الأمم المتحدة
المكتب المعني بالمخدرات والجريمة

نشرة المخدرات

المجلد الخامس والخمسون، العددان ١ و ٢، ٢٠٠٣

الممارسات المتبعة في دراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات

مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة
فيينا

نشـــرة المخـــــــدرات

المجلد الخامس والخمسون، العددان ١ و ٢، ٢٠٠٣

الممارسات المتبعة في دراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات

الأمم المتحدة
نيويورك، ٢٠٠٤

منشـورات الأمم المتحــدة
رقم المبيع A.04.XI.5
ISBN 92-1-648009-2
ISSN 0256-9000

المحرر، ساندیب شاولا
مساعدة التحرير، يولندا لونا

United Nations Office on Drugs and Crime
Vienna International Centre
P.O. Box 500
A-1400 Vienna

Telephone: + (43) (1) 26060-4654
Facsimile: + (43) (1) 26060-5866

يمكن الحصول على *النشرة* من شبكة ويب العالمية على العنوان www.unodc.org

في ١ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٢ أصبح مكتب مراقبة المخدرات ومنع الجريمة يعرف باسم مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. ويضم مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات (اليوندسيب).

والآراء المعرب عنها في المقالات الموقّعة هي آراء كُتّابها ولا تعبّر بالضرورة عن وجهات نظر الأمانة العامة للأمم المتحدة.

تصـديــر

نشرة المخدرات مجلة تصدرها الأمم المتحدة وواظبت على نشرها منذ عام ١٩٤٩ . وتطبع *النشرة* بلغات الأمم المتحدة الرسمية الست – الاسبانية والانكليزية والروسية والعربية والصينية والفرنسية .

وتوفر *النشرة* معلومات مفيدة للمجتمع الدولي عن التطورات الحاصلة في مكافحة المخدرات على الصعد المحلية والوطنية والاقليمية والدولية .

وهذا العدد المزدوج من *النشرة* (المجلد الخامس والخمسون، العددان ١ و٢) مخصص للممارسات المتبعة في دراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات . وهو يلي العدد السابق (المجلد الرابع والخمسون، العددان ١ و٢) الذي تناول علم وبائيات تعاطي المخدرات . ويود مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة أن يقدم شكره إلى زيلي سلوبودا، التي عملت كزائرة محررة لهذين المجلدين من *النشرة* . ويخص بالشكر أيضا بول غريفش وريبيكا ماكيتين اللذين خططا لهذين المجلدين أثناء عملهما في مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة .

السياسة التحريرية والمبادئ التوجيهية للنشر

يدعو المحرر الأفراد والمنظمات إلى الإسهام في *النشرة* بمقالات تتناول السياسات والنهوج والتدابير والتطورات (النظرية و/ أو العملية) المتعلقة بمختلف جوانب الجهد المبذول لمكافحة المخدرات. وينبغي أن تعرض هذه المقالات بوجه خاص لنتائج البحوث والدراسات والتجارب العملية التي يمكن أن توفر معلومات مفيدة لمقرري السياسات والاختصاصيين والخبراء، فضلا عن عموم الناس.

وينبغي أن تكون كل مخطوطة تقدم للنشر في *النشرة* مادة أصلية وعلمية لم يسبق نشرها في مكان آخر وليست مقدمة في الوقت ذاته للنشر في مكان آخر، وينبغي أن تكون المقالة على مستوى فني رفيع نسبيا لكي تفي بمتطلبات منشورات الأمم المتحدة التقنية. ويرجى من المساهمين أن يراعوا حسن التقدير في محتوى مقالاتهم فينأون عن إصدار أي حكم نقدي بشأن حالة وطنية أو إقليمية معينة.

ويفضل أن ترسل المخطوطات في الشكل الحاسوبي "وورد" و(Word format) وينبغي أن تتألف كل مخطوطة من نسخة أصلية ورقية ونسخة على قرص ٣,٥ بوصة، بنظام "وورد" بالنسبة للنص و"إكسيل" (Excel) أو "لوتس" (Lotus) بالنسبة للرسوم البيانية والجداول، بأي لغة من لغات الأمم المتحدة الرسمية الست – الاسبانية والانكليزية والروسية والصينية والعربية والفرنسية. وينبغي أن تكون المخطوطة مشفوعة بخلاصة لها من ٢٠٠ كلمة تقريبا ومجموعة كاملة من المراجع المرقمة حسب ترتيب ظهورها في النص وقائمة بالعبارات الرئيسية. وينبغي أن يتراوح طول المخطوطة ما بين ١٠ و٢٠ صفحة مطبوعة في سطور مزدوجة المسافة، بما في ذلك الجداول والأشكال والمراجع. وينبغي أن تكون الجداول ظاهرة الدلالة وأن تشكل استكمالا للمعلومات الواردة في النص، لا تكرارا لها.

وينبغي توجيه المخطوطات، مشفوعة بنبذة عن السيرة الذاتية لكتابها، إلى العنوان التالي: Editor, Bulletin on Narcotics, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna International Centre, P.O. Box 500, A-1400 Vienna, Austria. وينبغي أن ترفق المقالة برسالة إحالة يُعيّن فيها أحد الكتّاب بوصفه الطرف المراسل، وتتضمن عنوانه الكامل ورقم هاتفه ورقم الفاكس بالإضافة إلى عنوان البريد الالكتروني إن وجد. وتعاد المخطوطات غير المنشورة إلى الكتّاب، ولكن الأمم المتحدة لا تتحمل مسؤولية ضياعها.

والآراء المعرب عنها في المقالات الموقّعة الصادرة في هذه *النشرة* هي آراء الكتّاب ولا تعبّر بالضرورة عن وجهات نظر الأمانة العامة للأمم المتحدة. ولا تنطوي التسميات المستخدمة في هذا المنشور، ولا طريقة عرض المادة التي يتضمنها، على الإعراب عن أي رأي كان من جانب الأمانة العامة للأمم المتحدة بشأن المركز القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة، أو للسلطات القائمة فيها، أو بشأن تعيين حدودها أو تخومها.

والمواد المنشورة في هذه *النشرة* هي ملك للأمم المتحدة وتتمتع بحماية حقوق التأليف والنشر وفقا لأحكام البروتوكول ٢ المرفق بالاتفاقية العالمية لحقوق التأليف والنشر والمتعلق بانطباق تلك الاتفاقية على المؤلفات الصادرة عن منظمات دولية معينة.

الاستنساخ والشراء والشراكات

يمكن الحصول على جميع أعداد *النشرة* (ابتداء من المجلد الأول، العدد ١ (١٩٤٩) حتى هذا العدد)، من صفحة برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات على شبكة الإنترنت، وهي: (www.undcp.org).

ويمكن الحصول أيضا على الأعداد الخاصة التالية من النشرة في شكل منشورات الأمم المتحدة:

١٩٩٢

دور أجهزة إنفاذ القوانين في مكافحة تعاطي المخدرات (المجلد الرابع والأربعون، العدد ١)

الأثر البيئي لتعاطي المخدرات (المجلد الرابع والأربعون، العدد ٢)

١٩٩٣

مسائل السياسة العامة المتصلة بتعاطي المخدرات وفيروس القصور المناعي البشري (المجلد الخامس والأربعون، العدد ١)

اختبارات الكشف عن المخدرات في أماكن العمل (المجلد الخامس والأربعون، العدد ٢)

١٩٩٤

الأسرة وتعاطي المخدرات (المجلد السادس والأربعون، العدد ١)

عدد عام عن تعاطي المخدرات (المجلد السادس والأربعون، العدد ٢)

١٩٩٥

عدد خاص عن البعد الجنساني وتعاطي المخدرات (المجلد السابع والأربعون، العددان ١ و٢)

١٩٩٦

عدد خاص عن التقييم السريع لتعاطي المخدرات (المجلد الثامن والأربعون، العددان ١ و٢)

١٩٩٧ و١٩٩٨

عدد مزدوج عن القنّب: التطورات الأخيرة (المجلد التاسع والأربعون، العددان ١ و٢، والمجلد الخمسون، العددان ١ و٢)

١٩٩٩

مقالات غير دورية (المجلد الحادي والخمسون، العددان ١ و٢)

٢٠٠٠

التكاليف الاقتصادية والاجتماعية لتعاطي مواد الإدمان (المجلد الثاني والخمسون، العددان ١ و٢)

٢٠٠١

انتهاج سياسات دينامية بشأن العقاقير: فهم أوبئة تعاطي العقاقير والحد من انتشارها (المجلد الثالث والخمسون، العددان ١ و٢)

٢٠٠٢

علم وبائيات تعاطي المخدرات (المجلد الرابع والخمسون، العددان ١ و٢)

وينبغي توجيه طلبات الإذن باستنساخ المقالات التي تحمل توقيع أصحابها إلى العنوان التالي:
Secretary of the Publications Board, United Nations, New York, New York 10017, United States of America.

وينبغي توجيه الرسائل المتعلقة بشراء نسخ *النشرة* أو بالاشتراك فيها كما يلي:

من بلدان آسيا وأمريكا الشمالية وأوقيانوسيا وأمريكا الجنوبية، إلى العنوان التالي:

The Chief
Sales and Marketing Office in New York
United Nations Publications
United Nations Headquarters
New York, NY 10017
United States of America

ومن بلدان أفريقيا وأوروبا والشرق الأوسط، إلى العنوان التالي:

The Chief
Sales and Marketing Office in Geneva
United Nations Publications
United Nations Office at Geneva
Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10
Switzerland

المحتـــويات

الصفحة

تصدير iii

وضع منظـــور عالمي لأنمـاط تعاطي المخـــدرات واتجـــاهاته – التحدي المواجه في دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات
ب. غريفشس ور. ماكيتين ١

تأثير دراسة الانتشار الوبائي على سياسة مكافحة المخدرات
د. ف. موستو وز. سلوبودا ٩

دعم عملية تقرير السـياسات بالاسـتناد إلى الأدلة: دراسـة تحليلية لنظـام الإبلاغ عـن المخدرات غير المشروعة في أستراليا
ل. توب ور. ماكيتين ٢٣

تجارب الشبكة المتعددة المدن لمجموعة بومبيدو، ١٩٨٣-٢٠٠٢
ر. بليس ٣١

فهم اتجاهات المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية: دور فريق البحوث الوبائية المجتمعية بوصفه جزءا من نظام شامل للمعلومات المتعلقة بالمخدرات
ز. سلوبودا ون. ج. كوزيل ٤١

دراســـة المؤســسات الأوروبيـة للانتشـــار الوبـــائي للمخـــدرات: الخلـفـية التاريخـيـة والمؤشـرات الرئيسـية
ر. ل. هارتنول ٥٣

الشبكة الكاريبية لدراسة الانتشار الوبائي: التعقيدات التي ينطوي عليها وضع منظور إقليمي
ك.-ج. دوغلاس وج. هيليبراند ٧٣

تطوير شـبكة دراسـة الانتشـار الوبائي لتعـاطي المخدرات التـابعة للجمـاعة الإثمـائية للجنوب الأفريقي: الأساليب والقضايا
س. د. هـ. باري وأ. بلودمان وج. ستريدوم ٨٣

التحدي المتمثل في إقامة نظم للمعلومات المتعلقة بالمخدرات في أفريقيا
م. وارنر-سميث ٩٥

المكسيك: نظم تشخيص الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات
م. أي. مدينا-مورا وب. كرافيوتو وأ. أورتيز وب. كوري وج. فيلاتورو ١٠٥

الاتجاهات السائدة في تعاطي المواد ذات التأثير النفساني في الاتحاد الروسي
أ. كوشكينا ١٢١

المسـائل المحيـطة باكتشـاف انخفـاض في المعـروض مـن المخـدرات: نقـص الهـيروين في أستراليا في عام ٢٠٠١
ل. ديغنهارت ول. توب وس. داي ١٣١

وضع منظور عالمي لأنماط تعاطي المخدرات واتجاهاته–التحدي المواجه في دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات

ب. غريفشس و ر. ماكيتين
مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، فيينا

خلاصة

الغرض من هذه الورقة هو استعراض التقدم المحرز على الصعيد العالمي نحو تحسين المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات. وتستعرض الورقة التطورات المنهجية التي تحققت من خلال تعاون الخبراء الدوليين والمنظمات الدولية في مجال دراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات في اجتماعين عالميين، عقد الأول في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٠ للتوصل إلى توافق في الآراء بشأن المبادئ والهياكل والمؤشرات الداعمة لنظم المعلومات الخاصة بالمخدرات، وعقد الثاني في كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠١ لاستعراض الأساليب التي تستخدمها الشبكات الاقليمية المعنية بدراسة الانتشار الوبائي ولتحديد فرص التطوير المنهجي والتعاون المستقبلي وتحسين الممارسات العملية. وقد نجحت المناقشات التي جرت أثناء هذين الاجتماعين في وضع إطار لتحسين الممارسات المتبعة في جمع البيانات على الصعيد العالمي، وبرهنت على إحراز تقدم ملحوظ في نطاق التغطية والنوعية في البيانات التي تم جمعها. ولعب استخدام شبكات المعلومات المتعلقة بالمخدرات دورا أساسيا في هذه العملية التطويرية بتعزيز جمع وتفسير البيانات بصورة منهجية، وتوفير ملتقى لتبادل المعلومات والخبرات بين مختلف التخصصات والمناطق الجغرافية. وتتركز التحديات المتبقية أمام عملية جمع البيانات على الصعيد العالمي في تطوير أساليب جمع متينة ومنخفضة التكلفة يمكن تطويعها لكل مناطق العالم وفي الحاجة إلى تعاون أقاليمي مستمر لتعزيز هذه العملية.

العبارات الرئيسية: نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات؛ اتجاهات المخدرات؛ تعاطي المخدرات؛ دراسة الانتشار الوبائي؛ الأساليب؛ جمع البيانات؛ الشبكات؛ المسائل العالمية.

مقدمة

على الرغم من أن هناك بلدانا تستطيع الادعاء بتحقيق نجاحات في الحد من الطلب على المخدرات غير المشروعة، فان تعاطيها لا يزال يتزايد في مختلف أنحاء العالم. وقد تزايد في بعض البلدان النامية على وجه التحديد بصورة مذهلة. غير أن المعرفة بنطاق تعاطي المخدرات غير المشروعة لا تزال غير وافية ولا يزال فهم أنماط التعاطي واتجاهاته محدودا. ولاعتماد سياسات فعالة لخفض تعاطي المخدرات، تحتاج الحكومات إلى بيانات بشأن متى وأين ولماذا يتعاطى الناس المخدرات غير المشروعة.

وتتجاوز أنماط تعاطي المخدرات الحدود الوطنية، إذ أصبحت تتهيأ للمتعاطين سبل الوصول إلى طائفة أكبر من المخدرات وأصبحت الاتجاهات الاجتماعية، بين الشباب بصفة خاصة، تنتشر بسرعة أكبر من ذي قبل من خلال تحسن الاتصالات. ويتعيّن مع تعولم المخدرات أن تكون السياسات المتعلقة بخفض الطلب عالمية النطاق أيضا، شأنها في ذلك شأن نظم المعلومات التي تستند إليها.

وليس من السهل الحصول على صورة شاملة للأنماط والاتجاهات العالمية السائدة في استهلاك المخدرات غير المشروعة. وتوجد، على الصعيد العالمي، آلية واحدة تستهدف تكوين صورة عامة عن الحالة العالمية لتعاطي المخدرات، وهي الجزء الثاني المعنون "نطاق تعاطي المخدرات وأنماطه واتجاهاته" من الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية [١]. وتستخدم الدول الأعضاء في الأمم المتحدة هذا الاستبيان للوفاء بالتزاماتها بموجب معاهدات مراقبة المخدرات بإبلاغ لجنة المخدرات بمختلف جوانب مشكلة المخدرات غير المشروعة. ويتيح هذا الاستبيان إمكانية جمع البيانات عالميا بالاستناد إلى مجموعة متفق عليها من المؤشرات الأساسية لتعاطي المخدرات باستخدام ثلاثة مستويات من الإبلاغ هي: خلاصة لآراء الخبراء، وبيانات كمية غير موحدة قياسيا أو جزئية وبيانات كمية موحدة قياسيا. ورغم أن القصد من الاستبيان هو أن يكون بمثابة مجموعة موجزة من البيانات فحسب، فانه يوفر وسيلة مفيدة للتشجيع على اعتماد أساليب لجمع البيانات من مصادر متعددة ومؤشرات أساسية متسقة، ويمكن أن يوفر هيكلا أساسيا لجهود جمع البيانات. وتكفل البلدان التي تعتمد التدابير الأساسية الموجودة في الاستبيان خروج عمليات جمع البيانات بمعلومات متسقة مع المعايير الدولية. وتستند الصورة الحالية للوضع العالمي المتعلق بالمخدرات إلى بيانات الاستبيان إلى جانب غيره من المواد المنشورة بشأن تعاطي المخدرات، وتعوّل بشدة على البيانات التي توفرها النظم الوطنية والاقليمية للمعلومات المتعلقة بالمخدرات [٢]. ومع ذلك، فان المعلومات المتعلقة بالوضع العالمي للمخدرات هي معلومات سطحية، نظرا لرداءة نوعية البيانات في العديد من المناطق والافتقار إلى معايير إبلاغ قابلة للمقارنة. وتعتبر مواءمة أساليب وأنشطة جمع البيانات على الصعيد العالمي واعتماد أساليب سليمة لجمع البيانات وتطوير القدرة على جمع البيانات عناصر أساسية لتحسين القاعدة العالمية للمعلومات المتعلقة بالمخدرات. وتستعرض هذه الورقة التقدم المحرز حتى الآن في بلوغ هذه الغايات.

المبادئ التوجيهية لجمع البيانات

إن مواءمة أساليب وأنشطة جمع البيانات هي جزء لا يتجزأ من الجهود الرامية إلى تحسين نوعية البيانات الدولية المتعلقة بتعاطي المخدرات. وقد اتخذت في كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٠ خطوة أولى هامة نحو تحقيق هذه المواءمة بعقد اجتماع مشترك لممثلي الهيئات الدولية والشبكات الاقليمية للمعلومات المتعلقة بالمخدرات وغيرهم من الخبراء التقنيين لبحث المبادئ والهياكل والمؤشرات الضرورية لفعالية نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات [٣]. واستضاف هذا الاجتماع مركزُ الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها في لشبونة ودعمه برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات في إطار البرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات. وقد أولى فريق الخبراء الدوليين اهتماما خاصا لوضع مجموعة من المؤشرات الأساسية على الانتشار الوبائي للطلب لتقييم تعاطي المخدرات على الصعيد العالمي. وتم التوصل إلى توافق في الآراء حول المؤشرات الأساسية التالية للطلب على المخدرات:

(أ) تعاطي المخدرات بين عامة السكان؛

(ب) تعاطي المخدرات بين الشباب؛

(ج) تعاطي المخدرات بأنماط شديدة الخطر؛

(د) الانتفاع بالخدمات العلاجية لمشاكل المخدرات؛

(هـ) الإصابات المرضية المتصلة بالمخدرات؛

(و) الوفيات المتصلة بالمخدرات.

واختيرت هذه المؤشرات لأنها تعالج مجالات اعتُبر جمع البيانات فيها بشكل روتيني أمرا ممكنا، على الأقل بالنسبة لبعض البلدان، ولم يقصد لها أن تمثل قاعدة شاملة للمعلومات اللازمة لتلبية كل الاحتياجات المعلوماتية على الصعيد الاقليمي أو الوطني.

وعلاوة على توافق الآراء حول المؤشرات الأساسية لتعاطي المخدرات، كان هناك اتفاق على المبادئ التي ينبغي أن ترتكز عليها أنشطة جمع البيانات. وينبغي أن تسترشد عملية جمع بيانات مفيدة عن تعاطي المخدرات بالمبادئ العامة التالية:

(أ) ينبغي أن تكون البيانات مناسبة من حيث توقيتها وتلبيتها لاحتياجات مقرري السياسات وموفري الخدمات؛

(ب) ينبغي للجهود المبذولة لتحسين نوعية البيانات وقابليتها للمقارنة على الصعيد الدولي، وإن تكن غير كافية بحد ذاتها لتكوين فهم شامل لأنماط تعاطي المخدرات، أن تركز على عدد محدود من المؤشرات ومجموعة مقدور عليها من البيانات الأساسية ذات الأولوية؛

(ج) يجب إخضاع المؤشرات البسيطة على تعاطي المخدرات لدراسة تحليلية مناسبة قبل الانتهاء إلى الاستنتاجات الاستراتيجية. وعملية تحليل البيانات الإحصائية الأساسية وتفسيرها تتعزز بدرجة كبيرة إذا اقترنت ببحوث كمية ونوعية وبقدر أوسع من المعلومات المتعلقة بالسياق؛

(د) إن النهوج المتعددة الأساليب والمتعددة المصادر مفيدة بصفة خاصة في جمع وتحليل البيانات المتعلقة بتعاطي المخدرات ونتائجه؛

(هـ) ينبغي أن تجمع البيانات وفقا لمبادئ علمية ومنهجية سليمة ضمانا لموثوقيتها وصحتها؛

(و) ينبغي أن تكون الأساليب قابلة للتكييف ومراعية لمختلف الثقافات والسياقات التي ستستخدم فيها؛

(ز) ينبغي أن يكون جمع البيانات وتحليلها والإبلاغ عنها على أكبر قدر ممكن من الاتساق والقابلية للمقارنة تيسيرا لإجراء مناقشات مفيدة حول أوجه التغير والتشابه والاختلاف في ظاهرة تعاطي المخدرات؛

(ح) ينبغي أن تكون أساليب الحصول على المعلومات ومصادرها مبينة بوضوح ومفتوحة للمراجعة؛

(ط) ينبغي أن تمتثل عملية جمع البيانات والإبلاغ عنها لمعايير الأخلاقيات البحثية المعترف بها؛

(ي) ينبغي أن يكون جمع البيانات ممكنا من الناحية العملية ومجديا من حيث التكلفة في السياق الوطني الذي يجري فيه.

واعتُرف بأن تحديد الأساليب السليمة لا يكفي بمفرده لتحسين القدرة على جمع البيانات. بل من الضروري أيضا إقامة شبكات وهياكل تنظيمية مناسبة لتوفير البنية التحتية اللازمة لدعم عملية جمع البيانات. ويلزم بالتالي تحسين القدرة على تحليل وتفسير المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات. وهذا أمر يتوقف على مزيج من الأساليب السليمة والخبرة الفنية البشرية وتوافر الموارد المناسبة، كما يتطلب تدريبا ودعما تقنيا ودعما سياسيا متواصلا واستثمارا لضمان استدامة نظم جمع البيانات ونجاحها. ورغم أن الإنفاق على جمع البيانات يجب أن يكون مجديا من حيث الموارد المتاحة في البلد، فينبغي التسليم أيضا بأن الاستثمار في أنشطة جمع البيانات أمر ضروري وفعال في استخدام الموارد، إذ أنه يؤدي إلى تحسين تطوير واستهداف وتقييم الاستثمارات الأخرى في مجال خفض الطلب على المخدرات.

الوضع العالمي للمعلومات المتعلقة بالمخدرات

أحيلت المبادئ الخاصة بجمع البيانات المتعلقة بتعاطي المخدرات والتي حددت خلال اجتماع لشبونة إلى حلقة العمل الدولية بشأن نظم المعلومات عن المخدرات: الأنشطة والأساليب وفرص المستقبل، وهي حلقة للخبراء التقنيين الذين يمثلون نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات والهيئات الدولية ذات الصلة، عقدت في فيينا من ٣ إلى ٥ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠١. وقد وفرت الحلقة ملتقى تعاونيا للوقوف على آخر التطورات الهامة في اتجاهات تعاطي المخدرات؛ ولاستعراض مختلف الأساليب المستخدمة في الشبكات الاقليمية المعنية بدراسة الانتشار الوبائي؛ وتحديد الفرص المتاحة للتطويرات المنهجية والتعاون المستقبلي وتحسين الممارسات العملية [٤]. ويستند التقييم التالي لحالة جمع البيانات إلى النتائج التي توصل إليها ذلك الاجتماع مقترنة باستعراض التقارير الأخرى ذات الصلة التي صدرت مؤخرا.

شهدت السنوات الأخيرة تقدما ملحوظا في إقامة نظم وشبكات للمعلومات المتعلقة بالمخدرات. وباتت حكومات البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية على السواء أكثر اقتناعا بأهمية هذا النوع من العمل وزاد استثمارها في هذه الأنشطة تبعا لذلك. فأُنشئت شبكات اقليمية جديدة وتوسعت الشبكات القائمة في أنشطتها. وعلاوة على ذلك، كان هناك اتجاه نحو اعتماد نهوج متماثلة عموما تنطوي أحيانا كثيرة على الأخذ بأساليب متعددة المؤشرات. والتشابه في النهوج المعتمدة ما هو، إلى حد ما، سوى دليل على تزايد التوافق في الآراء حول ما يشكل ممارسة سليمة في هذا المجال. وبالإضافة إلى ذلك، كان هناك اتجاه نحو اعتماد فئات موحدة للإبلاغ، الأمر الذي يزيد من قابلية البيانات للمقارنة على الصعيد الدولي. وقد أدت هذه الأنشطة إلى تحسين نوعية وكمية المعلومات المجموعة عن تعاطي المخدرات.

ومن المعالم المشتركة في تطوير معظم الشبكات الاقليمية استخدام أفرقة من الخبراء التقنيين وهمزات وصل لجمع المعلومات إلى جانب استخدام مؤشرات موحدة. وقد جمعت الشبكات الاقليمية بين البلدان التي لديها تجارب ومشاكل متشابهة، الأمر الذي يسّر تبادل المعارف واستحداث أساليب مراعية للثقافات والظروف المحلية. وتحققت تحسينات في القدرة الاقليمية على جمع البيانات من خلال عملية تطويرية تعترف بالحاجة إلى وضع نهوج لجمع البيانات تتناسب مع الظروف الوطنية وتقدّر في الوقت ذاته فوائد اعتماد تدابير متسقة ومبادئ منهجية موثوقة. ولا تزال هناك فرصة كبيرة لتوثيق التعاون بين المناطق في تقاسم الموارد والخبرات التقنية وتحسين تنسيق العمل في المجالات ذات الاهتمام المشترك ومواصلة دعم التقدم المحرز في وضع نهوج مشتركة وتدابير موحدة. ويؤدي تطوير الشبكات أيضا إلى تيسير الحوار بين العلماء ومقرري السياسات، ما قد

يساعد على ضمان تلبية عملية جمع البيانات لاحتياجات رسم السياسات. ونجد الآن أن هناك في العديد من البلدان اعترافا لدى مقرري السياسات بأهمية المعلومات السليمة وفهما للبنية التحتية اللازمة لتوفير هذه المعلومات.

ورغم وضوح التقدم المحرز، لا تزال هناك تحديات كبيرة. وعلى وجه التحديد، لا تزال هناك حاجة ملحّة إلى تطوير أساليب مراقبة زهيدة التكلفة من أجل البلدان النامية. فمع أن الدراسات الاستقصائية لعامة السكان كثيرا ما تُستخدم لقياس مدى تعاطي المخدرات، فهذه الأنواع من الدراسات الاستقصائية الواسعة النطاق ليست خيارات صالحة للعديد من البلدان النامية بسبب ما ينطوي عليه تنفيذها من تكاليف ولوجستيات. يضاف إلى ذلك أن هذه التقنيات لا توفر تقديرات دقيقة لمدى انتشار تعاطي المخدرات بأنماط خطرة الأكثر شيوعا لدى الفئات المهمشة، كمتعاطي المخدرات عن طريق الحقن. ويستعان حاليا أكثر فأكثر بتقنيات أخرى للتقديرات الإحصائية من أجل تقدير نطاق الانتشار لدى الفئات السكانية المهمشة، كمتعاطي الهيروين أو متعاطي المخدرات بالحقن. وهناك أيضا احتمال بأن تكون هذه التقنيات أكثر ملاءمة في البلدان التي قد يتسبب فيها الخوف من المشاركة في استقصاءات مواقف عامة الناس إلى إبلاغ منقوص عن تعاطي المخدرات. وهناك حاجة إلى الاطلاع على خبرات البلدان التي استخدمت تدابير إحصائية غير مباشرة لتقدير نطاق الانتشار وإلى وضع مبادئ توجيهية لتطبيق هذه التقنيات في المناطق النامية.

وكان إعداد وتنفيذ الاستقصاءات المدرسية أحد المجالات التي أحرز فيها تقدم ملحوظ. ويعني تحسن التغطية العالمية في الأساليب الاستقصائية هذه وقابليتها للمقارنة أن هذا المصدر من مصادر البيانات أصبح يوفر درجة كبيرة من التبصر في الأنماط العالمية لتعاطي المخدرات. وعلى سبيل المثال، جعلت لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات الاستقصاءات المدرسية أحد مجالاتها ذات الأولوية في جمع البيانات في الأمريكتين وتتوقع أن يتم جمع البيانات من كل البلدان المشاركة باستخدام شكل موحد [٥]. وشمل المشروع الأوروبي للاستقصاءات المدرسية بشأن تناول الكحول وغيرها من المخدرات ٣٠ بلدا أوروبيا في جولته الأخيرة لجمع البيانات [٦]. وتعتزم الشبكة الكاريبية للمعلومات المتعلقة بالمخدرات تنسيق استقصاءات مدرسية في ١٠ بلدان على الأقل خلال الفترة ٢٠٠٢-٢٠٠٣ [٧]، وتوجد أيضا بيانات استقصائية مدرسية من عدد من البلدان الآسيوية [٨]. وهناك إمكانية كبيرة لزيادة التغطية في البيانات الاستقصائية المدرسية وزيادة قابلية هذه البيانات للمقارنة في المدى المتوسط، ومن المحتمل بالتالي أن يلعب مصدر البيانات هذا دورا متزايد الأهمية كمؤشر على مدى تعرّض السكان للتعاطي لأغراض المقارنات الدولية وتحليل الاتجاهات. ولكن من الجدير بالذكر أن البيانات المستمدة من الاستقصاءات المدرسية لا تعطي صورة واضحة عن التعاطي الإشكالي والمزمن للمخدرات (كتعاطي الهيروين بالحقن، على سبيل المثال)، لأن هذه الأنماط من تعاطي المخدرات لا تبدأ في الغالب إلا بعد أن يترك الطالب المدرسة، والاحتمال أكبر أيضا في أن تحدث لدى الفتية المنقطعين عن الدراسة (كأولاد الشوارع ودائمي التغيب عن المدرسة بدون إذن). وثمة تحد آخر لتحسين التغطية في بيانات الاستقصاءات المدرسية وهو أن الالتحاق بالمدارس ليس عموميا في العديد من البلدان النامية أو أنه قد ينتهي في سن مبكرة. لذا، توجد حاجة إلى وضع استراتيجيات لتحسين التغطية والأداء في الاستقصاءات المدرسية والشبابية في البلدان النامية، حيث يفرض تنظيم الخدمات التعليمية مطالب خاصة على الأسلوب المنهجي.

ولا يزال الإبلاغ عن تلقي العلاج من المخدرات يمثل عنصرا أساسيا في معظم نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات. ويؤدي اختلاف طبيعة توفير العلاج من المخدرات بين بلد وآخر إلى تعقيد قابلية هذه البيانات للمقارنة وتعقيد نطاق تغطيتها. وقد أدى إدراج الخدمات الطبية/ النفسية، كلما سنحت

الفرصة، في عملية جمع البيانات إلى تحسين التغطية في العديد من المناطق، كما تعززت نوعية البيانات وقابليتها للمقارنة بفضل جمع هذه البيانات روتينيا واستخدام معايير تشخيصية موحّدة. وهناك إمكانية كبيرة لتطوير عملية جمع البيانات العلاجية من خلال التوافق على تعاريف موحدة وممارسات منهجية سليمة، إلى جانب تطويع أساليب جمعها للبيئات العلاجية غير المتخصصة التي توفر العلاج للمرتهنين للمخدرات. وثمة مجال آخر يمكن تطويره وهو دمج أساليب مراقبة الانتشار الوبائي بأدوات إدارة الحالات السريرية. وأخذ العديد من البلدان يحسّن عملية جمع المعلومات في كل من هذين المجالين. ومن حيث الموارد، قد يكون من المجدي بالتالي، لا سيما للبلدان النامية، النظر في اعتماد نماذج توفر بيانات موجزة لأغراض المراقبة وتفي في الوقت نفسه باحتياجات موفري الخدمات العلاجية السريرية من المعلومات اللازمة لرصد المرضى المشمولين بهذه الخدمات.

وباستثناء سجلات تلقي العلاج التخصصي من المخدرات، لا توجد سوى لدى قلة قليلة من المناطق بيانات شاملة عن الإصابات المرضية والوفيات المتصلة بالمخدرات. ويولى حاليا اهتمام بالغ لرصد فيروس نقص المناعة البشرية (الهيف) وغيره من الإصابات الفيروسية لدى متعاطي المخدرات بالحقن؛ ولكن نطاق التغطية في البيانات متفاوت وهناك حاجة ماسة لتحسين القدرة على جمع البيانات في المناطق النامية. ويجب إجراء المزيد من التطوير لأساليب فعالة وزهيدة التكلفة لتقدير نطاق انتشار تعاطي المخدرات بالحقن وتطويع هذه الأساليب لأوضاع المناطق النامية. ومن شأن هذه العملية أن تيسّر تقدير التغطية المحتملة والمحققة في عمليات التدخل التي تستهدف مشكلة تعاطي المخدرات بالحقن. وينبغي، علاوة على ذلك، استحداث آليات لتحسين حساسية نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات إزاء ظهور فئات سكانية جديدة تستخدم أسلوب الحقن. وينبغي أيضا رصد السلوك المجازف للوقوف على مدى انتقال الإصابة بالهيف.

وثمة تطور آخر هو تضمين نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات نتائج فحص الموقوفين بحثا عن آثار المخدرات. ويمثل هذا التطور مؤشرا جديدا نسبيا، ولكنه في مجال هام للسياسة العامة، أي العلاقة بين أنماط تعاطي المخدرات والسلوك الإجرامي. وتوحي التطورات في الاتحاد الأوروبي أيضا أن ثمة فوائد جمة يمكن أن تتأتى من الجمع بين بيانات الانتشار الوبائي وبيانات الطب الشرعي المتعلقة بطبيعة وتركيب مواد الإدمان المتاحة في الأسواق غير المشروعة. وكان التطوير في هذا المجال غير مرض حتى الآن، وإذا جمعت هذه المعلومات فإنها لا توضع عادة ضمن سياق المعلومات المتعلقة بمراقبة الانتشار الوبائي. ومع ذلك، يوجد بعض التقدم في استخدام هذا النوع من المعلومات لرصد الاتجاهات في العقاقير الاصطناعية الجديدة في مختلف أنحاء أوروبا. وأحد المجالات ذات الأولوية العليا في تطوير أنشطة جمع البيانات هو إرساء معايير أخلاقية في هذا الميدان، ولا سيما فيما يتعلق باستخدام سجلات المخدرات والاختبارات البيولوجية وفي المناطق التي لم تُعتمد فيها رسميا إجراءات لضمان تطبيق المعايير الأخلاقية. وينبغي دعم هذه العملية بوضع مبادئ توجيهية أخلاقية لجمع المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات غير المشروعة.

