

Distr.: General  
14 January 2005  
Arabic  
Original: English

# المجلس الاقتصادي والاجتماعي



## لجنة المخدرات

الدورة الثامنة والأربعون

فيينا، ٧-١٤ آذار/مارس ٢٠٠٥

البند ٥ (ج) من جدول الأعمال المؤقت\*

الحد من الطلب على المخدرات: الوضع العالمي

فيما يتعلق بتعاطي المخدرات

## الوضع العالمي فيما يتعلق بتعاطي المخدرات

### تقرير الأمانة

### المحتويات

الصفحة	الفقرات	
٢	٣-١	أولاً- مقدمة
٣	١٣-٤	ثانياً- اتجاهات تعاطي المخدرات في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٣
٥	١٠	ألف- القنب
٥	١١	باء- المواد الأفيونية
٥	١٢	جيم- الكوكايين
٩	١٣	دال- المنشطات الأمفيتامينية
٩	٥٨-١٤	ثالثاً- العلاج من تعاطي المخدرات
١١	٣٠-٢٠	ألف- الطلب على العلاج
١٥	٤٦-٣١	باء- السبب الرئيسي لتلقي العلاج
٢٠	٥٨-٤٧	جيم- متوسط سنّ من يتلقون العلاج ونوع جنسهم
٢٣	٦٦-٥٩	رابعاً- تحسين قاعدة المعلومات العالمية عن تعاطي المخدرات



## أولاً - مقدمة

١ - يقدّم هذا التقرير صورة عامة لاتجاهات تعاطي المخدّرات خلال الفترة ١٩٩٨ - ٢٠٠٣، استناداً إلى الإجابات الواردة من الدول الأعضاء عن الجزء الثاني من استبيان التقارير السنوية (E/NR/2003/2). ويحتوي التقرير أيضاً على عرض عام للوضع العالمي فيما يتعلق بطلب العلاج المهدف منه تقييم التقدّم المحرز نحو تحقيق أهداف الاعلان السياسي، الذي اعتمده الجمعية العامة في دورتها الاستثنائية العشرين (قرار الجمعية د١-٢/٢٠، المرفق)، وخطة العمل لتنفيذ الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدّرات (قرار الجمعية ١٣٢/٥٤، المرفق).

٢ - واتجاهات تعاطي المخدّرات المبلّغ عنها منذ ١٩٩٨ كما يلي:

(أ) ازداد تعاطي القنب في معظم آسيا وأفريقيا وأوروبا، بينما ظلّ مستقراً أو انخفض في باقي العالم؛

(ب) انخفض تعاطي المواد الأفيونية في أوروبا وأوقيانوسيا، بينما ازداد في معظم آسيا. وظلّ مستقراً في أمريكا الشمالية؛

(ج) تشير الاتجاهات الأخيرة إلى أن تعاطي الكوكايين مستقر في القارة الأمريكية، وإن كان لا يزال واسع الانتشار. وفي أوروبا أصبح تزايد تعاطي الكوكايين مشكلة؛

(د) ازداد تعاطي المنشّطات الأمفيتامينية في آسيا وأوروبا منذ عام ١٩٩٨. أما في أمريكا الشمالية وأوقيانوسيا فالأوجه مستقر.

٣ - وفيما يتعلق بالطلب على العلاج، تتمثّل المشاكل الرئيسية فيما يلي:

(أ) عالمياً، لا يزال تعاطي المواد الأفيونية والكوكايين يشكل أغلبية الحالات التي تتطلب العلاج من تعاطي المخدّرات ولكن تعاطي المنشّطات الأمفيتامينية والقنب بدأ يعتبر أكثر فأكثر السبب الرئيسي لالتماس العلاج؛

(ب) ويتراوح متوسط أعمار من يتطلّبون العلاج بين ٢٧ و ٢٩ سنة. غير أن الطلب على العلاج من جانب الشباب دون ٢٠ سنة من متعاطي القنب يتزايد في مناطق كثيرة؛

(ج) يمثّل الرجال أغلبية من يتعاطون المخدّرات ومن يلتمسون العلاج من تعاطي المخدّرات في جميع المناطق. وتواجه النساء صعوبات في الاستفادة من خدمات علاج متخصصة في مناطق كثيرة؛

(د) الاختلافات بين الجنسين أقل شأنًا فيما يتعلق باستخدام المنشطات الأμφيتامينية ولكنها أكبر فيما يتعلق بتعاطي القنب والمواد الأفيونية؛  
 (هـ) هناك، عموماً، افتقار إلى بيانات موحدة عن العلاج تستند إلى مفاهيم وأساليب منسقة.

## ثانياً- اتجاهات تعاطي المخدرات في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٣

٤- طُلب إلى الدول الأعضاء كل سنة أن تبّلع، في استبيان التقارير السنوية عن الاتجاهات المتزايدة أو المستقرة أو المتناقصة فيما يتعلق بتعاطي مختلف أنواع المخدرات بين سكانها (الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٦٤ سنة) على أساس مقياس من خمس درجات (زيادة كبيرة، زيادة طفيفة، لا تغيير يذكر، انخفاض طفيف، انخفاض كبير). وللمعلومات المقدمة، التي تستند إلى رأي الخبراء، حدودها ولكنها هي المعلومات التي قدّمها معظم البلدان بشكل مطّرد نسبياً على مر السنين.

٥- أما المعلومات الأخرى المطلوبة في الاستبيان (مدى الانتشار بين عامة الناس، وطلاب المدارس، والطلب على العلاج، وغيرها) فليست متوافرة دائماً عن السنوات المختلفة أو قد يصعب استخدامها لأغراض المقارنة. وهذه المشكلة تتطلب اهتماماً جدياً من جانب لجنة المخدرات وينبغي أخذها في الحسبان في عملية رصد التقدّم منذ عام ١٩٩٨.

٦- وفي غياب مجموعة بيانات شاملة بشأن انتشار تعاطي المخدرات، حوّل هذا التقرير رأي الخبراء إلى أرقام لبيان الاتجاهات الإقليمية. وقد استخدم أسلوب التحليل المرجّح لاتجاهات تعاطي المخدرات، الذي عرض على اللجنة لأول مرة في عام ٢٠٠٤، للوصول إلى تقديرات مرجّحة للاتجاهات الإقليمية مع مراعاة اختلاف عدد السكان في البلدان المبلّغة.<sup>(١)</sup> بيد أن هناك أوجه نقص يجب أن تؤخذ في الحسبان لدى تفسير النتائج:

(أ) أن المعلومات مقدّمة كرأي خبراء، وقد لا تعكس بشكل واف الاتجاهات الحقيقية؛

(ب) أن التباين بين مختلف درجات اتجاهات تعاطي المخدرات (بين "زيادة طفيفة" و "زيادة كبيرة"، مثلاً) قد لا يعني الشيء نفسه في شتى البلدان أو حتى في البلد الواحد في مختلف سنوات الإبلاغ؛

(ج) أن الإبلاغ عن اتجاهات تعاطي نوع من المخدرات، كالمنشطات الأμφيتامينية، قد يتأثر بتباين اتجاهات في تعاطي شتى المواد (قد يكون تعاطي الإكستاسي في تزايد بينما يكون تعاطي الأμφيتامين في تناقص).

٧- وهذا التقرير يقدم فقط الاتجاهات العامة فيما يتعلق بأنواع المخدرات الرئيسية التي بلغت عنها الدول الأعضاء، مما يؤدي حتما إلى تعميم كبير. وقد تختلف أحيانا تجربة بلد أو بلدين في كل منطقة عن الاتجاه الإقليمي العام. ومن ثم هناك حاجة إلى تحليل أكثر تحديدا لاتجاهات تعاطي المخدرات لدعم الاستنتاجات بشأنه. غير أنه بصرف النظر عن هذه التحفظات، وجد أن النتائج الإجمالية - حيثما أمكن مقارنتها بمؤشرات أخرى - تتفق أساسا مع تلك المؤشرات.

٨- ويوفر تحليل آراء الخبراء الوطنيين المطلعين أساسا أوسع نطاقا لتحليل الاتجاهات فيما يتعلق بالوضع القائم، لأن معظم الدول لا تزال تفتقر إلى القدرة على تقديم بيانات عن تعاطي المخدرات غير المشروعة تستند إلى استقصاءات للسكان أو دراسات لتقدير مدى الانتشار.

٩- ويستند الاستعراض العام لاتجاهات تعاطي المخدرات في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٣ إلى عدد من الإجابات الواردة في كل سنة، وإلى معدل الإجابة الإجمالي الذي يتراوح بين ٤٠ و٦٠ في المائة.<sup>(٢)</sup> ويرد عرض لمعدلات الإجابة فيما يتعلق بسنة ٢٠٠٣، بحسب المناطق، في الجدول ١.

