توفير فرص مناسبة للتعليم وللعمل وتوفير الخدمات الصحية والاجتماعية بشكل يسير، يمكن أن تسهم في الوقاية من تعاطي المخدرات.

٣- إشراك المستفيدين، وخاصة الشباب

٢٤- هناك أدلة متزايدة على أن فعالية التدخلات الوقائية من تعاطي المخدرات تتعزز بإشراك المستفيدين في تخطيطها وتنفيذها، وكذلك، بشكل متزايد، في رصدها وتقييمها. ونظراً لأن معظم مبادرات الوقاية تستهدف الشباب، فهذا يعني إشراك الشباب بوجه خاص. ويكمن أحد الأمثلة على كيفية عمل هذه المبادئ في الممارسة في حالة تعليم النظراء. فمبدأ تعليم النظراء هو أن من الأرجح أن تصل الرسالة لأنها تبدو أكثر مصداقية حينما تأتي من شخص يشترك في بعض السمات مع الجمهور المستهدف. ويصدق ذلك بوجه خاص في حالة الشباب الذين يرون في نظرائهم مرجعية هامة جدا. وقد اتضح أن الوقاية من تعاطي المخدرات، التي تشرك الشباب في توجيه أنشطة التعليم وتنفيذها، تؤتي نتائج طيبة.

٢٥- وكما هو الحال في جميع التدخلات، يعد التخطيط الواعي ذا أهمية أساسية. فمن المهم ضمان اختيار المعلمين النظراء بعناية بالاستناد إلى الهدف من التدخل والى مهاراتهم الاتصالية، وأن يلقوا تدريبا ودعما مناسبين. ويعد تعليم النظراء فعالا أيضا في أماكن العمل وفي البيئات الأخرى التي يكون من المهم فيها بناء مشاعر الائتمان والثقة من أجل نقل ناجع لرسائل الوقاية.

٢٦- وبشكل أعم، من المهم جدا، في حالة حملات توفير المعلومات وزيادة الوعي (باستخدام وسائل الإعلام العامة أو المحلية)، اختبار المواد مع الشباب للتحقق من ملاءمتها من حيث مضمون الرسالة ووسيلة بث المعلومات. وقد تبين أيضا أن توفير أنشطة بديلة يُفيد أيضا من إشراك الشباب منذ المراحل المبكرة للتخطيط، حيث أنهم أكثر إلماما بما يمكن أن يجتذب اهتمام أقرانهم.

٤- إشراك الأطراف المعنية

٢٧- تظهر البحوث أن إشراك مختلف الأطراف المعنية في تخطيط وتنفيذ تدخلات وقائية يعزز الفرص لفعالية هذه التدخلات لأنه يتيح لها الاعتماد على الموارد المجتمعية وبالتالي يجعل دعمها أكثر يسرا ولأنه يقلل من فرص تضارب الرسائل الجاري ترويجها. وكذلك يكون

الحال فيما يتعلق بوضع برامج تعليمية وقائية من المخدرات في المدارس. فأي برنامج شامل يحتاج دائما إلى أن يتضمن سياسة بشأن تعاطي المخدرات المشروعة وغير المشروعة على السواء في المدارس. ومثل هذه السياسة تعد على أفضل وجه عن طريق مجهود تعاوني يشارك فيه المعلمون وأولياء الأمور والطلاب. ولا تستدعي الحاجة اشراك كافة الأطراف المعنية بنفس الدرجة وفي نفس الوقت. غير أنه ينبغي وضع آليات تكفل على الأقل بقاء كافة الأطراف المعنية مطلعة على التدخلات ومعالجة ما قد يكون لديها من شواغل.

٥- النهوج الموجَّهة

٢٨- ليس جميع الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات أو المعرضين لخطر تعاطيها متماثلين أو متساويين من حيث مدى تأثرهم. ولذلك ينبغي أن تكون الاستراتيجيات مصممة بعناية لتلائم فئات مستهدفة محددة بوضوح. وينبغي أن تكون البرامج معنية بالعمر والجنس وملائمة لمراحل النمو وحساسة للجوانب الثقافية. وهذا يعني، بالاضافة إلى ذلك، أنه ينبغي أن يتسم العاملون في أنشطة الوقاية بما يكفي من المرونة لكي يصلوا إلى الناس حيثما كانوا ويدخلوا معهم في حوار بنّاء بشأن اختياراتهم وخياراتهم فيما يتعلق بتعاطي المخدرات. وقد يعني ذلك نقل الوقاية من تعاطي المخدرات إلى شوارع المجتمعات المحلية والى أي مكان آخر تقتضيه الضرورة لإيصال الرسائل الوقائية الفعالة.

٦- مواصلة دعم البرامج في الأجل الطويل

٢٩- عادة ما تتغير سلوكيات تعاطي مواد الادمان بصورة بطيئة. وتوحي الدراسات المعنية برصد مواقف الشباب حيال المخدرات وادراك المخاطر والضرر المتصل بمخدرات معينة وأنماط تعاطي معينة أن حدوث تغير في ادراك المخاطر والضرر المتصل بمخدر معين قد يحتاج إلى نحو ثلاث سنوات لكي يترجم إلى زيادة أو نقصان في تعاطي ذلك المخدر. ولذلك فان البرامج الوقائية بحاجة إلى مواصلة دعمها على مدى فترة زمنية طويلة لكي تكون فعالة.

٣٠- ومع أن التدخلات والمبادئ المبينة أعلاه تذهب بالفعل إلى مدى بعيد في اعطاء مؤشر عن كيفية وضع وتنفيذ برامج وقائية فعالة، فان الحاجة لا تزال تدعو لاجراء المزيد من البحوث لتحديد المخاطر والعوامل الوقائية بدقة أكبر ولتقرير كيفية معالجتها.