وقد تم تحديد عدد من التدابير لمواجهة التحديات المتبقية التي تعترض عملية جمع البيانات على الصعيد العالمي ولتعزيز التقدم المحرز حتى الآن في هذا الميدان. وتركّز هذه التدابير على تحسين التعاون الأقاليمي، ولا سيما تقاسم الأساليب والموارد فيما بين المناطق من أجل تحسين التوافق حول الممارسات السليمة في دراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات. ومن شأن تقاسم الخبرات في معالجة المسائل الأخلاقية في دراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات أن يساعد أيضا في إرساء معايير أخلاقية لجمع البيانات المتعلقة بتعاطي المخدرات، وخصوصا في المناطق النامية التي لم تُعتمد فيها مثل هذه المعايير رسميا. وعموما، ينبغي أن تشمل هذه النظم طائفة أوسع من مصادر المعلومات، وخصوصا

المعلومات الآتية من فئات سكانية غير مؤسسية والمعلومات المتعلقة بجانب العرض، وذلك لتحسين حساسيتها للاتجاهات الجديدة في مجال المخدرات. وأخيرا، ينبغي ربط أنشطة جمع البيانات بالسياسة العامة وبتنفيذ أنشطة خفض الطلب من خلال الحوار المتواصل بين مقرري السياسات وخبراء الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات.

ملخـــص

تحقق في الآونة الأخيرة قدر كبير من التقدم باتجاه تحسين عملية جمع البيانات، ليس من حيث التغطية في أنشطة هذه العملية فحسب بل من حيث نوعية البيانات المجموعة وفائدتها في صوغ السياسة العامة. ولعب استخدام شبكات المعلومات المتعلقة بالمخدرات دورا رئيسيا في هذه العملية التطويرية، إذ أتاحت هذه الشبكات فرصة التحاور فيما بين مختلف قطاعات المجتمع المحلي وفيما بين مختلف البلدان والمناطق. وأُحرز تقدم باتجاه تحسين التغطية بالمؤشرات الأساسية المحددة لتعاطي المخدرات في المناطق النامية من خلال تكييف أساليب جمع البيانات لتصبح مجدية من حيث التكلفة، لا سيما الاستقصاءات المدرسية والإجراءات غير المباشرة لتقدير نطاق التعاطي الاشكالي للمخدرات. وفي هذا الصدد، كان للشبكات دور حاسم الأهمية في تشجيع الجمع والتفسير المنهجيين للبيانات المستمدة من مرافق الخدمات العلاجية لمتعاطي المخدرات وكذلك البيانات الأخرى عن الأحداث المتصلة بالمخدرات. ولا تزال هناك تحديات لزيادة تحسين التغطية في أنشطة جمع البيانات وتوسيع نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات لتعزيز تطوير أنشطة جمع البيانات المتصلة بالمخدرات. وسوف يؤدي تحسين التعاون الأقاليمي وما يتصل به من تقاسم الموارد التقنية إلى تيسير المواءمة بين جهود جمع البيانات واستحداث أساليب تتيح القيام برصد فعال من حيث التكلفة لاتجاهات المخدرات في جميع مناطق العالم.

المراجـــع

١- "Revision of part II of the annual reports questionnaire: note by the Secretariat" (E/CN.7/2001/3), 5 February 2001, annex.

٢- United Nations, "World situation with regard to drug abuse, in particular the spread of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) through drug injection: Report of the Secretariat" (E/CN.7/2002/2), 10 January 2002.

٣- United Nations, "Drug information systems: principles, structures and indicators" (E/CN.7/2000/CRP.3), 3 March 2000.

٤- *Global Workshop on Drug Information Systems: Activities, Methods and Future Opportunities*, Vienna, 3-5 December 2001.

٥- Organization of American States, Inter-American Drug Abuse Control Commission, *Evaluation of Progress in Drug Control: Hemispheric Report 1999-2000* (Washington, D.C., 2000).

٦- B. Hibell and others, *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries* (Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), and Strasbourg, Pompidou Group of the Council of Europe, 2000).

٧- *First Stakeholders Meeting of the Drug Abuse Epidemiological and Surveillance System Project*: *Meeting Highlights*, Trinidad, 23-25 July 2001.

٨- United Nations International Drug Control Programme, Regional Office for South Asia, *South Asia Drug Demand Reduction Report* (New Delhi, 2000).

تأثير دراسة الانتشار الوبائي على سياسة مكافحة المخدرات

د. ف. موستو
قسم علم النفس، جامعة ييل، نيوهيفن، كونكتيكت، الولايات المتحدة الأمريكية

ز. سلوبودا
معهد الصحة والسياسة الاجتماعية، جامعة أكرون، أوهايو، الولايات المتحدة الأمريكية

خلاصة

ينبئ الوجه المتغير لتعاطي المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية وأماكن أخرى من العالم طوال القرن الماضي بما سيحصل في مجالي الوقاية والعلاج من تعاطي المخدرات في القرن الحادي والعشرين والألفية الجديدة. والأخصائيون العاملون في هذين المجالين مستعدون لأول مرة لمواجهة التحدي. ولم يعد أخصائيو اليوم معتمدين على الايديولوجيات لدفع الجهود البحثية قدما. إذ تتوفر الآن قاعدة معرفية ضخمة تقوم على أسس علمية. ورغم أن البحوث مستمدة من المشاريع المدعومة والمنفذة في الولايات المتحدة، فمن الممكن بفضل البنية التحتية البحثية المتنامية وعدد من الشبكات التفاعلية إدراج البحوث من بلدان أخرى في تلك القاعدة المعرفية. وستمكّن هذه البحوث والشبكات المترابطة الجهات الملتزمة من حماية الأجيال المقبلة من الآثار المدمرة النفسية والاجتماعية والبدنية الناشئة عن تعاطي المخدرات والارتهان لها، لا سيما المخدرات غير المشروعة. ولفهم الحالة الراهنة للعلوم المتعلقة بالبحوث الوبائية في ميدان تعاطي المخدرات، ينبغي استعراض الأسس التي يستند إليها في وصف تعاطي المخدرات بالسلوك الخطر وغير المشروع. ونشأت محاولات دراسة تعاطي المخدرات بإقامة بنية تحتية لدعم البحوث الوبائية وسواها، لا سيما المتعلق منها بتعاطي الماريخوانا والهيروين (وكلاهما هيمن على جدول الأعمال البحثية في الولايات المتحدة لعدة عقود)، عن الشواغل بشأن الآثار السلبية لتعاطي المخدرات. وقد وفرت هذه البحوث معلومات مفيدة للمهتمين بوضع سياسات تعنى بالتحريم وخفض الطلب. وتتضمن هذه المقالة عرضا عاما للتطور التاريخي لنظم البيانات الوبائية في الولايات المتحدة. وتركز المناقشة على الوسائل الكفيلة بمواصلة وتحسين تأثير دراسة الانتشار الوبائي على السياسة العامة.

العبارات الرئيسية: تاريخ تعاطي المخدرات والسياسة العامة المتعلقة به في الولايات المتحدة؛ البحوث الوبائية؛ السياسة العامة/ السياسات (الأدوار والتدريب).

نبذة تاريخية عامة

لجأ مقررو السياسات إلى استخدام الإحصاءات، وغالبا الوبائية منها، لدعم سياساتهم طوال القرن العشرين [١]. واستهلوا الاستقصاءات من أجل تحديد حجم مشكلة معينة أو تكوين فكرة عامة عن مشكلة وطنية. وكانت هذه الاستقصاءات تجرى على نطاق ضيّق مقارنة بالاستقصاءات المعاصرة. وفي الربع الأول من القرن العشرين، أجرت المهنة الصيدلانية وإدارة الصحة العمومية في الولايات المتحدة الأمريكية دراسات معقولة وحذرة عن متعاطي المخدرات. ولكن النهج البديل إزاء مسألة المخدرات، تمثل في تكييف "الإحصاءات" أو اختلاقها لتبرير السياسات المعتمدة أصلا أو لزيادة وعي الجمهور لكي يتسنى اشتراع قوانين صارمة لمكافحة المخدرات. وكانت المعركة حول مشروعية البيانات الوبائية وتفسيرها مثيرة وناجحة بصورة متزايدة من وجهة نظر خبراء الأوبئة المحنكين.

وفي أواخر القرن التاسع عشر، كان هناك قلق متزايد في الولايات المتحدة من تأثير العقاقير على المجتمع بعد عقود كان من السهل فيها الحصول على عقاقير من قبيل المورفين والكوكايين. ونجحت حركة الاعتدال التي نشطت في مطلع القرن العشرين في تحقيق حظر وطني بإدخال تعديل على دستور الولايات المتحدة في عام ١٩١٩. وساد موقف رافض مماثل بالنسبة للمواد المخدرة. وقد روجت حكومة الولايات المتحدة للرأي القائل بوجوب حظر استعمال المخدرات للأغراض غير الطبية وعملت على إقناع بلدان أخرى باعتماد ذلك الرأي. وهنا نشأت مشكلتان، الأولى هي أنه سيتعين على البلدان الأخرى تحمّل القسط الأكبر من عبء مراقبة إنتاج المخدرات، لأن أكثر المخدرات مدعاة للقلق لدى حكومة الولايات المتحدة لم تكن تزرع على نطاق كبير داخل الولايات المتحدة. أما المشكلة الثانية فكانت إقناع الكونغرس الأمريكي بسن قانون للتحكم بتوافر المخدرات على الصعيد المحلي في وقت كان فيه العديد من المشرّعين يعتقدون أن الحكومة لا تملك الحق الدستوري للقيام بذلك. وكان من الواضح أن من الضروري القيام بحملة لإقناع الكونغرس والجمهور بوجوب إصدار تشريع للتحكم بتوافر المخدرات لمختلف المواطنين.

وحدث في الولايات المتحدة تحريف مبكّر للبيانات الإحصائية من خلال مساعي هاملتون رايت، الذي عُيّن مفوضا لشؤون الأفيون في الولايات المتحدة. فقد سنحت لرايت في عام ١٩٠٨ الفرصة لكي يصبح عضوا في الوفد الممثل للولايات المتحدة في المؤتمر الدولي الأول للنظر في مراقبة المواد الأفيونية. وعقب ذلك المؤتمر، الذي أصبح يُعرف باسم اللجنة الدولية للأفيون، عمل رايت على صياغة قانون وطني لمكافحة المخدرات. وتعين على رايت، الذي كان يعمل في وزارة الخارجية الأمريكية، أن يتحايل على الدستور الذي ترك سلطات الشرطة، كمراقبة المهن الصحية، لتكون من اختصاص الولايات المختلفة. وكانت هناك معارضة شديدة من الولايات الجنوبية لأي خطة تتعدى على حقوق الولايات. وذهب رايت بعيدا إلى حد الاتصال بالصحف التي تصدر في الولايات الجنوبية حاثا إياها على ترويج المخاوف من أن الأمريكيين من أصل أفريقي يتعاطون الكوكايين وأن ذلك قد يفقدهم الصواب [٢]. وعمد رايت أيضا إلى إعطاء معلومات غير صحيحة عن كميات الأفيون التي كانت تستورد في الولايات المتحدة، بينما كانت واردات الأفيون للفرد الواحد آخذة بالهبوط منذ منتصف تسعينيات القرن الثامن عشر في واقع الأمر. ومع ذلك، أفلح رايت، بتلاعبه بأرقام الواردات،

في إعطاء الانطباع في تقـريره إلى رئيس الولايات المتحـدة والكونغرس بأن تعـاطي الأفيون آخذ في الازدياد [٣].

وفي النهاية، أصبحت لائحة هاريسون لضرائب المخدرات، التي كان رايت قد تفاوض بشأنها مع الجهات الصيدلانية، قانونا في كانون الأول/ ديسمبر ١٩١٤. وفي عام ١٩١٦، قررت المحكمة العليا في الولايات المتحدة، انه لا يجوز لقانون هاريسون دستوريا أن يضع حدودا لما يصفه الأطباء لمرضاهم مـن المواد الأفـيـونـيـة والـكـوكـايـين [٤]. ورأى أنصار قانون هاريسون أن ذلك القرار يضعف القانون المذكور ويجعل من كبح تعاطي المواد الأفيونية مهمة بالغة الصعوبة. وشُنّت حملة للرجوع عن ذلك التفسير القانوني: فأنشئت داخل وزارة الخزانة الأمريكية (القائمة على تطبيق قانون هاريسون) لجنة التحري الخاصة لتقدير عدد المدمنين في الولايات المتحدة. وخلصت اللجنة إلى أن هناك حوالي مليون مـدمـن في الـبـلـد وأن تـعـاطـي المخدرات يـؤدي بالمتعاطين إلى ارتكاب أفعال إجرامية [٥]. ومقارنة بالدراسات الأخرى المنفذة على نحو أدق، بالغت اللجنة في تقدير عدد المدمنين بخمسة أضعاف تقريبا. وكان الهدف من ذلك هو جعل تعاطي المخدرات يبدو وكأنه مشكلة وطنية ملحّة تستدعي إجراء صارما من الحكومة المركزية. ومن غير الواضح ما إذا كانت المحكمة العليا قد تأثرت بهذه الادعاءات. ومع ذلك، ففي آذار/ مارس ١٩١٩، تراجعت المحكمة العليا عن موقفها في واقع الأمر وأعلنت أن تعاطي المواد الأفيونية بدون سبب وجيه، أي الإدمان الذي لا صلة له بمرض كالسـرطان مثلا، أمر غـير مشروع [٦]. وبذلك تقرر رسميا أن سياسة الولايات المتحدة بشأن المخدرات هي سياسة تعارض استعمال المخدرات ما لم يكن لأغراض طبية، وهو موقف اتخذته الولايات المتحدة في مؤتمر الأفيون الدولي الذي عقد في شانغهاي في عام ١٩٠٩ وفي مؤتمر دولي ثان للأفيون عـقد في لاهـاي في عام ١٩١٢ وصيغت فيه أول معاهدة دولية لمكافحة الاتجار بالمواد الأفيونية والكوكايـين.

وبـعـد أن تم رسـمـيـا اعـتـمـاد مـوقـف مناهض للتعاطي، عمد الجهاز الحكومي لإنـفاذ القوانين المعروف باسم الفرقـة الميدانية لمكتب شؤون المخـدرات إلى التقليل من حجـم مشـكلة المخدرات، فقـد هبط بالتقدير الذي وضـعته لجنة التحري الخـاصة لأعـداد المدمنـين من حـوالي مليون إلى نـحـو ١٠٠ ٠٠٠ مـدمـن [٧]. ولـكـن مـنـظـمـي المشاريع الأفراد المناهضين لتعاطي المخدرات، مثل ريتشموند بيرسون هوبسون، رفعوا هذا التقدير عقب ذلك إلى أكثر من مليون مدمن [٨]. وقد أنشأ هوبسون، الذي كان عضوا سابقا في الكونغرس وأحد أبطال الحرب الاسبانية الأمريكية، لجانا وطنية ودولية لمكافحة المخدرات سعت إلى فرض عقوبات شديدة على متعاطي المخدرات وإلى تضمين المناهج الدراسية دروسا إلزامية بشأن الوقاية من تعاطي المخدرات وزيادة الوعي بالخـطر الـذي يواجـهه عامة الناس من جـراء المخدرات. وعـلى النقيض من التأكيدات الصادرة عن هوبسون، خـلصت إدارة الصحة العمومية بعـد فحص الأدلـة المتاحـة إلى أن عـدد المدمنين في جميع أنحاء الوطن يبلغ ١١٠ ٠٠٠ مدمن [٩]. ورغم دقة هذا البحث واتزانه فقد لقي اهتماما أقل مما لقيته الادعاءات المبالغ فيها والقائلة إن عدد المدمنين يزيد على المليون.

وفي عام ١٩٣٠، أنشئ المكتب الاتحادي لشؤون المخدرات التابع لوزارة الخزانة، خلفا للفرقة الميدانية لمكتب شؤون المخدرات التي كانت مسؤولة عن تطبيق قانون هاريسون منذ عام ١٩١٩. وظلت مسـألـة عـدد المدمـنين الموجـوديـن في الـولايات المتحدة موضوعا مثيرا للنقاش والخلاف. وفي مقابلة أجريت في عام ١٩٧٠، تحدث هاري أنسلينغر، مفـوض مكتب شـؤون المخـدرات من ١٩٣٠

إلى ١٩٦٢، بصورة غير رسمية عن المشاكل المحيطة بعدد المدمنين فقال إنه لن يسمح أبدا لأي طرف مستقل أن يحدد التقدير الرسمي لهذا العدد ويجب أن يحتفظ المكتب الاتحادي لشؤون المخدرات بهذه المهمة لنفسه. ورأى أن عدد المدمنين هو بحد ذاته "مادة متفجرة"، فإذا ازداد عددهم يكون معنى ذلك أن المكتب لا يؤدي عمله وإذا تقلّص تكون النتيجة تقليص الميزانية. وتراوحت تقديرات المكتب بين ٦٠ ٠٠٠ و٨٠ ٠٠٠ مدمن [١٠]. وتبيّن التعليقات الصادرة عفويا عن أنسيلنغر مدى التأثير السياسي لبيانات الانتشار الوبائي وتفسيرها. وتثير إمكانية حدوث مفاجأة وبائية قد تنال من الخطط المدروسة بعناية أو تفند الادعاءات بتحسن مشكلة المخدرات بعض المسائل المحرجة لمقرري السياسات. وتدلل الكيفية التي تم بها تجاوز هذا النفور من الاستقصاءات الوبائية المستقلة على حدوث تغير هام في عملية تقرير السياسات.

وفي عام ١٩٦٨، أجرت الإدارة الأمريكية عددا من التعديلات شملت نقل مكتب شؤون المخدرات من وزارة الخزانة إلى وزارة العدل. وجاءت هذه الخطوة، إلى حد ما، نتيجة للازدياد المفاجئ في تعاطي المخدرات في الولايات المتحدة في النصف الثاني من الستينيات. وفي فترة الهدوء الفاصلة بين "ظاهرتين وبائيتين" في تعاطي المخدرات، من ١٩٢٠ إلى منتصف الستينيات، كان هناك شعور بالاطمئنان النسبي إزاء عدد المدمنين؛ ولكن هذا الشعور ما لبث أن تبدّد عقب ذلك بحدوث تصاعد مفاجئ في تعاطي المخدرات. وطالب الجمهور بمعالجة الزيادة الواضحة في تعاطي المخدرات، بما في ذلك الهيروين والقنب وثنائي إيثيل حمض الليسيرجيك (LSD). وقد أدى الذعر العمومي وظهور دلائل على انتشار تعاطي المخدرات على نطاق واسع إلى الشك في صحة العدد المنخفض تقليديا للمدمنين. وخلص الخبراء الاحصائيون في الوكالة الجديدة المسماة مكتب شؤون المخدرات والعقاقير الخطرة، إلى أنه يوجد في البلد حوالي ٣٠٠ ٠٠٠ متعاط للمخدرات بشكل مقلق. وأشير إلى أن هذا الأمر لا يعني أن مشكلة المخدرات قد ازدادت فجأة بل أن الأرقام القديمة كانت منخفضة جدا [١١]. وراح موظفو الحكومة يبحثون عن وسيلة موثوقة أكثر لتقدير مدى تعاطي المخدرات.

وحدث تطور آخر هام، إذ صعد إلى مراكز السلطة نقّاد طال تصدّيهم للمكتب الاتحادي لشؤون المخدرات، وخصوصا أصحاب المهن القانونية والطبية الذين لم يتفقوا مع ما اعتبروه نهجا عقابيا غير مناسب. وكانوا يحبذون اعتبار مشكلة المخدرات مشكلة طبية وأرادوا تقديم العلاج، بل وربما توفير العقاقير بأنفسهم [١٢]. وفي هذا السياق، لم تكن هناك سياسة تقليدية يُدافع عنها، كما أن النقاد كانوا يؤكدون منذ وقت طويل أن المكتب يُبخس في تقدير عدد المدمنين. ومع ازدياد قلق عامة الناس حيال المخدرات والبداية الجديدة التي نشأت في الوكالات المعنية، بدت الأساليب الاستقصائية الحديثة كما لو كانت من مظاهر التحسن.

ونص القانون الشامل لمراقبة المخدرات ومكافحة تعاطيها لعام ١٩٧٠ على إنشاء لجنة وطنية لشؤون تعاطي الماريخوانا والمخدرات بهدف إعداد تقرير عن الماريخوانا في عام ١٩٧٢ وتقرير عن المخدرات في عام ١٩٧٣ [١٣]. وكان الغرض من إنشاء اللجنة هو الحصول على تقييم مدروس ومستقل لمشكلة المخدرات. وبدلا من الاستعانة بوكالة حكومية بكل ما تنوء به من سياسات ومجادلات وشخصيات، رئي أن بإمكان فريق خارجي أن يستعرض مشكلة المخدرات برمتها ويجري لها تقييما جديدا. وأدركت اللجنة من البداية أن الإحصاءات الموثوقة عن نطاق تعاطي المخدرات ليست متاحة. ونتيجة لذلك، استُهل الاستقصاء الوطني الأسري بشأن تعاطي المخدرات. وقد كشف هذا الاستقصاء عن تزايد تعاطي

الماريخوانا في صفوف الشباب ووجود دلائل على تزايد تعاطي الهيروين. وكان معدّل تعاطي الكوكايين منخفضا في مطلع السبعينيات. ولعلّ الأمر الأهم من حجم تعاطي المخدرات ما تسنى من اعتماد وسائل أكثر موثوقية لتقييم هذا التعاطي. وقد دأب المعهد الوطني لشؤون تعاطي المخدرات، منذ إنشائه في عام ١٩٧٤، على إجراء هذا الاستقصاء الذي يشمل نحو ٩٨ في المائة من الأسر المعيشية في الولايات المتحدة.

وتجري جامعة ميشيغان منذ عام ١٩٧٥، بمنحة مقدّمة من المعهد الوطني لشؤون تعاطي المخدرات، الاستقصاء المعروف باسم "رصد المستقبل" المكمّل للاستقصاء الوطني للأسر. ويُستخدم هذا الاستقصاء للقيام على مدى عدد من السنوات برصد تعاطي المخدرات بين تلاميذ الصفوف المدرسية ٨ و١٠ و١٢ (أي ممن تتراوح أعمارهم بين ١٧ و١٨ سنة)، في عينة نموذجية من المدارس الثانوية الحكومية والخاصة في الولايات المتحدة.

وصدر تقريرا اللجنة الوطنية لشؤون تعاطي الماريخوانا والمخدرات تحت عنواني "الماريخوانا: دليل على سوء الفهم" (١٩٧٢) و"تعاطي المخدرات في أمريكا: تقييم المشكلة من جميع جوانبها" (١٩٧٣). وقوبلت التوصية الواردة في التقرير المتعلق بالماريخوانا الداعية إلى الرجوع عن تجريم تعاطي هذا المخدر بمعارضة شديدة من الرئيس ريتشارد نيسكون، ولكن تحليل اللجنة الوطنية ظل يُعتبر تقييما عميق التفكير لمشكلة المخدرات في غمرة الهيجان الشديد إزاء المخدرات ومتعاطيها.

ومن بين النظم الرقابية الأخرى التي أنشئت في السبعينيات شبكة الإنذار الخاصة بتعاطي المخدرات (DAWN) التي تتمثل مهمتها في إعداد تقارير عن حالة تعاطي المخدرات بين مرضى غرف الطوارئ في المستشفيات المشتركة في الرصد، وما يعرف الآن بفريق البحوث الوبائية المجتمعية، وهو فريق من الباحثين الذين يعدّون تقارير نصف سنوية عن أنماط تعاطي المخدرات مستخدمين لهذه الغاية مجموعات البيانات القائمة عن حالات العلاج وعن الموقوفين إضافة إلى مجموعات البيانات الطبية وغير الطبية من مدن عديدة في مختلف أنحاء الولايات المتحدة. وأمكن بفضل إنشاء الاستقصاء الوطني الأسري بشأن تعاطي المخدرات واستقصاء رصد المستقبل، علاوة على شبكة الإنذار المذكورة وفريق البحوث الوبائية المجتمعية، توفير أفضل المعلومات عن الاتجاهات والمشاكل الجديدة في تعاطي المخدرات على مدى عقدين ونيف من الزمان.

ونتيجة للثقة في التحريات الوبائية المعاصرة، أمر الكونغرس بأن تشتمل الاستراتيجية الوطنية التي وضعها المكتب المعني بالسياسة الوطنية لمكافحة المخدرات [١٤]. في القانون الذي أنشأ ذلك المكتب، على معايير التقدم الذي سيُقاس بأدوات من قبيل الاستقصاء الوطني الأسري بشأن تعاطي المخدرات. وقضى هذا القانون على وجه التحديد بأن تتضمن الاستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات أهدافا شاملة طويلة الأجل تستند إلى البحوث للحد من تعاطي المخدرات في الولايات المتحدة وأهدافا قصيرة الأجل قابلة للقياس يرى مدير المكتب أن بالإمكان تحقيقها واقعيا. ويختلف الافتراضان اللذان تستند إليهما تلك الأوامر، من أن بالإمكان معرفة مدى تعاطي المخدرات معرفة جيدة في حدود المعقول وأن بالإمكان قياس فعالية السياسات، اختلافا كبيرا عن السنوات الأولى من حملة مكافحة للمخدرات. والفرق شاسع بين ما كان يتم في مطلع القرن العشرين من تكييف الإحصاءات وتلفيقها وما هو عليه الحال الآن حيث تضع الاستقصاءات المستقلة ضوابط على توقعات مقرري السياسات. ويمثل هذا التغير في النهج تقدما هائلا في صالح البحوث العلمية النزيهة. ويعود الفضل في ذلك إلى الباحثين الذين حظي عملهم المتأني بثقة مشترعي قوانين الدولة.

تحسين تأثير البحوث الوبائية على السياسة العامة لمكافحة المخدرات

رغم الجهود التي يبذلها مقررو السياسات لوضع الاستراتيجيات المتعلقة بمكافحة تعاطي المخدرات بالاستناد إلى المعلومات والمعارف القائمة وإلى نتائج دراسات وبائية سليمة الأسس، فإن المنظورات المختلفة التي يمثلها مقررو السياسات وخبراء الأوبئة في معالجة تعاطي المخدرات تجعل من تبادل الآراء أمرا صعبا في بعض الأحيان. وتعيق هذه الاختلافات في المدى الطويل نجاح أي جدول أعمال يركز على الحد من تعاطي المخدرات.

ولا بد لتيسير هذا التبادل بين مقرري السياسات وخبراء الأوبئة من تحديد نقاط التلاقي لإنشاء خطوط الاتصال وبناء جسور التفاهم. ولكن توجُّه كل مجموعة من الاختصاصيين قد يعيق هذا التبادل. ويتمثل دور مقرري السياسات في وضع جدول أعمال لحل مشكلة معينة تهم الجمهور. وربما يكنّ مقررو السياسات تقديرا كبيرا للعلم والعلماء ولكنهم قد يرون أنهم مضطرون لحل المشاكل أو التخفيف من وطأتها في فترة وجيزة. أما خبراء الأوبئة فيهتمون بطلب المعرفة ولا يعيقهم ما يعيق مقرري السياسات من اعتبارات سياسية وحدود زمنية. وهذا الاختلاف في الأدوار يؤثر بدرجة كبيرة في الطريقة التي تنظر بها كل مجموعة إلى ظاهرة تعاطي المخدرات وفي الأساليب المستخدمة لجمع المعلومات اللازمة لتقييم الظاهرة وفي تفسير النتائج التي تسفر عنها عملية جمع هذه المعلومات.

تعريف ظاهرة تعاطي المخدرات

قد تنشأ بفعل الاختلافات بين التوجُّه المهني لمقرري السياسات وتوجُّه خبراء الأوبئة افتراضات متضاربة تؤدي إلى حالات من عدم الاتفاق وسوء التفاهم. فمقرر السياسات يعبّر عن وجهات نظر وقيم ناخبيه، ويتعين عليه، في العديد من الحالات، أن يوفِّق بين آراء مجموعات متعددة من هؤلاء الناخبين. أما خبير الأوبئة فيستعان به كمرشد في وضع تعريف للظاهرة أو المشكلة الجاري معالجتها. ولكن على مقرر السياسات أن يضع هذا التعريف في إطار يعبّر عن قيم ناخبيه. ويشمل تعريف ظاهرة من قبيل تعاطي المخدرات بُعدين رئيسيين هما: *(أ)* العلة أو السبب؛ و*(ب)* المسؤولية الفردية. وتعريف المشاكل مهم لأنه يرشد المجتمع إلى الحلول المناسبة لتلك المشاكل. والعلة في مشكلة تعاطي المخدرات، متعددة العوامل. وتشير البحوث الحالية إلى أن تعاطي المخدرات هو سلوك ناجم عن عمليات تطور غير مكتملة أو سيئة التكيف من النواحي الفيسيولوجية والنفسية والاجتماعية. وظل تعاطي المخدرات يعتبر على مدى سنوات مشكلة أخلاقية أو جنائية أو خللا صحيا، إذ لم تتوفر آنذاك قاعدة المعارف البحثية المتوفرة حاليا. وقد أفضى اعتبار تعاطي المخدرات مشكلة أخلاقية أو جنائية إلى الزج بالمتعاطين في السجن، بينما أفضى اعتباره خللا صحيا إلى إخضاع متعاطي المخدرات للعلاج.

أما البعد الآخر لتعريف ظاهرة تعاطي المخدرات، أي المسؤولية الفردية، فهو تقدير مدى الإرادة في السلوكيات المنطوية على تعاطي المخدرات. ومن بين الأسئلة العادية في هذا الصدد ما إذا كان متعاطو المخدرات ضحايا وما إذا كانوا ممسكين بزمام أمرهم. ومرة أخرى، يكون رد فعل المجتمع

مختلفا في كل حالة. ويختلف مدى التأكيد على التدخل العلاجي باختلاف الطريقة التي ينظر بها المجتمع أو مقرر السياسات إلى تعاطي المخدرات. وعادة ما تكون البحوث القائمة على أسس علمية، بحكم طبيعتها، محايدة ومتحررة من تأثير القيم فلا تلقي باللائمة على متعاطي المخدرات ولا تعذرهم على سلوكهم. والمرتكز الأول هو الأوساط البحثية نفسها. والعلم "الجيد" هو العامل المحفّز لخبير الأوبئة. وتتحدَّد الظواهر، كالسلوكيات المنطوية على تعاطي المخدرات، بما يلاحظه خبير الأوبئة، أي تلك السلوكيات وعلاقتها بالعوامل الحياتية الأخرى. وبهذه الطريقة، يقدم خبير الأوبئة صورة عامة شاملة غير متحيزة عن طبيعة ونطاق السلوكيات المنطوية على تعاطي المخدرات. وبدراسة نطاق هذه السلوكيات لدى قطاع عام من السكان، يستطيع خبير الأوبئة أن يبيّن أماكن تجمعها والعوامل المتصلة بها والآثار التي تترتب عليها. ويُرجّح أن ينظر خبير الأوبئة إلى تعاطي المخدرات على أنه دليل على سلوكيات دينامية متعددة الأبعاد ولها أسباب وعواقب مختلفة. ويسترشد خبير الأوبئة، في الحالات المثلى، بالمبادئ العلمية والقواعد المتصلة بميدان تخصصه. ويستفيد خبير الأوبئة من البحوث وتبادل النتائج البحثية، وينظر في الغالب إلى تعاطي المخدرات لا كظاهرة ثابتة متجانسة، بل كظاهرة تتغير بمرور الوقت وتبدو بأشكال مختلفة ولها مسارات سببية متعددة، قد تتغير أيضا خلال حياة الفرد.

المنهجيات البحثية

ليس من المستغرب مع ما يوجد من تباين في الاحتياجات والمعوقات المشروحة أعلاه، أن يكون أحد أهم مصادر التوتر المحتملة بين مقرر السياسات وخبير الأوبئة متصلا بالمنهجية البحثية. فمقررو السياسات يحتاجون إلى معلومات لكي يخططوا لاتخاذ إجراءات حول ظواهر وقياسات معينة تبين فعالية الاستراتيجيات الجاري تنفيذها. ولأسباب سياسية، لا بد من أن تكون لهذه الاستراتيجيات آثار قوية وهامة في الأجل القصير. فمقررو السياسات يهتمون، على سبيل المثال، باستخدام معدلات الانتشار لتقييم أثر تنفيذ استراتيجيات خفض العرض والطلب؛ ولكنهم قد يضيقون ذرعا إزاء الوقت الذي تستغرقه عملية "التنظيف" الشاملة التي تستلزمها قواعد البيانات الكبيرة لضمان الدقة – وهو وقت قلّما يكون متاحا لمقرري السياسات. يضاف إلى ذلك أنه مع ظاهرة كظاهرة تعاطي المخدرات التي تعتبر وصمة عار كبيرة وكثيرا ما يجري التستر عليها، لا بد من وجود العديد من نظم البيانات من أجل "تعقب" متعاطي المخدرات الذين يصعب الوصول إليهم، وهي نظم مكلفة ويصعب تنسيقها. ولا بد من القول مرة أخرى إن المنهجيات التي تستغرق الكثير من الوقت لا تلبي دائما احتياجات مقرري السياسات.

أمّا خبير الأوبئة فيُعنى بالبعد العلمي المتصل بمعالجة مسألة معينة. وبغية وضع قياسات صحيحة لملاحظة أو لمتغير ما، يسعى خبير الأوبئة إلى تحديد كل البارامترات أو الأبعاد الوثيقة الصلة بذلك المتغير. وفي بعض المتغيرات يكون القياس مسألة بسيطة، بينما قد تكون عملية القياس في متغيرات أخرى مسألة معقدة. فمن المهم، على سبيل المثال، تحديد عدة أبعاد في قياس السلوكيات المتصلة بتعاطي المخدرات. وينبغي أن تشمل هذه الأبعاد، كحد أدنى، نوع المخدر وتواتر تعاطيه في غضون فترة زمنية معينة.

وتشمل منهجيات جمع المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات ما يلي:

(أ) التحليلات الثانوية للبيانات المستخلصة من السجلات، كملفات الموقوفين وسجلات المقبولين في المرافق الطبية وفي برامج العلاج من تعاطي المخدرات؛

(ب) البيانات التي يتم جمعها عن طريق الدراسات المختبرية والدراسات الإثنوغرافية ومجموعات التركيز؛

(ج) المقابلات الشخصية مع متعاطي المخدرات، وكذلك مع الأفراد الذين لا يتعاطون المخدرات ولكن لخلفياتهم خصائص مماثلة للخصائص التي تتسم بها خلفيات المتعاطين؛

(د) الاستقصاءات الأسرية أو المدرسية.

ويستخدم خبير الأوبئة واحدة أو أكثر من هذه التقنيات رهنا بعدة عوامل هي: المسألة الجاري معالجتها؛ وتوفر المعلومات التي يسترشد بها لوضع نهج معين، ومعايير ووسائل اختيار العينات؛ والمعوقات الزمنية والمالية. ويزن خبير الأوبئة ايجابيات وسلبيات مختلف النهوج ودرجة الدقة المعقول تحقيقها في حدود الموارد المتاحة. وكثيرا ما يضطر إلى التخلي عن شيء مقابل آخر. وعلى سبيل المثال، قد تكون الدراسات الطولية التصميم وتشمل أفواجا متتابعة النهج المثالي لدراسة الأسباب الكامنة وراء السلوكيات المنطوية على تعاطي المخدرات؛ ولكن هذه الدراسات باهظة التكلفة ويستغرق إنجازها سنوات عديدة. وبدلا من هذه الدراسة، قد يختار خبير الأوبئة نهجا قائما على دراسة عينات نموذجية أو مراقبة حالات معينة، ما يستلزم اختيارا دقيقا للمتعاطين الذين سيخضعون للمراقبة وقياسات شاملة وتقنيات إحصائية متنوعة لضمان جعل تسلسل الأحداث منظما بحيث يكون موازيا للعلاقة العابرة بين المتغيرات.