#### الجدول الأول

#### الردود على استبيان التقارير السنوية لعام ٢٠٠٣ (الجزء الثاني) حسب المنطقة

المنطقة	عدد الاستبيانات الموزعة	عدد الاستبيانات المعادة	البلدان والأقاليم المحيطة (نسبتها المئوية)
وسط آسيا وجنوبها وجنوب غربها	١٤	٩	٦٤
شرق آسيا وجنوب شرقها	١٦	١٣	٨١
أوروبا	٤٨	٣٩	٨١
أمريكا اللاتينية والكاريببي	٣٢	١٦	٥٠
شمال أفريقيا والشرق الأوسط	١٨	٩	٥٠
أمريكا الشمالية	٣	٢	٦٧
أوقيانوسيا	١٤	٣	٢١
أفريقيا جنوب الصحراء	٤٧	١٨	٣٨
<b>المجموع</b>	<b>١٩٢</b>	<b>١٠٩</b>	<b>٥٧</b>

## ألف - القنب

١٠ - ما زال القنب المخدّر غير المشروع الأكثر انتشارا بين متعاطي المخدّرات في العالم. ومن حيث الاتجاهات العامة يبدو أن مستوى تعاطي القنب ازداد في معظم المناطق منذ عام ١٩٩٨. غير أن هذا الاتجاه بدأ ينخفض أو استقر في بعض المناطق، حيث معدل انتشاره بين عامة السكان مرتفع (كما هو الحال مثلا في أمريكا الشمالية). وفي آسيا وشمال أفريقيا والشرق الأوسط وأفريقيا جنوب الصحراء وأوروبا، يتزايد اتجاه تعاطي القنب (انظر الشكل الأول).

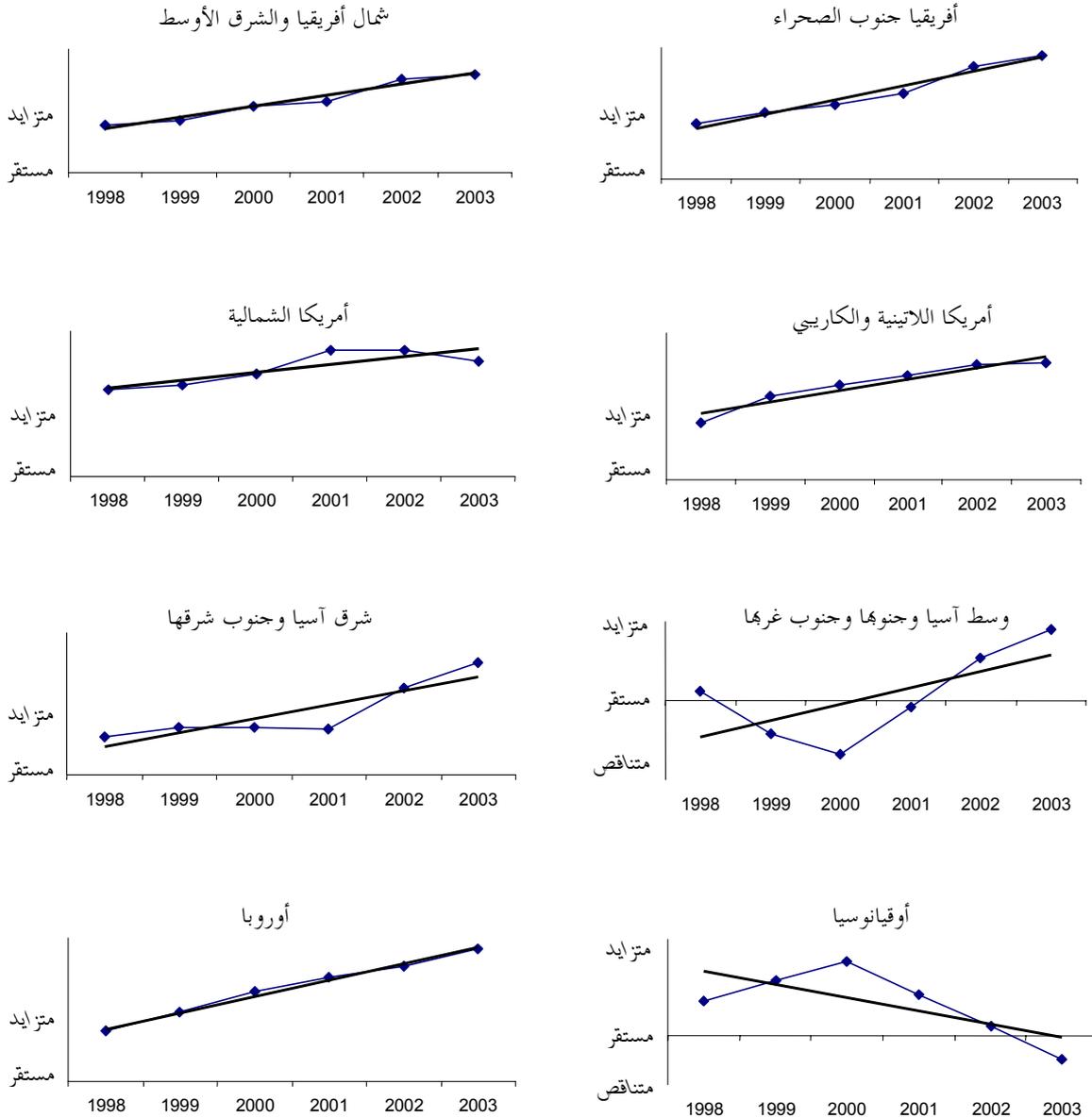
## باء - المواد الأفيونية

١١ - تبين التقارير الواردة من أوروبا وأوقيانوسيا تناقص مستويات تعاطي المواد الأفيونية، بينما يبدو أن الاتجاه في أمريكا الشمالية مستقر. وحتى وإن كان الهيروين يمثّل حتى الآن المخدّر الرئيسي الذي يثير القلق في معظم بلدان شرق أوروبا، فإن عدد بلدان المنطقة التي أبلغت عن تزايد اتجاه تعاطي المواد الأفيونية في عام ٢٠٠٣ أقل من عدد تلك التي أبلغت عن انخفاض الاتجاه أو استقراره. وقد أبلغ عن بعض الزيادات في البلدان التي لا تمثل فيها المواد الأفيونية عادة الجزء الأكبر من مشاكل المخدّرات، مثل بلدان أفريقيا جنوب الصحراء (انظر الشكل الثاني). وتثير بلدان آسيا، وخاصة آسيا الوسطى قلقا شديدا، حيث انتشر حقن المواد الأفيونية بسرعة في السنوات القليلة الماضية. وتجدر الإشارة، مع ذلك، إلى أن الاتجاهات في آسيا يمكن أن تعزى جزئيا إلى الزيادات المشاهدة في الصين والهند (لأن النظام المستخدم لحساب الاتجاهات مرتبط بعدد سكان كل بلد). ويتأكد ذلك أيضا عند النظر إلى الوضع العالمي: فباستبعاد الصين والهند من التحليل، يبدو أن اتجاه تعاطي المواد الأفيونية يتناقص.

## جيم - الكوكايين

١٢ - تظهر اتجاهات تعاطي الكوكايين قدرا من الاستقرار في المناطق الرئيسية لاستهلاكه، وفي أمريكا الشمالية وأمريكا اللاتينية. وفي منطقة الكاريبي ما زال كراك الكوكايين بصفة خاصة مصدرا للقلق. وقد أبلغ نحو نصف البلدان المحيية في أوروبا عن ارتفاع مستوى تعاطي الكوكايين. وفي أفريقيا تظهر مؤشرات تعاطي الكوكايين انخفاضا عاما منذ عام ١٩٩٨؛ بيد أنه يبدو أن الاتجاه استقر في السنتين الماضيتين. وفي شرقي وجنوب شرقي آسيا، أبلغ في عام ٢٠٠٣، عن ازدياد تعاطي الكوكايين بعد فترة تراجع. وفي أوقيانوسيا، ما زال الوضع فيما يتعلق بتعاطي الكوكايين مستقرا إلى حد ما (انظر الشكل الثالث).