جيم- الإرشادات العملية بشأن الوقاية

٣١- يقوم برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات (اليوندسيب) حاليا، باسهامات بالغة الأهمية من جانب كثير من جماعات الشباب والمنظمات المجتمعية والمنظمات الدولية، باعداد سلسلة من الكتيبات والأدلة العملية التي تتضمن أمثلة عن الكيفية التي يمكن بها وضع المبادئ المبينة أعلاه قيد الممارسة في تنظيم مختلف أنواع التدخلات الوقائية. وقد نشر بالفعل بعض من هذه الكتيبات والأدلة، بينما لا تزال كتيبات أخرى قيد الاعداد (وهي جميعا من منشورات اليوندسيب ما لم يذكر خلاف ذلك):

(أ) دليل تشاركي لبرامج منع تعاطي الشباب للمخدرات: مرشد إلى التطور والتحسن، عام ٢٠٠٢ (وهو متوفر بجميع اللغات الرسمية للأمم المتحدة)؛

(ب) الأداء الفني: استخدام الأداء الفني للوقاية من تعاطي مواد الادمان، عام ٢٠٠١ (وهو متوفر بجميع اللغات الرسمية للأمم المتحدة)؛

(ج) شركاء على قدم المساواة: تنظيم ملتقيات من أجل الشباب وبهمة الشباب، عام ٢٠٠١ (وهو متوفر بجميع اللغات الرسمية للأمم المتحدة)؛

(د) الرياضة: استخدام الرياضة لأغراض الوقاية من تعاطي المخدرات، عام ٢٠٠٢ (وهو متوفر بجميع اللغات الرسمية للأمم المتحدة)؛

(هـ) حلقة عمل تدريبية بشأن تقييم الاحتياجات وتخطيط البرامج: كتيب للمشاركين ومبادئ توجيهية للميسرين، عام ٢٠٠٢ (تتوفر النسخة السابقة للنشر باللغة الانكليزية)؛

(و) الوقاية الأولية من تعاطي مواد الادمان: دليل للميسرين وكتيب عملي لمشغلي المشاريع، منظمة الصحة العالمية، عام ٢٠٠٠؛

(ز) الدروس المستخلصة في مجال الوقاية من تعاطي المخدرات: استعراض عالمي، عام ٢٠٠٢؛

(ح) مشاكل المخدرات والكحول في أماكن العمل: التحول نحو الوقاية، منظمة العمل الدولية بالاشتراك مع اليوندسيب، عام ٢٠٠٣؛

(ط) "الممارسات الجيدة بشأن التقييم والتخطيط للوقاية من تعاطي مواد الادمان"، (قيد الاعداد)؛

(ي) "الممارسات الجيدة بشأن استخدام أنشطة بديلة للوقاية من تعاطي مواد الادمان" (قيد الاعداد).

٣٢- وتتوفر المنشورات التي صدرت بالفعل أيضا على الموقع الشبكي لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وعنوانه (www.unodc.org/youthnet/youthnet_action.html و www.unodc.org/pdf/demand_ reduction_lessons_learned.pdf).

رابعا- العلاج وإعادة التأهيل

٣٣- يمكن اعتبار الارتهان للمخدرات على أنه اضطراب مزمن وارتدادي قد ترتبط به مشاكل خطيرة كتفكك الأسرة والافتقار إلى مهارات العمل والسلوك الاجرامي والأمراض النفسية. ويمكن، بل ينبغي أن نتوقع للعلاج من تعاطي المخدرات أن يؤدي إلى تحسين صحة المرضى والتخفيف من مشاكلهم الاجتماعية، وهو ما يمكن تحقيقه على نحو يتسم بفعالية التكلفة من خلال تنظيم وتوفير الرعاية الصحية بشكل صحيح. غير أن معظم الذين يخضعون للعلاج أناس حاولوا التعافي بأنفسهم من قبل ولكن لم يحالفهم النجاح ومعظم الذين يتعافون بعد العلاج انما يتسنى لهم ذلك بعد أكثر من مرحلة علاجية واحدة.

٣٤- وتدل نتائج البحوث بوضوح على أن أفضل الخدمات العلاجية المتوافرة بالنسبة لمن يعانون من أشكال شديدة من الارتهان للمخدرات، تتميز بتواصل العلاج، مثلما هو الحال في علاج الأمراض المزمنة الأخرى؛ والقدرة على معالجة المشاكل المتعددة التي تعتبر عوامل مفضية إلى الانتكاس (أي الأعراض الصحية والنفسية وانعدام الاستقرار الاجتماعي)؛ والاندماج بشكل جيد في المجتمع بما يتيح سبيلا للوصول بيسر إلى العلاج والحيلولة دون الانتكاس.

٣٥- وعلى مدى ثلاثة عقود، أثبتت البحوث مرارا وتكرارا أن العلاج فعال في خفض تعاطي المخدرات والارتهان لها وأن هذا الخفض يقترن به أيضا خفض مهم في معدلات الجريمة والمشاكل المتعلقة بالصحة والتكاليف.

٣٦- وتوفر الفقرات الواردة أدناه ملخصا موضوعيا عن فعالية العلاج العصري لتعاطي المخدرات وعناصره المؤثرة الرئيسية (انظر أيضا المنشور المعنون: العلاج العصري لتعاطي المخدرات: استعراض للأساس الدلالي، اليوندسيب، ٢٠٠٢).

ألف- التدخلات

١- المرحلة العلاجية الخاصة بازالة السمية والاستقرار

٣٧- هذه المرحلة من العلاج موجهة إلى من يعانون من أعراض الانقطاع بعد فترة طويلة من تعاطي المخدرات ويمكن تعريف ازالة السمية بأنها من عمليات العناية الطبية والعلاج بالمستحضرات الصيدلية وهي تهدف إلى مساعدة المرضى على إنجاز الانقطاع عن التعاطي والعودة فسيولوجيا إلى المستويات المعتادة لأداء وظائفهم بحد أدنى من الاعتلال البدني والعاطفي.