واستحدثت في الولايات المتحدة عدة نظم بيانات وطنية لتقدير نطاق السلوكيات المنطوية على تعاطي المخدرات في مختلف الفئات السكانية. وقد استندت البيانات "الفعلية" المتعلقة بانتشار التعاطي إلى الاستقصاء الوطني الأسري بشأن تعاطي المخدرات وإلى دراسة رصد المستقبل.

ومن نظم البيانات الرئيسية الأخرى التي توفّر معلومات قيّمة عن عواقب تعاطي المخدرات في الولايات المتحدة ما يلي:*

(أ) شبكة الإنذار الخاصة بتعاطي المخدرات (DAWN)؛

(ب) الاستقصاء الوطني لوحدات العلاج من تعاطي المخدرات والكحول ونظام بيانات الزبائن؛

* تعكف شبكة الإنذار الخاصة بتعاطي المخدرات (DAWN) حاليا على تقييم الزيارات المتعلقة بتعاطي المخدرات إلى غرف الطوارئ في عينة نموذجية من المستشفيات في الولايات المتحدة. وتضم تلك الشبكة أيضا برنامجا للإبلاغ الطوعي عن الوفيات المتصلة بالمخدرات، يستند إلى معلومات مستمدة من الأطباء الشرعيين في أكثر من ٢٠ مدينة. ويشتمل الاستقصاء الوطني لوحدات العلاج من تعاطي المخدرات والكحول ونظام بيانات الزبائن على بيانات عن مرافق العلاج من تعاطي الكحول والمخدرات وعن حالات تلقي العلاج فيها. وكان هذان النظامان خاضعين لإشراف المعهد الوطني لشؤون تعاطي المخدرات حتى تشرين الأول/أكتوبر ١٩٩٢، ثم نقلا إلى إدارة الخدمات المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان والصحة العقلية. وأخيرا، يقوم برنامج رصد تعاطي المخدرات بين الموقوفين بتقدير مدى تعاطي المخدرات من خلال الإبلاغ الذاتي والتحليل الكيميائي للعينات البولية المأخوذة من عينات نموذجية من الموقوفين في عدد من مرافق الاحتجاز في الولايات المتحدة. ويتلقى هذا النظام الدعم من المعهد الوطني للعدالة التابع لوزارة العدل الأمريكية.

(ج) برنامج رصد تعاطي المخدرات بين الموقوفين (كان يعرف سابقا بدراسة التنبؤ بتعاطي المخدرات).

وأورد وصف نظم البيانات هذه لزيادة المعلومات عن طائفة البيانات الجاري جمعها والتأكيد على الطابع المختلف للفئات السكانية المشمولة بالاستقصاء. أما البيانات المستمدة من الموقوفين ومن الأفراد الملتمسين الرعاية الطبية والعلاج فإنها لا تمثل انتشار تعاطي المخدرات بل عواقبه على المجتمع. ولكن مقرري السياسات كثيرا ما يخلطون بين الإثنين، وليس بالأمر النادر أن تستخدم الاتجاهات في بيانات العواقب، كحالات دخول غرف الطوارئ، للتدليل على الاتجاهات المتغيرة في تعاطي المخدرات. ففي أواخر الثمانينات ومطلع التسعينات، على سبيل المثال، ازدادت معدلات داخلي غرف الطوارئ في الولايات المتحدة لحالات تتصل بالمخدرات بينما انخفضت معدلات الانتشار، كما يتبين من الاستقصاء الوطني الأسري بشأن تعاطي المخدرات ودراسة رصد المستقبل. وقد طعن عدة من مقرري السياسات في نتائج الاستقصاءات السكانية العامة، مستخدمين معدلات غرف الطوارئ لدعم موقفهم. وكان على خبراء الأوبئة أن يبينوا أوجه الاختلافات في هذه النظم.

ويحتاج مقررو السياسات إلى أجوبة فورية وقد يلجأون إلى استخدام منهجيات بحثية مشكوك فيها للحصول على هذه الأجوبة. ولذلك فإنه ليس من المستغرب أن يتردد خبراء الأوبئة، بما لديهم من وجهة نظر، في تقديم أجوبة سريعة إلى مقرري السياسات دون التأكد من طبيعة السؤال المطروح ودون إضافة محاذير إلى ما يقدمونه من معلومات. ففي حالة نظام الإبلاغ بشأن غرف الطوارئ على سبيل المثال، كثيرا ما يتأخر صدور التقارير بين ٣ و٦ شهور. وفي الوقت الذي كانت فيه زيارات الطوارئ المتعلقة بتعاطي الكوكايين والهيروين تتزايد، كان مقررو السياسات يرصدون النظام بكثرة. وقد يلجأ مقررو السياسات، تلبية لاحتياجهم إلى أجوبة فورية، إلى استخدام نهوج بديلة ولكنها قد تكون أقل صحة من الناحية العلمية لمعالجة مسألة ما. وقد موّل مقررو السياسات، في إحدى الحالات، استقصاء هاتفيا لعدد من غرف الطوارئ للاستفسار عما إذا كانت الزيارات المتعلقة بتعاطي المخدرات آخذة في الازدياد، بدلا من انتظار صدور التقارير. وكشف هذا الاستقصاء الهاتفي عن تصورات الأشخاص المشمولين به أكثر من البيانات الموضوعية المأخوذة من السجلات الطبية. وأظهرت النتائج تناقضات كان من الصعب على مقرري السياسات حلها.

وينبغي أن يضع خبراء الأوبئة منهجيات سريعة في جمع معلومات صحيحة من أجل مقرري السياسات. وينبغي أن تشمل هذه المنهجيات إجراءات إحصائية لتحليل ما هو قائم أصلا من البيانات المحفوظة والبيانات الاستقصائية. ورغم أن بنود البيانات قد لا تكون أكثر القياسات دقة فقد تقترب من المعلومات المنشودة أو تقيّمها بصورة غير مباشرة. يضاف إلى ذلك أن اتباع نهوج بديلة لتحليل عدة مجموعات من البيانات أو إجراء استعراض شامل لعدد من الدراسات يساعد مقرري السياسات في هذا الشأن. وينبغي، فضلا عن ذلك، أن يستخدم خبراء الأوبئة نهج مجموعات التركيز وغيره من النهوج المجرّبة، وإن لم تكن تقليدية بالضرورة، من أجل مساعدة مقرري السياسات.

تفسير المعلومات

يتطلب تكوين استنتاجات من البيانات البحثية وتفسيرها بحيث يكون لها آثار على السياسة العامة، فهما واضحا للغة البحوث وللحدود القائمة الموضحة إحصائيا لأي مجموعة من البيانات. ويصبح

التفسير "منطقة الخطر" لدى خبراء الأوبئة ومقرري السياسات. وتنشأ تساؤلات هامة بشأن معنى البيانات وما إذا كانت النتائج ذات دلالة للسياسة العامة. وتُفسّر اختبارات الدلالة والاتجاهات ومسارات الاتجاهات والتوزُّع ضمن إطارين مختلفين. فخبير الأوبئة يربط نتائج البحوث بمسائل بحثية محددة موضوعة بعناية. ويُدمج في ذلك عناصر تشمل اختيار العينات وبناء المتغيرات ومنهجية جمع البيانات وتحليلها بهدف معالجة هذه المسائل. وقد يُسمح ببعض التصرّف، ولكن تدرُّب خبير الأوبئة يفرض عليه نظاما له قيوده الخاصة.

أما مقرر السياسات، الذي لا ينطلق من المنظور الوبائي، فقد لا يفهم الحدود التي تفرضها العلوم وقد يعمد، نتيجة لضيق الوقت، إلى توسيع النتائج لتلبية الاحتياجات الآنية. ومن بين الانتهاكات الشائعة التي يرتكبها مقررو السياسات تعميم النتائج العائدة إلى فئة سكانية معينة على فئات أخرى مختلفة عنها، مستخدمين نسبا من الدلالة الإحصائية تتجاوز الـ٩٥ في المائة التقليدية ومتوسعين في تعريف المتغير أو العلاقة بين المتغيرات.

وفي حين أن خبير الأوبئة يكون أكثر إنشغالا بالدلالة الإحصائية لاختلاف معدلات الانتشار بين فترة وأخرى، فإن مقرر السياسات يركز على الاختلافات في الأعداد المطلقة للمتعاطين. وهذا ما يؤدي إلى نشوء مشكلة عندما تكون هذه البيانات مستمدة من عينات سكانية، بما في ذلك البيانات الاستقصائية التي تحتاج إلى إجراءات تنسيب وترجيح. وقد يحدث تنازع يعود إلى تفسير مقرر السياسات للاختلافات الملاحظة بمرور الوقت عندما لا يرى خبير الأوبئة أن لهذه الاختلافات دلالة إحصائية. فقد يلاحظ مقرر السياسات نشوء اتجاه من نوع ما، بينما يجد خبير الأوبئة أنه لم يحدث أي تغير له دلالة إحصائية.

والدلالة الإحصائية مسألة محفوفة بالمشاكل نظرا لعدم وجود قواعد ثابتة لتقرير الدلالة. وتكون الغلبة عموما للحكمة التقليدية. ولتقرير نسب الدلالة، ينظر خبراء الأوبئة في عوامل عديدة، من بينها المسألة أو الفرضية الجاري تقييمها، وحجم العينة، ونوع القياس المستخدم. وقد يعمد خبراء الأوبئة عند اختبارهم فرضية ما أو العلاقة القائمة فيما بين القياسات، إلى فرض معايير صارمة لتقرير نسبة الدلالة المقبولة. والعلاقات القائمة فيما بين القياسات التي يختبرها خبير الأوبئة إحصائيا ويجدها عديمة الدلالة، قد يرى مقرر السياسات أنها هامة. ففي تقييم فعالية برنامج تدخلي، مثلا، قد يعتبر خبير الأوبئة البرنامج غير ناجح إذا كان للاختلافات في النتائج بين حالتي المراقبة والتجربة، فيما يتعلق بتعاطي المخدرات مثلا، نسبة دلالة تتجاوز ٩٥ في المائة. أما مقرر السياسات فقد يعتبر البرنامج ناجحا لأن الفرق في النسبة المئوية بين الحالتين يعني إنقاذا لأرواح أو انخفاضا في حالات دخول المستشفيات أو السجون. وفي تلك الحالة، يؤدي الاختلاف بين خبير الأوبئة ومقرر السياسات في تفسير هذه النتائج إلى حالات من التضارب. ومن المهم ألاّ يغيب عن البال أن نسبة الدلالة الإحصائية هي قرار من صنع الإنسان ويجب إيلاء الاعتبار لأهمية أي نتيجة بحثية على أرض الواقع.

توصيات بشأن السياسات العامة المسترشدة بالبحوث

من الصعب الوصول إلى حل لحالات التضارب هذه دون وجود احترام وثقة متبادلين. وأكثر العوامل أهمية في ذلك هي التخاطب والفهم الواضح لما يحتاجه مقرّر السياسات وفهم الكيفية التي يمكن بها للبحوث أن تساعد مقرّر السياسات على أفضل وجه لبلوغ تلك الأهداف. وتندرج التوصيات الموجّهة إلى خبير الأوبئة الذي يود التأثير على السياسة العامة في المجالات التالية: التخاطب والتعلّم والتعاون. ولكن العامل الأهم لهذه العملية هو اكتساب الاحترام والاحتفاظ به ويجب أن يكون الباحث الوبائي مدركا على الدوام للنزاهة العلمية. وهناك مجالات بينية عديدة تتصل بالانتقال من البحوث إلى السياسات. وقد تؤدي الطريقة التي يعالج بها الباحث هذه المجالات بالذات إلى تعزيز العلاقات أو تقويضها، سواء مع مقرري السياسات أو مع النظراء العلميين. وينبغي أن تسترشد العملية دائما بالمبادئ العلمية.

التخاطب

من بين أهم ما ينبغي لخبراء الأوبئة القيام به عند مناقشتهم أي مسائل مع مقرري السياسات، الإصغاء وطرح الأسئلة والتعقيب، أي تكرار فهمهم للمسألة للتأكد من وجود تخاطب متبادل. وقد يستخدم خبراء الأوبئة أحيانا في مناقشاتهم بعض المفردات أو يشيرون إلى سياق معين دون أن يدركوا بأن للمفاهيم أو التعابير المستخدمة معانيَ أخرى لدى مقرري السياسات. وقد يستخدم مقررو السياسات مصطلحات لها معنى دقيق في السياق البحثي ولكنها تعني شيئا آخر باللغة العامية. وبما أن خبراء الأوبئة لا يستجيبون إلا في السياق العلمي فقد يصيبون مقرري السياسات وأنفسهم بالإحباط نتيجة عدم اهتمامهم باحتياجات مقرري السياسات، دون أن يفهموا تماما سبب سوء التخاطب. وهذا ما قد يجعل خبير الأوبئة يبدو غير متجاوب في نظر مقرّر السياسات ويوسع الفجوة بين الاثنين. ولذلك، ينبغي أن يحاول كلا الطرفين أن يستخدم اللغة العادية للتعبير عن المفاهيم بدلا من استخدام المصطلحات البحثية.

التعلّم

ينبغي أن يهيئ مقرّر السياسات وخبير الأوبئة جوا من التعلّم عند مناقشتهما المسائل. ويجدر بكل منهما أن يعرف من الآخر مضمون وحدود السياقات التي يعمل فيها. وبعبارة أخرى، لا يكفي أن يكون لدى مقرّر السياسات إلمام بالأساليب العلمية، بل من المهم أن يفهم أيضا ما هو الأساس الذي سيستند إليه خبير الأوبئة في استقراء النتائج البحثية وإلى أي مدى سيفعل ذلك. وينبغي أن يكون خبير الأوبئة قادرا على التحدث بصراحة مع مقرّر السياسات عن المسألة الجاري مناقشتها، علما بخصائص الفئة السكانية المشمولة بالدراسة والقياسات ذات الأهمية. وينبغي لخبير الأوبئة أن يساعد مقرّر السياسات في استعراض نتائج الدراسات وتكوين الاستنتاجات عنها. ومن المهم توضيح ما قد يكون لمختلف المنهجيات واختيار العينات والقياسات من تأثير على هذه النتائج. ومن خلال هذه العملية،

يطلع خبير الأوبئة مقرّر السياسات على أهمية التصميم البحثي بالنسبة للنتائج ويطلع مقرّر السياسات خبير الأوبئة على الاحتياجات النوعية لصوغ السياسة العامة. ومن خلال هذا التبادل يصبح خبير الأوبئة أكثر إدراكا لأهداف مقرّر السياسات واحتياجاته وأكثر قدرة على الاستجابة والتزويد بالمعلومات. ويصبح مقرّر السياسات بدوره أكثر إدراكا لطبيعة تراكم المعارف وأكثر انفتاحا إزاء ما تشهده النتائج البحثية من تغييرات وما قد يجري من تنقيحات إذ يواصل خبير الأوبئة صقل المسائل البحثية وتحليلات البيانات. ويعني ذلك أن على مقرّر السياسات أن يكون أكثر حذرا فيما يتعلق بتفسير أنواع معينة من النتائج البحثية وأن يكون مستعدا لشروح بديلة للنتائج في حالة تنقيحها. وبإمكان خبير الأوبئة أن يقدّم المساعدة إلى مقرّر السياسات في تحديد المشاكل المحتملة للدراسات والبحث عن تفسيرات بديلة.

التعـــاون

يستخدم مصطلح "التعاون" للإشارة إلى ملكية مشتركة. ويرجى أن يتسنى من خلال عمليتي التخاطب والتعلّم وضع أهداف مشتركة ومتسقة وتوجيه البحوث نحو تحقيق هذه الأهداف. وينبغي أن يسفر التعاون بين مقرّر السياسات وخبير الأوبئة عن بحوث وسياسات يكون كلاهما على استعداد لدعمها، بما أن كلاهما يكون قد ساعد في تحديد شكل هاتين العمليتين ونتائجهما.

وتتضمن هذه المقالة عدة اقتراحات تتعلق بالمجالات التي يمكن فيها تحسين المنهجيات البحثية أو تعديلها لتلبية احتياجات مقرّر السياسات وخبير الأوبئة على السواء. وتشمل هذه الاقتراحات إعادة تقييم معنى نسب الدلالة الإحصائية على اختلافها؛ وإقرار صلاحية الوسائل المنهجية البديلة كالاستقصاءات التي تتناول مجموعة مختارة أو التي تجرى بتوجيه أسئلة إلى المارة أو عن طريق الهاتف؛ وتحسين النهوج الإحصائية المتبعة في إجراء التحليلات الثانوية؛ واستحداث نهوج إحصائية لتنسيق البيانات المحفوظة المتصلة بالموقوفين وداخلي المستشفيات وداخلي مرافق العلاج من تعاطي المخدرات، فضلا عن اعتماد تقنيات مقبولة لاستخدام البيانات السكانية، بما فيها البيانات المأخوذة من إحصاءات السكان. ولكن هذا التعاون يحتاج إلى الانخراط والالتزام. وينبغي فضلا عن ذلك إقامة بنى تحتية رسمية للتعاون. ومن شأن مجرد الاجتماع للوقوف على الاحتياجات والأهداف المشتركة ووضع إستراتيجيات لإيجاد أجوبة إلى جانب عقد جلسات عمل متواصلة لتنفيذ هذه الاستراتيجيات أن يسهم مساهمة كبيرة في تهيئة جو من التعاون بين مقرّر السياسات وخبير الأوبئة. وينبغي دعم هذه الاجتماعات دون تحفظ، مؤسسيا ومهنيا على السواء.

الخـــاتمـــة

يشير تاريخ العلاقة بين البحوث الوبائية والسياسات العامة في الولايات المتحدة إلى أنه بالإمكان إقامة علاقة تكون مرضية لكلا الوسطين البحثي والسياسي. والوصول إلى الباحثين في مجال الوبائيات سهل على مقرّري السياسات. فهم يتقلدون مناصب في الحكومة والجامعات والمعاهد والوكالات البحثية.

ويستطيع هؤلاء الباحثون بدورهم الوصول إلى مقرّري السياسات من خلال وكالاتهم في حالة عملهم في الحكومة ومن خلال رابطاتهم المهنية أيضا. وينبغي ألا يُدّخر جهد في سبيل تواصل المجموعتين. ومن الضروري تحديد الحواجز التي تحول دون تخاطب المجموعتين وتجاوزها. وتختلف هذه الحواجز ولكن حاجز اللغة قد يكون أكبرها. ومن حسن الحظ أن هناك خبراء أوبئة ومقرّري سياسات يتحدثون بلغتين وبإمكانهم سد فجوة التخاطب. وينبغي تشجيع هؤلاء الأفراد على جمع زملائهم معا. ويأتي القرن الحادي والعشرون بتحديات جديدة لكلتا المجموعتين. ومع تعولم ظاهرة تعاطي المخدرات وظهور مخدرات جديدة وأكثر خطورة في بعض الحالات أصبح التعاون بين الباحثين ومقرّري السياسات أمرا ضروريا.

المراجع

١- D. F. Musto, *The American Disease: Origins of Narcotic Control*, 3rd ed. (Oxford, Oxford University Press, 1999).

٢- Hamilton Wright to the Editor of the Louisville *Courier-Journal*, 16 April 1910, Wright Papers, United States National Archives and Records Administration, entry 36.

٣- Hamilton Wright, "Report on the International Opium Commission and on the opium problem as seen within the United States and its possessions", *Opium Problem: Message from the President of the United States*, Sen. Doc. No. 377, Sixty-First Congress, Second Session, 21 February 1910.

٤- *U.S. v. Jin Fuey Moy*, 241 U.S. 394, decided 5 June 1916.

٥- Special Committee of Investigation, appointed 25 March 1918, by the Secretary of the Treasury: Traffic in Narcotic Drugs (GPO, 1919).

٦- *U.S. v. Doremus*, 249 U.S. 86, decided 2 March 1919; *Webb et al v. U.S.*, 249 U.S. 96, decided 3 March 1919.

٧- Hearings before the House Appropriations Committee, Treasury Department Appropriation Bill 1927, 2 December 1925, Sixty-Ninth Congress, First Session, pp. 438-439.

٨- "Saving youth from heroin and crime", *Literary Digest*, vol. 81, No. 32 (5 May 1924).

٩- L. G. Kolb and A. G. DuMez, "The prevalence and trend of drug addiction in the United States and factors influencing it", *Public Health Report*, vol. 39, May 1924, pp. 1179-1204.

١٠- Personal communication to D. F. Musto, 30 May 1970.

١١- D. F. Musto and P. Korsmeyer, *The Quest for Drug Control: Politics and Federal Policy in a Period of Increasing Substance Abuse, 1963-1981* (New Haven, Connecticut, Yale University Press, 2002).

١٢- Joint Committee of the American Bar Association and the American Medical Association on Narcotic Drugs, *Drug Addiction: Crime or Disease? Interim and Final Reports of the Joint Committee of the American Bar Association and the American Medical Association on Narcotic Drugs* (Bloomington, Indiana, Indiana University Press, 1961).

١٣- Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970, Public Law 91-513, Ninety-First Congress, approved 27 October 1970.

١٤- Anti-Drug Abuse Act of 1988, Public Law 100-690, One Hundredth Congress, Section 1005 “Development and Submission of National Drug Control Strategy”, approved 18 November 1988.

دعم عملية تقرير السياسات بالاستناد إلى الأدلة: دراسة تحليلية لنظام الإبلاغ عن المخدرات غير المشروعة في أستراليا*

ل. توب

المركز الوطني لبحوث المخدرات والكحول، جامعة نيو ساوث ويلز، سيدني، أستراليا

ر. ماكيتين

مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة

خلاصة

أنشئ نظام الإبلاغ عن المخدرات غير المشروعة في أستراليا (اختصارا: آيدرس) في عام ١٩٩٦ بهدف توفير نظام استراتيجي للإنذار المبكر يكون فعالا من حيث التكلفة ويُعنى بالاتجاهات المستجدة في التعاطي الإشكالي للمخدرات. وتبيّن هذه المقالة، من خلال سوق أمثلة واقعية معينة، كيف يمكن للمعلومات المستمدة من نظم معلوماتية معنية بالمخدرات، كنظام آيدرس، أن توسّع قاعدة المعارف التي يُستند إليها في اتخاذ القرارات السياساتية القائمة على الأدلة وفي وضع استراتيجيات مكافحة المخدرات. وتسنّى لنظام آيدرس تحقيق ذلك من خلال نشر نتائجه على نطاق واسع، وإنشاء آليات للتعاون بين القطاعات، وتوفير إطار يمكن ضمنه فهم اتجاهات المخدرات وتقدير دورها في رسم السياسات. ويوضّح هذا التحليل الوقائعي أيضا مدى ارتفاع الطلب على المعلومات المتعمقة التي توفرها الاستقصاءات القائمة على الإبلاغ من مصادر معيّنة عن متعاطي المخدرات ذوي الحالات الإشكالية في مستشفيات العناية المشددة والمقابلات النوعية مع الخبراء في مجال المخدرات غير المشروعة. وهذا النوع من المعلومات مفيد للغاية على المستوى السياساتي إذا تسنى جمعه روتينيا باستخدام أساليب قابلة للمقارنة للتمكن من اكتشاف الاتجاهات في التعاطي الإشكالي للمخدرات في وقت مبكر. وإذا قُدمت هذه المعلومات إلى مقرري السياسات في الوقت المناسب وبشكل قابل للاستخدام، أمكن الاسترشاد بها في وضع السياسات والاستراتيجيات. وتصبح الفائدة السياساتية المحتملة للبيانات المستمدة من آيدرس حقيقة واقعة من خلال الحوار المتواصل بين الباحثين وكبار المسؤولين من قطاعي الصحة وإنفاذ القوانين ومقرري السياسات، وهي عملية تتيسّر إلى حد بعيد بفضل قنوات الاتصال والعلاقات المتبادلة بين القطاعات المنشأة من خلال النظام المذكور.

العبارات الرئيسية: اتجاهات المخدرات؛ السياسة العامة؛ الإنذار المبكر؛ أستراليا.

---

*تموّل نظام الإبلاغ عن المخدرات غير المشروعة في أستراليا (اختصارا: آيدرس) وزارة الكومنولث لشؤون الصحة والمسنين والصندوق الوطني للبحوث الخاصة بإنفاذ قوانين المخدرات ويتولى تنسيقه المركز الوطني لبحوث المخدرات والكحول. ولم يكن ليتسنى إنشاء نظام آيدرس لولا المساهمات التي قدمها الخبراء واين هول وجولي هاندو وغرانت واردلو وشين دارك. ويعمل النظام بكفاءة بفضل تعاون العديد من الباحثين والمنظمات البحثية المنخرطة في هذا المجال والمنظمات التي تسهم بتقديم بيانات ومؤشرات لهذا النظام، فضلا عن المطلعين الموثوقين والوكالات التي تساعد بتجنيد متعاطي المخدرات بالحقن الذين ستجرى عليهم الدراسات الاستقصائية واللجان الاستشارية على المستوى الوطني ومستوى الولايات القضائية. ويدين كاتبا المقالة بالشكر لكل المساهمين بالأمثلة الواقعية الواردة في هذه المقالة وهم: رايموند برونو وغريغ فراي وكيم هارغريفس وراشيل هومنيوك وبريدي أورايلي وبول ويليامز.

مقدمة

أنشئ نظام الإبلاغ عن المخدرات غير المشروعة في أستراليا (اختصارا: آيدرس) في عام ١٩٩٦ بتكليف من وزارة الكومنولث لشؤون الصحة والمسنين في حكومة أستراليا، وذلك بهدف توفير نظام استراتيجي فعال من حيث التكلفة للإنذار المبكر بشأن الاتجاهات المستجدة في تعاطي شبائه الأفيون والأمفيتامينات والكوكايين والقنب. وبذلك، يكون المتلقي الرئيسي للمعلومات التي يوفرها هذا النظام هيئة وطنية معنية بالقرارات السياساتية والاستراتيجية المتعلقة بالمخدرات. وهذا ما يؤثر على مجال تركيز النظام، وهو وطني التغطية ويستخدم أسلوب رصد مستشفيات العناية المشددة، كما يؤثر على الخطوط الزمنية للإبلاغ، التي تستهدف تنوير الاستراتيجيات السياساتية عوضا عن الردود التكتيكية.

وروعيت في تصميم النظام الحالي الدروس المستفادة من محاولات سابقة لرصد حالة المخدرات في أستراليا، التي أثبتت وجود حاجة لأن تعمد النظم المعلوماتية المتعلقة بالمخدرات إلى تثليث البيانات من مصادر متعددة من أجل زيادة الثقة باتجاهات المخدرات المبلّغ عنها وبالتالي زيادة الثقة بمصداقية المعلومات الآتية من تلك النظم [١، ٢]. وتحقيقا لهذه الغاية، يجمع نظام آيدرس البيانات دائما من ثلاثة مصادر هي:

(أ) استقصاء كمي قياسي لمتعاطي المخدرات بالحقن الذين يشكّلون مجموعة مشتركة في الرصد يمكن أن تُكتشف لديها اتجاهات جديدة في تعاطي المخدرات غير المشروعة. وتُجرى الاستقصاءات في المدينة الرئيسية لكل ولاية قضائية في أستراليا وتخرج بعيّنة استقصائية سنوية كلّية مكونة مما يزيد على ٩٠٠ متعاط للمخدرات بالحقن؛

(ب) استقصاء نوعي قياسي للمطلعين الموثوقين أو الخبراء في مجال المخدرات غير المشروعة في المدينة الرئيسية لكل ولاية قضائية، يخرج بعيّنة استقصائية وطنية سنوية يتراوح مجموعها بين ٢٥٠ و٣٠٠ من المطلعين الموثوقين؛

(ج) توليفة من المصادر الحالية لبيانات المؤشرات، كبيانات الجرعات الزائدة، ومدى نقاء المخدرات المضبوطة، وبيانات التوقيف، وبيانات السمية، والعلاج ودخول المستشفيات، والبيانات من برامج توزيع الإبر والمحاقن، وبيانات الاستقصاءات المدرسية والأسرية، وغير ذلك من البحوث المتخصصة ذات الصلة. ويختلف نطاق هذه البيانات وطبيعتها بين ولاية قضائية وأخرى، وهناك مجموعات من البيانات لا ينظر فيها إلاّ على المستوى الوطني (كالبيانات المستمدة من الاستقصاءات الوطنية للأسر الأسترالية التي تجرى مرة كل ثلاث سنوات ومن مصلحة الجمارك الأسترالية). وتُحلّل بعض هذه المجموعات من البيانات فصليا بينما تُحلّل أخرى سنويا، وذلك وفقا لطبيعة البيانات وعدد الحالات.

وتُجمع هذه البيانات من كل واحدة من الولايات القضائية الثماني في أستراليا لتوفير تغطية وطنية وتعرض على أساس سنوي. وتُعمّم النتائج من خلال مؤتمر وطني سنوي بشأن الاتجاهات في مجال المخدرات، ومن خلال تقارير على المستوى الوطني ومستوى الولايات القضائية وتحديثات فصلية موجزة. وتستكمل التقارير الرسمية باجتماعات دورية واتصالات غير رسمية مع الجهات المعنية الرئيسية. ولمزيد من المعلومات بشأن نتائج نظام آيدرس، انظر Topp and others [٣].

تحليل وقائعي: توفير الأساس اللازم لسياسات تستند إلى الأدلة

ترد أدناه أمثلة على مساهمة النتائج التي توصل إليها نظام آيدرس في تكوين قاعدة معلومات سليمة لأغراض صوغ السياسات وتنفيذ الاستراتيجيات المتعلقة بمكافحة المخدرات. وتشمل هذه الأمثلة حالات كانت لهذه النتائج فيها علاقة بإحداث تغيير في السياسات أو الاستراتيجيات، كما تشمل عددا من الحالات التي تقع خارج نطاق السياسة العامة ولكن نظام آيدرس ساهم فيها بصورة غير مباشرة في تحسين المعلومات المتعلقة بتناول المخدرات واتجاهاتها (وذلك، على سبيل المثال، بتوفير سياق مرجعي للبحث المتعمق). ولا تشمل هذه الأمثلة النطاق الكامل للطريقة التي أثّرت أو يمكن أن تؤثر بها نتائج آيدرس في السياسة العامة، كما أنها لا توحي بأن المعلومات المستمدة من آيدرس كانت بمفردها مسؤولة عن أي تغيير في السياسة العامة كان له علاقة بها. ولكنها تبيّن بوضوح أن المعلومات المستمدة من آيدرس كانت فعالة في توفير أساس من الأدلة اللازمة للسياسة العامة. وقد تجلّى هذا الأثر على المستوى الوطني، ولا سيما على مستوى الولايات القضائية حيث تجمع أكثر البيانات تفصيلا.

إلقاء الضوء على أشكال جديدة من تناول المخدرات تحظى بالاهتمام على سبيل الأولوية

أدّت نتائج نظام آيدرس التي تدل على حدوث زيادة في توافر واستعمال أشكال قوية من الميثامفيتامين في جميع أنحاء أستراليا إلى جعل تحديد الأشكال الجديدة في تعاطي المخدرات مجالا ذا أولوية لدى اللجنة الوزارية لاستراتيجية المخدرات ولدى حكومة الكومنولث. وعلى الرغم من أن آليات الرصد الأخرى، كتحليل عينات البول المأخوذة من الموقوفين، كانت ستشير إلى أن هذا المجال مثير للقلق، فقد وفّر نظام آيدرس معلومات محددة عن تناول الميثامفيتامين جُمعت من متناولين للميثامفيتامين من غير نزلاء المؤسسات تعجز النظم الأخرى عن توفير مثلها. إذ وفّر نظام آيدرس معلومات عن مختلف أنواع الميثامفيتامين المتاحة على مستوى الشارع، وعن المصطلحات المستخدمة لوصفها، وتواتر تناولها، وطرق تناولها، وأسعارها، ودرجات نقائها، والكميات المشتراة منها.

صياغة سياسات واستراتيجيات مناسبة للأوضاع المحلية

تمكّن نظام آيدرس من توفير معلومات مفصّلة على صعيد الولايات القضائية عن الأنماط والاتجاهات الأخيرة في تناول المخدرات، وهي معلومات عليها طلب كبير من مقرري السياسات في قطاعي الصحة وإنفاذ القوانين. وقد طُلب في ولاية تاسمانيا من دائرة شؤون الكحول والمخدرات في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية أن تعدّ للجنة الفرعية الوزارية المعنية بالمخدرات في حكومة الولاية تقريرا نصف سنوي عن حالة تناول المخدرات بالحقن في تاسمانيا. وتعتمد هذه التقارير بشدة على بيانات آيدرس وقد أثّرت على سياسات ولاية تاسمانيا في عدد من المجالات، منها السياسة المتعلقة بالميثادون والسياسات المتصلة بإتاحة الإبر. وقبل تنفيذ نظام آيدرس في تاسمانيا، كانت القرارات السياساتية هناك تستند عادة إلى بيانات مأخوذة من ولايات قضائية أخرى أكبر حجما ولديها التمويل اللازم والهيئات المكرسة لإجراء بحوث تخصصية في مجال المخدرات. وفي عام ٢٠٠٠، بيّن نظام آيدرس أن أنماط

تناول المخدرات غير المشروعة في الولايات القضائية الصغرى، كولاية تاسمانيا، تختلف اختلافا كبيرا عن أنماط تناولها في الولايات القضائية الكبرى. وأسهم نظام آيدرس بذلك في إحداث تحسن كبير في قاعدة المعلومات اللازمة لسياسة المخدرات في تاسمانيا بتوفيره معلومات تنطبق على الوضع المحلي.

وضع خطط استراتيجية حكومية لمكافحة المخدرات

استُرشد ببيانات آيدرس في وضع خطط استراتيجية لمكافحة المخدرات في عدة من الولايات القضائية في أستراليا. ففي الإقليم الشمالي، شكّلت بيانات آيدرس الأساس الذي استُند إليه في وضع الخطة الحكومية المكونة من ثلاث نقاط بشأن تناول المخدرات وتعاطيها. وفي أستراليا الغربية، تضمنت اثنتان من الورقات المقدمة عن مسائل المخدرات في مؤتمر القمة المجتمعي الذي عقد مؤخرا في هذه الولاية حول موضوع المخدرات معلومات مستمدة من نتائج آيدرس لعام ٢٠٠٠، وهما: الورقة رقم ٧ عن المخدرات وإنفاذ القوانين، التي تناولت الإطار القانوني المناسب للمخدرات غير المشروعة، وتحويل متعاطي المخدرات إلى العلاج، ومعاملة أخطر منتهكي القانون في السجون؛ والورقة رقم ٨ عن تخفيف الضرر الذي يصيب المجتمع والأفراد من جراء استمرار تعاطي المخدرات. وفي نيو ساوث ويلز، تألفت واحدة من أهم وثائق المعلومات الأساسية لمؤتمر قمة نيو ساوث ويلز بشأن المخدرات، الذي عقد في سيدني، أستراليا، من ١٧ إلى ٢١ أيار/ مايو ١٩٩٩، من النتائج المأخوذة من نظام آيدرس. وأضاءت نتائج آيدرس في فكتوريا الطريق أيضا لأنشطة صوغ السياسات التي تضطلع بها لجنة خبراء سياسات المخدرات في حكومة فكتوريا.