الشكل الأول  
اتجاهات تعاطي القنب، حسب المنطقة، ١٩٩٨-٢٠٠٣

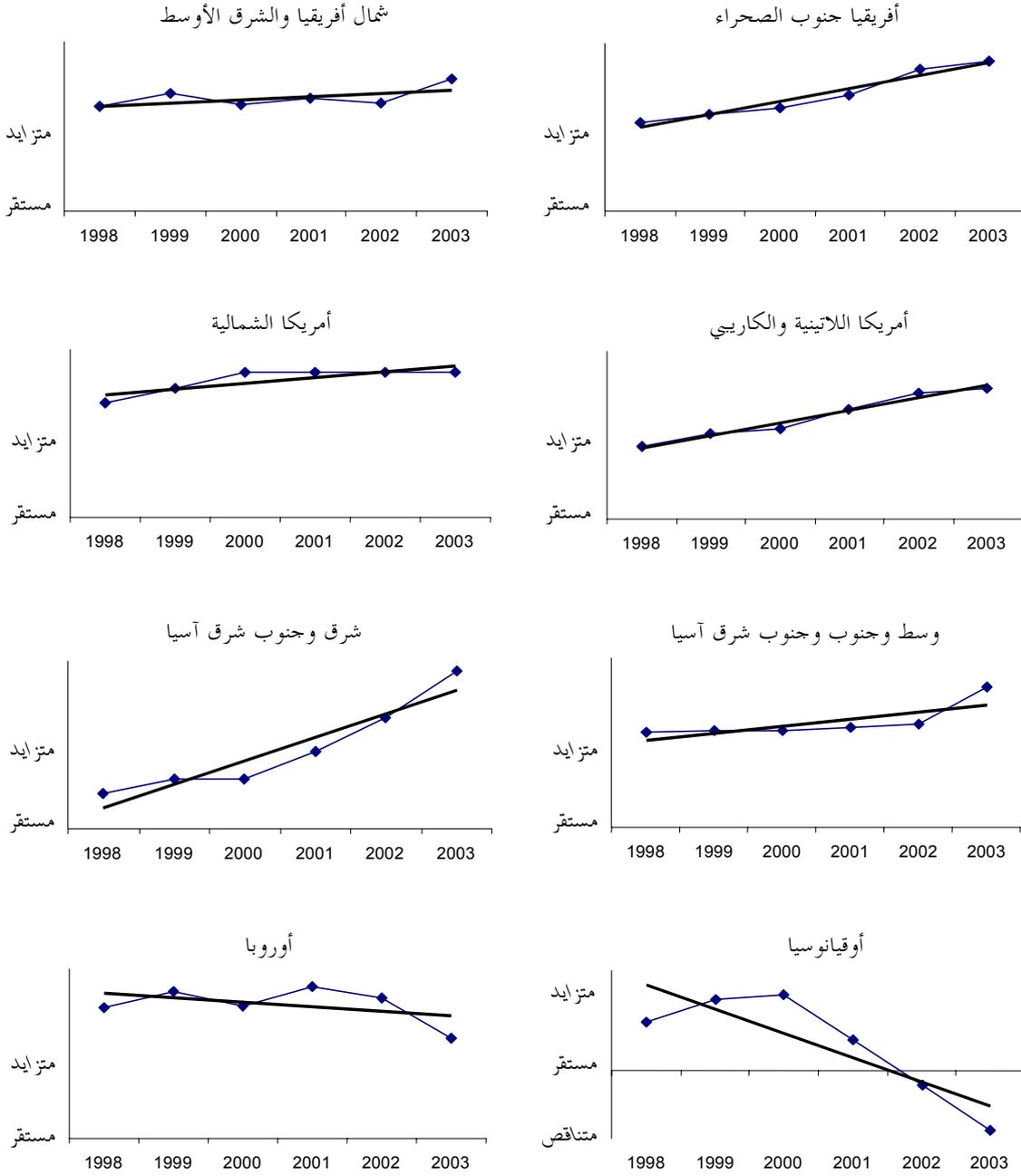


المصدر: استبيانات التقارير السنوية.

ملاحظة: تقديرات الاتجاهات الوطنية مرجحة بحجم السكان.

## الشكل الثاني

## اتجاهات تعاطي المواد الأفيونية، حسب المنطقة، ١٩٩٨-٢٠٠٣



المصدر: استبيانات التقارير السنوية.

ملاحظة: تقديرات الاتجاهات الوطنية مرجحة بحجم السكان.

## الشكل الثالث

## اتجاهات تعاطي الكوكايين، حسب المنطقة، ١٩٩٨-٢٠٠٣



المصدر: استبيانات التقارير السنوية.

ملاحظة: تقديرات الاتجاهات الوطنية مرحة بحجم السكان.

## دال - المنشطات الأمفيتامينية

١٣ - على الرغم من أن مستويات تفشي استخدام المنشطات الأمفيتامينية لا تزال عالية إلى حد ما بين عامة السكان في شرقي وجنوب شرقي آسيا، يبدو، باستبعاد تأثير الاتجاه المتزايد في الصين، بعدد سكانها الضخم، أن الاتجاه الإقليمي لتعاطي المنشطات الأمفيتامينية مستقر إلى حد ما. وفيما يتعلق بالمناطق الرئيسية الأخرى لتعاطي المنشطات الأمفيتامينية، يشير الاتجاه إلى زيادة في أوروبا، بينما يظهر قدرا من الاستقرار في أوقيانوسيا (انظر الشكل الرابع). وقد أبلغ عن تراجع للاتجاه في أمريكا الشمالية. كذلك أوضحت بعض البلدان المحيية في أفريقيا والشرق الأوسط أن هناك تزايدا لتعاطي المنشطات الأمفيتامينية في السنوات القليلة الماضية.

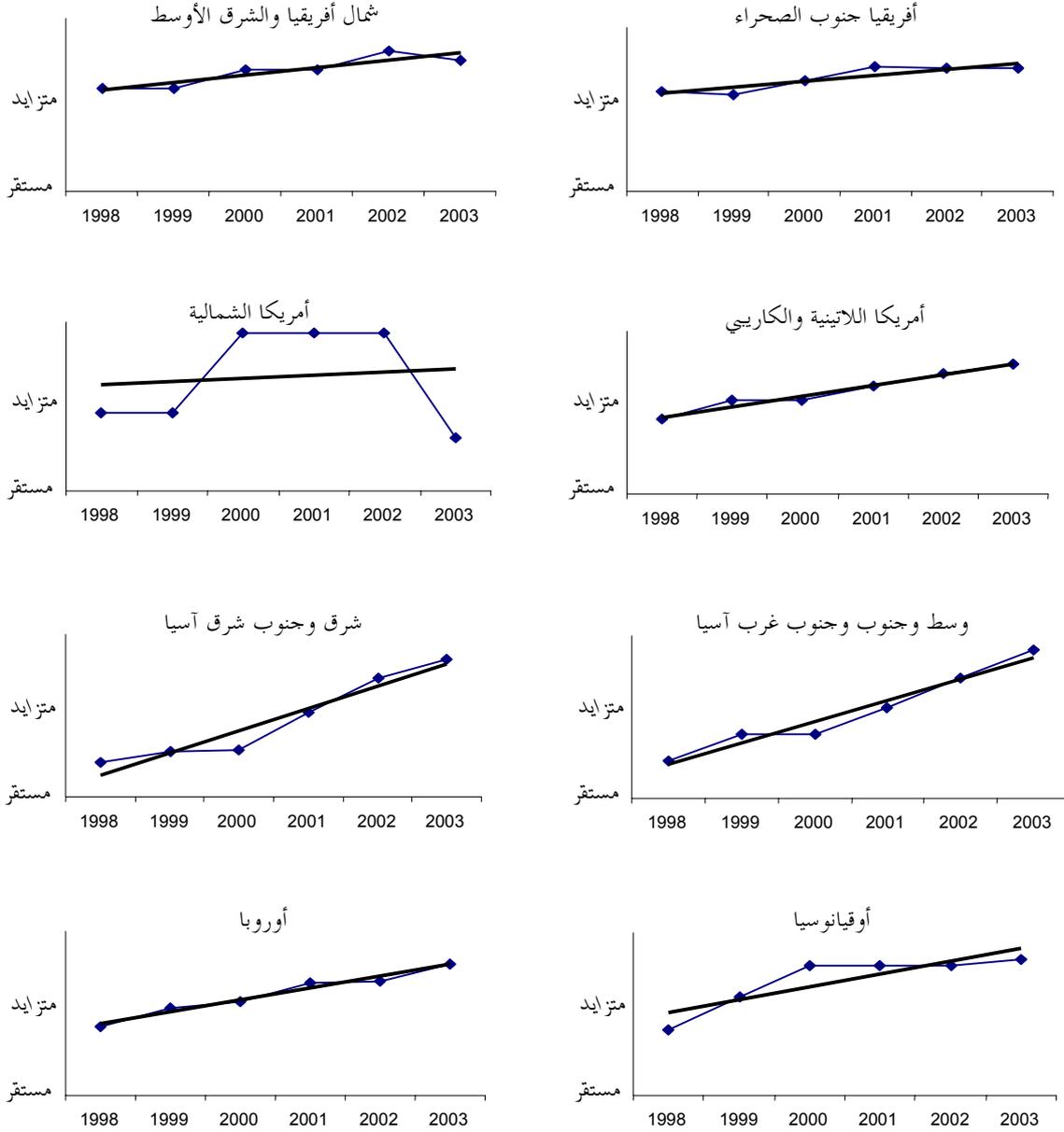
## ثالثا - العلاج من تعاطي المخدرات

١٤ - لاتاحة إجراء تقييم شامل للتقدم المحرز نحو تحقيق أهداف الإعلان السياسي الذي اعتمده الجمعية العامة في دورتها الاستثنائية العشرين، ستقوم الأمانة بتقديم تقارير عن الوضع العالمي فيما يتعلق بتعاطي المخدرات مع التركيز على المؤشرات الوبائية الرئيسية للفترة ١٩٩٨-٢٠٠٨. ويركز التقرير الحالي على البيانات الخاصة بطلب العلاج؛ وسيُنصَّب التركيز في تقرير عام ٢٠٠٦ على مدى انتشار تعاطي المخدرات بين الشباب، وفي تقرير عام ٢٠٠٧ على مدى انتشاره بين السكان عامة.

١٥ - وتكتسي البيانات المتعلقة بطلب العلاج أهمية في تقدير مدى وطبيعة تعاطي المخدرات غير المشروعة. فهي تستخدم كمقياس مباشر للطلب على خدمات العلاج وكمقياس غير مباشر لتقييم اتجاهات تعاطي المخدرات باستخدام تقنيات تقدير مدى الانتشار. وتقوم بلدان كثيرة بجمع بيانات عن أنشطة وخصائص خدمات العلاج من المخدرات وعن زبائنها من أجل إعلام مسؤولي التخطيط ووضع السياسات في مجال الحد من الطلب على المخدرات، رغم أن مفهوم وطرائق العلاج من المخدرات قد تختلف فيما بين البلدان. كذلك حُدد استخدام المرافق المعنية بمشاكل المخدرات (عدد الأفراد الذين يلتمسون المساعدة فيما يتعلق بمشاكل المخدرات) كمؤشر وبائي رئيسي للطلب على المخدرات يُسترشد به في وضع نظم معلومات فعّالة عن المخدرات لرصد الوضع والاتجاهات فيما يتعلق بتعاطي المخدرات.

## الشكل الرابع

اتجاهات تعاطي المنشطات الأفيثامينية، حسب المنطقة، ١٩٩٨-٢٠٠٣



المصدر: استبيانات التقارير السنوية.