٣٨- وتوحي الدلائل بأن ازالة السمية من تعاطي الهيروين وشبائه الأفيون الأخرى يمكن أن تتيسر باستخدام جرعات متناقصة من شبائه الأفيون ومخدرين اثنين من غير شبائه الأفيون، هما الكلونيدين واللوفيكسيدين. ولا تقدم طريقة ازالة سمية شبائه الأفيون بسرعة أو بسرعة فائقة، باستخدام عقاقير مثل النالوكسون أو النالتريكسون، أي ميزات جوهرية على الأساليب المعمول بها كما انها ليست أكثر نجاحا في اجتذاب المرضى المنقطعين عن التعاطي إلى العلاج أو استبقائهم فيه خلال فترة الوقاية من الانتكاس. وعلاوة على ذلك فان إزالة سمية شبائه الأفيون بسرعة فائقة تقترن ببعض المخاطر الطبية.

٣٩- ويدور كثير من النقاش بشأن فعالية علاج ازالة السمية الداخلي (في المستشفيات أو الوحدات العلاجية) أو علاجها الخارجي (في أُطر مجتمعية). وعموما فان العلاج الداخلي لازالة السمية يعتبر مناسبا على وجه الخصوص للمرضى الذين يعانون من مشاكل صحية ونفسية حادة وأولئك المرتهنين للكحول. غير أن المرضى الذين يعانون من مشاكل وتعقيدات صحية أقل حدة ويتمتعون بحياة منزلية مستقرة وداعمة ربما يكونون قادرين فعلا على اتمام عملية ازالة السمية في مجتمعهم المحلي.

٢- إعادة التأهيل – مرحلة العلاج الوقائي من الانتكاس

٤٠- هذه المرحلة من العلاج مناسبة للمرضى الذين لم يعودوا يعانون من آثار فسيولوجية أو عاطفية حادة ناجمة عن تعاطيهم لمواد الادمان من وقت قريب. ومن بين أهدافها الرئيسية منع العودة إلى تعاطي مواد الادمان والمساعدة على اكتساب القدرة على كبح جماح الرغبة في المخدرات و(العودة إلى) إحراز تحسن في الصحة الشخصية والأداء الاجتماعي.

٤١- وتشمل الاستراتيجيات المستخدمة خلال هذه المرحلة عناصر شتى كاستعمال الأدوية لعلاج الاضطرابات النفسية وللتخفيف من حدة اشتهاء المخدرات؛ ومستحضرات

العلاج الصيدلية البديلة لاجتذاب المرضى وإعادة تأهيلهم؛ وتقديم المشورة الطبية الجماعية والفردية وترتيب جلسات علاجية لتوجيه ودعم التغيرات السلوكية وحث جماعات العون من النظراء على توفير الدعم المتواصل للانقطاع عن التعاطي.

العوامل المتصلة بالمرضى والعلاج

٤٢- تبين أن هناك عددا من العوامل المتصلة بالمرضى وبالعلاج تؤثر على نتائج العلاج. وتشمل العوامل المتصلة بالمرضى مدى شدة تعاطي مواد الادمان والأعراض النفسية والبواعث والعمل والأسرة والدعم الاجتماعي. وتشمل العوامل المتصلة بالعلاج، بدورها:

(أ) إطار العلاج – بالنسبة لمعظم النظم العلاجية، يوصى بتقييم حالة المرضى الذين لديهم ما يكفي من الموارد الشخصية والاجتماعية – ولا يعانون من أي تعقيدات صحية خطيرة لأغراض شمولهم بالعلاج النهاري الخارجي في العيادات. ونظرا للحاجة الماسة عادة إلى الرعاية الايوائية، فانه يبدو من المنطقي اعطاء الأولوية في هذا الأسلوب الاطار العلاجي للمرضى الذين يعانون من مشاكل حادة ومزمنة ومن عوامل إجهاد اجتماعية و/أو بيئات يحتمل أن تعوق انتظامهم في العلاج والاستشفاء؛

(ب) اكمال العلاج ومواصلته – تشير الدلائل المتوفرة إلى أن المرضى الذين يكملون العلاج يحققون بعد خروجهم من دور العلاج نتائج أفضل بكثير من أولئك الذين يغادرونها قبل الأوان. ويصح ذلك أيضا على المرضى الذين يمكثون فترة زمنية أطول مما هو محدد كفترة زمنية دنيا للعلاج، كقضاء ثلاثة أشهر مثلا على الأقل في البرامج الايوائية و٢٨ يوما في إطار البرامج الايوائية الأقصر مدة، وسنة واحدة في العلاج بالميثادون في العيادات الخارجية. غير أن الوقت الذي يقضيه المريض في العلاج ليس هو العامل المباشر لتحقيق نتائج طيبة لأن مدى أو مستوى التقدم العلاجي المتحقق قد برز على أنه مؤشر على النتائج أقوى من مجرد طول فترة البقاء قيد العلاج؛

(ج) العلاج بالمستحضرات الصيدلية – استحدثت عدة أشكال رئيسية من علاج الارتهان لشبائه الأفيون بالمستحضرات العلاجية الصيدلية وجرى تقييمها على نطاق واسع لما لها من دور في مرحلة إعادة التأهيل ومنع الارتكاس. أما بالنسبة للعلاج بالمضادات (أي الميثادون والليفولفاسيتيل ميثادول (LAAM) والبوبرينورفين)، فقد جرى تقييم الميثادون بتعمق كبير في العديد من البلدان. وأفادت دراسات عديدة عن حدوث حالات انخفاض مستمر في تعاطي الهيروين والسلوكيات المؤدية إلى خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة

البشرية وجرائم المخدرات والممتلكات فيما بين المرضى الذين خضعوا للعلاج بالميثادون. ومن النتائج الجلية أن لجرعة الميثادون علاقة طردية باستبقاء المريض قيد العلاج وعلاقة عكسية بتعاطي الهيروين. ويعتبر الـ (LAAM) شكلا أطول تأثيرا من أشكال الميثادون وله القدرة على القضاء على أعراض الانقطاع لما يتراوح بين ٤٨ و٧٢ ساعة ويتيح قصر إعطاء الدواء على ثلاث مرات في الأسبوع. أما البوبرينورفين فهو من شبائه الأفيون المركبة التي لها مزيج من الخواص التعويضية والمضادة وقد اتضح من البحوث أنه عنصر فعال وعلى درجة أفضل من الأمان في حالة تجاوز جرعاته بالقياس إلى الميثادون وسواه. أما فيما يخص التطبيب بالمضادات (أي النالتريكسون) فان البيانات البحثية تدعم استخدام هذا النوع من مضادات شبائه الأفيون كجزء من برامج الوقاية من الانتكاس لأنه مفيد بصفة خاصة للمرضى الحريصين على تناول دوائهم يوميا وعند استخدامه بالتزامن مع مختلف أنواع العلاج النفسي الاجتماعي. ولدى مقارنة هذا العلاج بالعلاج بالميثادون، نجد أن المرضى الذين يوصف لهم الدواء الثاني يستبقون قيد العلاج لفترة أطول بكثير. غير أنه لا توجد اختلافات في مستويات تعاطي الهيروين خلال أي من العلاجين. وعلى الرغم من البحوث المستفيضة والمحاولات العديدة لتطوير مضادات لعلاج الارتهان للكوكايين، ظلت النتائج حتى الآن مخيبة للآمال. ولا يوجد حاليا دليل مقنع على فعالية أي من العناصر المختلفة الكابحة للكوكايين حتى بالنسبة لأقلية يمكن الاعتداد بها من المرضى المتأثرين به؛

(د) اسداء المشورة الطبية – يمكن لتيسير الحصول على المشورة الطبية المنتظمة فيما يتعلق بتعاطي مواد الادمان أن يقدم مساهمة مهمة في مشاركة المرضى ونتائج العلاج. فقد أظهرت الدراسات، مثلا، أن المرضى الخاضعين للعلاج بالميثادون ممن يحضرون أيضا جلسات المشورة الطبية يتسنى لهم خفض تعاطي المخدرات بدرجة أعلى. وتشمل الأنواع المختلفة من اسداء المشورة الطبية ومعالجة الأنماط السلوكية:

'١' المشورة المقدمة عموما في العيادات الخارجية فيما يتعلق بالاقلاع عن المخدرات، وتعني المشورة الموجهة نحو الانقطاع عن التعاطي، الذي يقترن به انخفاض تعاطي المخدرات ومدى التورط في الجرائم إلى جانب تحسن صحة المريض ورفاهيته. غير أن الدراسات المقارنة للفعالية النسبية للعلاج النفسي واسداء المشورة الطبية بوجه عام لم تتوصل إلى نتائج قاطعة؛

'٢' المقابلات الحافزة، وتشير إلى التدخلات العلاجية القصيرة الهادفة إلى تيسير الالتزام الشخصي للمرضى بالتغيير. وتشير الدراسات إلى أن المرضى الذين يتلقون هذا التوجيه الحافز يبلّغون عن خفض تعاطيهم للمخدرات غير المشروعة ويبقون قيد

العلاج لفترة أطول ويعودون إلى تعاطي المخدرات بسرعة أقل من المرضى في الفئات الخاضعة للمراقبة؛

'٣' النهوج الإدراكية والسلوكية، التي تشمل التدريب على المهارات الاجتماعية والتخاطبية والتدريب على معالجة الضغوط والانفعالات والاصرار على الحق. وقد حظي هذا النهج، من بين سائر التدخلات النفسية، بالتقييم أكثر من سواه وحقق نتائج مشجعة مع متعاطي الكوكايين، على سبيل المثال، من حيث اكمال العلاج وطول فترات الانقطاع المستمر عن التعاطي؛

'٤' الدعم المجتمعي ومواجهة الطوارئ، ويشير إلى المعالجة السلوكية التي تجمع بين الحوافز المجتمعية والمشورة الطبية في حالة الطوارئ، وقد أظهر نتائج مشجعة في علاج متعاطي الكوكايين حيث حقق نتائج أفضل من النهوج المعتادة للمشورة الطبية من حيث استبقاء المرضى قيد العلاج وانقطاعهم عن التعاطي وأدائهم الشخصي؛

'٥' تأثير الطبيب المعالج ومقدّم المشورة، ويسلط الضوء على أن التدخل العلاجي إلى جانب تعزيز عدد الجلسات الاستشارية ونوعيتها يترك أثرا ايجابيا مباشرا على استبقاء المرضى قيد العلاج. وفضلا عن ذلك فان الدراسات تشير إلى أن مقدمي المشورة الذين يتمتعون بمهارات تخاطبية شخصية قوية يرون زبائنهم يترددون عليهم بشكل أكثر تواترا ويحيلون زبائنهم إلى مرافق الخدمات المساعدة بحسب الحاجة ويعملون عموما على إنشاء "تحالف علاجي" مع مرضاهم لتحقيق نتائج أفضل؛

'٦' المشاركة في مجموعات العون الذاتي، حيث أظهرت بعض الدراسات أن المشاركة في مجموعات العون الذاتي بعد العلاج تبشّر بنتائج أفضل بين مجموعات الأفراد المرتهنين للكوكايين أو الكحول.