إعداد وسائل تدخل خاصة بالأنماط الإشكالية من تعاطي المخدرات

استخدم مقررو السياسات بيانات آيدرس الوطنية في اجتماع شباط/ فبراير ٢٠٠١ للجنة الفرعية للمجلس الاستشاري الصيدلي الأسترالي، الذي تناول موضوع إساءة الاستعمال المتعمدة للمستحضرات الصيدلية، ونوقشت فيه باستفاضة مسألة تناول البنزوديازيبين عن طريق الوريد. وعلى مستوى الولايات القضائية، استخدمت وزارة فكتوريا للخدمات الإنسانية بيانات آيدرس في وضع استراتيجية للتثقيف والوقاية من تناول البنزوديازيبين بالحقن على سبيل معالجة مشكلة تسريب المحتويات الهلامية الشكل لكبسولات التيمازيبام وإساءة استعمالها وحقنها. وساعدت نتائج آيدرس في فكتوريا أيضا في تنبيه وزارة فكتوريا للخدمات الإنسانية إلى ضرورة وضع برنامج للتأهب والتدريب بشأن الكوكايين من أجل العاملين في مجال الكحول والمخدرات.

تحديد احتياجات الوصول إلى العلاج

وفّرت نتائج آيدرس في إقليم العاصمة الأسترالية معلومات وتوصيات أثّرت في القرارات السياساتية المتعلقة بتقديم الخدمات في هذا الإقليم. وفي عام ٢٠٠٠، أوصى أحد تقارير الإقليم المتعلقة باتجاهات المخدرات بإجراء دراسة للتسارع الظاهر في تناول الهيروين بين السكان الأصليين الذي كان نظام

آيدرس لإقليم العاصمة الأسترالية أول من اكتشفه في ١٩٩٨-١٩٩٩ وتحديد العوامل التي أسهمت في امتناع هؤلاء السكان عن الاستفادة بالخدمات العلاجية. وفي عام ٢٠٠١، أتيح قدر أكبر من الخدمات للسكان الأصليين، وأعرب حزب العمال الأسترالي المعارض عن التزامه بتقديم خدمات علاجية تتناسب مع ثقافاتهم. والقدرة على تحديد الثغرات في الاستفادة من الخدمات المقدمة هي إحدى الفوائد الجلية التي يعود بها رصد أنماط التعاطي الإشكالي للمخدرات بين غير نزلاء المؤسسات.

دور نظام آيدرس كأداة للإنذار المبكر والتحقق بشأن الاتجاهات السائدة في مجال المخدرات

تعتبر وزارة الصحة لإقليم العاصمة الأسترالية بيانات آيدرس أداة تحقق جيدة. وهي تستخدم هذه البيانات بانتظام لعقد مقارنات بين تعاطي المخدرات وطنيا وحالة تعاطيها في إقليم العاصمة، وتحصل بذلك على إنذار مبكر بالاتجاهات المقبلة في تناول المخدرات. وهي ترى أيضا أن نظام آيدرس مفيد في تقرير المجالات التي ينبغي أن توجه نحوها أولويات شراء الخدمات وفي التأكد من مدى صحة المشورة المروية بشأن مسائل المخدرات والكحول وتقارير موفري الخدمات

توفير سياق لتحري ظروف انخفاض توافر الهيروين

شهدت أستراليا في عام ٢٠٠١ انخفاضا ملحوظا ومطردا في توافر الهيروين جاء مقترنا بانخفاض في تناول الهيروين وما يتصل به من عواقب سلبية. ووفرت نتائج آيدرس عن السنوات الخمس السابقة بيانات أساسية مفيدة وموثوقة وصحيحة عن أسعار الهيروين ودرجات نقائه ومدى توافره، وتواتر تناوله إلى جانب تواتر تناول غيره من المخدرات، والنشاط الإجرامي، وخطر تناول جرعات زائدة، وغير ذلك من المشاكل المتصلة بالصحة مما يمكن استخدامه لتفسير البيانات المستمدة من أي تحر تخصصي لسمات نقص الهيروين وأثر هذا النقص. وسوف يوثّق نظام آيدرس في عام ٢٠٠٢ حالة سوق المخدرات غير المشروعة إثر بلوغ نقص الهيروين ذروته. وتستطيع بيانات آيدرس بذلك أن تزيد إلى حد بعيد من إمكانية تفسير البيانات المجموعة في سياق الدراسات الأخرى.

إدماج المعلومات المحلية في نظم المرحلة التعليمية الثالثة في الإقليم الشمالي

وفّر نظام آيدرس معلومات عن اتجاهات المخدرات التي يتميز بها الإقليم الشمالي وأمكن بفضل هذه المعلومات إدماج بيانات الاتجاهات المحلية للمخدرات في المواد الدراسية للمرحلة التعليمية الثالثة في جامعة الإقليم الشمالي. فأصبحت مادة الدراسات الخاصة بالمخدرات والكحول ومادة الخدمات الإنسانية والمجتمعية ومادتا العمل الاجتماعي وعلم النفس تشتمل الآن على معلومات محلية الصلة عن الأنماط والاتجاهات السائدة في تناول المخدرات. وقبل تنفيذ نظام آيدرس في الإقليم الشمالي، كانت هذه المواد

الدراسية تعتمد على البيانات الوطنية المتصلة بتعاطي المخدرات غير المشروعة، والصحة، والمخاطرة، والنشاط الإجرامي. وكشف نظام آيدرس عن الطابع المتباين لأسواق المخدرات غير المشروعة في أستراليا، وقد تعززت نظرية هذه المواد الدراسية وجوانبها العملية الآن بالبيانات المحلية ذات الصلة.

الجهات المستفيدة بنتائج آيدرس

كان أفضل مثال على مدى الاهتمام بنتائج آيدرس ما حدث في جنوب أستراليا من تلبية الطلب على هذه المعلومات بعقد سلسلة من الحلقات الدراسية الخاصة الموفرة لمنظمات إنفاذ القوانين على المستوى الوطني، كالهيئة الوطنية المعنية بالجريمة، والمكتب الأسترالي للاستخبارات الجنائية، ومصلحة الجمارك الأسترالية، والشرطة الاتحادية الأسترالية، فضلا عن وزارة الهجرة وشؤون الثقافات المتعددة، ومكتب الضرائب الأسترالي. وكان من بين الجهات المستفيدة بنتائج آيدرس على مستوى الولاية نفسها شرطة جنوب أستراليا، ورابطة جنوب أستراليا للتوجيه وإسداء المشورة، والفريق المعني بتقييم حالة المشرّدين في المدن وتوفير الدعم لهم، وفريق العمل لعموم ممرضي وممرضات الولاية، ومعهد دوغلاس ماوسن للتعليم التقني والتكميلي، ودائرة جنوب أستراليا للطب الشرعي. وقدّم هذه الحلقات الدراسية منسّق نظام آيدرس في جنوب أستراليا، وهي تبيّن مدى الطلب على المعلومات المتعلقة باتجاهات المخدرات وتنوّع المستفيدين بهذه المعلومات.

المناقشة

يدلّ التحليل التفصيلي أعلاه على أن المعلومات المستمدة من نظام للمعلومات المتعلقة بالمخدرات، كنظام آيدرس، يمكن أن تقدّم مساهمة جليلة لقاعدة الأدلة اللازمة لتقرير السياسة العامة. وعلى الرغم من أن نتائج آيدرس كثيرا ما أنارت الطريق للسياسة العامة بصورة غير مباشرة وقلّما كانت العامل المؤثر الوحيد في رسم هذه السياسة، فقد كانت واحدا من عدة مصادر معلوماتية أسهمت في توسيع قاعدة المعارف التي يمكن الاستناد إليها في وضع سياسات قائمة على الأدلة. وليس من الممكن دائما تقييم أثر المعلومات التي يوفرها نظام آيدرس، ولكن الطلب على هذه المعلومات والمنظمات المستهدفة يعطيان فكرة عن فائدة بيانات آيدرس في صوغ السياسات واستراتيجيات التنفيذ.

وتحظى المعلومات المفصلة التي يوفرها نظام آيدرس بحسن القبول لدى مقرري السياسات. وقد استُخدمت في صياغة استراتيجيات المخدرات على المستوى الوطني ومستوى الولايات القضائية، وهي تلبي الاحتياجات العملياتية للعديد من المنظمات. وعلى وجه التحديد، يوفر نظام آيدرس معلومات مفصلة وفي الوقت المناسب عن أنماط محددة من التعاطي الإشكالي للمخدرات، كطرائق التناول وسياقه، وطبيعة الأشكال الجديدة من المخدرات ومدى توافرها، والمشاكل الصحية والجنائية المقترنة بتناول المخدرات، وهي معلومات لا توفرها الأساليب الأكثر رسوخا في جمع المعلومات، كالاستقصاءات الأسرية والرصد الروتيني للمؤشرات المتعلقة بالمخدرات. والكثير من هذه المعلومات المفصّلة يُستمد من الاستقصاءات التي تجرى للمطلعين الموثوقين والاستقصاءات التخصصية لمتعاطي المخدرات بالحقن. ويدلّ ذلك على الفائدة السياساتية للمعلومات التي توفرها الاستقصاءات المتعمقة بشأن التعاطي الإشكالي للمخدرات.

وتمثل المنظمات التي طلبت الحصول على معلومات من نظام آيدرس حتى الآن طائفة متنوعة من التخصصات، ولا سيما قطاعا الصحة وإنفاذ القوانين. ويعزى تزايد اهتمام قطاع إنفاذ القوانين بهذه المعلومات إلى تركيز نظام آيدرس على رصد أسعار المخدرات وتوافرها من خلال مصادر غير مصادر إنفاذ القوانين، موفرا بذلك معلومات تكمّل البيانات الموجودة لدى أجهزة إنفاذ القوانين، وهذا دليل على أن المعلومات المستمدة من نظام آيدرس هامة لاستراتيجيات مكافحة المخدرات في مجالي الصحة وإنفاذ القوانين. ويكون نظام آيدرس قد وفّر بذلك آلية للتعاون بين قطاعي الصحة وإنفاذ القوانين من حيث فهم كيفية تأثير استراتيجيات مكافحة المخدرات على أسواق المخدرات وأنماط تناولها والمشاكل المقترنة بها.

وساهمت بيانات آيدرس مساهمة جليلة في تطوير وتحسين مصادر المعلومات الأخرى عن اتجاهات المخدرات التي يُستند إليها في صوغ السياسات. وما إرشاد التحري الإضافي للاتجاهات الجديدة في مجال المخدرات، وتوفير سياق لتقييم أثر التدخلات أو التغيرات في أسواق المخدرات، كنقص الهيروين، والمساعدة في وضع مناهج أكاديمية حول دراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات، واستكمال التقارير الأخرى عن اتجاهات المخدرات إلا بعض من الطرائق التي حسّن بها نظام آيدرس قاعدة المعارف العامة التي يستند إليها مقررو السياسات في اتخاذ القرار.

وأدّى هذا النظام أيضا دورا تطويريا بحفز التعاون بين الباحثين والمنظمات غير البحثية التي تعنى بالمسائل المتصلة بالمخدرات. وقد وفّرت الحاجة إلى تبادل البيانات بين المنظمات أرضية للتعاون والحوار حول تفسير البيانات المتعلقة باتجاهات المخدرات وحول فائدة هذه البيانات للمنظمات غير البحثية على صعيدي السياسات والاستراتيجيات. واستتبع ذلك أحيانا كثيرة إجراء حوارات تثقيفية بين الباحثين ومقرري السياسات للتأكد من تلبية نظام آيدرس لاحتياجات مقرري السياسات من المعلومات وفهم مقرري السياسات للغرض من بيانات آيدرس وتقديرهم لفائدتها. وقد ساعدت هذه العملية التثقيفية المتبادلة مساعدة كبيرة في فهم الطرفين للطريقة التي يمكن الاستفادة بها من نتائج آيدرس على صعيد السياسة العامة، كما عززت قدرة آيدرس على جمع البيانات المتعلقة بالمخدرات وفهمها.

وعلى الرغم من الفائدة الجليّة لبيانات آيدرس في صوغ السياسات، لا تزال هناك تحديات في تحسين تفسير الاتجاهات التي يحددها نظام آيدرس وما لها من آثار على السياسة العامة. ومن الضروري بوجه خاص أن يزداد فهم الباحثين ومقرري السياسات على السواء للكيفية التي يكمّل بها هذا النوع من المعلومات الآليات الأكثر رسوخا لرصد تناول المخدرات، كالاستقصاءات السكانية العامة وبيانات الاستفادة من العلاج، فضلا عن فهمهم لأسباب التفاوت بين المصادر المختلفة للبيانات. ولا بد من أن يكون هناك حوار متواصل بين الباحثين ومقرري السياسات للوصول إلى هذا القدر من الفهم المتبادل؛ وباستطاعة نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات، كنظام آيدرس، أن توفّر ملتقى حاسم الأهمية لهذا الحوار.

وينبغي التسليم، فضلا عن ذلك، بأن الفوائد المجنية من نظام آيدرس لم تتضح إلا بعد استمرار عملية جمع المعلومات لعدة سنوات وبأن جمع البيانات عن اتجاهات المخدرات وتحليلها والإبلاغ عنها يستلزم الكثير من الاستثمار سواء من الناحية المالية أو من حيث تطوير قدرة الموارد البشرية. وقد أثبت هذا الاستثمار جدواه بفضل الفوائد التي يعود بها جمع البيانات روتينيا والتي بدأت تتجلى الآن. وأدّت التحسينات في فعالية جمع البيانات وتحليلها والإبلاغ عنها التي شهدها نظام آيدرس عبر السنوات التي انقضت على قيامه إلى زيادة مردود تكلفته زيادة كبيرة. وفي السياق الأسترالي، تيسّر

عـمـل نـظـام آيـدرس بـفضـل وجـود المؤسسات الخدمية والموارد البشرية المناسبة، والإرادة السياسية، والتوفير اللاحق للموارد المالية. أما في السياقات التي لا يكون فيها الجمع الفعلي الروتيني للبيانات أسلوبا ممكنا لرصد التعاطي الإشكالي للمخدرات، بسبب المعوقات العائدة إلى البنية التحتية أو الموارد، فإن الدراسات التحليلية المتعمقة التي تجرى مرة واحدة تظل توفّر أداة مفيدة مضافة إلى نظم المراقبة المستمرة. ومن المهم في هذه الحالات أن تسترشد الدراسات المتعمقة بآليات الرصد المتواصل وترشدها.

الخاتمـــة

يتبيّن من التحليل التفصيلي أعلاه أن نظام آيدرس لعب دورا جليلا في توسيع قاعدة المعارف التي يُستند إليها في اتخاذ القرارات السياساتية. وقد تحقق ذلك بنشر النتائج على نطاق واسع، وإنشاء آليات لـلـتـعـاون فـيـمـا بين الـقـطـاعات، وتوفير سياق يمكن ضمنه فهم اتجاهات المخدرات وتقدير دور هذه الاتجاهـات في صـيـاغـة السـيـاسـات. ويـتـبيّن من هذا التحليل فضلا عن ذلك وجود طلب كبير على المعـلـومـات المتـعـمـقـة عـن أنماط تـناول المخدرات والعوامل المتصلة بها من النوع الذي يمكن أن توفره الاستقصاءات القائمة على الإبلاغ من مصادر معيّنة عن متعاطي المخدرات ذوي الحالات الإشكالية في مستشفيات العناية المشددة والمقابلات النوعية مع الخبراء في مجال المخدرات غير المشروعة. وهذه المعلومات مفيدة بوجه خاص على مستوى السياسة العامة إذا أمكن جمعها روتينيا باستخدام أساليب قابلة للمقارنة، إذ يتسنى بذلك اكتشاف الاتجاهات الجديدة في التعاطي الإشكالي للمخدرات في وقت مبكر. ويبيّن هذا التحليل أيضا أنه إذا قدمت هذه المعلومات إلى مقرري السياسات في الوقت المناسب وبشكل قابل للاستخدام، أمكن الاستفادة بها في وضع السياسات والاستراتيجيات. وتشجيع الحوار المتواصل بين الباحثين وكبار المسؤولين في قطاعي الصحة وإنفاذ القوانين ومقرري السياسات أمر أساسي لـتـطـويـر فـائـدة المعـلـومـات المستمدة من نظام آيدرس على مستوى السياسة العامة، وستكون قنوات الاتصال والعلاقات فيما بين القطاعات الناشئة عن هذا الحوار حاسمة الأهمية لزيادة تطوير الفائدة السياساتية للبيانات المتعلقة باتجاهات المخدرات.

المراجع

١- J. Hando and others, “The development of an early warning system to detect trends in illicit drug use in Australia: the Illicit Drug Reporting System”, *Addiction Research*, vol. 6, 1998, pp. 97-113.

٢- G. Wardlaw, *Final Report: Illicit Drug Reporting System*, report to the Commonwealth Department of Human Services and Health (Canberra, Wardlaw Consulting Pty. Ltd., 1994).

٣- L. Topp and others, *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, Monograph No. 48 (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 2002).

تجارب الشبكة المتعددة المدن لمجموعة بومبيدو، ١٩٨٣-٢٠٠٢

ر. بليس

مستشار تقني، مجموعة بومبيدو، مجلس أوروبا، دويفندريخت، هولندا

خلاصة

تمثل دراسة الانتشار الوبائي واحدا من مجالات النشاط الأربعة التي تعمل فيها مجموعة بومبيدو التابعة لمجلس أوروبا على مكافحة تعاطي المخدرات. وقد انصبت أنشطة المجموعة في مجال دراسة الانتشار الوبائي على قيام فريق من الخبراء في الانتشار الوبائي، وهو عبارة عن لجنة دائمة من الخبراء من كل البلدان الأوروبية تقريبا، بوضع مؤشرات وأدوات تحليلية لرصد أنماط واتجاهات تعاطي المخدرات. وقد اعتمد هذا الفريق الذي أنشئ في عام ١٩٨٣ نهجا قائما على المدن أصبح يعرف بالدراسة المتعددة المدن لمجموعة بومبيدو. ويقدّم المؤلف في مقالته هذه شرحا لنطاق الشبكة المتعددة المدن ونظام الرصد المتعدد المدن وأساليب عملهما. وينتهي إلى أن الدراسة المتعددة المدن وإن كانت قد نجحت كمختبر لوضع المؤشرات والأدوات، فإن الرصد المتواصل لأنماط واتجاهات تعاطي المخدرات على مستوى المدن باستخدام هذه المؤشرات والأدوات يتطلّب تنظيما وبنية تحتية مختلفين.

العبارات الرئيسية: دراسة الانتشار الوبائي؛ المؤشرات؛ الأنماط والاتجاهات في تعاطي المخدرات؛ شبكة المدن؛ أوروبا.

مقدمة

كانت مجموعة بومبيدو التابعة لمجلس أوروبا، التي أنشئت في عام ١٩٧١، أول هيئة أوروبية تتناول بالبحث والدراسة من منظور متعدد التخصصات السياسات الوطنية للمخدرات والمشاكل المتصلة بتعاطي المخدرات والاتجار بها. وفي عام ١٩٨٢، اتفق المؤتمر الوزاري لمجموعة بومبيدو على أن يقوم فريق من الخبراء في الانتشار الوبائي بوضع نظم للرصد من أجل تقييم طبيعة وحجم تعاطي المخدرات والمشاكل المتصلة به.

ويقوم بتعيين هؤلاء الخبراء المراسلون الوطنيون الدائمون لمجموعة بومبيدو على أساس خبرتهم الفنية في مجال الانتشار الوبائي. وقد اشترك في أنشطة فريق الخبراء عبر السنوات العشرين الماضية، بين الحين والآخر، عدة مئات من الخبراء من ٤٠ بلدا أوروبيا.

وقد درج فريق الخبراء، في تنفيذ المهمة المسندة إليه، على اتباع نهج قائم على المدن. ويعزى أحد الأسباب في ذلك إلى أن مشاكل المخدرات في أوروبا كانت في الثمانينيات تتركز بصورة رئيسية في المناطق الحضرية ولم تكن البيانات ذات الصلة متاحة حينذاك بسهولة على المستوى الوطني. ولكن

السبب الأهم هو ما سيق من حجة بأن حجم المدن الصغير نسبيا يجعل تفسير بيانات المؤشرات في سياقها أمرا أسهل. وأصبحت أنشطة وضع نظم للرصد تعرف باسم الدراسة المتعددة المدن لمجموعة بومبيدو، وظلّت هذه الأنشطة هي مجال تركيز فريق الخبراء عبر السنين. وكانت معظم المشاريع الأخرى التي استهلها فريق الخبراء في العقدين الماضيين إما نابعة من الدراسة المتعددة المدن وإما تتّبع أيضا نهجا قائما على المدن.

أهداف الدراسة المتعددة المدن

لمّا كان الرصد هو مراقبة التغيّرات في الأشياء الخاضعة للمراقبة من أجل استخدام التدخلات أو تقييم آثارها، فقد تحددت أهداف الدراسة المتعددة المدن النابعة من ولاية فريق الخبراء كما يلي:

(أ) تحديد المؤشرات لشرح التغيّرات في تناول المخدرات وفي مشاكلها؛

(ب) وضع أساليب لجمع البيانات عن هذه المؤشرات والإبلاغ عنها؛

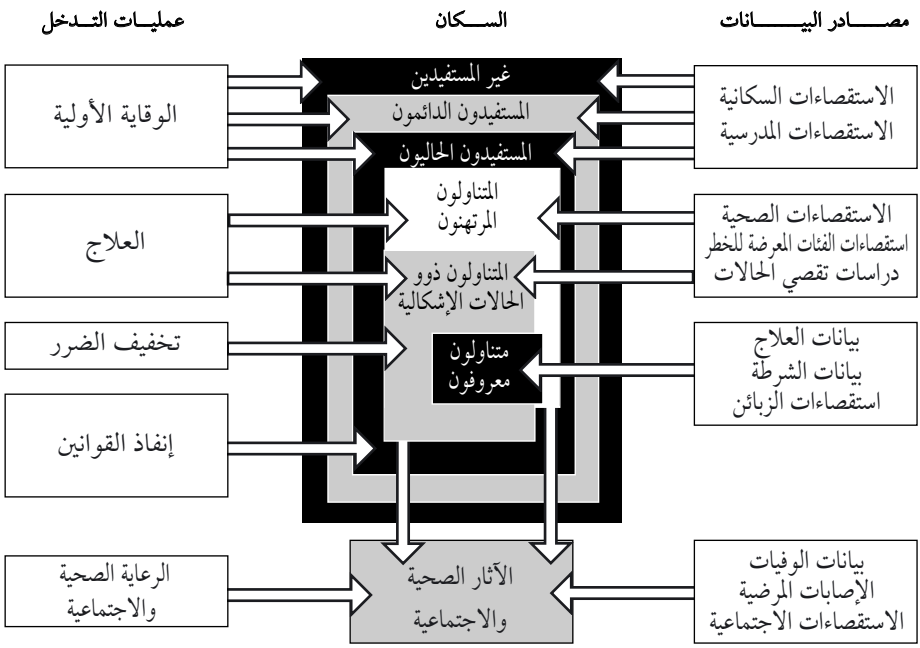
(ج) تقييم أنماط واتجاهات تناول المخدرات في مختلف أنحاء أوروبا؛

(د) وضع نماذج لتحليل بيانات المؤشرات وتفسيرها؛

(هـ) تشجيع مقرري السياسات وأخصائيي التدخل على العمل بالمؤشرات وأساليب جمع البيانات وأشكال تقديم التقارير ونماذج التفسير.

ويُسعى إلى تحقيق هذه الأهداف ضمن إطار مفاهيمي عام يربط تناول المخدرات ومشاكلها بعمليات التدخل ومصادر البيانات (انظر الشكل التالي).

السعي إلى تحقيق أهداف الدراسة المتعددة المدن



وفي السنوات القلائل الأولى، انصب جلّ تركيز فريق الخبراء على المؤشرات ومنهجية جمع البيانات. وفي نهاية الثمانينيات، أصبح فحص الأنماط والاتجاهات نشاطا أساسيا. وحتى عام ١٩٩٦، كانت الاتجاهات تتابع على صعيد المدن والصعيد القطري معا. ويرجع ذلك من ناحية إلى أن الحالة القطرية هي سياق ذو صلة بأي مدينة ومن ناحية أخرى لأن بيانات المؤشرات المطلوبة، وعلى عكس التوقعات الأولية، لم تكن في عدة حالات متاحة أو يسهل الوصول إليها إلا على المستوى الوطني. وفي أواخر الثمانينيات، انتقل التركيز إلى التحليل والتفسير مع زيادة التأكيد على السياق المحلي. ويعطي برنامج عمل الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٣ الأولوية لتعميم نظم الرصد وبناء القدرات اللازمة على الصعيد المحلي لتطبيق تلك النظم.

الشبكة المتعددة المدن

على الرغم من أن الخبراء المشتركين في الدراسة المتعددة المدن لا يمثلون المدن بالمعنى الصحيح، فقد أصبح من المألوف التحدث عن شبكة من المدن وعن المدن المشاركة بدلا من الخبراء المشاركين. وبهذا المعنى، شاركت في العقدين الماضيين في الدراسة المتعددة المدن، في وقت من الأوقات، ٤٢ مدينة في ٢٣ بلدا. ولكن من الجدير بالملاحظة أنه لم يشارك في هذه الدراسة لمدة تزيد على خمس سنوات سوى قلة من المدن، كما إن بعض المدن لم تعمل فعليا في الشبكة إلاّ لمدة سنة أو سنتين.

وازداد عدد المدن المشاركة وخصوصا في منتصف التسعينيات بانضمام العديد من دول أوروبا الغربية إلى مجموعة بومبيدو. ورغم أن نمو الشبكة جعل صيانة شبكة المدن أكثر تعقيدا، فقد أدّى هذا النمو أيضا إلى تحسّن نوعية البيانات وقابليتها للمقارنة: إذ طبّق العديد من المدن الجديدة، من البداية، بروتوكولات جمع البيانات للدراسة المتعددة المدن، بينما ظلّ العديد من المشاركين القدماء مكتفيا بنظم الرصد المحلية القائمة. وفي نفس الوقت الذي كانت فيه الشبكة المتعددة المدن تتوسع لتشمل أوروبا الشرقية، تضاءل الالتزام في أوروبا الغربية إثر إنشاء مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها وما اتصل بإنشائه من توجه في أوروبا الغربية نحو اعتماد نظم رصد وطنية. ومنذ ذلك الحين توقفت عدة مدن من أوروبا الغربية عن المشاركة في الشبكة.

أساليب العمل

إن الدراسة المتعددة المدن لا تستند إلى شبكة من المدن بل إلى التعاون ضمن شبكة من الخبراء المهتمين. ولا يترتب على تعيين أعضاء فريق الخبراء الالتزام بالمشاركة في الدراسة المتعددة المدن، كما إن المشاركين في الدراسة لا يخضعون للمساءلة من قبل سلطات المدن التي يُعدّون التقارير بشأنها. وفي هذا السياق من التعاون الطوعي، يشكّل دعم شبكة الخبراء وصيانتها مبدأي العمل الأساسيين للدراسة المتعددة المدن.

يجري تبادل المعلومات والخبرات في الشبكة المتعددة المدن في اجتماعات عامة وفي أفرقة العمل المشاريعي وفي حلقات دراسية تتصل بمواضيع محددة وعن طريق نشر التقارير. وتتولى أمانة مجموعة بومبيدو تيسير كل الأنشطة بينما يتولى تنسيقها أحد المستشارين التقنيين.

الاجتماعات العامة

تشكّل الدراسة المتعددة المدن الموضوع الرئيسي في الاجتماعات السنوية لفريق الخبراء التي تعقد عادة مرتين في السنة، ويقدم فيها المشاركون عرضا للأوضاع السائدة في مدنهم في مناقشات تجرى حول مائدة مستديرة: كالاتجاهات في بيانات المؤشرات، والمشاكل المصادفة في جمع البيانات، والتطورات الجديدة في تناول المخدرات وفي سياسة المخدرات، ونتائج البحوث المحلية الأخيرة، وما إلى ذلك. وتُناقش في هذه الاجتماعات العامة أيضا التقارير المنشورة باسم فريق الخبراء، كما تُسدى فيها المشورة لأمانة مجموعة بومبيدو بشأن تنفيذ مشاريع معيّنة وتعيين الفرق المكلفة بالمشاريع. ويحضر الاجتماعات العامة لفريق الخبراء أيضا ممثلون عن مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها، والمفوضية الأوروبية، وبرنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات (اليوندسيب)، ومنظمة الصحة العالمية، والمعهد الوطني لشؤون تعاطي المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية.

أفرقة العمل المشاريعي

تجري معالجة العديد من جوانب نظام الرصد في مشاريع مخصصة لهذا الغرض. وتتراوح مواضيع هذه المشاريع ما بين جدوى المؤشرات أو صلاحيتها وأشكال التقارير وأساليب جمع البيانات وتحليلها. وقد شهدت السنوات الأخيرة تزايد المشاريع التي تركّز على الأساليب النوعية وعلى فئات مستهدفة معيّنة وعلى نماذج التحليل. وعادة ما تستمر المشاريع لمدة سنتين، ولكن بعضها تطوّر إلى أنشطة متواصلة موازية للدراسة المتعددة المدن، إما ضمن فريق الخبراء (كمشروع مؤشرات الطلب على العلاج، على سبيل المثال) وإما بالتعاون مع فريق الخبراء (كمشروع الدراسات الاستقصائية للمدارس الأوروبية بشأن الكحول وغيرها من المخدرات (إسباد) الذي يديره المجلس السويدي للمعلومات المتعلقة بالكحول وغيرها من المخدرات).

ويُنسِّق هذه المشاريع عادة مستشار يتولى هذه المهمة بموجب ترتيب تعاقدي. وتجتمع أفرقة العمل المشاريعي عند الطلب ويمكن أن تشمل خبراء من منظمات أخرى. وتدرج النتائج التي تتوصل إليها المشاريع في نظام الرصد المتعدد المدن، وقد حدت هذه النتائج أيضا في عدة حالات ببعض المنظمات الدولية إلى استخدام معايير موحدة فيما يتعلّق بمؤشرات المخدرات.

الحلقات الدراسية والمؤتمرات

تعقد مجموعة بومبيدو بانتظام حلقات دراسية يجري فيها تبادل الخبرات بين الباحثين ومقرري السياسات وغيرهم من الاختصاصيين. وقد تناولت عدة حلقات دراسية مسائل تتصل بنظام الرصد المتعدد المدن. وأثبتت هذه الحلقات جدواها كأداة لتحقيق توافق أوسع وأعم في الآراء حول معايير المؤشرات الخاصة بنظام الرصد وحول استخدام الرصد في السياسة العامة والتدخلات.

وسوف تنظّم مجموعة بومبيدو في عام ٢٠٠٣ مؤتمرا استراتيجيا بشأن الأوضاع الراهنة في دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات من أجل اختيار مسارات جديدة لأنشطتها المقبلة في مجال الانتشار الوبائي وزيادة تطوير نظم الرصد المحلية.

المنشورات

بالإمكان إلقاء نظرة عامة على تقارير مجموعة بومبيدو المتاحة بزيارة موقع المجموعة على الويب الذي يمكن الوصول إليه عبر بوابة مجلس أوروبا (www.coe.int/T/E/Social_cohesion/Pompidou_Group/).

وبخلاف تقارير الفرق المعنية بالمشاريع عن مواضيع محددة، تأخذ الدراسة المتعددة المدن ذاتها بنظام للإبلاغ مكوّن من ثلاث خطوات.

التقارير السنوية عن المدن المختلفة

كانت التقارير السنوية عن المدن المختلفة فيما مضى عبارة عن دراسات موجزة تشرح حقائق الوضع المحلي للمخدرات واتجاهاته وسياقه، ولكن العديد من هذه التقارير تقلّص في التسعينيات ليصبح تقارير مقصورة على تقديم البيانات الأساسية عندما تجاوزت المتطلبات المتنامية لجمع المعلومات وإعداد التقارير حدود الموارد التي يستطيع المشاركون تخصيصها لجهودهم. يضاف إلى ذلك أن امتداد الشبكة في النصف الثاني من التسعينيات لتشمل ما يزيد على ٣٠ مدينة تُعِدّ تقارير سنوية جعل توزيع تقارير المدن هذه مهمة صعبة. وتقرر في عام ١٩٩٨ الاستعاضة عن تقارير المدن السنوية باستمارات شبيهة بالاستبيان لجمع بيانات المؤشرات والمعلومات المتعلقة بالسياق.

التقارير التجميعية السنوية عن الاتجاهات السائدة في الشبكة

تُلخّص بيانات المؤشرات الرئيسية المستمدة من تقارير المدن كل سنة في تقارير موجزة عن الاتجاهات الهامة التي لوحظت. وحتى عام ١٩٩٧، كان يُبلّغ عن الاتجاهات في معظم الأحيان بوصفها تغيُّرات لوحظت في السنة المشمولة بالتقرير مقارنة بالسنة السابقة. ومنذ عام ١٩٩٨، بدأت التقارير التجميعية السنوية تقدّم تحديثات للاتجاهات الطويلة الأجل بالقدر الذي تسمح به البيانات المتاحة.

ولإتاحة إمكانية عقد مقارنات بين المدن، تُعرض بيانات المؤشرات في التقارير التجميعية كنسب مئوية أو كأرقام نسبية إلى الحجم السكاني للمدن المعنية.

تقارير الدراسة المتعددة المدن

تلخص التقارير الدورية للدراسة المتعددة المدن وتدمج الاتجاهات والتطورات التي تحدث في الشبكة خلال فترة تتراوح بين ٥ و١٠ سنوات. وشمل التقرير الأول للدراسة المتعددة المدن، الذي نشر في

عام ١٩٨٧، سبع عواصم أوروبية وتناول بالفحص صلاحية عدد من المؤشرات المستخدمة لتقييم الاتجاهات في تناول المخدرات وجدوى هذه المؤشرات وقابليتها للمقارنة. وأفاد التقرير الثاني الذي نشر في عام ١٩٩٤ عن الاتجاهات التي سادت حتى عام ١٩٩١ في ١٣ مدينة. أما التقرير الثالث الذي صدر في عام ٢٠٠٠، فقد تناول الفترة ١٩٩١-١٩٩٨ وشمل ٤٢ مدينة آخذا في الاعتبار ما تم في التسعينيات من امتداد الشبكة إلى أوروبا الشرقية؛ وأولى اهتماما خاصا لأوجه الاختلاف بين أوروبا الغربية وأوروبا الشرقية.

نظام الرصد المتعدد المدن

بُني نظام الرصد للشبكة المتعددة المدن حول مجموعة من المؤشرات العامة على تعاطي المخدرات ومشاكل المخدرات التي تجمع البيانات بشأنها سنويا. ويُستكمَل جمع بيانات المؤشرات بمعلومات عن طبيعة البيانات المحلية ومنشئها وعن السياق البيئي لتناول المخدرات ومشاكل المخدرات. ويتيسّر عمل نظام الرصد بوجود مبادئ توجيهية وأشكال قياسية لإعداد التقارير. ومنذ عام ٢٠٠٢، أصبح بالإمكان ملء استمارات التقارير إلكترونيا؛ ويُخزَّن ما يجمع من المعلومات في قاعدة بيانات متعددة المدن.