ملاحظة: تقديرات الاتجاهات الوطنية مرحة بحجم السكان.

١٦- ومن المهم أيضا، لدى النظر في مزايا بيانات طلب العلاج واستخداماتها الممكنة، الاعتراف بحدودها. أولا، لا يمكن استخدام بيانات طلب العلاج كمؤشر على أحدث التطورات في تعاطي المخدرات بسبب الفارق الزمني بين أول استخدام للمخدرات غير المشروعة وأول إحساس بالحاجة إلى العلاج (كثيرا ما يبلغ عدة سنوات).

١٧- ثانيا، يتوقف عدد متعاطي المخدرات الذين تشملهم بيانات طلب العلاج على مدى توافر خدمات العلاج وإمكانات الافادة منها في مختلف البلدان. فتلك البيانات لا تشمل متعاطي المخدرات الذين لا تبلغ عنهم مرافق العلاج، ولا أولئك الذين يدخلون إلى المرافق ولكنهم لا يشاركون في نظام الإبلاغ، أو أولئك الذين لا يدخلون إلى أي مرفق للعلاج، والذين لم يعانون بعد من مشاكل تعاطي المخدرات. ولأن متعاطي المخدرات يلجأون في معظم الأحيان إلى مراكز علاج مختلفة على مدار سنة واحدة، هناك احتمال أن يتم إحصاؤهم أكثر من مرة، ومن ثم المغالاة في تقدير إجمالي عدد من يلتمسون العلاج من مشاكلهم المرتبطة بالمخدرات. ومن الممكن تجنب مثل هذا الانحراف باستخدام تقنيات خاصة، مثل وسائل التمييز المغفولة، ولكن هذا الحل غير ممكن عمليا أو مقبول دائما.

١٨- ثالثا، لا يزال هناك الكثير من جوانب عدم الاتساق فيما يتعلق بالتعاريف داخل النظم وفيما بينها، ولا بد من الوضوح فيما يخص البنود التي ينبغي التنسيق بينها. وفيما يتعلق بالمقارنات الدولية، تجدر الإشارة إلى أنه ليس لدى جميع البلدان بيانات فردية عن العلاج، وحيثما توجد أدوات موحدة، لا تقوم جميع البلدان بجمع كامل مجموعة البيانات. كذلك يؤثر تنوع نظم العلاج واختلاف أساليب التنظيم والتمويل على توافر ونوعية البيانات الخاصة بطلب العلاج وعلى تواتر الإبلاغ.

١٩- وتستند الأشكال من الخامس إلى التاسع إلى أحدث البيانات عن طلب العلاج التي قدمتها الدول في استبيانات التقارير السنوية خلال سنوات الإبلاغ ٢٠٠١-٢٠٠٣. وتعلق الأشكال معروضة بالمناطق التي تسمح البيانات المتاحة عنها بعرض إقليمي معقول لها. وينبغي تأويل المقارنة بين المناطق بحذر نظرا لأوجه النقص المشار إليها أعلاه.

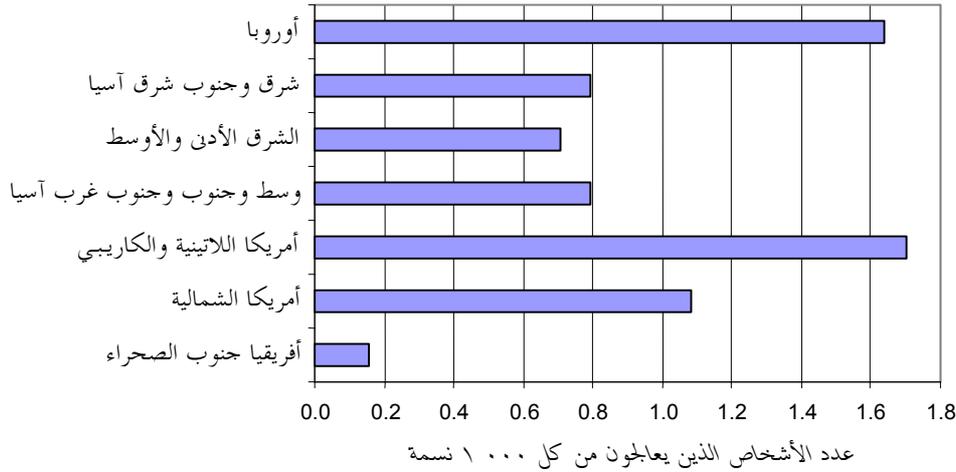
## ألف- الطلب على العلاج

٢٠- إن البيانات المتعلقة بالطلب على العلاج من تعاطي المخدرات، في كثير من المناطق، تمثل النوع الرئيسي من البيانات المتوافرة عادة عن تعاطي المخدرات. وعدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج من كل ١٠٠٠ من السكان (البالغة أعمارهم ١٥ إلى ٦٤ سنة) انظر

الشكل الخامس) شديد التأثير بتوافر خدمات العلاج المتخصصة وإمكانية الحصول عليها في مختلف البلدان، وقد يبدو منخفضا حتى في حالة وجود طلب حقيقي على العلاج من تعاطي المخدرات في المنطقة.

الشكل الخامس

عدد الأشخاص الذين يعالجون من تعاطي المخدرات من كل ١٠٠٠ نسمة، والذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٦٤ سنة، حسب المنطقة، أحدث التقديرات المتوفرة



المصدر: استبيانات التقارير السنوية.

٢١- ويتزايد الطلب على العلاج من تعاطي المخدرات في أمريكا اللاتينية والكاريبي. وتقليديا يمثل الكوكايين والقنب المخدرين اللذين تعزى إليهما أغلبية حالات دخول مرافق العلاج. بيد أن هناك اختلافات كبيرة بين البلدان فيما يتعلق بتوافر الخدمات المتخصصة للعلاج من تعاطي المخدرات. وفي بيرو، ازداد عدد من يتلقون أنواعا مختلفة من خدمات العلاج وإعادة التأهيل باطراد وتضاعف بين عامي ٢٠٠١ و ٢٠٠٢.

٢٢- وفيما يتعلق بأمريكا الشمالية ظل مجموع عدد من دخلوا مراكز العلاج في الولايات المتحدة الأمريكية مستقرا إلى حد ما طوال العقد الماضي. وفي المكسيك يزداد تعاطي الكوكايين انتشارا، فالكوكايين هو المسؤول عن أغلبية حالات الدخول إلى مراكز العلاج، وعدد الأشخاص الذين يترددون على مرافق العلاج من تعاطي الكوكايين يتزايد. وتشير التقديرات إلى أن إجمالي عدد من هم بحاجة إلى هذا العلاج يصل إلى سبعة أمثال العدد المذكور في بيانات العلاج.<sup>(٣)</sup>

٢٣- وقد أبلغ معظم البلدان في جنوب غرب آسيا ووسطها عن تزايد الطلب على العلاج من تعاطي المخدرات، ولا سيما المواد الأفيونية، على مدى السنوات القليلة الماضية. ففي كازاخستان، مثلاً، يدل عدد متعاطي المخدرات الذين تلقوا العلاج في عام ٢٠٠٣ على ازدياد الطلب مقارنة بالسنوات السابقة. بيد أن عدد من يتلقون العلاج من تعاطي المخدرات في طاجيكستان، شهد انخفاضاً في السنتين الماضيتين.

٢٤- وفي أفريقيا جنوب الصحراء، لا توجد نظم لجمع البيانات عن العلاج والإبلاغ في معظم الأحيان كما إن ما هو متوفّر من خدمات العلاج وإعادة التأهيل فيها أقل بصفة عامة مما هو متوفّر في المناطق الأخرى. ومن اللازم أن يوضع ذلك في الاعتبار عند مقارنة العدد المنخفض للأشخاص الذين يعالجون في المنطقة بالوضع في المناطق الأخرى. ويجري الإبلاغ عن أكثر بيانات العلاج تمثيلاً من خلال شبكة دراسة ولاء تعاطي المخدرات التابعة للجماعة الائتمانية للجنوب الأفريقي. وفي البلدان التي تشملها هذه الشبكة، كان هناك زيادة عامة في الطلب على العلاج من تعاطي المخدرات في عام ٢٠٠٣. وفي جمهورية تنزانيا المتحدة وجنوب أفريقيا وزامبيا وسوازيلند وموزامبيق وموريشيوس وناميبيا، بصفة خاصة، يبدو أن هناك طلباً على العلاج من تعاطي مجموعة مخدرات أكثر تنوعاً مما هو الحال في البلدان الأخرى التي تشملها الشبكة.

٢٥- وفي الشرق الأدنى والأوسط، قامت بضعة بلدان فقط بجمع وإبلاغ البيانات عن العلاج بطريقة موحدة ومنتظمة. ويرى بعض الخبراء الوطنيين أن طلب العلاج يتزايد في المنطقة. ففي لبنان تضاعف تقريباً عدد الأشخاص ملتمسي العلاج من إدمان المخدرات بين عامي ٢٠٠١ و٢٠٠٣. ومن جهة أخرى، أبلغت الإمارات العربية المتحدة عن انخفاض عدد الحالات المعالجة منذ ٢٠٠١.