٣- المرحلة العلاجية الخاصة بإعادة الاندماج في المجتمع

٤٣- يتمثل الهدف النهائي للعلاج وإعادة التأهيل في إعادة اندماج متعاطي المخدرات السابقين في المجتمع. ويتطلب نجاح هذه العملية جهودا حثيثة تشمل دعما أسريا ومجتمعيا وتوجيها مهنيا ومساعدة في أماكن العمل وإعادة إلى مظلة التأمين الصحي والخدمات التعليمية النظامية وغير النظامية بغية تخليصهم من وصمة تعاطي المخدرات.

باء- مبادئ العلاج وإعادة التأهيل

٤٤- يشتمل العلاج المستند إلى "أفضل الممارسات" على آليات لتأمين تحقيق الأهداف النهائية المرجوة من عملية العلاج، وهي النجاح في إعادة تأهيل متعاطي المخدرات وإعادة دمجهم في المجتمع. وفي معظم الحالات تكون الأهداف المحددة للعلاج هي:

(أ) تحقيق الانقطاع عن التعاطي أو الحد منه ومن آثار مواد الادمان؛

(ب) تحسين صحة المتعاطي عموما وتقليل الآثار الصحية لتعاطي المخدرات، ولا سيما الإصابة بالايدز وفيروس نقص المناعة البشرية؛

(ج) تحسين الأداء النفسي لمتعاطي المخدرات؛

(د) تحسين الحياة الأسرية لمتعاطي المخدرات وأدائه الاجتماعي؛

(هـ) تنمية القدرات التعليمية و/أو المهنية لمتعاطي المخدرات؛

(و) تحسين أداء المتعاطي لعمله وتدبيره لأموره المالية؛

(ز) الحد من السلوك الاجرامي المتصل بالمخدرات.

٤٥- ووفقا لما بدأ يظهر من أدلة علمية على أن العلاج يؤتى ثماره، يعنى اليوندسيب بدعم استحداث خدمات لعلاج متعاطي المخدرات وإعادة تأهيلهم تستند إلى المبادئ الرئيسية التالية:

(أ) أن تكون متوائمة مع الظروف المحلية والتقاليد الثقافية؛

(ب) أن تكون مدمجة في نظام منوّع ومنسق ركيزته المجتمع؛

(ج) أن تكون مصممة بحيث تصل إلى مختلف الفئات السكانية من متعاطي المخدرات، ولا سيما النساء والشباب وأولئك المعنيين بنظام العدالة الجنائية، وبحيث تفي باحتياجاتهم؛

(د) أن توفر خدمات يمكن بيسر الحصول عليها؛

(هـ) أن توفر طائفة واسعة من المكونات كالمشورة الطبية والعلاج السلوكي والأدوية (مع الأخذ في الاعتبار أن ازالة السمية ما هي إلا المرحلة التمهيدية الأولى من علاج متواصل وأن من غير المرجح أن تفضي إلى الانقطاع عن التعاطي لأجل طويل)؛

(و) أن توفر رعاية طويلة الأجل، لأن العلاج من تعاطي المخدرات غالبا ما يشمل مراحل متعددة؛

(ز) أن تهتم باحتياجات الفرد طوال عملية التعافي وألا يقتصر اهتمامها على الجانب المتعلق بتعاطيه أو تعاطيها للمخدرات؛

(ح) أن تكون مندمجة ومرتبطة بالخدمات الأخرى ذات الصلة (المتعلقة بالصحة والوقاية من الايدز وفيروس نقص المناعة البشرية والرعاية، ولا سيما، التعليم والاسكان والتدريب المهني والدعم الاجتماعي وغير ذلك)؛

(ط) أن تستخدم موظفين من ذوي الكفاءات المناسبة.

٤٦- وتحتاج خدمات العلاج وإعادة التأهيل أيضا إلى التصدي لحالات الإصابة بالايدز وفيروس نقص المناعة البشرية بقدر اتصالهما بتعاطي المخدرات، وخصوصا عن طريق الحقن وأن تعمل كذلك على تيسير الوصول إلى الخدمات الصحية والاجتماعية المناسبة بما في ذلك الخدمات التي لا يكون فيها الانقطاع عن تعاطي المخدرات هو بالضرورة الهدف الرئيسي، كخدمات الوقاية من الايدز وفيروس نقص المناعة البشرية. ولذلك فان مواصلة تقديم الرعاية الطبية من خلال خدمات يعزز بعضها البعض أمر يحتاج إلى المتابعة. فالخدمات الخاصة بالوقاية من الايدز و فيروس نقص المناعة البشرية يمكن، على سبيل المثال، أن تعمل، عن طريق الحوافز والاحالات، كـ "بوابة دخول" إلى العلاج من تعاطي المخدرات. ويمكن لخدمات العلاج لإعادة التأهيل بدورها أن تلعب دورا مهما في الوقاية من انتقال عدوى الايدز وفيروس نقص المناعة البشرية، عن طريق تقاسم المعارف والمهارات ذات الصلة بهما.

جيم- الارشادات العملية بشأن المعالجة وإعادة التأهيل

٤٧- مراعاة للأولوية التي أولاها الاعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدرات لتطوير ممارسة تستند إلى الأدلة وللتعلم من التجارب، يلتزم اليوندسيب بتوفير الارشاد والمساعدة للدول الأعضاء فيما يتعلق بتقييم خدمات وبرامج علاج متعاطي المخدرات.

٤٨- وتحقيقا لهذه الغاية، وبالتعاون مع منظمة الصحة العالمية ومركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والادمان عليها، نشر اليوندسيب مبادئ توجيهية وكتيبات عملية تركز على مختلف مكونات عملية تقييم العلاج. وقام، بالاضافة إلى ذلك، باعداد كتيب موجه لمقدمي المشورة في مجال المخدرات في أفريقيا، وذلك استجابة للاحتياجات المحلية.