المؤشرات

المؤشرات المتعلقة بتناول المخدرات وبمشاكل المخدرات هي محور نظام الإبلاغ المتعدد المدن. وقد ظلّت المؤشرات الأساسية ثابتة على مر السنين، وتشمل المجالات التالية:

(أ) الانتشار: انتشار تناول المخدرات بالاستناد إلى استقصاءات عامة السكان والاستقصاءات المدرسية؛

(ب) التعاطي الإشكالي للمخدرات: تعاطي المخدرات بالحقن؛ وتقديرات التعاطي الإشكالي للمخدرات؛

(ج) العلاج: طلب العلاج الأول وكل أنواع العلاج؛ والعلاج الاستبدالي من الإدمان على المواد الأفيونية (منذ عام ١٩٩٧)؛ والحالات الطارئة غير المميتة المتصلة بالمخدرات؛ وحالات دخول المستشفيات العادية والنفسانية (حتى عام ١٩٩٦)؛

(د) الإصابات المرضية والوفيات المتصلة بالمخدرات: الالتهاب الكبدي باء والالتهاب الكبدي جيم المتصلان بالمخدرات (منذ عام ١٩٩٨)؛ وفيروس نقص المناعة البشرية (هيف) ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)؛ والوفيات المتصلة بالمخدرات؛

(هـ) انتهاكات قوانين المخدرات: الموقوفون بتهمة انتهاك قوانين المخدرات؛ والمدانون بانتهاك قوانين المخدرات؛ وتناول المخدرات في السجن (حتى عام ١٩٩٦)؛

(و) سوق المخدرات: ضبطيات المخدرات؛ وأسعار المخدرات ودرجة نقائها على مستوى الشارع.

وتحدد المبادئ التوجيهية للدراسة المتعددة المدن المصطلحات والمفاهيم وأشكال التقارير، ويجري تحديث هذه المبادئ بانتظام. وفي التنقيح الثالث لهذه المبادئ التوجيهية، عُدّلت التعاريف وأشكال التقارير لتصبح متفقة مع التي يطبقها مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها لأغراض نظم الإبلاغ الوطنية.

ورغم أن مجموعة مؤشرات الدراسة المتعددة المدن تتفق مع ما يعتبر عالميا الشرط الأساسي لنظم رصد المخدرات (وفقا، على سبيل المثال، لما أعرب عنه الخبراء الذين حضروا الاجتماع التوافقي بشأن نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات: المبادئ والبنى والمؤشرات، الذي عقد في لشبونة يومي ٢٠ و٢١ كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٠)، فمن الجدير بالملاحظة أن تعاريف عدة من المؤشرات وأشكال الإبلاغ عنها لا تزال قيد البحث. ولا تزال أهمية بعض المؤشرات لنظم الرصد المحلية هي الأخرى قيد البحث. ويذكر أخيرا أن توافق آراء خبراء الشبكة المتعددة المدن حول المؤشرات لا يعني بالضرورة أن هذه المؤشرات مطبقة أو يجري تطبيقها على مستوى المدن. والواقع أن معظم المدن المشاركة لم يعد باستطاعتها توفير بيانات إلا عن مجموعة فرعية من المؤشرات.

وبيانات المؤشرات هي، في الحالة المثلى، تقديرات علمية كمية بشأن المدينة المبلّغ عنها. وفي حالة الانتشار بين عامة السكان أو طلبة المدارس، يعني ذلك أن البيانات الاستقصائية المبلّغ عنها تُرجّح إلى تقديرات إحصائية قياسا على البيانات الرقمية لهاتين الفئتين؛ وفي حالة الموقوفين، فتمثل الإحصاءات الإدارية بحكم طبيعتها الحالة الواقعية، لأن الشرطة هي الجهة الوحيدة التي تقبض على المتهمين بانتهاك قوانين المخدرات. أما في الحالات الأخرى، كبيانات العلاج مثلا، فأن الأرقام المبلّغ عنها كثيرا ما تكون مجرد أرقام إدارية كمية قد تمثل أو لا تمثل الحالة الواقعية.

مصادر البيانات ونطاق تغطيتها وأساليب جمعها

يهتم خبراء الدراسة المتعددة المدن دائما، بحكم الولاية المسندة إليهم، بالجوانب المنهجية لبيانات المؤشرات. ويعتبر شرح مصادر البيانات المبلّغ عنها ونطاق تغطيتها وأساليب جمعها من صميم أي عملية إبلاغ عن المؤشرات، لأن هذا الشرح ضروري لتقييم موثوقية البيانات وقابليتها للمقارنة. وثمة فرق لا يستهان به إذا كانت بيانات العلاج المبلّغ عنها لا تشمل، على سبيل المثال، سوى المرافق المتخصصة في العلاج الفطامي أو تشمل الخدمات والعلاجات المتدنية العتبة على يد الأطباء العامين. وبدءا بعام ١٩٩٨، أصبحت المعلومات عن منهجية البيانات تجمع بالاستناد إلى أشكال قياسية للإبلاغ، ولكن طريقة معالجة أوجه الاختلاف في منهجية البيانات في تقييم الاتجاهات مسألة لا تزال قيد البحث.

آراء الخبراء

منذ إنشاء نظام الرصد، أعرب معظم الخبراء عن آرائهم بشأن تعاطي المخدرات ومشاكلها في المدن التي يغطونها، حتى لو لم يكن لديهم بيانات كمية كافية لدعم تقييمهم للأوضاع وتقديرهم للاتجاهات. كذلك، عندما تكون البيانات الكمية المتعلقة بالمؤشرات والسياق متاحة، فإنها كثيرا ما تكون غير كاملة أو يكون مشكوكا في صلاحيتها أو موثوقيتها، في حين أن التقصي العلمي السليم للبيانات المحلية المتاحة يتجاوز في العديد من الحالات إمكانيات الخبراء المبلِّغين. ونتيجة لذلك، كان هناك دائما شيء من "التقديرات التخمينية" بشأن الأوضاع والتطورات المحلية. ويشكّل البحث في هذه التقديرات

التخمينية والطعن فيها وظيفة هامة من وظائف مناقشات المائدة المستديرة التي تعقد في الاجتماعات السنوية لفريق الخبراء.

وفي السنوات الأخيرة، جرّبت الدراسة المتعددة المدن وغيرها من مشاريع فريق الخبراء أسلوب الجمع المنهجي لآراء الخبراء بشأن الاتجاهات والتطورات، متوجهة إلى أهل المهنة ليس باعتبارهم باحثين علميين فحسب، بل باعتبارهم خبراء ملمين بالأمور الخاضعة للرصد. وكانت النتائج الأولية واعدة وأُدرجت آراء الخبراء حول بعض جوانب الاتجاهات في نظام الرصد المتعدد المدن في التنقيح الثالث للمبادئ التوجيهية للدراسة المتعددة المدن.

ويمكن أن يعوِّض إدراج آراء الخبراء عن نقص التقديرات الكمية لبيانات المؤشرات أو عندما لا يمكن اعتبار البيانات الكمية تقديرات صحيحة وموثوقة للقيم العددية. ورغم أن التركيز الرئيسي للدراسة المتعددة المدن ينصبّ على وضع وتطبيق مؤشرات كمية تقوم على أساس علمي، فإن الافتقار التام إلى المعلومات الذي يستحيل معه تعقّب الاتجاهات الوبائية ليس أساسا جيدا لتنفيذ السياسات والتدخلات المتعلقة بالمخدرات. وحظي أسلوب الجمع المنهجي لآراء الخبراء بالقبول كجزء لا يتجزأ من نظام الرصد العالمي لبرنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات (اليوندسيب) الذي يستند إلى الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية. وفي عام ٢٠٠٢، اعتمدت الدراسة المتعددة المدن أيضا أشكالا قياسية للتقارير الخاصة بجمع آراء الخبراء بالإضافة إلى الأشكال الخاصة بجمع بيانات المؤشرات الكمية. ولكن ينبغي الاعتراف بأنه لا تزال هناك حاجة لوضع منهجية مناسبة وعملية لتقييم آراء الخبراء.

الســـياق

تعطي بيانات المؤشرات إلى حد ما فكرة عن البيئة التي جُمعت فيها. وهذا أمر هام لفهم البيانات وتفسير الاتجاهات، لا سيما عند مقارنة بيانات المؤشرات بين مختلف المدن. ويمكن أن تشمل المعلومات السياقية الهامة الخصائص السكانية والاقتصادية – الاجتماعية والثقافية – الاجتماعية للمدينة، والتاريخ المحلي لتعاطي المخدرات، وهياكل التدخل ومواردها، والتطورات في سياسات المخدرات وقوانينها، وردود فعل الناس ومواقفهم إزاء تعاطي المخدرات.

وعلى الرغم من الاعتراف العام بالحاجة إلى المعلومات السياقية، فلا يزال من الصعب تحديد ماهية المعلومات السياقية التي تساعد على فهم بيانات المؤشرات فهما أفضل وتزيد من قابليتها للمقارنة. ولا تزال الدراسات المقارنة لأنماط تعاطي المخدرات التي تأخذ في الاعتبار سياق هذه الأنماط نادرة بحق. وحتى عام ١٩٩٨، كانت المعلومات السياقية في الدراسة المتعددة المدن تُبلّغ غالبا في تقارير لا تلتزم بالشكل القياسي للإبلاغ، إن بُلّغ عنها على الإطلاق. ومع أن ذلك يعطي الخبير المبلِّغ مرونة كبيرة في معالجة الجوانب التي قد تكون لها صلة بالمدينة التي يمثلها، فإنها تحدّ من إمكانية إجراء تحليل مقارن، لأن من الممكن أن يركز كل خبير على بنود مختلفة. وفي عام ١٩٩٨، استهلت الدراسة المتعددة المدن مبادرات لتحسين نطاق المعلومات السياقية وقابليتها للمقارنة بإضافة أشكال قياسية للإبلاغ عن ملامح المدن وبعقد حلقات عمل "تفسيرية" منظمة البنية خلال الاجتماعات العامة لفريق الخبراء.

وبما أن جمع المعلومات السياقية ذات الصلة قد يكون مَهمّة شديدة التعقيد وتستغرق وقتا طويلا وغالبا ما لا تعتري السياق تغيّرات هامة في فترة وجيزة، فإن هذه المعلومات لا تجمع في نظام الرصد المتعدد المدن إلا مرة كل أربع أو خمس سنوات، قبل نشر التقرير الدوري للدراسة المتعددة المدن.

الأدوات التيسيرية

أشكال التقارير

في عام ١٩٩٨، استُخدمت في التنقيح الثالث لنظام الرصد المتعدد المدن ولأول مرة أشكال الكترونية لجمع البيانات. ورغم الترحيب بهذا التجديد باعتباره تحسينا في إعداد تقارير المدن، ففي الواقع العملي كانت المشاكل التي خلقتها النماذج المستخدمة (Microsoft Word وExcel) أكثر من المشاكل التي حلتها، بسبب اعتماد هذه النماذج على منصات ونظم تشغيل وبرامج حاسوبية معينة. وفي التنقيح الذي أُجري في عام ٢٠٠٢ وأخذ في الاعتبار التطويرات التي أدخلت على استبيان اليوندسيب للتقارير السنوية، حُوِّل الاستبيان الخاص بالتقرير السنوي المتعدد المدن إلى شكل الكتروني مكرّس تلافيا للمشاكل المصادفة سابقا ولكي يتحقق تلقائيا بناء قاعدة بيانات متعددة المدن تسهل إدارتها. واشتملت الاستمارات الإبلاغية الموزعة وصلة آلية تتعلّق بالمضمون إلى المبادئ التوجيهية للدراسة المتعددة المدن.

ويمكن مطالعة الشكل الحالي للتقارير على صفحة المشاريع المتعددة المدن في الموقع الشبكي لمنسّق الدراسة المتعددة المدن (www.quinx.nl).

قاعدة البيانات

أنشئت في إطار الدراسة المتعددة المدن لعام ٢٠٠٠ قاعدة بيانات تضم كل بيانات المؤشرات المبلّغ عنها منذ عام ١٩٩١. وسيجري في المستقبل القريب ربط النماذج الإلكترونية الجديدة للتقارير السنوية للشبكة المتعددة المدن بقاعدة البيانات هذه، ما سيتيح لخبراء المدن إمكانية مقارنة البيانات الجديدة بالمعلومات المبلغ عنها سابقا أو ببيانات المدن الأخرى.

ويمكن مبدئيا لأي باحث يهمه الأمر أن يصل إلى المجموعات الفرعية لبيانات المؤشرات الأساسية من قاعدة البيانات المذكورة. ويمكن الوقوف على التفاصيل من خلال الموقع الشبكي www.quinx.nl.

الدروس المستفادة

تسمح عشرون سنة من الخبرة المكتسبة من الدراسة المتعددة المدن لمجموعة بومبيدو بالانتهاء إلى بعض الاستنتاجات بشأن تطوير وصيانة نظم وشبكات الرصد القائم على المدن فيما يتعلق بتعاطي المخدرات ومشاكل المخدرات:

(أ) أثبتت الدراسة المتعددة المدن نجاحها في وضع مؤشرات مناسبة والتوصل إلى توافق في الآراء حول مجموعة من بيانات المؤشرات الموحدة وأشكال التقارير لمراقبة الاتجاهات العامة في تعاطي المخدرات والمشاكل المتصلة بالمخدرات. وكانت بنية الشبكة المتعددة المدن القائمة على الالتزام الشخصي للخبراء المشاركين وليس على المهام الفعلية المسندة إليهم والتمثيل الرسمي للحكومات المحلية عاملا أساسيا في هذا الإنجاز. ويسمح الطابع غير الرسمي للشبكة بحرية الخطاب وبالمرونة في تغطية طائفة كبيرة من جوانب الوضع المتعلق بالمخدرات. ويكفل التوجّه البحثي السائد لدى الخبراء المشاركين أن

يجري تقييم المؤشرات المقترحة والمطبقة تقييما متواصلا من حيث وظيفتها كدليل على اتجاهات وتطورات فعلية؛

(ب) تعني البنية غير الرسمية للشبكة أيضا أن الشبكة أقل توجها نحو النتائج من حيث تحديد الأوليات أو إنجاز المهام في غضون فترة زمنية محددة مسبقا. ويعني الغياب العام للعلاقات المباشرة مع السلطات المحلية أن من المتعذر على الشبكة في العديد من الحالات أن تكفل التطبيق الفعلي لأدوات الرصد المستحدثة على مستوى المدن. ونتيجة لذلك، تشكو عملية جمع البيانات اللازمة لإثبات صحة المؤشرات وتقييم الاتجاهات الأوروبية وتحليلها من أوجه قصور هامة فيما يتعلّق باستمرارية التسلسل الزمني لبيانات المؤشرات ونطاق تغطيتها وقابليتها للمقارنة. ويقتضي الحفاظ على الرصد القائم على المدن ومواصلته أن تأخذ المدن المشاركة فيه بزمام النظام المستحدث وتتولى المسؤولية عنه؛

(ج) ينبغي أن توضع المؤشرات ونماذج التقارير جنبا إلى جنب مع وضع تسهيلات الحفاظ على نظام الرصد. ولا تشمل هذه التسهيلات فحسب وجود إجراءات فعّالة لجمع بيانات المؤشرات وخدمات لدعم المجيبين وقواعد بيانات يمكن الوصول إليها، بل تشمل أيضا تزويد المدن التي توفّر البيانات بما يوجد من ملاحظات على بياناتها. وهذا ما لم تكن عليه الحال لوقت طويل. والواقع أن الزيادة في عدد المدن المشاركة فضلا عن ازدياد الامتثال لبروتوكولات المؤشرات والمتطلبات المعلوماتية دون مرافق لإدارة البيانات، جعل نظام الرصد أشبه ما يكون بضحية نجاحه النسبي: فأي نظام لجمع البيانات ينقصه العديد من القيم العددية وقلّما يتسنى الوصول إليه لن يفضي إلى أي تحليل مفيد أو فهم صحيح للأنماط والاتجاهات الوبائية.

وتعني هذه الاستنتاجات ضمنا أن من المنطقي التمييز بين تطوير وتقييم نظم الرصد من جهة وتطبيقها وصيانتها من جهة أخرى. وكلاهما يفرض مطالب مختلفة على أنواع الشبكات المراد إشراكها. فالتطوير والتقييم يستفيد من البنى غير الرسمية الموجهة نحو المدن، بينما يحتاج التطبيق والصيانة إلى بنى قائمة على المدن تتسم أكثر بالطابع الرسمي وتستطيع ضمان الاستمرارية والبنية التحتية الضرورية.

فهم اتجاهات المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية: دور فريق البحوث الوبائية المجتمعية بوصفه جزءا من نظام شامل للمعلومات المتعلقة بالمخدرات

ز. سلوبودا

معهد السياسات الصحية والاجتماعية، جامعة أكرون، أكرون، أوهايو، الولايات المتحدة الأمريكية

ن. ج. كوزيل

قسم بحوث الانتشار الوبائي والخدمات والوقاية، المعهد الوطني لشؤون تعاطي المخدرات، المعاهد الوطنية للصحة، بيثيسدا، ميريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية

خلاصة

في اجتماع عقد في حزيران/ يونيه ٢٠٠١، احتفل فريق البحوث الوبائية المجتمعية بالذكرى السنوية الخامسة والعشرين لإنشائه. وأتاح هذا الاجتماع للفريق فرصة التأمل في المساهمات التي قدمها لفهم ظاهرة تعاطي المخدرات وأنماط تعاطيها في الولايات المتحدة الأمريكية. وتبحث هذه المقالة في تلك المساهمات من منظورين هما: جوهر دراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات والأساليب المستخدمة في دراسة هذا الانتشار.

العبارات الرئيسية: نموذج فريق البحوث الوبائية المجتمعية/ نموذج فريق البحوث؛ نظم المراقبة؛ الأنماط الجديدة في تعاطي المخدرات.

مقدمـــة

أُقيم منذ إنشاء المعهد الوطني لشؤون تعاطي المخدرات (نايدا) في عام ١٩٧٤ عدد من نظم البيانات لتقدير مدى انتشار تعاطي الكحول والتبغ والمخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد وفرت الاستقصاءات الدورية التقليدية للأفراد في العينات النموذجية من الأسر والمدارس تقديرات لمعدلات انتشار تعاطي تلك المواد وللمشاكل المقترنة بتناولها. ورغم أن هذه الاستقصاءات توفّر معلومات ممتازة لتوجيه السياسات، فإنها لا توفّر معلومات عن الاتجاهات الجديدة في تعاطي مواد الإدمان. يضاف إلى ذلك أن هذه الاستقصاءات لم تكن تُجرَ حتى الآونة الأخيرة إلاّ على المستوى الوطني نظرا لارتفاع تكلفتها بوجه عام. وكانت التقديرات على مستوى الولايات أو المستوى المحلي لتعاطي المخدرات،

لا سيما تعاطيها من قبل أفراد الأسر، تحسب باستخدام طرائق استقرائية مختلفة لكل منها مشاكله المنهجية الخاصة التي أثّرت على صحة نواتجه. ويتولى إجراء أهم استقصاء أسري بشأن تعاطي المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية، وهو الاستقصاء الوطني الأسري بشأن تعاطي المخدرات، إدارة الخدمات المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان والصحة العقلية، وهي وكالة تابعة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة؛ وقد توسّع هذا الاستقصاء مؤخرا بزيادة العينات الأسرية في عدة ولايات.

وكان تقييم المعلومات المحلية الدورية عن اتجاهات تعاطي المخدرات، ولا سيما عن أنماط التعاطي الجديدة، أصعب بالأساليب الوبائية التقليدية. وفي مطلع السبعينيات، قامت مجموعة من موفري العلاج من تعاطي المخدرات كانت تريد إجراء تقييم للاحتياجات من أجل وضع خطة للخدمات في منطقة واشنطن العاصمة بعملية فريدة من نوعها إذ طوّعت لأغراضها تقنيات المراقبة المستخدمة في مجال الصحة العامة. فشكلت هذه المجموعة فريقا من الخبراء الذين إما كانت لديهم إمكانية الوصول إلى البيانات المتعلقة بتعاطي الهيروين في هذه المنطقة وإما كانوا مطّلعين على جوانب هذا التعاطي. وتسنى من خلال اجتماعات الفريق وضع تقدير لعدد متعاطي الهيروين ذوي الحالات الإشكالية، كما تسنى تحديد المشاكل الجديدة وغيرها من المشاكل المتعلقة بتعاطي المخدرات [١، ٢]. وكان هذا حجر الأساس لفريق البحوث الوبائية المجتمعية (فريق البحوث). ومن خلال هذا الفريق أمكن تحديد التنوع الجغرافي في أنماط تعاطي المخدرات وتعقّب الجديد من هذه الأنماط. وأدرجت هذه المشاكل الجديدة في الاستقصاءات الوطنية الأسرية والمدرسية لوضع تقديرات للانتشار على نطاق البلد. وأُفيد عن الأنماط الجديدة المسجلة، كتناول الميثاكالون (الكوالود) والفلونيترازيبام (الروهيبنول) وكراك الكوكايين والاتجاهات التصاعدية الأخيرة في تناول القنب والميثامفيتامين والهيروين، كما أُفيد مؤخرا عن تناول هيدروكلوريد الأوكسيكودون (الأوكسيكونتين) وحمض الهيدروكسيبوتيريك الجيمي ومخدرات أخرى مشابهة [٣-٥]. وحددت حصيلة المعلومات المستخلصة من الاستقصاءات الأسرية والمدرسية وتقارير فريق البحوث بخبراء الأوبئة المعنيين بتعاطي المخدرات والباحثين في مجال الوقاية من تعاطيها إلى إجراء المزيد من الدراسات التحليلية ودراسات التدخل الوقائي.

نبذة عن فريق البحوث الوبائية المجتمعية

يتألف فريق البحوث الوبائية المجتمعية بشكله الحالي من ممثلي المدن المشتركة في الرصد* من جميع أنحاء الولايات المتحدة وهي تمثل مناطق البلد الجغرافية الرئيسية وتنوّعه السكاني. ورغم أن معلومات المدن تشكل جوهر المعلومات الوبائية عن المناطق التي تمثلها هذه المدن، فقد بدأ أعضاء فريق البحوث مؤخرا يجمعون معلومات من الضواحي والمناطق الريفية المتاخمة للمناطق الأساسية. ويعقد أعضاء فريق البحوث اجتماعين في السنة، في حزيران/ يونيه وكانون الأول/ ديسمبر، بتمويل من المعهد الوطني لشؤون تعاطي المخدرات (نايدا). وقام أعضاء فريق البحوث وموظفو نايدا، خلال عدد من السنوات، بوضع نماذج للإبلاغ الروتيني ليتسنى جمع معلومات متكافئة [٦]. ويضيف أعضاء الفريق إلى هذه القاعدة نتائج الدراسات البحثية التي تجرى في مناطقهم بالإضافة، في حالات عديدة، إلى معلومات إثنوغرافية أو نوعية بقدر أكبر تركز على مشكلة من مشاكل المخدرات المتصلة بمنطقتهم.

* أطلنطا، بولتيمور، بوسطن، شيكاغو، ديترويت، هونولولو، لوس انجيليس، ميامي، نيويورك، نيوأورلينز، نيويورك، فيلادلفيا، فينكس، سانت لويس، سان دييغو، سان فرانسيسكو، سياتل، وواشنطن العاصمة.

وقد راق نموذج فريق البحوث للعديد من البلدان والمناطق الأخرى في العالم، لا سيما البلدان ذات الموارد المالية والبشرية المحدودة. وهو يختلف عن الاستقصاءات والأساليب الوبائية الأخرى من حيث إنه لا يفترض وجود نمط معيّن في تعاطى المخدرات. والهدف الأول لهذا النموذج هو تحديد المخدرات الجاري تعاطيها في الوقت الراهن، ووصف تركيبها الكيميائي وآثارها النفسية، والوقوف على طرائق تناولها، واستبانة خصائص الفئات السكانية التي تتعاطاها. وبفهم هذه البارامترات، يمكن وضع دراسات وصفية أخرى وتصميم دراسات تحليلية تنطلق من الافتراضات.

ولهذا النموذج مكونان أساسيان: الخبراء الملمون بحالة تعاطي المخدرات في مجتمعاتهم المحلية، والبيانات المتيسر الوصول إليها الموجودة أصلا أو يمكن الحصول عليها بسهولة من عدد من المنظمات أو الوكالات المحلية. ويستخدم فريق الخبراء في شؤون تعاطي المخدرات شكلا قياسيا لتلخيص البيانات التي يجمعها من مصادر مختلفة، سواء المصادر "غير المباشرة"، كالتقارير أو قواعد البيانات الأخرى القائمة، أو المصادر "المباشرة"، كالاستقصاءات السكانية. ثم يعرض الخبراء تقريرهم عن الاتجاهات الراهنة في إحدى المناطق المحلية ويناقشون هذه الاتجاهات لتحديد القواسم المشتركة أو لاستبانة التأثيرات المحتملة على أي اتجاه لوحظ حدوث تغيّر فيه. ويقومون أيضا بتحديد الثغرات في قواعد بياناتهم، ويرتبون الأوليات بالنسبة للثغرات التي ينبغي سدُّها، ويضعون تفاصيل الطريقة التي ستعالج بها تلك الثغرات. ثم يوضع تقرير موجز للبيانات ونتائج المناقشة ويُعمَّم على مقرري السياسات ومخططي البرامج والممارسين وغيرهم من الباحثين.

ويساعد التاريخ الطبيعي لتعاطي المخدرات على تحديد أماكن البحث عن البيانات المتعلقة بمتعاطي المخدرات. ولكل مخدر أثره الفيسيولوجي على متناوله. ومعظم المخدرات لا تستعمل بشكلها النقي وقد تمزج بمواد أخرى ضارة، كما أن الطريقة التي يستعمل بها المخدر يمكن أن تكون لها آثار صحية. فحقن المخدّر، على سبيل المثال، لا سيما باستعمال إبر غير نظيفة، يمكن أن يؤدي إلى انسداد في الأوعية الدموية أو إلى تخثر الدم أو تعفنه وغير ذلك من الالتهابات التي تتطلب رعاية طبية يقتضي الأمر أحيانا كثيرة التماسها لدى قسم الطوارئ في إحدى المستشفيات. ويحدث أحيانا أن يتناول المتعاطي جرعات زائدة من المخدر تؤدي إلى وفاته. ومن المعروف أيضا أنه عندما يزداد ارتهان المتعاطي لمخدر معيّن، تنمو لديه قدرة على تحمله ويصبح بحاجة إلى جرعات أقوى وأكبر لبلوغ المفعول المنشود ومنع ظهور أعراض الانقطاع. ونتيجة لذلك، يطلب بعض المتعاطين العلاج بأنفسهم، ولكن غالبا ما تقوم أسرهم أو أرباب عملهم أو النظام القضائي بإدخالهم إلى المرافق العلاجية. وأخيرا، يمكن أن ينتهك متعاطو المخدرات قوانين المخدرات المحلية أو يتورطوا في أنشطة غير قانونية للإنفاق على أنفسهم وعلى تعاطيهم المخدرات. ويشير هذا الاستعراض للتاريخ الطبيعي لتعاطي المخدرات إلى ستة مصادر محتملة للمعلومات المتعلقة بمتعاطي المخدرات، وهي: سجلات داخلي المستشفيات وسجلات أقسام الطوارئ؛ تقارير الصحة العامة عن الأمراض المعدية؛ تقارير مراقبة السموم؛ سجلات الوفيات التي يحتفظ بها الأطباء الشرعيون أو المحققون في أسباب الوفيات المشتبه بها أو إدارات أخرى؛ بيانات متلقي العلاج من تعاطي المخدرات؛ وبلاغات التوقيف.

وعلى الرغم من فائدة مصادر المعلومات هذه، تؤخذ عليها العيوب التالية: *(أ)* أنها تشمل أشخاصا من الجائز ألا يكونوا قد تناولوا المخدرات سوى مرة واحدة؛ *(ب)* أنها لا تستند إلى القاعدة السكانية، أي أنه لا يمكن استنباط معدلات انتشار تعاطي المخدرات وحالات التعاطي الجديدة بين عامة السكان

حسابيا من الأرقام الموفرة؛ (ج) نظرا لاحتمال ورود أي متعاط للمخدرات في سجل واحد أو في كل سجلات هذه المصادر، لا يمكن النظر في كل سجل بمعزل عن السجلات الأخرى؛ (د) أن هذه السجلات تتأثر بالتغييرات الإدارية والسياساتية (فإذا أمر أحد كبار مسؤولي المدينة، استجابة للرأي العام على سبيل المثال، باتخاذ إجراءات صارمة في حق متعاطي المخدرات، ازداد عدد الموقوفين). يضاف إلى ذلك أن العديد من البرامج العامة مصمم لخدمة الأشخاص الأقل ثراء، ما يُدخل عاملا آخر من عوامل التأثير المحتملة. والخبير المحلي أكثر إدراكا لأي عامل قد يؤثر في المعلومات التي يجمعها.

وتشمل الأنواع الأخرى من بيانات إنفاذ القوانين التي استفادت بها الشبكات المعلومات المتعلقة بالمخدرات المضبوطة، ككميات وأنواع المخدرات المضبوطة خلال فترة من الزمن. وقد جُمعت أيضا معلومات عن أسعار وكميات المخدرات على مستوى الشارع. وهناك بالطبع حدود فيما يتعلق بكيفية استعمال هذه المعلومات أو تفسيرها، ولكن ما يستغرب له أن أسعار وكميات المخدرات المتاحة على مستوى الشارع قد تزداد أهمية مع الوقت، لا سيما عندما تستخدم هذه المعلومات مع المعلومات المأخوذة من مصادر موثوقة بقدر أكبر.

ويمكن استخدام هذا النموذج لأي مدينة أو بلد أو منطقة. وإذا أرادت مناطق من بلد واحد أو عدة بلدان أن تكوِّن نظاما أكبر، ينبغي أن يشمل هذا النظام أو الشبكة ممثلين مختلفين من كل من النظم أو الشبكات المحلية. وينبغي أن يقدم كل من هؤلاء الممثلين النتائج التي توصلت إليها شبكته. وينبغي أن يكون للمناقشات صلة بما يجري في المنطقة الجغرافية الكبرى للتمكن من تحديد الاتجاهات المشتركة.

وقد طوّع عدد من البلدان هذا النموذج لاستعمالاته الخاصة. وتأتي المعرفة بفريق البحوث من عدة مصادر. فخلال السنوات الـ٢٥ الماضية، دُعي خبراء أوبئة وغيرهم من الباحثين أو مقرري السياسات إلى حضور الاجتماعات وتقديم عروض عن أنماط تناول المخدرات القائمة في بلدانهم. وإلى هذا النهج يرجع معظم الفضل في قيام مجموعة بومبيدو التابعة لمجلس أوروبا، في عام ١٩٨٢، بإنشاء فريق خبراء معني بالانتشار الوبائي. وكان الغرض من إنشاء هذا الفريق وضع نظم للرصد لتقييم طبيعة وحجم تعاطي المخدرات والمشاكل المتصلة به في أوروبا [٧]. واشترك في أنشطة فريق الخبراء لفترة من الفترات خلال السنوات الـ٢٠ الماضية عدة مئات من الخبراء من ما يزيد على ٤٠ بلدا أوروبيا. وكل دولة عضو في المفوضية الأوروبية ترسل ممثلا عنها إلى أحد الاجتماعات السنوية للإفادة عن اتجاهات تعاطي المخدرات في ذلك البلد. واختيرت مدن الرصد، وهي عواصم الدول الأعضاء في الغالب، لتكون مواقع أنشطة جمع البيانات. وأنشأت بعض البلدان أفرقتها الخاصة للبحوث الوبائية المجتمعية وحددت مدن الرصد في مناطق الحكم الذاتي.

وحظي نموذج فريق البحوث باهتمام كبار مسؤولي الصحة العامة في المكسيك، فبدأ هؤلاء بجمع المعلومات عن تعاطي المخدرات في مواقع رئيسية. وطوّعت المكسيك هذا النموذج فاستحدثت، عوضا عن الاقتصار على استعراض البيانات القائمة، وسائل تستند إلى المقابلات لاستخدامها في وكالات مختلفة الأطر وطبّقتها على عيّنة من المتعاطين للوقوف على أنواع المخدرات الجاري تعاطيها وطرائق تعاطيها وتواتره. وبما أن الكحول كانت تعتبر المشكلة الصحية العامة الأولى، فقد استخدمت هذه الوسائل أيضا لجمع معلومات عن استهلاك الكحول. وكان السبب الذي حدا بخبراء الأوبئة المكسيكيين إلى إضافة الأشكال المباشرة بقدر أكبر في جمع المعلومات أن الكثير من البيانات القائمة إما كان ناقصا أو مفقودا. واعتمد عدد من البلدان الأخرى الصيغة المعززة من هذا النموذج في تطوير نظمها الخاصة بالمعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات [٨].

وطُبِّقت هذه النماذج أو أشكال متنوعة منها في كندا، وأمريكا الوسطى والجنوبية، والكاريبي، وجنوب آسيا وجنوب شرقها، وشرق أفريقيا وجنوبها. ووضع برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات دليلا للتدريب الذاتي وحلقات العمل التدريبية يتّبع نموذج فريق البحوث لكي تستخدمه الدول الراغبة في إنشاء نظم للمعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات.

مساهمة فريق البحوث الوبائية المجتمعية في "جوهر" دراسة تعاطي المخدرات

ساهم فريق البحوث خلال السنوات الـ٢٥ الماضية في "جوهر" دراسة تعاطي المخدرات في ثلاثة مجالات هامة، وذلك: بتحديد الاتجاهات الجديدة، وبدراسة علاقة الزمان والمكان بأنماط تعاطي المخدرات وممارساته، وبوضع مسائل بحثية.

الاتجاهات الجديدة

كانت الأنماط الجديدة في تناول المخدرات تلاحظ في الماضي، أول ما تلاحظ، في بيانات إنفاذ القوانين وبيانات أقسام الطوارئ في المستشفيات. وكثيرا ما يلاحظ هذان النظامان الاتجاهات، بين متعاطي المخدرات عموما، قبل ملاحظتها بين عامة السكان من خلال الاستقصاءات الأسرية أو المدرسية بسنة أو سنتين. وفي كل اجتماعات فريق البحوث تقريبا، توجد تقارير عن أنماط جديدة في تناول المخدرات تفيد عن المخدرات الجديدة أو خلطات المخدرات الجاري تعاطيها، أو عن طرائق جديدة أو بديلة في تعاطي المخدرات، أو عن فئات جديدة انضمت إلى صفوف متعاطي المخدرات. وقد اكتشفت عدة أنماط جديدة منذ إنشاء فريق البحوث.

ومن بين العقاقير الجديدة التي لوحظت عبر السنين الميثاكوالون (الكوالود) في أواخر السبعينيات، والكراك كوكايين في أوائل الثمانينيات، والفلونيترازيبام (الروهيبنول) في أوائل التسعينيات، وحمض الهيدروكسيبوتيريك الجيمي والأوكسيكودون هيدروكلوريد (الأوكسيكونتين) في الآونة الأخيرة. وأدى اكتشاف عقاقير التعاطي هذه إلى اهتمام وكالات الصحة العامة بالمجتمعات المحلية المتأثرة، فنبّهت المستشفيات ووكالات إنفاذ القوانين واستخدمت وسائط الإعلام الإلكترونية والمطبوعة لتنبيه الجمهور. رغم أن رد الفعل على الملاحظات المتعلقة بالكراك كوكايين كان بطيئا، فقد كان الفعل إزاء العقاقير الأخرى أسرع وأوسع. وتمثل توعية الجمهور بشأن عقاقير التعاطي الجديدة أحد الأهداف الرئيسية لفريق البحوث والوكالة التي تموّله، أي معهد نايدا الذي يُعدّ ويوزع منشورات عن عقاقير التعاطي الجديدة لتنبيه المجتمعات المحلية.