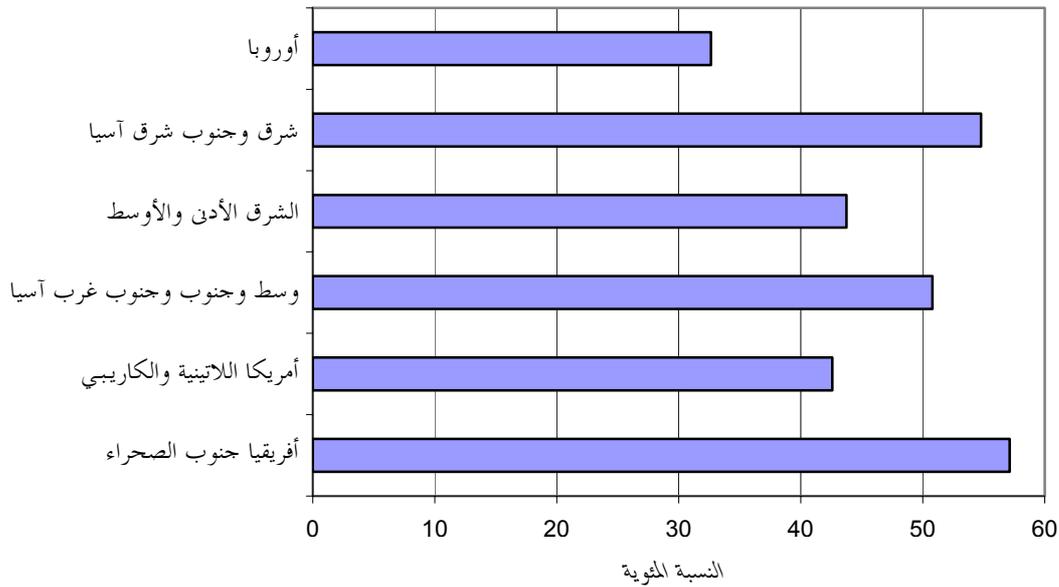
٢٦- وفي أستراليا، ظلّ عدد من يتلقون العلاج بسبب مشاكل المخدرات يتزايد خلال السنوات القليلة الماضية. وفي نيوزيلندا كانت هناك زيادة طفيفة في حالات العلاج من تعاطي القنب والمنشطات الأمفيتامينية والمواد الأفيونية غير الكوكايين. وكان العلاج من مشاكل المخدرات مرتبطاً في المقام الأول بالهيريون والكوكايين والأمفيتامين - بينما ظلّ تعاطي الإكستاسي مستقرّاً في ٢٠٠٣.

٢٧- وتوفّر مقارنة عدد من يتلقون العلاج من تعاطي المخدرات (انظر الشكل الخامس) بعدد من يتلقونه لأول مرة (انظر الشكل السادس) مؤشراً على أحدث الاتجاهات والاتجاهات الناشئة فيما يتعلق بمشاكل المخدرات. وعلى سبيل المثال، يلاحظ أن نسبة من

يتلقون العلاج لأول مرة مرتفعة بشكل واضح، حيث تزيد على ٥٠ في المائة في أفريقيا جنوب الصحراء وشرقي وجنوب شرقي آسيا، بينما ظلّ عدد من يتلقون العلاج (من كل ١٠٠٠ نسمة ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٦٤ سنة) منخفضا نسبيا. وهذا يشير فيما يبدو إلى ازدياد انتشار مشكلة المخدرات وإلى تحسّن محتمل في التغطية التي توفرها الخدمات.

الشكل السادس

الأشخاص الذين يعالجون لأول مرة من تعاطي المخدرات كنسبة مئوية من جميع من يتلقون العلاج من تعاطي المخدرات، حسب المنطقة، أحدث التقديرات المتوفرة



المصدر: استبيانات التقارير السنوية.

٢٨- وفي شرقي وجنوب شرقي آسيا، أبلغت معظم البلدان عن تزايد عدد المتعاطين الجدد للمنشطات الأمفيتامينية (الميتامفيتامين في شكل أقراص بالدرجة الأولى) وأفيد بأن عددا أكبر من متعاطي المواد الأخرى أضافوا المنشطات الأمفيتامينية إلى أنواع المخدرات المتعددة التي يتعاطونها عادة. بيد أن الاتجاهات الوطنية يمكن أن تبدو مختلفة عن الوضع الإقليمي بسبب الاختلافات في أنماط التعاطي. ففي الصين، مثلا، حيث تمثل المواد الأفيونية والقنب حتى الآن مصدر معظم مشاكل المخدرات، أفيد بأن عدد المتعاطين الجدد للمخدرات الذين أبلغت عنهم مؤسسات العلاج في شتى أنحاء البلد يتناقص بدرجة كبيرة منذ عام ٢٠٠٠، سواء بين الذكور أو الإناث.

٢٩- ويوجد في وسط آسيا وجنوبها وجنوب غربها كمنطقة واحدة من أعلى نسب الزبائن الجدد الذين يتلقون علاجاً من تعاطي المخدرات. وفي باكستان، مثلاً، مثل عدد من تلقوا العلاج لأول مرة ثلثي مجموع من تلقوا العلاج بسبب مشاكل مرتبطة بالمخدرات في عام ٢٠٠٣. وفي فيرغيزستان كان نحو نصف حالات العلاج داخل المرافق في عام ٢٠٠٣ حالات جديدة.

٣٠- وفي أوروبا ظلّ اتجاه إجمالي عدد الملتحقين بمرافق العلاج إلى الازدياد مستمراً. ويمكن أن تعزى تلك الزيادة جزئياً إلى تحسين نظام الإبلاغ وإلى توافر خدمات العلاج في مختلف أنحاء المنطقة. بيد أن نسبة من يتلقون العلاج لأول مرة تبدو مستقرة وأقل عموماً من نظيرتها في المناطق الأخرى.<sup>(٤)</sup>

## باء- السبب الرئيسي لتلقي العلاج

٣١- تستند البيانات، فيما يتعلق بالكثير من البلدان، إلى عدد من يدخلون مرافق العلاج؛ ولدى بعض البلدان سجلات وطنية لمن يخضعون للعلاج من تعاطي المخدرات. ويمكن تحليل بيانات طلب العلاج بحسب نوع المخدر لكن هناك اختلافات في استخدام مفهوم المخدر الرئيسي الذي سبب التماس العلاج من مشاكل المخدرات. ولهذا المفهوم، الذي يعرف المخدر غير المشروع المسبب لمعظم المشاكل التي يعانيها المريض، أهمية كبيرة فيما يخص توفير علاج أكثر فعالية. ومن شأن الاستخدام الموحد للمفهوم أن يؤدي إلى ازدياد إمكانيات المقارنة فيما يتعلق بأهمية مختلف أنواع المخدرات بالنسبة للعلاج في ظروف اقليمية مختلفة.

٣٢- وفي أفريقيا، كما في كثير من المناطق الأخرى، يعوق عدم وجود معلومات موحدة، تجتمع بشكل منتظم، الجهود الرامية إلى رصد اتجاهات تعاطي المخدرات غير المشروعة. وأبلغت ٥ من البلدان الـ ١٨ التي أجابت عن الاستبيان في أفريقيا جنوب الصحراء، عن زيادة في عدد من يتلقون العلاج بسبب تعاطي القنب أساساً (إثيوبيا وزامبيا وسيشيل وموريشيوس). وكانت نسبة المرضى الذين مثل القنب مخدرهم الرئيسي متباينة جداً في عام ٢٠٠٣، حيث تراوحت بين ٤ في المائة في ناميبيا و ٨٥ في المائة في ملاوي.

٣٣- وما زالت نسبة انتشار تعاطي المخدرات بالحقن منخفضة نسبياً في مختلف أنحاء الجنوب الأفريقي. وفيما يخص بلدان هذه المنطقة يوجد في موريشيوس أعلى نسبة للمرضى الذين يشكل الهيروين مخدرهم الرئيسي (أكثر من ٩٠ في المائة) أكثر من نصفهم يتعاطون المخدر بالحقن. وفي موزامبيق وجنوب أفريقيا ازداد عدد المرضى الذين يمثل الهيروين مخدرهم

الرئيسي خلال السنوات القليلة الماضية. وفي أفريقيا جنوب الصحراء، ينحصر الطلب على العلاج من المشاكل المرتبطة بتعاطي الكوكايين في ناميبيا وجنوب أفريقيا بصفة رئيسية، وبدرجة أقل في زامبيا وموزامبيق مع حدوث بعض الزيادة في هذه البلدان. وظل عدد الحالات التي ذكر فيها تعاطي المنشطات الأمفيتامينية باعتباره السبب الرئيسي لالتماس العلاج، منخفضا في المنطقة.

٣٤- وفي شمال أفريقيا والشرق الأوسط يمثل الهيروين والقنب المخدّرين غير المشروعين المشار اليهما في معظم الحالات بوصفهما السبب الرئيسي لتلقّي العلاج من مشاكل المخدّرات (انظر الشكل السابع). ومن المواد الأخرى التي ذكرت كثيرا الأمفيتامينات، بينما أبلغ عن العلاج من إدمان الكوكايين في بعض البلدان، من بينها الإمارات العربية المتحدة وتونس ولبنان والمغرب.

٣٥- وفي أمريكا الشمالية، ما زال الكوكايين، وخاصة كراك الكوكايين، يمثل مشكلة رئيسية في معظم المناطق رغم ما شهده من استقرار طفيف السنوات الأخيرة. وبينما انخفض عدد حالات متلقّي العلاج من تعاطي الكوكايين بصفة رئيسية في الولايات المتحدة منذ ١٩٩٢، لا يزال هذا العدد يمثل الجانب الأكبر من حالات العلاج من المشاكل المرتبطة بمختلف المخدّرات في نحو نصف المناطق المحيطة، حيث يتراوح بين ٤٠ و ٥٣ في المائة من جميع الحالات. ومنذ عام ١٩٩٢ ازداد عدد حالات العلاج من المشاكل المرتبطة بالمواد الأفيونية والقنب والمنشطات بصفة رئيسية. بيد أن مؤشرات الهيروين ظلّت مستقرة نسبيا في عام ٢٠٠٣ وإن بقيت عند مستوى مرتفع في مناطق شمال شرقي الأطلسي ووسطه حيث يتوافر مسحوق الهيروين عالي النقاء من أمريكا الجنوبية.