ويتوفر المزيد من المعلومات عن هذه المواد المتصلة بالعلاج على العنوان الشبكي:
www.unodc.org/odccp/drug_demand_treatment_and_rehabilitation.html

خامسا- الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والايدز من حيث ارتباطهما بتعاطي المخدرات

٤٩- يستند هذا القسم إلى خبرات مختلف هيئات الأمم المتحدة في عملها على الوقاية من تعاطي المخدرات والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وعلاجها، وكذلك إلى المبادئ السياساتية ذات الصلة التي تسترشد بها أعمال الأمم المتحدة. وهو يستند أيضا إلى النتائج البحثية في التوصية باتباع أفضل الممارسات المستندة إلى الأدلة وفي توفير التوجيه العام وبيان بعض المبادئ البرنامجية المتعلقة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والايدز من حيث ارتباطهما بتعاطي المخدرات.

٥٠- ويعتبر تقاسم إبر الحقن الملوثة أو استعمالها من الوسائل الفعالة لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية. وبما أن متعاطي المخدرات عن طريق الحقن غالبا ما يكونون على اتصال وثيق وعادة ما يتقاسمون معدات الحقن فان الإصابة بهذا الفيروس يمكن أن تنتشر بسرعة بين أفراد هذه المجموعة. ويعتبر تعاطي المخدرات عن طريق الحقن الوسيلة أو الطريقة الرئيسية لانتقال الفيروس في العديد من بلدان آسيا وأفريقيا وأمريكا اللاتينية وأمريكا الشمالية وأوروبا.

٥١- وقد توصّل العديد من الدراسات أن تعاطي المخدرات بالحقن يحتمل أن يكون مسؤولا، بصورة غير متناسبة، عن المرض في صناعة الجنس وفي الأنشطة الجنسية الشديدة المخاطر. ويمكن أيضا أن يسهم في ازدياد الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية من خلال انتقال الفيروس إلى أطفال الأمهات اللواتي يمارسن هذا النمط من التعاطي ومن خلال الاتصال الجنسي بين متعاطي المخدرات بالحقن ومتعاطي المخدرات بدون حقن.

٥٢- ولا ينشأ خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين متعاطي المخدرات من الحقن فقط. فالكثير من أنواع المؤثرات العقلية، سواء تم تعاطيها عن طريق الحقن أم لا، بما في ذلك الكحول، تنطوي على مخاطر من حيث تأثيرها على قدرة المتعاطي على اتخاذ القرارات بشأن السلوك الجنسي السليم. وتربط الدراسات تعاطي الكراك والكوكايين بالمستويات العالية من السلوك الجنسي الشديد المخاطر في الولايات المتحدة مثلا حيث يشكل متعاطو الكراك والكوكايين نسبة متزايدة من حالات الإصابة بالايدز.

ألف- التدخلات

٥٣- يعتبر اتخاذ القرارات بشأن تنفيذ استراتيجيات تدخلية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية لدى متعاطي المخدرات بالحقن من المسائل الأكثر إلحاحا التي تواجه مقرري السياسات. وقد أظهرت الدراسات أن بالامكان منع انتقال العدوى بهذا الفيروس بين متعاطي المخدرات عن طريق الحقن وأن الوباء قد أخذ بالفعل بالانحسار وحتى بالتراجع في بعض الحالات. وتشمل الأنشطة الوقائية من فيروس نقص المناعة البشرية، التي ظهر تأثيرها على انتشار المرضى والسلوكيات العالية المخاطر، التوعية بالايدز وتيسير الحصول على حوائل الوقاية الجنسية ومعدات الحقن النظيفة، وتقديم المشورة الطبية وعلاج تعاطي المخدرات.

١- علاج متعاطي المخدرات

٥٤- يعتبر علاج تعاطي المخدرات أحد النهوج التي قد يكون لها تأثيرها في الوقاية من العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية. وقد أظهرت دراسات واسعة عديدة أن المرضى المشاركين في العلاج التعويضي عن المخدرات، كالميثادون في الأوساط العلاجية، وفي برامج العيادات الخارجية للتحرر من المخدرات يقللون من استهلاكهم للمخدرات بدرجة كبيرة. ولاحظت عدة دراسات تناولت بحث التغيرات في السلوكيات المنطوية على خطر الإصابة بالفيروس لدى المرضى الخاضعين حاليا للعلاج، أن لاستبقاء المريض قيد العلاج لفترة أطول وكذلك إكمال العلاج ارتباطا بانخفاض في السلوكيات المنطوية على خطر الإصابة بالمرض أو بزيادة في السلوكيات الواقية. غير أنه تبين للدراسات أن تغيير سلوك تعاطي المخدرات غير المشروعة هو أكثر فعالية من تغيير السلوكيات الجنسية الشديدة الخطورة.

٢- أنشطة التوعية

٥٥- لا يلجأ جميع متعاطي المخدرات المعرضين للاصابة بفيروس نقص المناعة البشرية إلى اختيار سبيل العلاج من تعاطي المخدرات أو قد لا يستهويهم العلاج في مرحلة مبكرة من ممارستهم لعادة الحقن بالمخدرات. وعلاوة على ذلك فان التعافي من الادمان على المخدرات يمكن أن يكون عملية تستغرق وقتا طويلا وكثيرا ما تتطلب مراحل علاجية متعددة. وقد يحدث الرجوع إلى تعاطي المخدرات والى السلوك العالي المخاطر خلال أو بعد مراحل علاج ناجحة. ولذلك أُعدت أنشطة مختلفة للتوعية بغية الوصول إلى متعاطي المخدرات غير الخاضعين للعلاج وتحفيزهم ودعمهم سعيا لتغيير أنماطهم السلوكية. وتشير نتائج البحوث

إلى أن أنشطة التوعية التي تنفذ خارج الأوساط التقليدية للرعاية الصحية والاجتماعية يصل أثرها إلى متعاطي المخدرات بالحقن غير الخاضعين للعلاج وتؤدي إلى زيادة الاحالات إلى العلاج من المخدرات وقد تفضي إلى انحسار السلوكيات الخطرة لتعاطي المخدرات غير المشروعة والسلوكيات الجنسية الخطيرة وكذلك الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.