ومن الطرائق الجديدة في تناول المخدرات التي أُبلغ عنها في أوائل التسعينيات في أحد اجتماعات فريق البحوث حشو الأحجام الكبيرة من السيجار بالقنب. وقد لوحظ استعمال هذه الأنواع من السيجار المعروفة باسم "بلانتس" (blunts) أول ما لوحظ بين المراهقين الأمريكيين من أصل أفريقي في الجزء الشمالي الشرقي من الولايات المتحدة. وكانت هذه تستعمل عادة مصحوبة بزجاجة تحتوي على ٤٠ آونسا من ليكور الملت. ثم انتقل استعمالها إلى أنحاء البلد الأخرى. وانتشر استعمال "البلانتس" مع الكحول إلى حد أنه أصبح يشار إلى هذا النمط في الأفلام السينمائية وفي الأغاني المعروفة بموسيقى

"الراب". وفي أواخر الثمانينيات، لاحظت إدارة إنفاذ قوانين المخدرات في الولايات المتحدة أن العصابات الكولومبية العاملة في مجال تحضير الكوكايين والاتجار به تقوم أيضا بزراعة خشخاش الأفيون [٩]؛ ومع مطلع التسعينيات أصبح الهيروين الكولومبي متاحا في الأسواق. وكان الهيروين الكولومبي أنقى من الهيروين القادم من آسيا ومن النقاء بما يكفي لأن يكون له مفعول نفسي قوي بمجرد تنشقه. وأقيم الدليل خلال الفترة نفسها على العلاقة بين حقن الهيروين أو الهيروين مع الكوكايين والعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية (الهيف). واعتُقد بالتالي أن الهيروين الذي يمكن استعماله بدون الحقن يكون أقل ضررا. وأدّى توافر هذا الهيروين النقي بتكلفة متدنية إلى ازدياد البلاغات (من قبل وكالات إنفاذ القوانين ومؤسسات العلاج من الإدمان) عن الذين يتناولون الهيروين بالتنشق بينما انخفض عدد البلاغات عن الذين يتناولونه بالحقن. والمثال الأخير على استبانة فريق البحوث الطرائق الجديدة في تناول المخدرات هو تناول الكراك كوكايين بالحقن. فحتى الاجتماع الذي عقده الفريق في نيو أورليينز في كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٤، لم تكن هناك أي تقارير عن تناول الكوكايين بالحقن. وفي ذلك الاجتماع، قدّم رودولف إنغولد، وهو طبيب نفساني من باريس، تقريرا عن مجموعات من متناولي الكراك تحقن الكوكايين بعد إذابته في عصير الليمون [١٠]. وعقب هذا التقرير، بدأت التقارير تشتمل على حالات أخرى من حقن الكراك المذاب في عصير الليمون أو الخل. وأثارت هذه الطريقة الجديدة في التناول قلقا كبيرا لدى سلطات الصحة العامة لأنها زادت كثيرا من خطر انتقال العدوى بالهيف والتهاب الكبد بين مستعملي هذه الطريقة.

واهتم فريق البحوث أيضا بالسياق الزمني لبدء فئات سكانية جديدة في تناول المخدرات. فقد جرى رصد تناول الهيروين (بالتنشق في بادئ الأمر ثم بالحقن) بين شبيبة الضواحي في المدن المشتركة في الرصد طيلة التسعينيات، على سبيل المثال. وشهدت الآونة الأخيرة تضاؤلا في تعاطي الكراك كوكايين بين بعض الفئات السكانية، لا سيما الأمريكيون من أصل أفريقي، بينما أخذ تعاطيه يتزايد بين الشباب ذوي الأصول الأسبانية. وكان استعمال الميثامفيتامينات أحد أهم التغيّرات التي حدثت في العقد الماضي. وانتشر صنع الميثامفيتامينات وتعاطيها في أنحاء معينة من الولايات المتحدة، ولا سيما في الجزء الغربي منها، أي في جنوب كاليفورنيا. ولكن بحلول منتصف الثمانينيات، كانت تقارير فريق البحوث من بعض المدن في أنحاء أخرى من البلد قد أفادت عن ازدياد تعاطي الميثامفيتامينات. وبحلول التسعينيات، كانت هناك تقارير عن تعاطي الميثامفيتامينات ليس في المناطق التي لم يسبق الإبلاغ عن تعاطيها فيها فحسب، بل بين الفئات الأصغر سنا أيضا. وبيّنت المعلومات المستمدة من إدارة إنفاذ قوانين المخدرات مضافة إلى تقارير فريق البحوث أن مصدر الميثامفيتامينات كان المكسيك وكان توزع الحالات موازيا لمسالك التهريب المستخدمة في نقل القنب. وأشارت معلومات استخبارية أخرى إلى أن مهرّبي المخدرات المكسيكيين الذين كانوا يوزعون القنب كانوا يصنعون ويوزعون الميثامفيتامينات أيضا.

والتحدي الأهم الذي يواجهه أعضاء فريق البحوث هو أن يُحدد كيف تنشأ هذه الأنماط الجديدة في تعاطي المخدرات ثم تنتشر من منطقة إلى أخرى من مناطق هذا البلد.

علاقة الزمان والمكان بأنماط تناول المخدرات

إن للأنماط المختلفة في تناول المخدرات علاقة بالزمان والمكان، شأنها في ذلك شأن الانتشار الوبائي لأي مرض من الأمراض المعدية. وتكشف تقارير فريق البحوث عن العديد من القواسم المشتركة في

أنماط عقاقير التعاطي التقليدية: القنب والهيروين والكوكايين. ومع ذلك، توجد على ما يبدو أنماط معيّنة في تناول المخدرات مستوطنة في مناطق معينة من البلد. فلتناول الميثامفيتامينات على سبيل المثال، ومثلما ذكر أعلاه، سجل طويل نسبيا كمشكلة في الجزء الغربي من البلد، وخصوصا في كاليفورنيا. ولكل منطقة مشاكلها المميزة، كارتفاع وانخفاض تعاطي الفنسيكليدين (PCP) في واشنطن العاصمة، مثلا. وسجّلت بعض المدن أنماطا تختلف عن الأنماط السائدة في معظم المناطق الأخرى، كانخفاض نسبة تعاطي الهيروين في ميامي أو سان فرانسيسكو وتأخُّر ظهور الكراك كوكايين في شيكاغو. ولكن هذه الأنماط بدأت تتغيّر مع الوقت، وتشهد هذه المدن وغيرها الآن ازديادا في تعاطي تلك العقاقير. ورغم أن خبرة مختلف ممثلي المدن فيما يتعلق باكتشاف مشاكل المخدرات الحالية في مدنهم ومنعها وعلاجها تناقش خلال الاجتماعات، فكثيرا ما يطغى انتشار النمط الجديد في تعاطي المخدرات على رد فعل سلطات الصحة العامة.

إن الملاحظة المذكورة أعلاه من أن تعاطي الميثامفيتامينات أخذ ينتشر في جميع أنحاء البلد لهي مثال جيد على هذه العلاقة الزمانية-المكانية. وشمل الرد على ذلك التطور في الولايات المتحدة توجيه تنبيهات إلى الملأ، وبرامج وقائية في المجتمعات المحلية التي لوحظ فيها تعاطي الميثامفيتامين بين طلبة المدارس الإعدادية والثانوية، ومؤتمرات وحلقات عمل عقدت لأطباء المجتمعات المحلية العامين وكبار مسؤولي الصحة العامة فيها لتوفير معلومات عن تعاطي الميثامفيتامينات والوقاية والعلاج من تعاطيها.

إثارة المسائل البحثية

تؤدي المناقشات المتعلقة بشرح اتجاهات تعاطي المخدرات حسب المناطق الجغرافية وتعقّب الأنماط الجديدة في تعاطيها، بطبيعة الحال، إلى إثارة افتراضات جدلية ومسائل بحثية. وتتم معالجة العديد من هذه المسائل في بادئ الأمر من خلال الدراسات الإثنوغرافية والنوعية. وتستكشف مجموعات التركيز أو الدراسات الإثنوغرافية المتعمّقة هذه المسائل البحثية وتزيد من صقلها وتقترح للدراسات الأكثر تعمقا فئات مستهدفة وخططا لأخذ العينات وتصاميم بحثية. ويتحدث باخ وغورمان عن دراسة بشأن الميثامفيتامين انبثقت من مثل هذا العمل [١١]. واختيرت لهذه الدراسة ست مدن من بينها مدن كان تعاطي الميثامفيتامين فيها مستفحلا ومدن كان يبدو أن هذا التعاطي يمثل فيها مشكلة جديدة وأخرى كانت أنماط التعاطي فيها غير واضحة. وزوّدت الدراسة الباحثين في هذا المجال بمعلومات عن خصائص المتعاطين واقترحت مسائل بحثية إضافية يمكن النظر فيها. واتصلت مسألتان بحثيتان أخريان اقترحهما المشاركون في اجتماعات فريق البحوث الأخيرة بتقصّي سبب ازدياد عدد داخلي أقسام الطوارئ في المستشفيات ومرافق العلاج من تعاطي المخدرات نتيجة تعاطي القنب وسبب تقلص تعاطي كراك كوكايين بين الأمريكيين ذوي الأصول الأفريقية.

مساهمة فريق البحوث الوبائية المجتمعية في أساليب دراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات

ساهمت عملية فريق البحوث في أساليب دراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات بعدد من الطرائق: أولا، وصف حالة تعاطي المخدرات أو "صورة" تعاطيها ضمن منطقة جغرافية محددة؛ وثانيا،

استخدام مجموعات البيانات القائمة؛ وثالثا، الدمج بين المعلومات الكمية والنوعية؛ ورابعا، تأثير هذا النهج على البلدان في جميع أنحاء العالم.

وصف الحالة المحلية لتعاطي المخدرات

لوحظ في اجتماعات فريق البحوث خلال السنوات الـ٢٥ الماضية أن أنماطا معيّنة من تعاطي المخدرات تنتشر في بعض المدن أكثر من غيرها. ولا تتأثر أنماط تعاطي المخدرات فحسب بالشبكات القائمة لتوزيع المخدرات، بل تتأثر أيضا بأساليب الحياة المقبولة لدى سكان المناطق الجغرافية المختلفة. وقد يكون لأساليب الحياة هذه صلة بالمهن السائدة أو التقاليد المرعية. وأثار اهتمام الباحثين كثيرا أن بعض أنماط تعاطي المخدرات محصور في منطقة ما أو في فئات معيّنة من السكان ولا ينتقل إلى مناطق أو فئات أخرى. ويعطي نموذج فريق البحوث "صورة" عن الحالة المحلية لتعاطي المخدرات، لا سيما عندما تجمع البيانات من عدة مصادر مختلفة وفي فترات مختلفة. وتلبي هذه النظرة الإجمالية احتياجات موفري العلاج، وممارسي مهنة الوقاية، وأجهزة إنفاذ القوانين والإصلاح، ومقرري السياسات. ويمكن بهذه المعلومات وضع عمليات تدخُّل هادفة مصممة لفئات محددة من السكان. يضاف إلى ذلك أن المعلومات الوصفية توفّر أرضية خصبة لإجراء دراسات إثنوغرافية وكمية أكثر تعمقا.

استخدام مجموعات البيانات القائمة

يتمتع فريق البحوث بخبرة واسعة في استخدام مجموعات البيانات القائمة، وقد وضعت أشكال للتقارير ونهوج تحليلية للتعامل مع مجموعات البيانات المتنوعة وغير المنهجية. وعموما، تتوفر في معظم المجتمعات المحلية في الولايات المتحدة معلومات عن الموقوفين لأسباب تتعلق بالمخدرات وعن متلقي العلاج من تعاطي المخدرات. وفي العديد من النماذج المشروحة أعلاه، تشكّل هذه المعلومات، إلى جانب المقابلات مع المطلعين الموثوقين، الأساس الذي تقوم عليه نظم المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات. وتجاوز فريق البحوث حدود هذه المصادر ليضيف معلومات من أقسام الطوارئ والمستشفيات والأطباء الشرعيين (أو المحققين في الوفيات المشتبه بها) وعمليات ضبط المخدرات (معلومات عن النوعية والأسعار) ومراكز مراقبة السموم. وأُدرجت مؤخرا في مجموعات البيانات هذه معلومات من نظم الإبلاغ عن الأمراض المعدية التابعة لوزارات الصحة، لتبيان حالات الإصابة بالإيدز وفيروسه بين متعاطي المخدرات وحالات الإصابة بالتهاب الكبد باء وجيم أيضا. وعلى الرغم من أن لكل مصدر بيانات عيوبه، مثلما ذكر سابقا، فقد تعلّم أعضاء فريق البحوث من الخبرة كيف يقدّرون مساهمة كل مجموعة من البيانات وكيف يتعاملون مع عيوبها. وتوفّر معرفتهم بأنماط تعاطي المخدرات في مناطقهم الجغرافية "الصورة الكبرى" اللازمة لتحسين تفسير هذه البيانات.

دمج المعلومات الكمية بالمعلومات النوعية

يسمح نموذج فريق البحوث كل السماح بدمج المعلومات الكمية بالمعلومات النوعية. وتؤدي دراسة البيانات القائمة إلى عملية بحثية لاستكشاف عدة مسائل أو افتراضات جدلية استثارتها النتائج. وقد

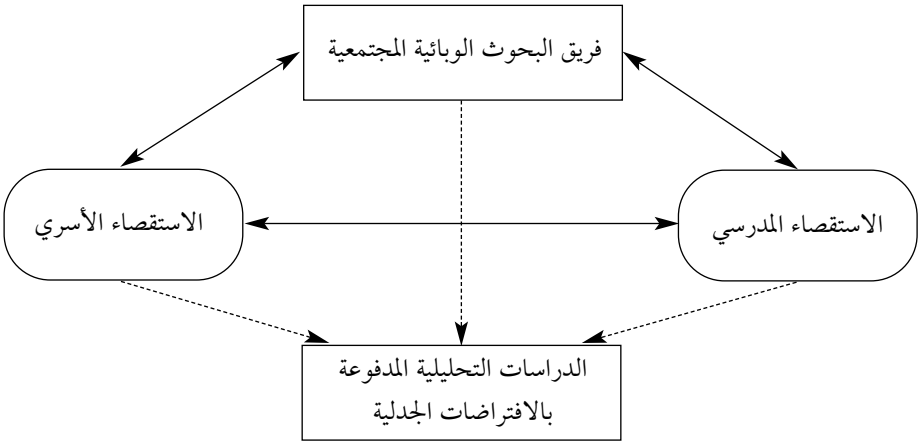
دفع العديد من هذه الدراسات الاستكشافية إلى إجراء المزيد من البحوث التحليلية، بشقيها الكمي والنوعي، وأُدمج العديد من هذه الدراسات أيضا في الدراسات الجارية. وتضع المعلومات النوعية النقاط على حروف البيانات الكمية فتعزز نتائج هذه الدراسات.

واستهلت أيضا دراسات إثنوغرافية ريادية لاستكشاف المسائل التي أثارتها النتائج التي توصل إليها فريق البحوث. وتشرح سلسلة من الدراسات المستهلة من خلال مشروع فريق البحوث [١٢]. عملية صوغ القضايا البحثية باستخلاص مسائل مركّزة من البيانات الكمية واستكشاف دلالتها من خلال الأساليب النوعية. وتشير نتائج هذه المبادرة إلى فوائد أخرى لنهج فريق البحوث، وهي القدرة على الوصول إلى العاملين في مجال البحوث والخدمات على الصعيد المحلي، وتحديد المسائل ذات الأهمية المباشرة، وتنفيذ دراسة بحثية مركّزة ومستندة إلى الواقع، وتزويد المسؤولين الإداريين والمخططين في مجال الصحة العامة بالمعلومات والملاحظات الناجمة عن ذلك في حدود إطار زمني وجيز.

وضع نظام للمعلومات

لعلّ أعظم مساهمة قدّمها مفهوم فريق البحوث وتطبيقه هي الاعتراف بأن نظام المعلومات المستند إلى البيانات القائمة يمكن أن يؤدي إلى فهم أفضل لأنماط تعاطي المخدرات ضمن منطقة جغرافية محددة. وهذا النهج المتدني التكلفة الموجه نحو بناء الأسس في تسجيل أنماط وطرائق تعاطي المخدرات واستبانة خصائص وأماكن المجموعات السكانية التي تتعاطاها ساعد مقرري السياسات على وضع استراتيجيات للحد من العرض والطلب على السواء وتقييم أثرها. وقد أثبت تاريخ فريق البحوث وفائدة مساهماته جدوى هذا النهج. ونتيجة لذلك، حظي هذا النهج بتأييد أفرقة التخطيط المجتمعي في جميع أنحاء الولايات المتحدة واعتمده الاختصاصيون في مجال تعاطي المخدرات في مختلف بلدان العالم. ويوفّر نظام المعلومات الذي يجمع بين نموذج فريق البحوث والاستقصاءات الأسرية والمدرسية أفضل البيانات لإفادة مخططي البرامج وتحديد مجالات البحث الإضافي. ويبيّن الشكل الوارد أدناه النظام المثالي الذي يعطي صورة عن تعاطي المخدرات في مجتمع يستخدم معلومات على نسق معلومات فريق البحوث إلى جانب الاستقصاءات الأسرية أو السكانية والمدرسية. ويتسنى بهذه الطريقة تقييم المشاكل الجديدة مقارنة بالأنماط السائدة في استعمال أنواع محددة من المخدرات (الاستقصاءات الأسرية والمدرسية على السواء) وبدء تلك الأنماط (الاستقصاء المدرسي). وتوفّر الأنماط الجديدة الملاحظة من نظم فريق البحوث نقطة التركيز لأسئلة الاستقصاءات الأسرية والمدرسية التي تحدد مدى انتشار هذه الأنماط بين عامة السكان. وتثير النتائج المستمدة من كل مصادر البيانات هذه مسائل بحثية يمكن النظر فيها بتعمق باستخدام الطريقتين المنهجيتين النوعية والكمية.

النظام المتكامل للمعلومات المتعلقة بالانتشار الوبائي للمخدرات



الخاتمـــة

تعاطي المخدرات قضية هامة من قضايا الصحة العامة في جميع أنحاء العالم. ومع ذلك، فإن طبيعة السلوكيات المقترنة بتعاطي المخدرات تقيّد بحد ذاتها استخدام أساليب الصحة العامة التقليدية المتعلقة بالانتشار الوبائي لتقييم طبيعة تلك السلوكيات ونطاقها ضمن منطقة جغرافية محددة. ومن التحديات الـهـامـة المواجـهـة في دراسـة تـعاطي المخدرات سمته المتغيرة. وتتطلب أنواع المخدرات المتعاطاة وطرائق تعاطيها والخصائص الديمغرافية للفئات السكانية التي تتعاطاها رصدا متواصلا. ونموذج فريق البحوث الذي وضع في الولايات المتحدة في أوائل السبعينيات مناسب جدا لهذه المهمة. وقد ساعدت خبرات أعضاء فريق البحوث في الوصف المتأني لأنماط تعاطي المخدرات وتعقب الاتجاهات الجديدة في تعاطي المخدرات أجهزة الخدمات الصحية العامة خلال العقود الثلاثة الماضية مساعدة كبيرة في وضع استراتيجيات تتيح إمكانية معالجة المشاكل قبل تفشيها. ويمكن استخدام أداة الصحة العامة هذه على المستويات المحلية والاقليمية والوطنية والدولية. ويمكن أن توفر جملة المعلومات المتأتية من خلال نهج فريق البحوث متكاملة مـع الاسـتـقصـاءات الأسـريـة أو الاسـتـقصاءات السكانية والمدرسية أساسا متينا لوصف ممارسات تعاطي المخدرات ضمن منطقة جغرافية محددة. وإضافة إلى ذلك، يمكن معالجة المسائل البحثية المنبثقة من البيانات من خلال البحوث التحليلية أو المدفوعة بالافتراضات الجدلية. ومن الواضح أن الانتقال السريع لنموذج فريق البحوث إلى بلدان ومناطق أخرى في العالم لهو دليل على فعالية هذا النهج.

المراجـــع

١- R. L. Dupont and T. E. Piemme, “Estimation of the number of narcotic addicts in an urban area”, *Medical Annals of the District of Columbia*, vol. 42, No. 7 (1972), pp. 323-326.

٢- Z. Sloboda and N. J. Kozel, “Frontline surveillance: the Community Epidemiology Work Group on Drug Abuse”, *Drug Abuse Origins and Interventions*, M. D. Glantz and C. R. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press, 1999), pp. 47-62.

٣- United States of America, National Institute on Drug Abuse and Community Epidemiology Work Group, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse: Advance Report, December 2001*. Available online at <http://www.drugabuse.gov/CEWG/AdvancedRep/1201ADV/1201adv.html> (accessed 13 November 2002).

٤- United States of America, National Institute on Drug Abuse and Community Epidemiology Work Group, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Volume I: Proceedings of the Community Epidemiology Work Group; Highlights and Executive Summary, Revised December 2001*, NIH publication No. 02-5109 (Bethesda, Maryland, May 2002).

٥- United States of America, National Institute on Drug Abuse and Community Epidemiology Work Group, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Community Epidemiology Work Group, December 2001, Volume II: Proceedings*, NIH publication No. 02-5110 (Bethesda, Maryland, April 2002).

٦- United States of America, National Institute on Drug Abuse, *Assessing Drug Abuse within and across Communities*, NIH publication No. 98-3614 (Bethesda, Maryland, 1998).

٧- R. Bless, “Experiences of the Multi-City Network of the Pompidou Group, 1983-2002”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. LV, Nos. 1 and 2 (2003).

٨- M. E. Medina-Mora and others, “Mexico: systems for the epidemiological diagnosis of drug abuse”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. LV, Nos. 1 and 2 (2003).

٩- United States of America, Drug Enforcement Administration, “Source to the street: mid-1993 prices for cannabis, cocaine, heroin”, DEA-93036, Washington, D.C., September 1993.

١٠- United States of America, National Institute on Drug Abuse, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Volume II: Proceedings, Community Epidemiology Work Group, December 1994*, NIH publication No. 95-3989 (Bethesda, Maryland, 1995), p. 334.

١١- A. Pach III and E. M. Gorman, “An ethno-epidemiological approach for the multi-site study of emerging drug abuse trends: the spread of methamphetamine in the United States of America”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. LIV, Nos. 1 and 2 (2002).

١٢- M. H. Agar and N. J. Kozel, eds., “Special issue on ethnography and substance use: talking numbers”, *Substance Use and Misuse*, vol. 34, No. 14 (1999).

دراسة المؤسسات الأوروبية للانتشار الوبائي للمخدرات: الخلفية التاريخية والمؤشرات الرئيسية

ر. ل. هارتنول

مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها، لشبونة

خلاصـــة

تتعقب هذه المقالة تطور دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات في أوروبا منذ الستينيات وحتى الوقت الحاضر في سياق المفاهيم المتغيرة لظاهرة المخدرات والاحتياجات المعلوماتية المتغيرة لمقرري السياسات. وهي تركز بوجه خاص على كيفية تطور المؤشرات الوبائية في إطار الآليات والبنى السياسية والمؤسسية الأوروبية الجديدة الموجهة نحو التصدي للمخدرات غير المشروعة. وتُبيّن فضلا عن ذلك أهمية التطورات الدولية الأوسع نطاقا في دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات وأهمية التعاون بين شبكات الباحثين.

وقد لوحظ الاهتمام بالانتشار الوبائي على المستوى الأوروبي لأول مرة في السبعينيات مع إنشاء مجموعة بومبيدو. وتسارع العمل على طائفة متنوعة من المؤشرات الخاصة بالمخدرات في الثمانينيات إثر إنشاء فريق خبراء معني بالانتشار الوبائي في إطار مجموعة بومبيدو التابعة لمجلس أوروبا. وهذا ما مهّد الطريق لقيام الاتحاد الأوربي في عام ١٩٩٣ بإنشاء مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها.

وخلال التسعينيات، وضع المركز أيضا، بالتعاون مع الدول الأعضاء، خمسة مؤشرات أساسية على الانتشار الوبائي للمخدرات والعواقب الصحية بغية تحسين نوعية البيانات الأساسية اللازمة لشرح وتحليل ظاهرة المخدرات على المستوى الأوروبي وزيادة قابليتها للمقارنة. وفي مطلع العقد الحالي، اعتمدت الدول الأعضاء هذه المؤشرات وأيّدها مجلس أوروبا وأُدمجت في استراتيجية الاتحاد الأوروبي وخطة عمله للفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٤ المتعلقتين بالمخدرات. والهدف الآن هو تطبيق تلك المؤشرات الأساسية في الدول الأعضاء كأساس لنظام معلومات وبائية بشأن المخدرات خاص بالاتحاد الأوروبي. ولا بد من استكمال هذه المؤشرات ببحوث نوعية وكمية وبمعلومات سياقية من أجل تفسير البيانات تفسيرا صحيحا وتوفير أجوبة تفي بالاحتياجات السياساتية.

العبارات الرئيسية: دراسة الانتشار الوبائي/ الانتشار الوبائي؛ نظم رصد المخدرات؛ المؤشرات؛ أوروبا.

دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات في أوروبا: الجذور التاريخية

إن لدراسة الانتشار الوبائي للمخدرات في أوروبا أصولا مختلطة وليدة التأثر بطائفة من مجالات الاختصاص التي لا تشمل فحسب الدراسة التقليدية للانتشار الوبائي ومراقبة الصحة العامة، بل تشمل

أيضا الدراسة السريرية للانتشار الوبائي وعلم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي والديمغرافيا والأنثروبولوجيا وعلم الجريمة وعلم الاقتصاد. وقد تطوّر هذا المخلوق الهجين بسرعات مختلفة وعلى يد جهات فاعلة مختلفة في بلدان مختلفة، وليس من المستغرب، بالتالي، أن يُفهم مصطلح "دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات" أحيانا كثيرة بطرائق مختلفة.

ويعكس تطوّر دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات أيضا أوجه تعاطي المخدرات التي أثارت القلق في مراحل مختلفة، وذلك على الصعيد الوطني ومنذ السبعينيات فصاعدا على الصعيد الأوروبي أيضا. وتتعقب هذه المقالة عملية التطور في سياق المفاهيم المتغيرة لظاهرة المخدرات والاحتياجات المعلوماتية المتغيرة لمقرري السياسات. وهي لا تصف الوضع في البلدان المختلفة ولا تستعرض الطائفة العريضة من البحوث الوبائية، بل تعطي صورة عامة عن تطور دراسة الانتشار الوبائي ولا سيما المؤشرات الوبائية في إطار ظهور آليات وبنى سياسية ومؤسسية أوروبية للتصدي للمخدرات غير المشروعة.

الأمثلة الباكرة في البلدان الأوروبية

لم يصبح الاستهلاك المحلي للمخدرات موضوعا هاما في أوروبا حتى الستينيات، رغم ما ظهر قبل ذلك بكثير في القرن نفسه من مسائل محددة في بعض البلدان، كمسألتي الكوكايين والعلاج من الإدمان على المواد الأفيونية، على سبيل المثال. ويأتي أحد الأمثلة الباكرة التي أدى فيها ذلك إلى إنشاء نظام رصدي خاص من المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وايرلندا الشمالية حيث أنشئ في منتصف الثلاثينيات سجل وزارة الداخلية للمدمنين المبلّغ عنهم واستمر العمل به حتى التسعينيات.

ولكن الاهتمام بالدراسات أو النظم الوبائية لوصف أو تعقّب تعاطي المخدرات لم ينشأ في أوروبا، بوجه عام، إلا بعد أن دقّت مشاهد تعاطي الشباب للمخدرات في الستينيات وأوائل السبعينيات ناقوس الخطر وحفّزت على إجراء بحوث مختلفة تركّز معظمها، وإن لم يكن كلها، في أوروبا الشمالية، كفرنسا وألمانيا وهولندا والبلدان الاسكندينافية والمملكة المتحدة على سبيل المثال. وشملت هذه البحوث دراسة السجلات السريرية أو إحصائيات المستشفيات والتقارير المستندة إلى بيانات الشرطة أو بيانات الطب الشرعي ودراسة مجموعات صغيرة من متعاطي المخدرات وإجراء استقصاءات لعينات محلية وأحيانا وطنية من المراهقين أو الطلبة. وكانت معظم الاستقصاءات في ذلك الحين تتعلق بالقنب، ولو أنها شملت أيضا الأمفيتامينات وثاني ديثيلاميد حامض الليسرجيك (LSD). وما زالت النرويج والسويد تجريان استقصاءات دورية حتى يومنا هذا.

وتناولت الدراسات المستندة إلى المصادر السريرية فئتين مختلفتين من السكان – فئة أكبر سنا من المرضى المرتهنين للبربيتيورات أو المورفين أغيرهما من المخدرات الطبية المنشأ، ومعظمهم من الإناث، وفئة أصغر سنا وأقل عددا، ولكنها متنامية، من الزبائن الذكور في الغالب الذين كانوا يتناولون طائفة متنوعة من المخدرات، منها المواد الأفيونية والأمفيتامينات و/أو القنب، في سياقات غير طبية وعلى سبيل مسايرة الأقران في أغلب الأحيان. وفي عدد قليل من البلدان، كالسويد والمملكة المتحدة على سبيل المثال، انصب تركيز البحوث في الخمسينيات والستينيات على الأمفيتامينات قبل أن يصبح القنب مصدرا للإنشغال.

وأجريت في الستينيات وأوائل السبعينيات، لا سيما في المملكة المتحدة، عدة دراسات وبائية عن الهيروين. ومن الأمثلة البارزة في هذا الصدد التحليل الذي أجراه دي ألارغون لانتشار الإدمان على الهيروين متناولا هذا الانتشار حالة في إحدى مدن إنكلترا في الستينيات [١]. وترجع المحاولات الأولى لتقدير مدى الانتشار إلى تلك الفترة أيضا واستندت، على سبيل المثال، إلى تقنيات التسمية والمضاعفات في المملكة المتحدة [٢]. وإلى تقصي الحالات والمعاينة والمقارنة (capture-recapture) في السويد [٣]. وكانت هناك أيضا دراسات اجتماعية تصف الفئات التي تتعاطى المخدرات أو تحلل أوجه التفاعل بين الأنماط المتغيرة في تعاطي المخدرات وانطباعات المجتمع وردود فعله (انظر، على سبيل المثال، المرجعين Plant [٤] و Young [٥]).

التطورات في السياق الأوروبي والدولي

أثارت الأنماط المتغيرة في تعاطي المخدرات في الستينيات الاهتمام أيضا بالبحوث الوبائية على الصعيد الدولي، في الأمم المتحدة ولا سيما في منظمة الصحة العالمية (انظر المرجع Granier-Doyeux [٦]). وعلى الصعيد الأوروبي، قدّم الرئيس الفرنسي جورج بومبيدو آنذاك اقتراحا في آب/ أغسطس ١٩٧١ يدعو إلى تعزيز التعاون والتنسيق بين البلدان الأوروبية، بما في ذلك إجراء دراسات وبائية مشتركة. واعتمد مؤتمر وزاري عقدته الدول الأعضاء الست في الجماعة الاقتصادية الأوروبية والمملكة المتحدة في روما في تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٧٢ برنامجا تعاونيا مشتركا متعدد التخصصات يشمل مجالات الصحة والتعليم والإعلام وإنفاذ القوانين والتشريع [٧]. وشمل ذلك البرنامج، الذي أصبح يعرف بمجموعة بومبيدو، التعاون مع البلدان الراغبة من خارج الجماعة، كالسويد مثلا. ونظرت شعبة الصحة العامة التابعة لمجلس أوروبا بدورها في مدى الحاجة إلى دراسات وبائية وخرجت بتقرير عن الارتهان للمخدرات في ١٩ بلدا أوروبيا [٨]. وتبع ذلك في عام ١٩٧٣ قرار اعتمدته لجنة وزراء مجلس أوروبا شمل دعوة إلى التعاون على نحو أوثق في تبادل المعلومات المتعلقة بالمخدرات وما يتصل بها من مشاكل على صعيدي الصحة العامة والمجتمع [٩]. (من الجدير بالملاحظة أن مجلس أوروبا والمجلس الأوروبي ليسا مجلسا واحدا، فالأخير هو الهيئة السياسية لاتخاذ القرارات في الاتحاد الأوروبي (الجماعة الاقتصادية الأوروبية سابقا)؛ وهو منظمة أقدم للتعاون الأوروبي تشمل عددا أكبر من البلدان الأوروبية، الشرقية منها والغربية.)

وشهدت السبعينيات أيضا تطورات في المنهجيات المتبعة في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا أثّرت فيما بعد على العمل الأوروبي المتعلق بالاستقصاءات الوبائية ومؤشرات المخدرات في الثمانينيات. وشملت هذه التطورات نظم الإبلاغ عن الطوارئ والوفيات المتصلة بالمخدرات، ونظم الإبلاغ عن العلاج من المرضى أنفسهم، وأساليب تطبيق إحصائيات أجهزة إنفاذ القوانين ودراسات المؤشرات السوقية للمخدرات، والاستقصاءات الأسرية لعموم السكان، والاستقصاءات المدرسية، وأساليب تقدير نطاق الانتشار، والنهج الإثنوغرافي وغيره من النهوج النوعية، والنماذج الإحصائية والدينامية التي كانت تجمع بين مؤشرات مختلفة.

وأنشئ فريق البحوث الوبائية المجتمعية، المستند إلى الإبلاغ المنتظم من شبكة من المدن عن اتجاهات المخدرات، بصفته نهجا تكميليا للاستقصاءات الوطنية ونظم الإبلاغ [١٠]. وحضر اجتماعاته عدة باحثين أوروبيين، فأنشأوا بذلك روابط هامة ساهمت في تطوير المؤشرات الوبائية ونظم المعلومات في

أوروبا [١١]. وساهمت سلسلة من الكتيبات الدليلية بشأن الانتشار الوبائي أصدرتها منظمة الصحة العالمية في عامي ١٩٨٠ و١٩٨١ مساهمة هامة أيضا في تعميم هذه المنهجيات على نطاق أوسع [١٢-١٦]. وكانت هناك أيضا دراسة أجريت في عام ١٩٨١ لحساب منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي بهدف فحص المؤشرات الوبائية المحتملة في ١٤ بلدا، بما في ذلك أوروبا الغربية [١٧] واشتملت الاستنتاجات التي توصلت إليها هذه الدراسة على توصيات بشأن استحداث أدوات قياسية، ولكن هذه التوصيات لم تتابع على ما يبدو.