٣٦- وشهدت حالات العلاج من تعاطي القنب بين من هم في سنّ المراهقة تزايدا على مدى فترة طويلة في الولايات المتحدة. فبين عامي ١٩٩٢ و ٢٠٠٢ ارتفع عدد المراهقين الذين خضعوا للعلاج ممن كان القنب مخدّره الرئيسي من ٢٣ إلى ٦٤ في المائة، بينما انخفض عدد المراهقين الذين خضعوا للعلاج ممن أفادوا بأن الكحول هو المادة الرئيسية التي يتعاطونها من ٥٦ إلى ٢٠ في المائة من مجموع المراهقين الخاضعين للعلاج من تعاطي مختلف أنواع المواد.

٣٧- وظلّ تعاطي الميثامفيتامين ينتشر بسرعة بين زبائن جدد في الولايات المتحدة وأبلغ عن تحوّل متعاطي المخدّرات الأخرى إلى الميثامفيتامين. بيد أن المؤشرات المتعلقة بالإكستاسي لم ترتفع. وارتفع معدل الخضوع للعلاج من الميثامفيتامين والأمفيتامين أساسا

من ١٠ إلى ٥٢ من كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان البالغين ١٢ سنة أو أكثر، بين عامي ١٩٩٢ و ٢٠٠٢، ربعهم تقريبا (٢٣ في المائة) أبلغ في ٢٠٠٢ عن استخدام الحقن.<sup>(٥) (٦)</sup>

الشكل السابع  
المخدرات المبلّغ عنها باعتبارها الدافع الرئيسي للأشخاص الذين يتلقون العلاج من  
مشاكل المخدرات، بحسب المناطق، أحدث التقديرات المتوفرة



المصدر: استبيانات التقارير السنوية.

٣٨- وفي أمريكا اللاتينية والكاريبي، أبلغ عن الكوكايين بوصفه السبب الرئيسي لتلقي العلاج في سبعة بلدان (ترينيداد وتوباغو، الجمهورية الدومينيكية، السلفادور، شيلي، غانا، فنزويلا، هايتي) وعن القنب في أربعة بلدان (الأرجنتين، إكوادور، جزر البهاما، غرينادا). وفي البرازيل، يمثل ازدياد تعاطي الكوكايين من جانب المراهقين مشكلة متنامية مما أدى إلى ازدياد الطلب على مرافق العلاج.

٣٩- وفي شرقي وجنوب شرقي آسيا، هناك حاجة ماسة إلى مرافق متخصصة للعلاج وإعادة التأهيل لمواجهة الطلب المتزايد على العلاج من متعاطي المنشطات الأمفيتامينية الذين يزداد عددهم بسرعة في المنطقة. فالمنشطات الأمفيتامينية هي المخدرات الأكثر شيوعاً في تايلند وفي جمهورية كوريا والفلبين وكمبوديا واليابان، بينما تحتل هذه المنشطات في إندونيسيا والصين وفييت نام وماليزيا ومنغوليا وميانمار المرتبة الثانية بعد المواد الأفيونية و/أو القنب. وفي اليابان، يمثل الميثامفيتامين المخدر الرئيسي لـ ٥١ في المائة ممن دخلوا مرافق العلاج من تعاطي المخدرات في عام ٢٠٠٣. وشهدت الفلبين تزايداً بطيئاً ولكنه مطرد في عدد الخاضعين للعلاج خلال السنوات الخمس الماضية، معظمهم من متعاطي الميثامفيتامين. وفي تايلند، يزداد تعاطي الميثامفيتامين منذ منتصف التسعينات وأصبح يمثل المخدر الذي يلتمس بسببه العلاج في معظم الحالات. وفي بعض البلدان، مثل إندونيسيا وميانمار واليابان، يبدو أن الاتجاهات الأخيرة للطلب على العلاج مستقرة إلى حد ما.

٤٠- على الرغم من تزايد انتشار تعاطي المنشطات الأمفيتامينية، لا يزال الطلب على العلاج من المواد الأفيونية هو الغالب في كثير من بلدان شرقي وجنوب شرقي آسيا. ففي الصين وماليزيا وميانمار، مثلاً، تلتزم الأغلبية العظمى من المرضى العلاج بسبب تعاطي الهيروين أو الأفيون. وفي الصين، لم تصبح المنشطات الأمفيتامينية جزءاً من أنماط التعاطي المتعددة الأنواع إلا مؤخراً، ويمثل تعاطي المواد الأفيونية، وخاصة الهيروين، الأغلبية العظمى (٩٦،٨ في المائة) من حالات العلاج من مشاكل المخدرات.<sup>(٧)</sup>،<sup>(٨)</sup>

٤١- وفي وسط آسيا وجنوبها وجنوب غربها، يلتمس العلاج في معظم الحالات بسبب المشاكل المرتبطة بتعاطي المواد الأفيونية، وخاصة الهيروين. وفي بلدان وسط آسيا تتراوح نسبة من يتعاطون الهيروين أساساً ممن يلتمسون العلاج من المخدرات بين ٦٠ و ٩٥ في المائة. وفي معظم الحالات يجري تعاطي المخدر بالحقن. وفي الهند، تتمثل المخدرات الأكثر شيوعاً، التي يتعاطها من يلتمسون العلاج، في القنب والهيروين والأفيون. وقد تضاءلت نسبة متعاطي القنب في الهند بين عام ١٩٩٧ وعام ٢٠٠٠، ولكنها ظلت مستقرة في السنوات الأخيرة. وفي المقابل، تشير البيانات المتعلقة بالطلب على العلاج إلى ازدياد علاج تعاطي الهيروين والأفيون مؤخراً، بينما كان يتناقص في أواخر التسعينات. وظل انتشار تعاطي المنشطات الأمفيتامينية والكوكايين منخفضاً في الهند، حسبما يتبين من الطلب على العلاج من تعاطي تلك المواد.<sup>(٩)</sup>

٤٢- أما في أوروبا، فإن المواد الأفيونية والقنب والكوكايين هي المخدرات التي تسجل في أغلب الحالات بوصفها إما السبب الرئيسي أو السبب الثانوي لحالات العلاج من تعاطي

المخدّرات، مع وجود اختلافات ملحوظة بين البلدان. وفي معظم البلدان ما زالت المواد الأفيونية (ولا سيما الهيروين) تمثّل المخدّر الذي يلتمس متعاطوه العلاج في أغلب الأحيان، حيث يعزى إليها ما بين ٤٠ و ٩٠ في المائة من مجموع حالات دخول مرافق العلاج في أوروبا. وباستثناء الدول الأعضاء الجديدة في الاتحاد الأوروبي التي تمثّل حالة ملفتة للنظر، هناك دلائل على انخفاض نسبة انتشار الحقن بين متعاطي الهيروين في بعض البلدان، وخاصة بين الزبائن الجدد الذين يتردّدون على مرافق العلاج من تعاطي المخدّرات.

٤٣- والقنّب هو ثاني المخدّرات التي تذكر في أغلب الأحيان في أوروبا، وخاصة بين من يدخلون مرافق العلاج لأول مرة، إذ تفيد التقارير بأن القنّب هو المشكلة الرئيسية المرتبطة بالمخدّرات لنحو ثلث الملتحقين الجدد بمرافق العلاج. أما الكوكايين فهو ثالث هذه المخدّرات حيث يعزى إليه ٢٥ في المائة من حالات الدخول إلى مرافق العلاج الجديدة. وفي الدول الأعضاء الجديدة في الاتحاد الأوروبي، ما زال الطلب على العلاج من مشاكل مرتبطة بالكوكايين منخفضاً. ويبدو أن ذكر استخدام مخدّرات منشّطة أخرى غير الكوكايين كسبب لالتماس العلاج أقل شيوعاً في معظم بلدان أوروبا.<sup>(٤)</sup>

٤٤- وفي الاتحاد الروسي، يعدّ الهيروين المسؤول عن الأغلبية العظمى (٨٨ في المائة) من حالات العلاج من تعاطي المخدّرات غير المشروعة. وما زال عدد الحالات التي يذكر فيها تعاطي مواد أخرى باعتباره السبب الرئيسي لالتماس العلاج منخفضاً. غير أن هناك زيادة سجّلت في عدد من يتلقون العلاج من تعاطي القنّب بشكل رئيسي في المراكز المتخصّصة للعلاج وفي مؤسسات الطب النفسي.

٤٥- وفي أستراليا أُفيد بأن تعاطي الهيروين والقنّب والأمفيتامينات مثّل السبب الرئيسي لتلقّي العلاج في عام ٢٠٠٣. وهناك عدد كبير من الأشخاص الذين يعالجون خارج مرافق العلاج في أستراليا. ويمكن أن يصل عددهم الحقيقي إلى ٥ - ١٠ أمثال عدد من يتلقون العلاج داخل مرافق العلاج المتخصّصة، وذلك بحسب مدى تواتر زيارتهم لمراكز العلاج.