٣- البرامج الخاصة باستبدال المحاقن وإبر الحقن

٥٦- أظهرت عدة استعراضات لفعالية برامج استبدال المحاقن وإبر الحقن حالات من الانخفاض في السلوكيات الخطرة للحقن بالإبر وفي انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية وعدم وجود دليل على زيادة تعاطي المخدرات بالحقن أو غير ذلك من مخاطر الصحة العامة. وفضلا عن ذلك، فان هذه البرامج تعمل كنقاط اتصال بين متعاطي المخدرات ومقدمي الخدمات بما في ذلك البرامج الخاصة بعلاج تعاطي المخدرات. غير أن فوائد هذه البرامج تزداد بصورة كبيرة عندما تذهب إلى ما هو أبعد من مجرد استبدال المحاقن وإبر الحقن وحدها لتشمل التوعية بأخطار الايدز وتقديم المشورة الطبية والاحالة إلى مختلف الخيارات العلاجية.

باء- مبادئ الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والايدز بقدر ارتباطهما بتعاطي المخدرات

٥٧- يتطلب توفير القدرة على إيقاف الانتشار الوبائي لمرض نقص المناعة البشرية والايدز استراتيجية من ثلاثة أجزاء هي: (أ) الوقاية من تعاطي المخدرات وخصوصا فيما بين الشباب؛ و(ب) تيسير الدخول إلى مرافق العلاج من تعاطي المخدرات؛ و(ج) توفير توعية فعالة واسعة النطاق لاشراك متعاطي المخدرات في استراتيجيات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، التي تحميهم هم وشركاءهم وأسرهم من التعرض للاصابة بالفيروس وتشجع علاج تعاطي مواد الادمان والرعاية الطبية. وبشكل أكثر تحديدا، ينبغي مراعاة المبادئ المبينة أدناه عند وضع البرامج والسياسات اللازمة للتصدي للمرضين من حيث ارتباطهما بتعاطي المخدرات.

١- حقوق الانسان

٥٨- تعتبر حماية حقوق الانسان حاسمة بالنسبة لنجاح الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والايدز. إذ أن الناس يكونون أكثر عرضة للاصابة بهما عندما لا تُحترم حقوقهم

الاقتصادية أو الصحية أو الاجتماعية أو الثقافية، وعندما يصبح من الصعب التصدي للوباء بصورة فعالة.

٢- البداية المبكرة

٥٩- ينبغي أن تبدأ الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية في أبكر وقت ممكن. فبمجرد حدوث اصابة بالفيروس في المجتمع المحلي لمتعاطي المخدرات بالحقن، يصبح من الممكن أن ينتشر الفيروس بسرعة فائقة. ومن جهة أخرى دللت التجارب على أن بامكان متعاطي المخدرات بالحقن أن يغيروا من سلوكهم فيما لو تلقوا الدعم المناسب.

٣- تقييم الحالة

٦٠- ينبغي أن تكون التدخلات مستندة إلى تقييم منتظم لطبيعة تعاطي المخدرات وحجمه وكذلك إلى الاتجاهات والأنماط السائدة للاصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. ويلزم أن تستند التدخلات إلى المعارف والخبرات المكتسبة من البحوث بما فيها المعارف القائمة على التجارب بشأن الوسط الاجتماعي الذي يدور حوله تعاطي المخدرات، وكذلك الدروس المستخلصة من التدخلات السابقة.

٤- النهج الشامل

٦١- تعتبر التغطية الشاملة لكافة الفئات السكانية المستهدفة ضرورية بالنسبة لفعالية التدابير الوقائية في تغيير مسار الوباء في بلد ما. ذلك أن الأمر يستلزم الوصول إلى أكبر عدد ممكن من الأفراد المعرّضين للخطر. وبالاضافة إلى ذلك، فانه يمكن لمجموعة شاملة من التدخلات لأغراض الوقاية من الفيروس أن تشمل التثقيف بالايدز والتدريب على المهارات الحياتية وتوزيع حوائل الوقاية في العلاقات الجنسية واسداء المشورة الطبية الطوعية والسرية واجراء الفحوص الاختبارية المتعلقة بالفيروس، وتيسير الحصول على الابر والمحاقن النظيفة والمواد المطهّرة، والاحالة إلى مختلف الخيارات العلاجية.

٥- الدمج في برامج اجتماعية وصحية أوسع نطاقا

٦٢- ينبغي دمج البرامج الخاصة بخفض الطلب على المخدرات والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية في سياسات وبرامج أوسع نطاقا للتنمية الاجتماعية والصحية والتعليم الوقائي. وينبغي دعم التدخلات الخاصة بخفض الطلب على المخدرات والوقاية من فيروس نقص

المناعة البشرية بتوفير بيئة داعمة تكتسب أساليب الحياة الصحية السليمة جاذبية وتكون في المتناول، ويشمل ذلك اتخاذ مبادرات ترمي إلى الحد من الفقر وتوفير فرص التعليم والعمل.