التطورات التي حدثت في الثمانينيات على الساحة الأوروبية

شهدت حقبة الثمانينيات استحداث وتطبيق مفهوم مؤشرات المخدرات في أوروبا على الصعيد الوطني في بعض البلدان وعلى الصعيد الأوروبي. ومن الأمثلة الوطنية في هذا الصدد مشروع مؤشرات المخدرات الكائن في لندن الذي وضع واختبر مجموعة من المؤشرات لتقييم طبيعة ونطاق مشاكل المخدرات على الصعيد المحلي تشمل المؤشرات غير المباشرة كالطلب على العلاج أو الوفيات أو المؤشرات السوقية، وتقديرات الانتشار، والمعاينة بمنهجية "الكرة الثلجية" (snowball sampling)، والبحوث الإثنوغرافية [١٨، ١٩]. وجرى في الوقت نفسه استكشاف أفكار مماثلة في بلدان أخرى كفرنسا وألمانيا وإيطاليا وهولندا والسويد [٢٠، ٢١]. وتوسعت مبادرات تطوير المؤشرات خلال فترة الثمانينيات، وذلك على سبيل المثال في الدانمرك واليونان وايرلندا. واستمر إجراء استقصاءات دورية للشباب في النرويج والسويد وبدأ إجراؤها في ألمانيا. وأنشأت أسبانيا في عام ١٩٨٧ نظاما وطنيا للإبلاغ يستند إلى ثلاثة مؤشرات لرصد الطلب على العلاج من تعاطي الهيروين والكوكايين، والحالات الطارئة غير المميتة، والوفيات المتصلة بالمخدرات [٢٢].

وإلى جانب تلك التطورات، شهدت فترة الثمانينيات اهتماما متزايدا بأساليب دراسة الفئات السكانية المتوارية عن الأنظار وأنماط تعاطي المخدرات غير المأخوذة في الاعتبار في مؤشرات الصحة أو العدالة الجنائية وغير المشمولة بقدر كاف بالاستقصاءات السكانية. وشملت هذه الأساليب دراسة متعاطي الكوكايين باستخدام منهجية "الكرة الثلجية" ودراسة السلوكيات الخطرة والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين متعاطي المخدرات بالحقن غير المتلقين للعلاج [٢٣-٢٧].

وكان التركيز في بعض الحالات وطنيا وفي أخرى محليا. وفي العديد من الحالات، كان العنصران الهامان في هذه العملية هما الحماس لدى عدد قليل نسبيا من الباحثين في مجال المخدرات مقترنا باهتمام أخذت تبديه السلطات الوطنية أو المحلية شيئا فشيئا في المعلومات المتعلقة بظاهرة المخدرات التي بدأت تطفو على السطح. وكان هذا الاهتمام وليد إدراك متزايد بتغيّر أنماط تعاطي المخدرات في بعض البلدان، لا سيما الهيروين، وبالمشاكل المتصلة بمتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز).

مجموعة بومبيدو

إن أهم التطورات في مجال دراسة الانتشار الوبائي التي حدثت على الصعيد الأوروبي في فترة الثمانينات إنما حدثت من خلال مجموعة بومبيدو التابعة لمجلس أوروبا. (على الرغم من أن مجموعة

بومبيدو كانت قد أنشئت كمجموعة للتعاون فيما بين حكومات بلدان الجماعة الاقتصادية الأوروبية في شؤون المخدرات، فقد أصبحت اعتبارا من عام ١٩٨٠ "اتفاقا جزئيا" ملحقا بمجلس أوروبا.)

ففي شهر كانون الأول/ ديسمبر ١٩٨٢، نظمت مجموعة بومبيدو في ستراسبورغ اجتماعا للخبراء لبحث موضوع استحداث نظم للرصد الإداري من أجل تقييم مشاكل الصحة العامة والمشاكل الاجتماعية المتصلة بتعاطي المخدرات. وأدى ذلك إلى إنشاء فريق من الخبراء في الانتشار الوبائي أخذ يجتمع دوريا ووضع حجر الأساس لنهج من مسارين، يركّز أحدهما على الاستقصاءات المدرسية ويركّز الثاني على الدراسة المتعددة المدن لمؤشرات المخدرات. ووضع فريق الاستقصاءات المدرسية أداة اختبرت عقب ذلك في ستة بلدان. ولكن الأداة نفسها لم تطبّق على الصعيد الأوروبي حتى عام ١٩٩٥.

أما الدراسة المتعددة المدن فقد وضعت إطارا لاستخدام مؤشرات متعددة لوصف ومقارنة الوضع المتعلق بالمخدرات على مستوى المدن. وانصبّ التركيز على تفسير المؤشرات كمجموعة ضمن السياق المحلي لكي يتسنى المقارنة بين المدن بناء على فهم ما تدل عليه المؤشرات في كل مدينة. فقد رئي أن من الأصعب بكثير التوصل إلى مثل هذا الفهم على الصعيد الوطني، لا لأن الوضع المتعلق بالمخدرات يختلف بين مكان وآخر فحسب، بل لأن من الصعب أيضا تقييم دلالة المؤشرات على الصعيد الوطني. وهذه نقطة أساسية ولكنها كثيرا ما تُهمل: بصرف النظر عما إذا كانت المؤشرات موحّدة قياسيا أم لا، فلن يكون لها معنى ما لم تُعقد مقارنات وتوضع استنتاجات إذا كانت البيانات الإحصائية تشكّل مجموعة مع بحوث أخرى نوعية في الغالب ومعلومات أوسع تتعلق بالسياق، بما في ذلك مواقف المجتمع وردود فعله. وتناولت هذه الدراسة في بادئ الأمر ٧ مدن [٢٨]، ثم توسعت إلى ١٣ مدينة [٢٩] ثم إلى ما يزيد على ٢٠ مدينة [٣٠].

وبمعزل عن جمع بيانات المدن بانتظام وتوليفها منذ أوائل الثمانينيات وحتى اليوم [٣١]، كانت أهم إنجازات فريق الخبراء في الانتشار الوبائي الذي أنشأته مجموعة بومبيدو نموذجا لجمع وتحليل مؤشرات متعددة بشكل روتيني؛ وبروتوكولا قياسيا لمؤشر الطلب الأول للعلاج؛ وأداة قياسية للاستقصاءات المدرسية؛ واستعراضا لمناهج تقدير نطاق انتشار مشكلة تعاطي المخدرات؛ وكتيبا عن المعاينة بمنهجية "الكرة الثلجية"؛ ودراسات جدوى لمؤشرات الوفيات المتصلة بالمخدرات، والحالات الطارئة غير المميتة، والموقوفين من قبل الشرطة، وضبطيات الهيروين، وأسعار المخدرات غير المشروعة ودرجات نقائها، واستقصاءات عامة السكان. وساعد برنامج تدريبي في مجال الانتشار الوبائي للمخدرات نظمته مجموعة بومبيدو في أوائل التسعينيات على نشر هذه المنهجية في بلدان أوروبا الوسطي والشرقية وأدّى فيما بعد إلى توسيع الشبكة المتعددة المدن [٣٢] لتشمل شبكة مدن في الاتحاد الروسي.

أما على الصعيد الوطني، فقد كانت القوة الموجهة في العديد من هذه التطورات مجموعة صغيرة نسبيا من الباحثين في مجال المخدرات من مختلف البلدان الأوروبية والروابط مع باحثين من أمريكا الشمالية، لا سيما المعهد الوطني لشؤون تعاطي المخدرات (نايدا) وفريق البحوث الوبائية المجتمعية. وقد مهّد العمل الذي قامت به مجموعة بومبيدو الطريق لإنشاء مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها.

مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها

أنشئ مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها كوكالة تابعة للجماعة الأوروبية، بصفة رسمية، في شباط/ فبراير ١٩٩٣، وذلك باعتماد لائحة مجلس الجماعة الاقتصادية الأوروبية

رقم ٣٠٢/ ٩٣ [٣٣]. وبدأ نفاذ هذه اللائحة التأسيسية في ٣٠ تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٣، إثر اتخاذ المجلس الأوروبي قرارا بأن يكون مقر الوكالة في لشبونة، وبدأ المركز يعمل بكامل طاقته في عام ١٩٩٥.

نشوء فكرة المركز

نشأت فكرة إقامة مركز أوروبي لرصد المخدرات من الإدراك المتزايد للأبعاد الأوروبية لظاهرة المخدرات وضرورة تعزيز التعاون بين الدول الأعضاء إضافة إلى تحسين تنسيق الإجراءات على الصعيد الأوروبي. وكان ذلك يتطلب تطوير الآليات والاختصاصات المؤسسية لدى الجماعة الأوروبية. فعلى الرغم من أن مجموعة بومبيدو كانت موجودة من الأصل كمجموعة للتعاون فيما بين الحكومات، فلم تكن لديها أي اختصاصات بموجب معاهدة روما.

وفي النصف الأول من عقد الثمانينيات، أخذ البرلمان الأوروبي بزمام المبادرة على الصعيد السياسي وكانت ثمرة هذه المبادرة أول تقرير يتناول مسألة المخدرات في الجماعة الأوروبية، استنادا إلى مهمة تقص نُفذت في عام ١٩٨٥ [٣٤]. وأكّد التقرير، من ضمن ما ورد فيه، على الحاجة إلى بيانات قابلة للمقارَنة وبحوث منسّقة على المستوى الأوروبي كأساس للإجراءات الفعالة والمنسّقة.

وبدءا بعام ١٩٨٤ على وجه التقريب، اتخذت المفوضية الأوروبية عدة خطوات تتعلق بالمخدرات كان أبرز ما فيها تحديد الإدمان كمجال اهتمام على سبيل الأولوية والاقتراح بأن تتخذ الجماعة إجراءات بشأن الوقاية والصحة. وخلال النصف الثاني من العقد، بدأ هذا الموضوع يحظى بالاهتمام على أعلى المستويات السياسية للمجالس الأوروبية المتعاقبة.

وبدأ خلال الثمانينيات، بدعم من المفوضية الأوروبية، عدد من الأنشطة في مجال دراسة الانتشار الوبائي. وكان أحد هذه الأنشطة عملا بحثيا متضافرا بين الدول الأعضاء بشأن وضع معايير قياسية لرصد الانتشار الوبائي للمخدرات غير المشروعة (مشروع "يوروسيد") موّلته اللجنة المعنية ببحوث الطب والصحة العامة التابعة للمديرية العامة للعلم والبحث والتطوير. ودعمت مديرية الصحة العامة أيضا أنشطة مختلفة، منها فريق توجيهي معني بالكوكايين وغيره من المخدرات نظّم مشاريع واجتماعات علمية عن مواضيع يذكر منها المعاينة بمنهجية "الكرة الثلجية"، والمؤشرات غير المباشرة، والانتشار الوبائي للكوكايين. ولكن لم يوجد آنذاك إطار مؤسسي يسمح بتحويل هذه الأنشطة العلمية إلى آليات أوروبية.

وفي عام ١٩٨٩، اقترح الرئيس الفرنسي فرانسوا ميتيران على الدول الأعضاء والمفوضية خطة عمل بشأن المخدرات تستند إلى آلية للتنسيق السياسي وتشترك فيها الدول الأعضاء والجماعة الأوروبية. وكان العنصر الأساسي لهذا المفهوم إنشاء مركز لرصد المخدرات.

وإثر مبادرة الرئيس ميتيران، أنشئ في كانون الأول/ ديسمبر ١٩٨٩ فريق سياسي مخصص تألّف من منسّقين وطنيين لشؤون المخدرات وسُمِّي اللجنة الأوروبية لمكافحة المخدرات. ووضعت هذه اللجنة الخطة الأوروبية الأولى بشأن المخدرات، التي اعتمدها مجلس الوزراء في كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٠. وأضافت المجالس الأوروبية المتعاقبة زخما إلى هذه المبادرات، من ذلك قرار اتخذ في حزيران/ يونيه ١٩٩١ بإنشاء مركز أوروبي لرصد المخدرات. وشهدت أوائل التسعينيات أيضا صدور التقريرين الأول والثاني عن الحد من الطلب على المخدرات في بلدان الجماعة الأوروبية وزيادة الالتزام السياسي بالمؤشرات والشبكات الصحية بغية توفير معلومات موثوقة وقابلة للمقارنة من أجل سياسات الصحة العامة واستجاباتها [٣٥].

وفي عام ١٩٩٣، دخلت معاهدة الاتحاد الأوروبي (معاهدة ماستريخت) حيز النفاذ وأنشأت لأول مرة اختصاصا مؤسسيا واضحا في مجال المخدرات، لا سيما في مجال الصحة العامة [٣٦]. وتعزز هذا الاختصاص مرة أخرى بموجب معاهدة أمستردام التي بدأ نفاذها في عام ١٩٩٩.

أهداف مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها والحاجة إلى مؤشرات أساسية

وهكذا، يكون مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها تجسيدا لتطوُّر السياق السياسي والمؤسسي الأوروبي وتطوير المنهجيات والشبكات العلمية، لا سيما في مجال دراسة الانتشار الوبائي. ويمكن رؤية ذلك في الهدف المنصوص عليه في لائحة المركز التأسيسية:

"توفير معلومات على المستوى الأوروبي بشأن المخدرات والإدمان عليها وعواقبها تكون موضوعية وموثوقة وقابلة للمقارنة من أجل إعطاء الجماعة الأوروبية والدول الأعضاء فكرة إجمالية عن حالة المخدرات والإدمان عليها تساعدها عند قيامها باتخاذ التدابير أو تقرير الإجراءات في مجالات اختصاصها."

والمهمة الأولى للمركز هي جمع البيانات القائمة وتحليلها وتأمين نشرها على نطاق واسع، إلى جانب إعداد تقرير سنوي عن حالة مشكلة المخدرات في الاتحاد الأوروبي [٣٧]. ولكن إعطاء فكرة إجمالية موثوقة على المستوى الأوروبي تطلّب تحسين نوعية البيانات وقابليتها للمقارنة في كل الدول الأعضاء الـ١٥ (١٦ بلدا الآن، بعد انضمام النرويج إلى المركز في عام ٢٠٠٠، وسيرتفع هذا العدد قريبا إلى ٢٨، إذ سيصبح بإمكان البلدان المنضمة إلى الاتحاد الأوروبي أن تنضم إلى المركز ابتداء من عام ٢٠٠٠). وهذه هي المهمة الرئيسية الثانية للمركز. وهكذا تلزم اللائحة التأسيسية المركز بأن:

"يكفل تحسين قابلية البيانات للمقارنة وموضوعيتها وموثوقيتها على المستوى الأوروبي، بوضع مؤشرات ومعايير عامة غير إلزامية الطابع، يجوز للمركز التوصية بالامتثال لها، بغية زيادة اتساق أساليب القياس التي تستخدمها الدول الأعضاء والجماعة."

ويطلب نفس البند الداعي إلى تحسين أساليب مقارنة البيانات من المركز تيسير وتنظيم تبادل المعلومات، من حيث النوعية والكمية على السواء (قواعد البيانات).

وتكمن وراء هذا الاشتراط المؤسسي الرسمي بوضع مؤشرات على المستوى الأوروبي الحاجة إلى بيانات جيدة النوعية متسقة وقابلة للمقارنة كمادة أولية لاتباع نهج مستند إلى الأدلة في مجال الصحة العامة لشرح المشاكل المتصلة بالمخدرات وتحليلها والتصدي لها. ولئن كانت عملية وضع مؤشرات وتطبيقها تنطوي على عناصر تقنية وإدارية ومؤسسية تستغرق وقتا طويلا على الصعيدين الوطني والأوروبي، فالغرض الأساسي إنما هو توفير بيانات للمقارنة بين البلدان وضمنها، والمواظبة على تعقّب الاتجاهات بمرور الوقت، وقبل كل شيء للمساعدة على تحليل وفهم ظاهرة المخدرات والتأثير المحتمل للسياسات وردود الفعل. ودراسة الانتشار الوبائي هي علم تطبيقي معني بالصحة العامة حتى وإن كان داخل إطار سياسي ومؤسسي.

المؤشرات الوبائية الأساسية

وضع خمسة مؤشرات وبائية أساسية

قام المركز، منذ أن بدأ عمله في عام ١٩٩٥، بجمع البيانات الأساسية القائمة من الدول الأعضاء مستخدما جداول إحصائية قياسية تشمل مؤشرات الانتشار والصحة وإنفاذ القوانين والسوق. وتُجمع هذه البيانات من خلال شبكة "ريتوكس" لهمزات الوصل الوطنية. وترشّح كل دولة عضو مركزا واحدا ليعمل كشريك رئيسي لمركز الرصد من أجل جمع أفضل البيانات الوطنية المتاحة وإبلاغها إليه. وهمزات الوصل الوطنية مسؤولة أيضا عن ضمان جودة البيانات ومساعدة المركز بتيسير تطبيق معايير الاتحاد الأوروبي لجمع البيانات والإبلاغ عنها في كل دولة عضو.

وسرعان ما تبيّن أن توافر البيانات ليس الشيء الوحيد الذي يختلف بين بلد وآخر، بل أن هناك اختلافات كبيرة في التعاريف والأساليب والمصادر والتغطية والنوعية. وهذا ما جعل المقارنة والتحليل مهمة شديدة الصعوبة. ولم يكن من المستطاع العمل على طائفة كاملة من المؤشرات دفعة واحدة، فاختيرت خمسة مجالات تشمل الانتشار والعواقب الصحية كأولويات للتنسيق والتحسين في نوعية البيانات. وهذه المجالات الخمسة، المعروفة بالمؤشرات الوبائية الأساسية الخمسة [٣٨]، هي:

١- نطاق وأنماط تعاطي المخدرات بين عامة السكان (استقصاءات أسرية لعامة السكان المتراوحة أعمارهم بين ١٥ و٦٤ سنة)؛

٢- مدى انتشار التعاطي الإشكالي للمخدرات وأنماطه (تقديرات إحصائية للانتشار ولحالات التعاطي الجديدة بين السكان المتراوحة أعمارهم بين ١٥ و٦٤ سنة)؛

٣- طلب العلاج من قِبل متعاطي المخدرات (إحصائيات بشأن عدد المتعاطين البادئين في تلقي العلاج في مراكز العلاج من المخدرات وملامحهم، مستمدة من نظم مجهولة تتولى الإبلاغ عن كل حالة تنمى إليها)؛

٤- الوفيات المتصلة بالمخدرات ومعدّل الوفاة بين متعاطي المخدرات (إحصائيات بشأن الوفيات الناجمة مباشرة عن تناول جرعات زائدة، تؤخذ من سجلات الوفيات لعامة السكان ومن السجلات الخاصة؛ والوفيات بين الأفواج من متعاطي المخدرات، أيا كان سببها)؛

٥- الأمراض المعدية المتصلة بالمخدرات (معدلات انتشار الهيف والتهاب الكبد باء وجيم والإصابات الجديدة بهما بين متعاطي المخدرات بالحقن).

ولم يُدرَج تعاطي المخدرات بين طلبة المدارس (الاستقصاءات المدرسية) في هذه المؤشرات لأن مجموعة بومبيدو كانت قد استحدثت أداة قياسية طُبقت من خلال المشروع الأوروبي للاستقصاءات المدرسية بشأن الكحول وغيرها من المخدرات، الذي تولّى تنسيقه المجلس السويدي للمعلومات المتعلقة بالكحول وغيرها من المخدرات في ٢٦ بلدا أوروبيا في عام ١٩٩٥ [٣٩]. وفي ٣٠ بلدا في عام ١٩٩٩[٤٠]. (من المقرر إجراء الاستقصاء التالي في عام ٢٠٠٣.)

ولم تشمل الدراسات الريادية الحالات الطارئة غير المميتة المتصلة بالمخدرات، لأن مجموعة بومبيدو رأت هذا ليس ممكنا في العديد من البلدان. وبالإضافة إلى أداة الاستقصاء المدرسي، عوّل مؤشران رئيسيان من مؤشرات المركز إلى حد بعيد على العمل المضطلع به في مجموعة بومبيدو، وهما مؤشر الطلب على العلاج، وهو بروتوكول مشترك بين المركز ومجموعة بومبيدو [٤١]. ومؤشر انتشار التعاطي الإشكالي للمخدرات، الذي نشأ عن حلقة دراسية ومنشور مشتركين بين المركز ومجموعة بومبيدو [٤٢].

ومن عام ١٩٩٥ حتى عام ٢٠٠١، أعطيت الأولية للقيام منهجيا بوضع الأدوات والمبادئ التوجيهية للمؤشرات الأساسية الخمسة وتطبيقها واختبارها ميدانيا. واستندت هذه المهمة إلى العمل المضطلع به في مجموعة بومبيدو والأمثلة الوطنية على الممارسة الجيدة، مع أخذ البروتوكولات القائمة بعين الاعتبار (كالمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي (يوروستات) ومنظمة الصحة العالمية ونايدا). ونُفِّذ العمل في بادئ الأمر بالاستعانة بمقاولين وخبراء علميين من بلدان لديها خبرة في مؤشرات معيّنة. ثم توسّع هذا النطاق ليشمل كل الدول الأعضاء، وفي تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٨ أصبح العمل على تيسير تطوير المؤشرات الأساسية الخمسة وتنفيذها على المستوى الوطني مهمة أساسية تعاقدية من مهام همزات الوصل الوطنية.

ودعما لعملية المواءمة وضمانا للترابط في التنفيذ بين مختلف الدول الأعضاء، أنشئت لكل مؤشر من المؤشرات الأساسية الخمسة أفرقة خبراء على صعيد الاتحاد الأوروبي تشمل كل همزات الوصل الوطنية. وتعقد هذه الأفرقة اجتماعات سنوية ولديها في معظم الحالات فريق توجيهي صغير يساعد في إعداد الاجتماعات السنوية. وبالتوازي مع هذه الأفرقة المنشأة على المستوى الأوروبي، تضطلع همزات الوصل الوطنية بمسؤولية إنشاء أفرقة عمل وطنية من العناصر الفاعلة المؤثرة والخبراء لكل مؤشر أساسي من أجل تنسيق الجهود في كل دولة من الدول الأعضاء.

دور المؤشرات الأساسية في سياسة الاتحاد الأوروبي العامة

في عام ٢٠٠٠، جُمعت النتائج التي توصلت إليها الدراسات الريادية وأفرقة الخبراء وأدرجت معا في مجموعة من مشاريع الأدوات التقنية والمبادئ التوجيهية. وتتضمن هذه المجموعة تعاريف ومجموعات من البيانات الأساسية الموصى بها ومبادئ توجيهية منهجية لجمع البيانات والإبلاغ عنها، وقد وافقت عليها لجنة المركز العلمية وقُدِّمت إلى المجلس الإداري للمركز في كانون الثاني/ يناير ٢٠٠١. وفي أيلول/ سبتمبر ٢٠٠١، اعتُمدت هذه الأدوات التقنية والمبادئ التوجيهية بالإجماع من قبل المجلس، الذي يضم كل الدول الأعضاء الـ١٥، والمفوضية الأوروبية، والبرلمان الأوروبي، بوصفها توصيات رسمية، وإن تكن غير ملزمة قانونا، موجهة إلى الدول الأعضاء من أجل جمع البيانات والإبلاغ عنها بصورة منسّقة.

وقد وضع المركز المؤشرات الأساسية الخمسة تمشيا مع السياق السياسي الأوسع لاعتماد الاتحاد الأوروبي في كانون الأول ١٩٩٩ استراتيجية خاصة بالمخدرات للفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٤. وقد أرست هذه الاستراتيجية إطارا عاما يشمل المبادئ والأهداف وخطوط العمل الرئيسية وحددت ستة أهداف عريضة، منها تقليل انتشار تعاطي المخدرات والحد من حالات التعاطي الجديدة وتخفيف الأضرار الصحية المتصلة بالمخدرات (الوفيات والأمراض المعدية) وزيادة فرص العلاج الناجح. وأكّدت على وجوب استناد الاستراتيجية إلى تقييم منتظم لطبيعة ظاهرة المخدرات وحجمها وعواقبها [٤٣].

وتلت الاستراتيجية الخاصة بالمخدرات خطة عمل الاتحاد الأوروبي بشأن المخدرات للفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٤ [٤٤]، التي اعتمدها رؤساء الدول في المجلس الأوروبي في سانتا ماريا دا فيرا، البرتغال، في حزيران/ يونيه ٢٠٠٠. وأكّدت استنتاجات المجلس الأوروبي ما يلي [٤٥]:

"أن الاتحاد الأوروبي . . . يؤيد خطة عمل الاتحاد الأوروبي بشأن المخدرات بوصفها صكا حاسم الأهمية لترجمة استراتيجية الاتحاد الأوروبي الخاصة بالمخدرات إلى إجراءات عملية . . . ويحث

الدول الأعضاء على تعزيز جهودها، بالتعاون مع المركز، لتوفير معلومات موثوقة وقابلة للمقارنة عن المؤشرات الوبائية الأساسية من أجل تقييم أثر المسائل المتصلة بالمخدرات على نحو أفضل".

وتقضي خطة العمل بأن يحدد المركز المؤشرات ويجمع المعلومات على المستوى الأوروبي ويحللها ويقدم إلى الفريق العامل الأفقي المعني بالمخدرات التابع للمجلس تقريرا سنويا عن نقاط الالتقاء والتقدم المحرز والمشاكل المصادفة. أما دور الدول الأعضاء فهو، وفقا للأدوات التقنية والمبادئ التوجيهية التي وفرها المركز، إعطاء معلومات موثوقة عن المؤشرات الوبائية الأساسية الخمسة في شكل قابل للمقارنة يضعه المركز ويعتمده المجلس.

وفي عام ٢٠٠١، اعتمد المجلس قرارا بشأن تنفيذ المؤشرات الأساسية الخمسة يحث فيه الدول الأعضاء على إعطاء أولوية لإخراج بيانات قابلة للمقارنة وتأمين الدعم لهمزات الوصل الوطنية، كما دعا الدول الأعضاء والمفوضية الأوروبية إلى النظر في أفضل السبل والوسائل، لا سيما المالية منها، لدعم تنفيذ المؤشرات الأساسية الخمسة ضمن مؤشرات الاتحاد الأوروبي الخاصة بالصحة العمومية وإلى اتخاذ الخطوات المناسبة [٤٦].

ويناقش المركز حاليا هذا الأمر مع المفوضية، لا سيما مع الدوائر المسؤولة عن برنامج الصحة العمومية (سانكو) والمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية (يوروستات). والهدف من ذلك هو ضمان تلبية الاحتياجات المعلوماتية المتنوعة والمحددة للهيئات المسؤولة عن مسائل المخدرات على المستويين الوطني والأوروبي، مع ضمان توافر بيانات أبسط وأكثر تجميعا للمؤشرات الصحية والإحصائية الأوروبية الشاملة.

الوضع الراهن والمنظورات

على الرغم من أن الوضع القانوني للمؤشرات الأساسية الخمسة لا يزال قيد البحث، فمن الواضح أنه ليس هناك فحسب توافق في الآراء حول أهميتها على الصعيد العلمي والتقني، بل هناك أيضا ولاية قوية على الصعيد السياسي والمؤسسي لتنفيذها بوصفها أساسا لنظام للمعلومات الوبائية المتعلقة بالمخدرات على نطاق الاتحاد الأوروبي. يضاف إلى ذلك أنه رغم العقبات المصادفة، اتخذ العديد من الدول الأعضاء خطوات نحو تنفيذ المبادئ التوجيهية الموصى بها.

وبالمقارنة بعام ١٩٩٥، عند افتتاح المركز، سجّل عدد البلدان التي تستطيع تقديم بيانات يمتثل معظمها أو كلها لمبادئ المركز التوجيهية. زيادة كبيرة. ففي عام ١٩٩٥، لم تستطع سوى سبعة بلدان توفير بيانات وطنية عن الانتشار بين عامة السكان في مرحلة ما من مراحل العمر واستطاعت خمسة فقط توفيرها عن الانتشار في الـ١٢ شهرا الماضية. وبحلول عام ٢٠٠٠ استطاع ١٢ بلدا توفير كليهما. وبالمثل، زاد عدد البلدان التي لديها تقديرات وطنية لانتشار التعاطي الإشكالي للمخدرات من ٥ بلدان في عام ١٩٩٥ إلى ١٤ بلدا في عام ٢٠٠٢. ورغم أن جميع البلدان استطاعت توفير بيانات وطنية عن الوفيات المتصلة بالمخدرات في عام ١٩٩٥، فقد كانت هناك اختلافات كبيرة في التعاريف والمنهجية. وبحلول عام ٢٠٠٢، ورغم استمرار مشاكل قابلية البيانات للمقارنة، تمكّن ١١ بلدا من توفير بيانات وفقا للمبادئ التوجيهية عن الوفيات الناجمة مباشرة عن تعاطي جرعات زائدة، وتُوقَّع أن تتمكن بلدان

أخرى من القيام بذلك في المستقبل القريب. أما التقدّم نحو إنشاء نظم ملائمة للإبلاغ عن حالات العلاج فيسير بخطى أبطأ، ويرجع جانب من ذلك إلى أن المسؤولية عن العلاج كثيرا ما تكون محلية ولا تكون وطنية. ومع ذلك، أمكن إحراز تقدم واضح وأصبح لدى تسعة بلدان الآن نظم ملائمة بدرجة كبيرة للإبلاغ عن مؤشرات الطلب على العلاج. وبالمثل، أُحرز تقدم في الحصول على بيانات وطنية عن العدوى بالهيف والتهاب الكبد جيم بين متعاطي المخدرات بالحقن، وإن يكن هذا التقدم أبطأ أيضا لأن البيانات الجيدة النوعية تتاح عادة من خلال الدراسات المحلية وليس من خلال نظم المراقبة الوطنية.

وهناك بالطبع تحديات هامة على الطريق. ويتمثل أحد هذه التحديات في ضمان الاستقرار الطويل الأمد لآليات جمع البيانات والإبلاغ عنها باعتماد المؤشرات رسميا في كل الدول الأعضاء وفي كل البلدان المرشحة للعضوية عقب ذلك. والمستقبل ليس مضمونا دائما حتى في البلدان الممتثلة حاليا لمبادئ المركز التوجيهية. وتنشأ مشاكل من انعدام اليقين بشأن مدى الالتزام السياسي والإداري للسلطات المختصة، لا سيما عند الحاجة إلى استثمار مالي لإنشاء نظم وطنية للمعلومات أو لإدخال تعديلات جوهرية على القائم منها. وقد يصاحب ذلك افتقار إلى التنسيق بين الوزارات المسؤولة عن شؤون المخدرات والوزارات المسؤولة عن نظم المعلومات المعنية. واللامركزية هي، مثلما لوحظ أعلاه، عامل هام في بعض البلدان، ليس فحسب لاحتمال وجود حالات من التنازع بين السلطات المركزية والمحلية بشأن من منهما سيتحمّل عبء التمويل، بل لأن العناصر الفاعلة المحلية قد لا تقيم وزنا لجمع البيانات لأغراض عقد مقارنات دولية. وتحفيز العناصر الفاعلة المحلية أمر لا بد منه لإنشاء نظم وطنية للمعلومات ولا يقل عنه أهمية نشر المعلومات والتعقيب عليها. وأخيرا، أصبحت حماية البيانات أمرا متزايد الأهمية في العديد من البلدان الأوروبية. ويجب بذل جهود فعّالة لتطبيق نظم معلوماتية يُرى أن لها مبررا من حيث فائدتها للصحة العمومية وأنها جديرة بالثقة من حيث احترامها الكامل للخصوصية وحقوق الإنسان.

ويتمثل دور همزات الوصل الوطنية في تيسير تنفيذ المؤشرات من قبل الوكالات الوطنية الأخرى. وبما أنها لا تمتلك عادة الصلاحية القانونية أو الإدارية اللازمة، فلا بدّ لها من الاعتماد على الدعم لا من السلطات الوطنية المسؤولة عن شؤون المخدرات فحسب، بل ومن إدارات ومؤسسات أخرى. وهذا ما يُلقي بمسؤولية كبيرة على عاتق همزات الوصل الوطنية لإشراك وتحفيز طائفة عريضة من الشركاء ولكفالة التعقيب والنشر من خلال مختلف الشبكات الوطنية. ويحثّ كل من استراتيجية الاتحاد الأوروبي الخاصة بالمخدرات وخطة العمل والمجلس الأوروبي وقرار المجلس الدول الأعضاء على تزويد همزات الوصل الوطنية لديها بدعم سياسي ومالي واف.

أما في المركز، فيتطلب تنفيذ المؤشرات الأساسية تحسين النظم اللازمة لنقل البيانات إلكترونيا من جميع الدول الأعضاء والبلدان المرشحة للعضوية وإنشاء أدوات أكثر فعالية لإدارة البيانات وما يتصل بذلك من قواعد بيانات لمعالجة وتحليل ونشر كميات كبيرة من البيانات. وتدخل في هذا الإطار مسألة نوعية البيانات. وهذا ما يجب معالجته جماعيا، بضمان الاتساق في كيفية تنفيذ المؤشرات والإبلاغ عنها من قبل الدول الأعضاء، وثنائيا، بتحديد مشاكل معيّنة والبحث عن حلول لها. والآن وقد اتُّفق على المؤشرات واعتُمدت، أصبح من الأولويات العليا إرساء معايير للنوعية تكون عملية وقابلة للتطبيق وآليات لضمان النوعية في الدول الأعضاء.

مثالب المؤشرات: أهمية التفسير

تفيد المؤشرات الروتينية المنسّقة في إجراء مقارنات أساسية بين البلدان أو غيرها من الوحدات الجغرافية وفي تعقّب الاتجاهات العامة بمرور الوقت. وهي توفر أيضا بيانات قياسية مفيدة لأغراض أخرى منها، على سبيل المثال، تقدير عدد الحالات الجديدة أو التكاليف الاجتماعية أو العبء الصحي أو تحليل التوزيع الديمغرافي-الاجتماعي أو أنماط الانتشار. بيد أن لهذه المؤشرات مثالبها أيضا.

فكل المؤشرات المشروحة أعلاه متخلّفة زمنيا، أي أنها تبيّن الحالة كما كانت عليها قبل سنتين. ويكمن أحد الأسباب في الوقت الطويل الذي تستغرقه عملية جمع البيانات وإقرارها وتحليلها والإبلاغ عنها، لا سيما على الصعيد الوطني. وتكون بعض المؤشرات متخلفة زمنيا بحكم طبيعتها، كمؤشرات الطلب على العلاج، لأن المتعاطين لا يطلبون العلاج إلا بعد مرور بعض الوقت على بدئهم في تعاطي المخدرات. كما إن المؤشرات الوطنية ليست حساسة إزاء الأنماط الجديدة أو المتغيرة في تعاطي المخدرات التي تظهر عموما على الصعيد المحلي. وعلاوة على ذلك، تعكس المؤشرات المستمدة من مصادر الصحة أو العدالة الجنائية أولويات وردود فعل الأجهزة الطبية أو أجهزة إنفاذ القوانين كما تعكس اتجاهات المخدرات.

ويجب أن يأخذ تفسير المؤشرات هذه المثالب في الاعتبار ويأتي بمعلومات من نهوج أخرى تكميلية. وتشمل هذه النهوج نظم "الإنذار المبكر" لاستبانة الظواهر الجديدة وتعقبها، وتقنيات "التثليث" لاختبار مدى الاتساق بين المؤشرات المختلفة، والنماذج الدينامية للمساعدة على تحليل العمليات أو إعداد السيناريوهات، والدراسات البحثية النوعية والكمية الأكثر تركيزا على الهدف لتحليل وفهم المسائل المحددة بمزيد من التعمّق. ومن الأهمية بمكان أن تفسّر المؤشرات ضمن السياق الاجتماعي الأوسع الذي يشمل الاختلافات الثقافية والمواقف المجتمعية من المخدرات وردود الفعل القانونية وغيرها.

ويمكن النظر إلى مجموعة المؤشرات على أنها توفر إطارا يساعد على رسم صورة أولية لظاهرة المخدرات ومقارنتها وتعقبها. ولا يمكن الإجابة على الأسئلة عن "العلة" و"المعلول" وعما تعني البيانات للسياسة العامة إلاّ من خلال التفسير المتأني وتكميل هذه الصورة بالبحث العلمي والمعلومات السياقية.