٤٦- وما زال القنّب في أستراليا يمثّل المخدّر الرئيسي غير المشروع الأكثر انتشاراً، لكن التعاطي المتزايد للمخدّرات الاصطناعية، مثل الميتامفيتامين والإكستاسي يمكن أن يصبح تحدّيًا لنظم العلاج من مشاكل المخدّرات في أستراليا.<sup>(١٠)</sup> وفي نيوزيلندا، تعزى إلى القنّب معظم حالات الطلب على العلاج من تعاطي المخدّرات، بينما كشفت دراسة استقصائية حديثة ركزت على تعاطي الميتامفيتامين عن ازدياد عدد من يلتمسون العلاج من تعاطي الميتامفيتامين.<sup>(١١)</sup>

## جيم - متوسط سنّ من يتلقون العلاج ونوع جنسهم

٤٧ - إن الاختلافات بين المناطق فيما يخص متوسط سنّ من يتلقون العلاج من مشاكل المخدّرات صغيرة نسبياً (انظر الشكل الثامن). وبالإضافة إلى ذلك، فإن متوسط السنّ فيما يتعلق بتعاطي مختلف أنواع المخدّرات واحد إلى حد ما في جميع المناطق. وهو فيما يتعلق بتعاطي القنب، مثلاً، أدنى، عادة، من متوسط السنّ فيما يخص المواد الأخرى في حين أن من يعالجون من تعاطي المواد الأفيونية هم أكبر سنّاً بصفة عامة. وفي مناطق كثيرة يتزايد الطلب على العلاج بين متعاطي القنب ممن هم دون سنّ العشرين.

الشكل الثامن

متوسط سنّ من يعالجون من تعاطي المخدّرات، حسب المنطقة، أحدث التقديرات المتوفرة



المصدر: استبيانات التقارير السنوية.

٤٨ - وفي أفريقيا جنوب الصحراء لوحظت زيادة في نسبة من يعالجون من تعاطي المخدّرات بين من يقلّون عن ٢٠ سنة في بوتسوانا وجنوب أفريقيا وموزامبيق، وإن كان الاتجاه قد استقر مؤخراً في جنوب أفريقيا. وفي جنوب أفريقيا وزامبيا وسوازيلند كان أكثر من مريض واحد من كل خمسة مرضى يتلقون العلاج من مشاكل المخدّرات في عام ٢٠٠٣ يقل عن ٢٠ سنة. (١٢)، (١٣)، (١٤)

٤٩ - وفي أمريكا الشمالية، يزيد متوسط سنّ من يخضعون للعلاج عما هو في المناطق الأخرى، مما يدلّ جزئياً على ارتفاع نسبة متعاطي الكوكايين. وفي الولايات المتحدة كان

متوسط السنّ وقت دخول مرافق العلاج ٣٧ سنة لمن يدخّنون الكوكايين بصفة رئيسية و٣٤ سنة لغير مدخّني الكوكايين. وفيما يتعلق بمن دخلوا مرافق العلاج بسبب الهيروين أساسا، كان متوسط السنّ مرتفعا أيضا، ٣٦ سنة، مقارنة بمتوسط سنّ من يعالجون من تعاطي القنب والميتامفيتامين أو الأمفيتامين أساسا (٢٣ و ٣١ سنة على التوالي).<sup>(٥)</sup>

٥٠ - وفي أمريكا اللاتينية والكاريبية، كان متوسط سنّ المرضى الذين يعالجون من تعاطي أي مخدّرات غير مشروعة يتراوح بين ٢٠ و ٣٥ سنة في عام ٢٠٠٣. وكان متوسط سنّ من يعالجون أساسا من مشاكل تعاطي القنب أدنى بصفة عامة (١٧ - ١٨ سنة) مما كان عليه فيما يخص تعاطي المواد الأخرى، ولا سيما الكوكايين. ويحتاج الشباب من متعاطي القنب بصورة متزايدة إلى مرافق علاج متخصصة في بعض البلدان.

٥١ - وفي الهند، يختلف التوزيع العمري لمن يعالجون اختلافا كبيرا بحسب نوع المخدّر، وهو مختلف بعض الشيء عما يشاهد عموما في أماكن أخرى. فنحو ثلث متعاطي الأفيون (٣٢,٢ في المائة) تزيد أعمارهم على ٤٠ سنة؛ أما متعاطو الهيروين فهم أصغر سنّا بشكل ملحوظ، نصفهم تقريبا (٤٨,٨ في المائة) تتراوح أعمارهم بين ٢١ و ٣٠ سنة. والطلب على العلاج بسبب القنب موزع بشكل متساو تقريبا بين المجموعات العمرية المختلفة. وفيما يتعلق بجميع أنواع المخدّرات كان أقل من واحد من كل ١٠ أشخاص يتلقّون العلاج يقلّ عن ٢٠ سنة، وعلى الأخص من يتعاطون الأفيون (٣,١ في المائة).<sup>(٩)</sup> وفي بلدان وسط آسيا، يبلغ متوسط سنّ من يعالجون من تعاطي المخدّرات عادة ٣٠ سنة تقريبا.

٥٢ - وفي أوروبا، تقل أعمار من يتلقّون العلاج بسبب تعاطي القنب عادة (كثيرا ما تكون دون ٢٠ سنة) عن أعمار من يتعاطون مواد أخرى، وخاصة الهيروين.<sup>(٤)</sup>

٥٣ - ويمثّل الرجال أغلبية من يعالجون من مشاكل المخدّرات في جميع المناطق (انظر الشكل التاسع). وقد يدلّ تدنّي نسبة النساء جزئيا على ارتفاع نسبة تعاطي المخدّرات بين الرجال والصعوبات المختلفة التي تواجهها الإناث في الوصول إلى مرافق العلاج أو حقيقة أنهنّ يلتمسن المساعدة من أماكن أخرى غير مرافق العلاج المتخصصة. وتجدد الإشارة إلى أنه لم يبلغ على مستوى العالم، عن توفير خدمات للعلاج وإعادة التأهيل تستخدم نهجا تميّز بين الجنسين سوى ثلث البلدان، مع اختلافات اقليمية طفيفة فقط. وفي كثير من المناطق، يبدو أن أقل اختلاف بين الجنسين في طلب العلاج يوجد في استخدام المنشّطات الأمفيتامينية وأكبر اختلاف في تعاطي القنب والأفيونيات.

الشكل التاسع  
نسبة الاناث بين من يتلقون العلاج، حسب المنطقة، أحدث التقديرات المتوفرة



المصدر: استبيانات التقارير السنوية.

٥٤- وفي وسط آسيا وجنوبها وجنوب غربها، تقل نسبة النساء اللاتي يتلقين العلاج من تعاطي المخدرات، بشكل ملحوظ، عما هي في مناطق العالم الأخرى، ويمثل الرجال بصفة عامة نحو ٩٠ - ٩٥ في المائة من متلقي هذا العلاج.

٥٥- وفي الشرق الأدنى والأوسط، لا يقدم معلومات عن التوزيع الجنساني لمن يتلقون العلاج من مشاكل المخدرات سوى بضعة بلدان فقط. ففي لبنان واسرائيل، بلغت نسبة الاناث اللاتي يترددن على مرافق العلاج من تعاطي المخدرات، ١٢ و ١٥ في المائة على التوالي في عام ٢٠٠٣. وفي الكويت بلغت هذه النسبة ٢ في المائة فقط في عام ٢٠٠١. وفي أفريقيا، تفيد البيانات المتاحة في مصر بأن نسبة قليلة فقط (٢,٨ في المائة) ممن تلقوا العلاج في عام ٢٠٠١ كانت من الاناث.<sup>(١٥)</sup>

٥٦- وفي أمريكا اللاتينية والكاريبي، بلغت نسبة النساء اللاتي تلقين العلاج في عام ٢٠٠٣ ١٢ في المائة في المتوسط، رغم أن أقل من نصف بلدان المنطقة تملك بيانات عن العلاج تتضمن جنس من يتلقون هذا العلاج.

٥٧- أما في أمريكا الشمالية، فإن الفرق بين الجنسين في الولايات المتحدة كبير جدا لا سيما فيما يتعلق بتعاطي القنب والهيروين والكوكايين (الذي لا يتعاطى بالتدخين)، حيث يمثل الذكور أكثر من ثلثي الخاضعين للعلاج من تعاطي تلك المخدرات. والفرق بين

الجنسين أصغر إلى حد ما فيما يخص دخول مرافق العلاج بسبب تعاطي الميثامفيتامين أو الأمفيتامين والكوكايين المدخن بصورة رئيسية.<sup>(٥)</sup>

٥٨- وفي أوروبا، تختلف نسبة الذكور إلى النساء الخاضعين للعلاج اختلافا كبيرا بين البلدان، حيث تتراوح بين ١:٣ و ١:٦، علما بأن أعلى نسبة للاناث متعاطيات المخدرات توجد في بلدان أوروبا الشمالية والدول الأعضاء الجديدة في الاتحاد الأوروبي.<sup>(٤)</sup> وفي الاتحاد الروسي، يمثّل الذكور أكثر من ٨٠ في المائة من مجموع الأشخاص المسجلين للعلاج من تعاطي المخدرات مع وجود اختلافات طفيفة بحسب المادة. ونسبة الخاضعات للعلاج بسبب تعاطي القنب (٥,٦ في المائة) هي الأدنى ونسبة الخاضعات للعلاج بسبب تعاطي المنشطات الأمفيتامينية هي الأعلى (٢٠,١ في المائة).