٦- بدائل السجن وتوفير الخدمات في نظام العدالة الجنائية

٦٣- لا يمكن حل مشاكل تعاطي المخدرات عن طريق مبادرات العدالة الجنائية وحدها. ومن شأن اعتماد نهج عقابي أن يدفع بأولئك الذين هم بأمسّ الحاجة إلى خدمات الوقاية والرعاية إلى غياهب السجون. وينبغي، حيثما يقتضي الأمر، توفير العلاج لمتعاطي المخدرات سواء كبديل أو كاجراء اضافي للعقوبة. كذلك تعتبر برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاج متعاطي المخدرات في اطار مؤسسات العدالة الجنائية من العناصر المهمة في الوقاية من انتقال الفيروس.

٧- توافر العلاج ومرونته

٦٤- ثمة حاجة لأن تكون الخدمات العلاجية متاحة بيسر ومرنة. فطالبو العلاج يمكن أن يتعرضوا للضياع إذا لم يكن العلاج متوفرا في الحال أو في المتناول بسهولة. ويلزم أن توفر نظم العلاج مجموعة من البدائل للاستجابة لشتى احتياجات متعاطي المخدرات كما ينبغي أن تتضمن اجراء تقييمات متواترة لاحتياجات المرضى التي قد تتغير خلال سير العلاج. ويرتبط الاستبقاء للعلاج لفترة أطول وإكمال العلاج بانخفاض في السلوكيات المنطوية على مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو بزيادة في السلوكيات الوقائية. وينبغي لبرامج علاج تعاطي المخدرات أن توفر تقييما للاصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والايدز والأمراض المعدية الأخرى مع تقديم المشورة الطبية لمساعدة المرضى على تغيير الأنماط السلوكية التي تعرّضهم أو تعرّض الآخرين لمخاطر الإصابة. وينبغي ايلاء اهتما للاحتياجات الطبية لمتعاطي المخدرات بما في ذلك توفير خدمات الرعاية الطبية الأولية الموقعية وتنظيم الاحالات إلى مؤسسات الرعاية الطبية.

٨- مشاركة الفئات المستهدفة

٦٥- من المرجح أن يتيسر تكوين استجابات فعالة لمشكلة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين متعاطي المخدرات عن طريق الاهتمام بآراء المتعاطين والمجتمعات المحلية التي يعيشون فيها وتأمين مشاركتهم الفعالة في كافة مراحل وضع البرامج وتنفيذها. ويلزم أيضا أن تكون البرامج ذات معنى بالنسبة لمن صممت للوصول اليهم.

٩- التركيز على السلوكيات ذات المخاطر الجنسية

٦٦- ينبغي أيضا أن تركز برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية على السلوكيات ذات المخاطر الجنسية العالية فيما بين متعاطي المخدرات بالحقن أو متعاطي مواد الادمان الأخرى. وتشير نتائج البحوث إلى ازدياد أهمية انتقال الفيروس عن طريق الممارسة الجنسية فيما بين متعاطي المخدرات بالحقن وكذلك فيما بين متعاطي كوكايين الكراك. و يدرك متعاطو المخدرات المخاطر الجنسية في سياق مجموعة من المخاطر والأخطار الأخرى، كتلك المتصلة بتجاوز الجرعات وتقاسم إبر الحقن، التي قد ينظر اليها على أنها أكثر فورية وأهمية. وبالتالي فانه غالبا ما قد يغض النظر عن الإصابة بالفيروس عن طريق الممارسة الجنسية فيما بين متعاطي المخدرات.

١٠- التوعية

٦٧- تقتضي الحاجة أن تصل تدابير التوعية وتعليم النظراء خارج الأطر الخدمية العادية وساعات العمل وغيرها من ترتيبات العمل التقليدية إلى المجموعات التي لا تصلها بصورة فعالة الخدمات الموجودة أو التعليم الصحي التقليدي. ومن الضروري أن يكون هناك احتياطي من الموارد الكافية للاستجابة لزيادة عدد المرضى وزخم العمل المحتمل أن ينشأ عن أنشطة التوعية.

١١- الرعاية والدعم

٦٨- يجب توفير الرعاية والدعم، في اطار مشاركة من المجتمع لمتعاطي المخدرات المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والايدز ولأسرهم، على أن يشمل ذلك تيسير الحصول على رعاية تكون في المتناول في العيادات والمنازل والقيام بتدخلات وقائية فعالة وتقديم الخدمات القانونية والاجتماعية الضرورية والدعم النفسي الاجتماعي، وخدمات المشورة.

جيم- التوجيه العملي بشأن الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والايدز من حيث ارتباطهما بتعاطي المخدرات

٦٩- بغية تزويد القائمين على تخطيط وتنفيذ الاستراتيجيات والبرامج الوقائية من فيروس نقص المناعة البشرية والايدز بالمعلومات عن الدروس المفيدة وأفضل الممارسات المتبعة في هذا الصدد، أعد اليوندسيب وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالايدز كتيبا بعنوان "تعاطي المخدرات وفيروس نقص المناعة البشرية والايدز: الدروس المستخلصة، وهو يتضمن

تفاصيل عن مختلف الممارسات المتبعة في أوروبا الوسطى والشرقية ودول آسيا الوسطى، حيث يؤدي تعاطي المخدرات عن طريق الحقن إلى زيادة كبيرة في انتشار وباء نقص المناعة البشرية. وبالامكان الوصول إلى هذا الكتيب على العنوان الشبكي التالي: www.unodc.org/odccp/report_2001-08-31_1.html وتتوفر أيضا على الموقع الشبكي لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالايدز أمثلة مختلفة لأفضل الممارسات المتبعة: أما الأمثلة المتعلقة بتعاطي المخدرات عن طريق الحقن فتتوفر على العنوانين الشبكيين التاليين: www.unaids.org/bestpractice/digest/table.html-inj و www.unaids.org/fact_sheets/ungass/ word/ FSdruguse_en.doc).