#### رابعاً- تحسين قاعدة المعلومات العالمية عن تعاطي المخدرات

٥٩- طلبت لجنة المخدرات إلى المدير التنفيذي، في قرارها ١/٤٧، المعنون "تحقيق المستوى الأمثل للنظم المتكاملة للمعلومات عن المخدرات"، أن يقدم إليها في دورتها الثامنة والأربعين تقريراً عن تنفيذ ذلك القرار. واستجابة لهذا الطلب، أدرج في هذا القسم استعراض للأنشطة التي اضطلع بها مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (المكتب) لتحسين قاعدة المعلومات العالمية بالتعاون مع الوكالات الدولية الأخرى وهيئات الخبراء.

٦٠- توضّح البيانات المعروضة أعلاه أنه على الرغم من التقدم الكبير الذي شهدته قدرة البلدان على جمع البيانات عن الوضع فيما يتعلق بتعاطي المخدرات فيها، لا تزال هناك ثغرات كبيرة في المعلومات. وما لم تستطع الدول الأعضاء والمنظمات الدولية سد تلك الثغرات، سيكون من الصعب تقييم التقدم المحرز في خفض الطلب على المخدرات غير المشروعة في السنوات القليلة القادمة.

٦١- ويُرصد التقدم الذي تحرزه الدول الأعضاء نحو بلوغ الأهداف المتعلقة بخفض الطلب إلى حد بعيد عن طريق استبيان التقارير السنوية فيما يخص أنماط تعاطي المخدرات واتجاهاته، ومن خلال استبيانات التقارير الإثني سنوية فيما يتعلق بتنفيذ استراتيجيات وبرامج خفض الطلب التي تلتزم بما جاء في الاعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب (قرار الجمعية العامة د إ - ٣/٢٠، المرفق). وفي تقرير عام ٢٠٠٤ عن الوضع العالمي فيما يتعلق بتعاطي المخدرات (E/CN.7/2004/2)، نوقشت بعض التحديات التي تقيس مدى التقدم نحو بلوغ الأهداف.

٦٢ - ولتحسين تغطية البيانات العالمية عن تعاطي المخدّرات واستخدام الأدوات وقواعد البيانات الموجودة، تعاون المكتب مع منظّمة الصحة العالمية لضمان امكانية حصول الدول الأعضاء على بيانات بشأن استخدام وإساءة استخدام المواد المشروعة وغير المشروعة. وتم بوجه خاص، اجراء مناقشات واقامة تعاون بشأن تنسيق قواعد البيانات المتعلقة بالتبغ (أسهم المكتب في الدراسة الاستقصائية العالمية عن التدخين بين الشباب) وعن تعاطي الكحول، التي تديرها منظّمة الصحة العالمية وبشأن المعلومات عن تعاطي المخدّرات غير المشروعة التي يديرها المكتب. كذلك يتبادل المكتب المعلومات مع منظّمة الصحة العالمية في إطار دراستها بشأن موارد الصحة العقلية ونظام تنسيق المعلومات عن اتجاهات الإدمان، المعروف بمشروع أطلس، والذي يجمع معلومات عن موارد العلاج والوقاية.

٦٣ - وعلاوة على ذلك، أسهمت منظّمة الصحة العالمية في المشروع المشترك بين المكتب ومركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدّرات والإدمان عليها لإعداد مجموعة أدوات لجمع بيانات العلاج. ويجري إعداد مجموعة الأدوات هذه، التي ستساعد الدول الأعضاء على جمع بيانات قابلة للمقارنة، في إطار برنامج المكتب العالمي لتقييم مدى انتشار تعاطي المخدّرات، بالتعاون مع مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدّرات والإدمان عليها وخبراء الوكالات الدولية الأخرى وهيئات الخبراء.

٦٤ - ومنذ عام ١٩٩٩، قدّم المكتب المساعدة، من خلال البرنامج العالمي لتقييم مدى انتشار تعاطي المخدّرات، إلى ٥١ بلدا في شكل تدريب وتحليلات للأوضاع وإنشاء الشبكات. وأجريت في ٤٩ بلدا دراسات استقصائية للسكان والمدارس ومتعاطي المخدّرات والطلب على العلاج وفيروس نقص المناعة البشرية. وأجريت في ٢٣ بلدا دراسات أكثر عمقا لمساعدة الحكومات في وضع السياسات وتصميم البرامج، لأن البيانات الخاصة بمدى انتشار تعاطي المخدّرات غير كافية لإرشاد الحكومات في اتخاذ القرارات. وساعد المكتب بشكل مباشر في إنشاء شبكة إقليمية في كل من وسط آسيا وشرقي أفريقيا والجنوب الأفريقي والكاريببي.

٦٥ - وأسفر ذلك عن تحسين معايير الإبلاغ ونوعية البيانات وشموليتها، الأمر الذي مكّن المكتب من إعداد تحليلات عالمية أفضل للدول الأعضاء.

٦٦ - وبذلك مكّن التمويل المتاح حتى الآن من تنفيذ برامج فرعية إقليمية من البرنامج العالمي لتقييم مدى انتشار تعاطي المخدّرات في وسط وجنوب غربي آسيا والكاريببي

وشرقي وجنوبي أفريقيا، وشمال أفريقيا والشرق الأوسط. وسيوسع نطاق الأنشطة في عام ٢٠٠٥ لكي تشمل غرب ووسط أفريقيا.

### الحواشي

- (١) أُعطيت كل درجة من درجات تقدير الاتجاهات قيمة رقمية من -٢ إلى ٢ (حيث تمثل -٢ انخفاضاً كبيراً؛ و-١، انخفاضاً خفيفاً؛ والصفر، لا تغيير يذكر؛ و١، ارتفاعاً طفيفاً؛ و٢ ارتفاعاً كبيراً). ورجّحت التقديرات لكل نوع من المخدرات بحجم السكان في كل بلد. وجمعت التقديرات الوطنية لتمثل التقدير الاقليمي السنوي للاتجاه فيما يتعلق بكل نوع من المخدرات. وحُسب التغيير المجمع لكل منطقة. ويمثل منحني الاتجاه هذه التغييرات المجمعة منذ سنة الأساس للإبلاغ. والميزة الرئيسية لمثل هذا التحليل المرجح هي أنه يأخذ في الحسبان حجم السكان الذين يمثلهم الاتجاه، يقلل بدرجة كبيرة من احتمال تقدير مدى تمثيل الاتجاهات الإقليمية للواقع بأكثر أو بأقل كثيراً مما هو حقيقة. فحدوث زيادة كبيرة في تعاطي القنب مثلاً في بلد عدد سكانه قليل يعتبر أقل أهمية أو أقل تأثيراً مقارنة بزيادة طفيفة في بلد عدد سكانه كبير. وقد استخدم هذا الأسلوب أيضاً في تقرير المخدرات العالمي لسنة ٢٠٠٤ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.04.XI.16، المجلد ٢) حيث أشير إليه بأنه الرقم القياسي للاتجاهات تعاطي المخدرات.
- (٢) كان معدّل الاجابة ٥٧ في المائة (قدّمت ١٠٩ إجابات) في سنة الإبلاغ ٢٠٠٣ و٥٥ في المائة (١٠٦ إجابات) في سنة ٢٠٠٢ و٥٤ (١٠٣ إجابات) في سنة ٢٠٠١، و٤١ في المائة (٨٠ إجابة) في سنة ٢٠٠٠، و٤٩ في المائة (٩٤ إجابة) في سنة ١٩٩٩، و٥٨ في المائة (١١٢ إجابة) في سنة ١٩٩٨.
- (٣) Consejo Nacional contra las Adicciones, *Observatorio Epidemiológico en Drogas: El Fenómeno de las Adicciones en México 2001* (Mexico City, 2001).
- (٤) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Annual Report 2004: the State of the Drugs Problem in the European Union and Norway* (Lisbon, 2004).
- (٥) United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Treatment Episode Data Set (TEDS): 1992-2002; National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*, DASIS Series S-23, DHHS Publication No. SMA 04-3965 (Rockville, Maryland, 2004).
- (٦) United States of America, Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse: Advance Report* (December 2003).
- (٧) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، الاجتماع الاقليمي لتحديث المعلومات والتدريب فيما يتعلق بالمنشطات الأفيونية: التقرير النهائي، (بانكوك، ٢٠٠٤).
- (٨) National Surveillance Center on Drug Abuse, *Report of Drug Abuse Surveillance 2003* (Beijing, 2004).
- (٩) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، المكتب الاقليمي لجنوب آسيا، الدراسة الاستقصائية الوطنية عن مدى وأنماط واتجاهات تعاطي المخدرات في الهند: التقرير الوطني (٢٠٠٢).
- (١٠) Australian Institute of Health and Welfare, *Alcohol and Other Drug Treatment Services in Australia 2001-02: Report on the National Minimum Data Set*, HSE 28 (Canberra, 2003).

C. Wilkins and others, "Recent changes in the methamphetamine scene in New Zealand: (١١) preliminary findings from key informant surveys of drug enforcement officers and drug treatment workers", paper presented at a Centre for Social and Health Outcomes Research and Evaluation (SHORE) Seminar, Auckland, New Zealand, 16 January 2004.

Parry and others, *South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU): (١٢) Alcohol and Drug Abuse Trends, May 2004* (Cape Town, 2004).

Charles D. H. Parry and Andreas Plüddemann, "SENDU: the SADC Epidemiology Network on (١٣) Drug Use", *SENDU Update* (Cape Town), vol. 7, 2004.

(١٤) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، نظام للمعلومات المتعلقة بالمخدرات لشرق أفريقيا: أعمال الاجتماع السنوي الثالث (تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٣).

(١٥) مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، تقييم المرافق والخدمات الحالية للعلاج وإعادة التأهيل في مصر (٢٠٠١).