ويُذكر أخيرا أن ظاهرة المخدرات وبيئة السياسة العامة والاحتياجات المعلوماتية والأساليب العلمية والتكنولوجيات المعلوماتية تتغيّر باستمرار. وبالتالي، يتطلّب تنفيذ نظم المعلومات والمضي قدما في البحوث القيام بعملية متواصلة من التطوير والابتكار. وهذا ما يتطلّب بدوره التزاما طويل الأمد بإطار متماسك للتمويل ولتيسير استمرارية المؤسسات والأفراد والشبكات.

السياق الأوسع: البحوث والتعاون الدولي

البحوث النوعية والكمية

لا تقل البحوث المتعددة التخصصات والبحوث الوبائية، سواء النوعية أو الكمية، أهمية عن المؤشرات. وفي مجال البحوث الكمية، نظّم المركز مؤتمرات وأفرقة عمل مواضيعية واستعراضات للكتابات ذات

الصلة أسفرت عن عدة منشورات [٤٧-٤٩] وعن إنشاء موقع على الويب للبحوث النوعية الأوروبية المتعلقة بالمخدرات يمكن من خلاله الاطلاع على قواعد البيانات عن المشاريع البحثية النوعية وعن الباحثين والمنشورات [٥٠]. وبمعزل عن الفائدة الوسيلية لأدوات جمع المعلومات وتبادلها، فإن لها هدفا أساسيا يكمن في التوعية بقيمة البحوث النوعية، وذلك على سبيل المثال في فهم مغزى الاحصائيات وتوفير نظرة متعمقة في "العلة" و"المعلول".

ونظرت المؤتمرات والاستعراضات أيضا في الفائدة المحتملة للنمذجة الإحصائية والدينامية [٥١، ٥٢] وعمل المركز، بتمويل من مديرية البحوث التابعة للمفوضية الأوروبية وفي إطار برنامج البحوث الاجتماعية-الاقتصادية المحددة الهدف، على إقامة شبكة أوروبية من مصممي النماذج لوضع نماذج ذات صلة بالسياسة العامة وتحليلات اجتماعية-اقتصادية تشمل حالات التعاطي الجديدة والاتجاهات الزمنية، وتطبيقات نظم المعلومات الجغرافية، وتحليل التكاليف الاجتماعية ومردودية التكاليف، لا سيما فيما يتعلق بالتهاب الكبد جيم [٥٣]. ويتعلّق أحد المعوّقات الهامة في الوقت الحالي بتوافر البيانات ونوعيتها، لا سيما من أجل النماذج التي تحتاج إلى تسلسل زمني مستمر أو إلى بيانات أكثر تفصيلا حسب الفئات. وعندما تتحسّن البيانات، يُتوقع أن تتيح النمذجة إمكانيات مشوِّقة لوضع سيناريوهات سياساتية مختلفة وتحليلها.

وأولي اهتمام محدود نسبيا لجانب العرض ولمؤشرات نظام العدالة الجنائية، رغم أن البيانات الموجودة جُمعت منذ إنشاء المركز. وبدأ العمل مؤخرا على استعراض البحوث المتاحة ووضع مؤشرات للجرائم المتصلة بالمخدرات، ولمدى توافر المخدرات، والإقصاء الاجتماعي المتصل بالمخدرات. وبدأ أيضا في المركز وفي بعض الدول الأعضاء العمل التمهيدي لوصف وتقدير خصائص وأبعاد أسواق المخدرات وتدفقات المخدرات، بغية تقييم وقعها والأثر المحتمل لعمليات التدخل [٥٤، ٥٥].

ويتعلّق المجال الأخير بالاتجاهات الجديدة و"الإنذار المبكِّر". وقد انصب التركيز في بادئ الأمر على العقاقير الاصطناعية، لا سيما الميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين أو اكستاسي، التي لاقت رواجا في التسعينيات في مختلف أنحاء الاتحاد الأوروبي [٥٦]. وأعدت دراسات ومؤتمرات مختلفة بخصوص مشاهد الموسيقى الالكترونية الصاخبة والحياة الليلية المقترنة بتعاطي هذه العقاقير [٥٧]. واعتمد مجلس الاتحاد الأوروبي في عام ١٩٩٧ صكا قانونيا محددا للعمل المشترك بشأن تبادل المعلومات وتقييم المخاطر ومراقبة العقاقير الاصطناعية الجديدة، وجرى تقييم أربع مواد تحت إشراف لجنة المركز العلمية وهي: *N*-methyl-1-(1.3-benzodioxol-5-yl)-2-butamine (MBDB), 4-methylthioamphetamine (4-MTA)، والكيتامين، وحمض الغاما-هيدروكسي بوتيريك (GHB) [٥٨]. ومن منظور وبائي، توجّه الاهتمام في المركز نحو وضع نموذج أعمّ لفهم الأنماط المتغيرة في استهلاك المخدرات وللتنبؤ بها إذا أمكن ضمن السياق الأوسع للاتجاهات الاجتماعية والثقافية لدى الشباب بالاستناد، على سبيل المثال، إلى تحليل وسائط الإعلام الشبابية أو أفكار الشباب عن المخدرات ومخاطرها [٥٩].

البحوث والشبكات الأوروبية

أجريت في الثمانينيات والتسعينيات استعراضات مختلفة للبحوث الوبائية المتعلقة بالمخدرات في أوروبا [٦٠-٦٤]. وتوجد بالإضافة إلى تقارير المركز السنوية تقارير تتناول جمع البيانات واتجاهات

المخدرات في أوروبا، كتقارير مكتب منظمة الصحة العالمية الاقليمي لأوروبا [٦٥، ٦٦]، وتحديثات الدراسة المتعددة المدن المذكورة سابقا التي تعدها مجموعة بومبيدو، والتقرير المستند إلى المشروع COST-A6 بشأن تقييم إجراءات مكافحة المخدرات في أوروبا المموّل من مديرية البحوث التابعة للمفوضية الأوروبية [٦٧]. ومن بين الشبكات البحثية الأخرى التي تتناول أيضا الانتشار الوبائي للمخدرات، الجمعية الأوروبية للبحوث الاجتماعية المتعلقة بالمخدرات [٦٨]، وجمعية كتيل برون للبحوث الاجتماعية والوبائية المتعلقة بالكحول [٦٩]. والمعهد الأوروبي للبحوث المتعلقة بالعوامل المساهمة في تعاطي المراهقين والشباب للمخدرات IREFREA [٧٠].

وفي المفوضية الأوروبية، تضمّن البرنامج الإطاري الخامس (١٩٩٨-٢٠٠٢) للمديرية العامة، لأول مرة، إشارات محددة إلى المخدرات في إطار الصحة العمومية، ولكن لم يكن من السهل ربط الاحتياجات البحثية المحددة من المركز وشركائه بعملية تطبيق المشاريع واختيارها. ويسعى البرنامج الإطاري السادس (٢٠٠٢-٢٠٠٦) إلى توحيد البحوث الأوروبية في مجالات الأولوية من خلال دعم الشبكات البحثية والبرامج البحثية الكبرى، ولكن يظل هناك تحدي ربط جداول الأعمال البحثية في مجال المخدرات بعمليات اتخاذ القرارات المتعلقة بتمويل البحوث في المفوضية.

وتعليق أخير بشأن البحوث: لقد أجريت البحوث المتعلقة بالمخدرات غير المشروعة أحيانا كثيرة بمعزل عن البحوث المتعلقة بالكحول أو التبغ أو الأدوية ذات التأثير النفساني. وهناك تحوّل واضح في عدة من الدول الأعضاء نحو إدراج كل مواد الإدمان معا تحت مظلة سياساتية واحدة. وإذا استمر هذا الاتجاه وامتد إلى المستوى الأوروبي، يصبح من المرجح عندئذ أن يتسع نطاق الاحتياجات المعلوماتية أيضا على المستويين الوطني والأوروبي.

الصلات الدولية

حدث التطور الذي شهدته دراسات الانتشار الوبائي للمخدرات ومؤشرات المخدرات في أوروبا خلال السنوات العشرين الماضية، في سياق تعاون دولي متزايد بين المنظمات الإقليمية والدولية. ومثلما لوحظ سابقا، ساهمت الروابط القائمة منذ زمن طويل بين الأفراد مساهمات هامة في هذه العملية. وتيسّرت هذه الصلات الدولية بفضل الفريق الدولي للبحوث الوبائية الذي كان آلية مفيدة للغاية في تبادل المعلومات بين الباحثين والمنظمات الدولية والشبكات الإقليمية أو دون الإقليمية المعنية بدراسة الانتشار الوبائي للمخدرات. فعلى سبيل المثال، أدّى اجتماع للمنظمات الدولية الرئيسية والشبكات الإقليمية المعنية بدراسة الانتشار الوبائي عُقد في المركز في كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٠ ودَعَمه برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات، إلى التوافق في الآراء الذي توصّل إليه الخبراء التقنيون في اجتماع عُقد في لشبونة في كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٠ [٧١]، وهو يعطي إطارا لتحسين قابلية المؤشرات للمقارنة وقيمتها على المستوى الدولي.

ومن الأمثلة الأكثر تحديدا على التعاون، تنقيح استبيان التقارير السنوية [٧٢]. من قبل برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات، بالتعاون الوثيق مع المركز ولجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات، والتعاون بين المركز ومنظمة الصحة العالمية بشأن الوفيات المتصلة بالمخدرات والمبادئ التوجيهية للتنقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) (بالاشتراك مع يوروستات). وفي

مجال الإيدز وغيره من الأمراض المعدية، يشارك المركز مشاركة فعّالة في شبكة البحوث العالمية المتعلقة بوقاية متعاطي المخدرات من الإصابة بالهيف، كما يساهم في المؤتمرات الدولية المعنية بتخفيف الضرر والمؤتمرات الدولية المعنية بالإيدز. والتعاون بين المركز ومجموعة بومبيدو مستمر، لا سيما فيما يتعلّق بمؤشر الطلب على العلاج.

ولئن كان تركيز هذه المقالة منصبا على أوروبا، وأوروبا الغربية في المقام الأول، فأن تطوُّر دراسة الانتشار الوبائي ما هي إلاّ جزء من تطورات أوسع نطاقا تشهدها الساحة الدولية. وربما يستغرق التعاون وتبادل المعلومات الكثير من الوقت، ولكنهما ضروريان للإثراء المتبادل للأفكار والتحفيز على الابتكار.

الخاتمـــــة

شهدت دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات في أوروبا في السنوات العشرين الماضية تطورات جوهرية، لا سيما من حيث المؤشرات، والمنهجية، وإمكانية المقارنة، والتنفيذ في الدول الأعضاء، والتجميع والتحليل على المستوى الأوروبي. وهناك ستة عوامل رئيسية يمكن القول بأنها أثّرت في تلك العملية.

وكان أحد هذه العوامل تطوّر الاختصاصات في الاتحاد الأوروبي في مجال المخدرات، جنبا إلى جنب مع عامل ثان هو تصاعد الأولوية السياسية للمخدرات في مجالات الصحة العمومية والأمن العام (العدالة والشؤون الداخلية) والعلاقات الخارجية. وكان العنصر الثالث، المترتب على الاثنين الأولين، الطلب الواضح من مختلف المؤسسات الأوروبية ومن الدول الأعضاء أيضا على المعلومات والأدلة اللازمة لتقرير السياسات واتخاذ القرارات. وكان العامل الرابع إنشاء آليات مثل مجموعة بومبيدو ومركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها (المركز) ونظرائه على الصعيد الوطني لتلبية الاحتياجات المعلوماتية. وكان العامل الخامس وجود شبكات بشرية مترابطة منذ أمد طويل من الباحثين في مجال المخدرات وإمكانيات لإدماج تلك المعارف العلمية في العملية المؤسسية. أما العامل الأخير فكان التأثير الأوسع للصلات الدولية وتبادل المعارف والخبرات.

ولا يعني التقدم الذي أُحرز خلال السنوات العشرين الماضية في دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات في أوروبا أن كل مشاكل المسافة بين العلم والسياسة العامة قد حُلّت، ولكنها بداية على الأقل.

المراجع

١- R. de Alarcón, “The spread of heroin abuse in a community”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. 21, No. 3 (1969), pp. 17-22.

٢- H. H. Blumberg and B. E. Dronfield, “Nomination techniques in the study of largely invisible groups: opiate users not at drug dependence clinics”, *Social Science and Medicine*, vol. 10, Nos. 7 and 8 (1976), pp. 415-422.

٣- B. Olsson and others, “Heavy drug abuse in Sweden, 1979: a national case-finding study”, *Alcohol and Drug Dependence*, vol. 7, 1981, pp. 272-283.

٤- M. Plant, *Drug Takers in an English Town* (London, Tavistock, 1975).

٥- J. Young, *The Drugtakers: The Social Meaning of Drug Use* (London, MacGibbon and Kee, 1971).

٦- M. Granier-Doyeux, “Influence of certain factors on the development of drug dependence”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. 25, No. 1 (1973), pp. 1-8.

٧- H. Nargeolet and C. Vaille, “Effort to promote European regional co-ordination of action against drug addiction”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. 25, No. 2 (1973), pp. 1-7.

٨- Report of the Directorate of Economic and Social Affairs, Public Health Division on the Multi-disciplinary Symposium on Drug Dependence (Strasbourg, Council of Europe, 1972).

٩- “Resolution adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. 25, No. 3 (1973), pp. 57-60.

١٠- Z. Sloboda and N. J. Kozel, “Frontline surveillance: the Community Epidemiology Work Group on Drug Abuse”, *Drug Abuse: Origins and Interventions*, M. D. Glantz and C. R. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press, 1999), pp. 47-62.

١١- United States of America, National Institute on Drug Abuse, ed., *Assessment of Drug Abuse in North America and Europe*, Proceedings of the Community Epidemiology Work Group, June 1981 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1982).

١٢- R. G. Smart and others, *A Methodology for Student Drug Use Surveys*, WHO Offset Publication No. 50 (Geneva, World Health Organization, 1980).

١٣- L. D. Johnston, *Review of General Population Surveys of Drug Abuse*, WHO Offset Publication No. 52 (Geneva, World Health Organization, 1980).

١٤- I. Rootman and P. H. Hughes, *Drug Abuse Reporting Systems*, WHO Offset Publication No. 55 (Geneva, World Health Organization, 1980).

١٥- P. H. Hughes and others, *Core Data for Epidemiological Studies of Non-medical Drug Use*, WHO Offset Publication No. 56 (Geneva, World Health Organization, 1980).

١٦- R. G. Smart and others, *Drug Use Among Non-student Youth*, WHO Offset Publication No. 60 (Geneva, World Health Organization, 1981).

١٧- Organisation for Economic Cooperation and Development, *Statistics of Drug Abuse*, report SME/D/81.3 (Paris, 1982).

١٨- R. L. Hartnoll and others, *Drug Problems: Assessing Local Needs: A Practical Manual for Assessing the Nature and Extent of Drug Misuse in a Community* (London, Drug Indicators Project, 1985).

١٩- R. L. Hartnoll and others, “Estimating the prevalence of opioid dependence”, *Lancet*, No. 1, 1985, pp. 203-205.

٢٠- Commission of the European Communities, Directorate General for Science, Research and Development, “First European Workshop on Standardisation of Epidemiological Monitoring of Illicit Drug Dependence”, Concerted Research Action of the Committee on Medical and Public Health Research, COMAC Epidemiology, Rome, 4-6 September 1984.

٢١- EUROSID project, “EEC meeting on Standardisation of Epidemiological Surveillance Systems of Illicit Drugs”, COMAC Epidemiology, Verona, 11-13 December 1986.

٢٢- G. Barrio and others, “Evaluación de la calidad del indicador tratamiento del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT)”, *Revista de Sanidad e Higiene P blica*, vol. 67, 1993, pp. 385-399.

٢٣- B. Bieleman and others, *Lines across Europe: Nature and Extent of Cocaine Use in Barcelona, Rotterdam and Turin* (Amsterdam, Swets and Zetlinger, 1993).

٢٤- F. R. Ingold and S. Ingold, “The effects of the liberalization of syringe sales on the behaviour of intravenous drug users in France”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. 41, Nos. 1 and 2 (1989), pp. 67-81.

٢٥- E. J. van Ameijden and others, “The harm reduction approach and risk factors for HIV seroconversion in injecting drug users, Amsterdam”, *American Journal of Epidemiology*, vol. 136, 1992, pp. 236-243.

٢٦- H. F. L. Garretsen and others, eds., *Illegal Drug Use: Research Methods for Hidden Populations*, Proceedings of an Invited Expert Meeting on Illegal Drug Use (Rotterdam, National Institute on Alcohol and Drugs, 1993).

٢٧- World Health Organization, “Multi-city study on drug injecting and risk of HIV infection” (WHO/PSA/94.4).

٢٨- R. L. Hartnoll and others, “A multi-city study of drug misuse in Europe”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. 41, Nos. 1 and 2 (1989), pp. 3-27.

٢٩- R. L. Hartnoll, *Multi-city Study: Drug Misuse Trends in Thirteen European Cities* (Strasbourg, Council of Europe Press, 1974).

٣٠- R. Bless, *3rd Multi-city Study: Drug Use Trends in European Cities in the 1990s* (Strasbourg, Council of Europe Press, 2000).

٣١- R. Bless, “Experiences of the multi-city network of the Pompidou Group, 1983-2002”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. LV, Nos. 1 and 2 (2003).

٣٢- Council of Europe, Pompidou Group, *Multi-city Network Eastern Europe: Joint PG/UNDCP project: Extension of the Multi-city Network to Central and Eastern Europe* (Strasbourg, Council of Europe Publishing, 1997).

٣٣- European Council, “Council Regulation (EEC) No. 302/93 of 8 February 1993 on the establishment of a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction”, *Official Journal of the European Communities*, No. L 36, 12 February 1993, pp. 1-8.

٣٤- European Parliament, *Committee of Inquiry into the Drugs Problem in the Member States of the Community*, report on the results of the inquiry, Sir Jack Stewart-Clark, rapporteur (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1987).

٣٥- European Commission, *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Health-related Data and Epidemiology in the European Community* (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1993).

٣٦- G. Estievenart, ed., *Policies and Strategies to Combat Drugs in Europe: the Treaty of European Union: Framework for a New European Strategy to Combat Drugs?* (Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1995).

٣٧- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, "Annual report on the state of the drugs problem in the European Union". Available at http://emcdda.kpnqwest.pt/.

٣٨- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, "Five key epidemiological indicators".

٣٩- B. Hibell and others, *The 1995 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 26 European Countries* (Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), and Strasbourg, Pompidou Group of the Council of Europe, 1997).

٤٠- B. Hibell and others, *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries* (Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), and Strasbourg, Pompidou Group of the Council of Europe, 2000).

٤١- Pompidou Group and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, "Joint Pompidou Group—EMCDDA Treatment Demand Indicator: Standard Protocol version 2.0".

٤٢- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, EMCDDA Scientific Monograph Series, No. 1 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1997).

٤٣- Council of the European Union, "European Union Drugs Strategy (2000-2004)", 1 December 1999.

٤٤- Council of the European Union, "EU Action Plan on Drugs 2000-2004", Brussels, 7 June 2000.

٤٥- Presidency of the Council of the European Union, "Presidency conclusions", European Council, Santa Maria da Feira, Portugal, 19 and 20 June 2000 (SN 200/00), para. 51.

٤٦- Council of the European Union, "Council resolution on the implementation of the five key epidemiological indicators, developed by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)", Brussels, 7 December 2001.

٤٧- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Understanding and Responding to Drug Use: the Role of Qualitative Research*, EMCDDA Scientific Monograph Series, No. 4 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2000).

٤٨- J. Fountain and P. Griffiths, "Synthesis of qualitative research on drug use in the European Union: report on an EMCDDA project", *European Addiction Research*, vol. 5, 1999, pp. 4-20.

٤٩- T. Rhodes and others, *Injecting Drug Use, Risk Behaviour and Qualitative Research in the Time of AIDS*, EMCDDA Insights No. 4 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001).

٥٠- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, "Qualitative European Drug Research (QED) (www.qed.org.uk/).

٥١- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Modelling Drug Use: Methods to Quantify and Understand Hidden Processes*, EMCDDA Scientific Monograph Series, No. 6 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001).

٥٢- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Statistical and dynamic modelling (see www.emcdda.org/situation/methods_tools/ modelling.shtml).

٥٣- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Network on drug use modelling (see www.emcdda.org/situation/methods_tools/ modelling_network.shtml).

٥٤- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Availability of illicit drugs (see www.emcdda.org/situation/themes/availability.shtml).

٥٥- E. Bramley-Harker, *Sizing the UK Market for Illicit Drugs*, Research, Development and Statistics Directorate, Occasional Paper No. 74 (London, Home Office, 2001).

٥٦- P. Griffiths and others, *New Trends in Synthetic Drugs in the European Union: Epidemiology and Demand-Reduction Responses*, EMCDDA Insights No. 1 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1997).

٥٧- "Nightlife in Europe and recreative drug use: SONAR 1998".

٥٨- Council of the European Union, "Joint action on new synthetic drugs".

٥٩- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Feasibility study on detecting, tracking and understanding emerging trends in drug use" (Lisbon, 1999).

٦٠- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Monitoring youth media as a new source of information for detecting, tracking, and understanding emerging drug trends (Lisbon, 2000).

٦١- V. Berridge, "Drug research in Europe", London, Institute for the Study of Drug Dependence, 1989.

٦٢- R. L. Hartnoll, "Addiction research in Europe: an overview", *European Addiction Research*, vol. 1, 1994, pp. 3-11.

٦٣- P. Kennis, "National drug research situation and research needs", European Commission and EMCDDA, eds., *Drugs Research Related Initiatives in the European Union*, proceedings of a joint EC-EMCDDA Seminar, 13 and 14 December 1996 (Florence, Italy, Robert Schuman Centre), pp. 6-62.

٦٤- Scientific and Technical Research Committee (CREST), "High-level workshop on the medical, socio-economic and detection aspects of drug abuse", Brussels, 12 November 1996.

٦٥- R. L. Hartnoll, V. M. Hendriks and M. Morival, *The Assessment of Drug Problems* (Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1998).

٦٦- A. M. Harkin, P. Anderson and G. Goos, *Smoking, Drinking and Drug Taking in the European Region* (Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1997).

H. Waal, ed., *Patterns on the European Drug Scene: An Exploration of Differences* (Oslo, National Institute for Alcohol and Drug Research, 1998). -٦٧

A. Springer and A. Uhl, eds., *Illicit Drugs: Patterns of Use Patterns of Response*, Proceedings of the 10th European Society for Social Research on Drugs Conference on drug use and drug policy, Vienna, 20-22 September 1999 (Innsbruck/Vienna/ Munich, Studienverlag, 2000). -٦٨

Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol. The Society's web site is at www.arg.org/kbs/. -٦٩

A. Calafat and others, *Characteristics and Social Representation of Ecstasy in Europe* (Palma de Mallorca, Spain, IREFREA and European Commission, 1998). -٧٠

See *Official Records of the Economic and Social Council, 2000, Supplement No. 8* (E/2000/28), chap. I, sect. C, para. 3, resolution 43/1, para. 2. -٧١

See *Official Records of the Economic and Social Council, 2000, Supplement No. 8* (E/2000/28), chap. I, sect. C, para. 3, resolution 43/1. -٧٢

الشبكة الكاريبية لدراسة الانتشار الوبائي: التعقيدات التي ينطوي عليها وضع منظور إقليمي

ك. -ج. دوغلاس

مدير المشروع المعني بتعاطي المخدرات، المركز الكاريبي المعني بدراسة الانتشار الوبائي، ترينيداد وتوباغو

ج. هيليبراند

مستشار في شؤون الانتشار الوبائي، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، فيينا

خلاصة

شرح هذه المقالة الصعوبات الجغرافية والسياسية والثقافية المصادفة في إقامة شبكة إقليمية في منطقة الكاريبي معنية بدراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات. وكانت المبادرات السابقة، كفرقة العمل المعنية بالانتشار الوبائي التابعة للجماعة الكاريبية، قد باءت بالفشل بسبب نقص الموارد. ولم يتحقق أي نجاح هام حتى عام ١٩٩٦ عندما أرست خطة العمل للتعاون والتنسيق في مجال مكافحة المخدرات في منطقة الكاريبي الأساس اللازم للقيام بمجهود شامل ومستدام لمكافحة تعاطي مواد الإدمان في المنطقة من خلال خفض الطلب على المخدرات. وفي عام ١٩٩٧، عزز إعلان سانتو دومينغو لمكافحة المخدرات التوصية الواردة في خطة عمل بربادوس ودعا إلى الإسراع في إقامة نظام لدراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات. ومن ثم، رصدت دول الجماعة الكاريبية موارد لمشروع إقامة نظام لمراقبة تعاطي المخدرات ودراسة انتشاره الوبائي، الذي يتولى تنفيذه حاليا المركز الكاريبي المعني بدراسة الانتشار الوبائي. وفي إطار هذا المشروع، أقيمت في عام ٢٠٠١ الشبكة الكاريبية للمعلومات المتعلقة بالمخدرات؛ وتُركّز هذه الشبكة على بناء المؤسسات والتدريب وتطوير الخبرة العملية في مجال البحوث الاستقصائية. ولكي تتمكن هذه الشبكة من مواصلة عملها، ستحتاج إلى المزيد من الدعم السياسي وإلى تمويل كاف والقدرة على ربط أنشطتها بالجوانب الأخرى لخفض الطلب.

العبارات الرئيسية: تعاطي المخدرات؛ خفض الطلب؛ شبكة معنية بدراسة الانتشار الوبائي؛ مبادرة إقليمية.

مقدمة

معالم القطاع

تبلغ المساحة البرية الكلية لمنطقة الكاريبي ٧٠٠ ٠٠٠ كيلومتر مربّع وتضم عددا من الجزر يقع بعضها في البحر الكاريبي، إلى جانب جزر الغيانا (غويانا وغيانا الفرنسية وسورينام). ولو أحصيت كل

الجزر الكاريبية المشمولة بجزر الأنتيل الكبرى وجزر الأنتيل الصغرى والجزر الجنوبية وأرخبيل البهاما لبلغ مجموعها (مع جزر الغيانا وبليز) ٢٨ بلدا وإقليما تقع بين أمريكا الشمالية وأمريكا الجنوبية. والكاريبي منطقة متعددة اللغات والأعراق والثقافات تتجلى فيها تأثيرات عدة قوى عظمى. وهناك تنوّع كبير في هذه المنطقة التي يبلغ عدد سكانها ٣٧ مليون نسمة، إذ توجد فيها أربع لغات رئيسية عبر الأقاليم التابعة لهولندا وأسبانيا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وايرلندا الشمالية والولايات المتحدة الأمريكية والدول المستقلة وعدة نظم قضائية وطائفة متنوعة من المذاهب الدينية والسياسية.

وأدى إنشاء الجماعة الكاريبية (كاريكوم) إلى زيادة حرية تنقل الأشخاص والبضائع. وحدثت زيادة ضخمة أيضا في الاتصالات التجارية وغير التجارية مع الخارج، لا سيما مع الجارتين كولومبيا وفنزويلا. وتوجد حركة يومية بين الجزر لزوارق الصيد، وسفن الشحن وسفن الركاب، واليخوت، والطائرات الخصوصية والتجارية. وهناك أيضا قدر كبير من الهجرة والتنقل ضمن المنطقة بين السكان الكاريبيين، ويعيش العديد من المهاجرين الكاريبيين في أمريكا الشمالية وأوروبا، وقد أدّت إمكانية الوصول المباشر إلى أمريكا الشمالية وأوروبا إلى ازدياد عدد السياح من هاتين المنطقتين. وأصبحت منطقة الكاريبي بفعل كل هذه العوامل أسهل استخداما وأكثر جاذبية كمنطقة للاتجار بالمخدرات غير المشروعة.

ونظرا للموقع الجغرافي لجزر الكاريبي بين المناطق الرئيسية لإنتاج المخدرات في أمريكا الجنوبية والأسواق الاستهلاكية الكبرى في أوروبا وأمريكا الشمالية، أصبحت هذه الجزر عرضة للاتجار بالمخدرات: ويقدّر الآن أن ٤٠ في المائة من كل الكوكايين الداخل إلى الولايات المتحدة يأتي عن طريق منطقة الكاريبي. وفي عام ٢٠٠٠، كان الممر الكاريبي مصدر ٤٧ في المائة من الكوكايين الداخل إلى الولايات المتحدة، متفوقا بذلك على المكسيك كالمصدر الرئيسي للكوكايين المتجه إلى أسواق الولايات المتحدة. وتلعب منطقة الكاريبي أيضا دورا هاما في توريد الكوكايين إلى السوق الأوروبية. وقد مرّ في عام ٢٠٠٠ عبر منطقة الكاريبي ٣٢ في المائة، أو ٨٠ طنا، من الواردات الأوروبية من المخدرات. وتُشكل تكلفة تدابير مكافحة المخدرات عبئا ثقيلا على الميزانيات الوطنية لدول الكاريبي مستهلكة ما قد يصل إلى ١٥ في المائة من هذه الميزانيات. وزادت تكلفة عمليات ضبط الأمن المحلي والأمن الوطني تصديا للاتجار غير المشروع والجرائم العنيفة المتصلة بالمخدرات في بعض بلدان الكاريبي لتصل إلى الضعف في السنوات الخمس الماضية.

وقدّرت مصادر إنفاذ القوانين أن جزءا متزايدا من المخدرات غير المشروعة التي تمر عبر هذه المنطقة يُترك فيها للاستهلاك المحلي، ذلك أن المتجرين يدفعون عينيا بالمخدرات لقاء الخدمات التي تقدّم إليهم، وبالتالي أخذ استعمال المخدرات وتعاطيها والاتجار بها يتزايد. والنتيجة البديهية لذلك هي ازدياد العبء الملقى على عاتق النظم الصحية إذ تسعى جاهدة لتقديم الخدمات اللازمة لمعالجة الآثار النفسية والبدنية للتسمم والانقطاع عن التعاطي والإدمان المزمن. وهناك أيضا تزايد في حوادث العنف والإجرام من جراء حاجة تجار المخدرات ومتعاطيها المسلحين إلى الإنفاق على إشباع عادتهم.

وإن كانت لا توجد أي أدلة واقعية أو صلة سببية في المنطقة ككل بين أنشطة المخدرات والجرائم، من قبيل السرقة والقتل، فالأدلة على هذه الصلة موجودة في بعض بلدانها. ففي عام ١٩٩١، على سبيل المثال، أبلغت جامايكا عن ازدياد حوادث القتل المتصلة بشكل مباشر أو غير مباشر بتجارة المخدرات بنسبة ٧٥ في المائة مقارنة بعام ١٩٩٠. وكانت البلدان المبلغة عن حوادث سرقة وقتل

واعتداءات خطيرة مراكز بارزة أيضا لتجارة المخدرات في العقد الماضي، وهي جزر البهاما والجمهورية الدومينيكية وغويانا وجامايكا. وأصبحت أجهزة الشرطة والنظم القضائية في كل أنحاء منطقة الكاريبي لا تتصدى فحسب للجرائم الطفيفة بل وللجرائم الأكثر خطورة المتصلة بتعاطي المخدرات، كالجرائم التي تسبب أذى جسديا خطيرا وجرائم القتل.

السياسة القطاعية السابقة بشأن إقامة شبكة كاريبية معنية بدراسة الانتشار الوبائي

يحتاج مقررو السياسات ومخططوها في دول الكاريبي إلى بيانات موثوقة ومتاحة في حينها عن انتشار تعاطي المخدرات والكحول وحالات تعاطيها الجديدة في بلدانهم. وهذا ضروري لتعقب الاتجاهات بمرور الوقت، ووضع ملامح قطرية للفئات السكانية المعرضة بوجه خاص لخطر التعاطي، وتوجيه برامج وموارد خفض الطلب نحو الهدف الصحيح، وإرساء معايير لكي يُقيَّم على أساسها أثر عمليات التدخل. والعديد من بلدان الكاريبي لا يجمع بيانات إحصائية من هذا القبيل بصورة منتظمة، ورغم إجراء بعض الاستقصاءات فالنتائج التي أسفرت عنها غير قابلة للمقارنة بسبب تغيُّر الاستبيانات والأساليب بمرور الوقت.

وأنشأت الجماعة الكاريبية في عام ١٩٩١ فرقة عمل معنية بالانتشار الوبائي. واجتمعت هذه الفرقة عدة مرات لكي تبت في تفاصيل إقامة نظام للرصد المنتظم، ولكن هذا المجهود اصطدم بعدة عقبات. فرغم اتفاق الفرقة على استصواب إجراء استقصاءات في المدارس الثانوية، لم يتمكن من تنفيذ هذه الاستقصاءات سوى قلة من البلدان. وتأخّر تحليل البيانات التي أسفرت عنها هذه الاستقصاءات بسبب نقص الموظفين سواء في تلك البلدان أو لدى أمانة الكاريكوم والافتقار إلى أجهزة حاسوبية وإلى البرامجيات اللازمة لتحليل البيانات. وإضافة إلى ذلك، اضطُرّ المركز الكاريبي المعني بدراسة الانتشار الوبائي (كاريك) الكائن في ترينيداد وتوباغو والذي كان يدعم في الأصل عملية جمع البيانات المتعلقة بالمخدرات وتحليلها إلى إلغاء عقد خبيره المقيم المتخصص في الانتشار الوبائي للمخدرات بسبب نقص الأموال. ولم تشترك الأقاليم غير المستقلة الناطقة بالانكليزية في أي مجهود على نطاق المنطقة يتعلق بدراسة الانتشار الوبائي للمخدرات كما إنها لم تجمع أي إحصاءات، حسب المعلوم.

أما الحالة في البلدان الناطقة بالاسبانية فتختلف بعض الشيء: فقد اشتركت الجمهورية الدومينيكية لمدة خمس سنوات في نظام دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات في أمريكا الوسطى الذي أقامته لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات (سيكاد) ولا تزال مشتركة في نظام سيكاد الجديد المعروف بنظام البلدان الأمريكية لبيانات تعاطي المخدرات. ولم تشترك كوبا في أي برنامج متعدد البلدان لدراسة الانتشار الوبائي للمخدرات. وبالتالي، أشار المشاركون في منتدى الخبراء المعني بخفض الطلب على المخدرات في الكاريبي، الذي عقده برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات (اليوندسيب) في جزر البهاما في تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٤، إلى عدم وجود أي آلية إقليمية مترابطة لجمع البيانات المتعلقة بتعاطي المخدرات. وبناء على ذلك، أوصى المنتدى بإنشاء منهج موحّد لجمع البيانات الأساسية. وبعد مرور ١٨ شهرا، خلص أيضا الاجتماع الإقليمي المشترك بين الاتحاد الأوروبي واليوندسيب بشأن التنسيق والتعاون في مجال مكافحة المخدرات في منطقة الكاريبي الذي عقد في

بربادوس في أيار/ مايو ١٩٩٦، إلى أنه لا يوجد نظام لمراقبة الانتشار الوبائي للمخدرات على نطاق منطقة الكاريبي ودعا إلى إنشاء مثله دون إبطاء، بالتعاون مع المنظمات الاقليمية. وبناء على ذلك، استُهلت في المنطقة خطة عمل بربادوس للتنسيق والتعاون في مجال مكافحة المخدرات (المعروفة بخطة عمل بربادوس).

واقتضى تنفيذ خطة عمل بربادوس، الذي بحثته الحكومات الكاريبية في اجتماع إقليمي ثان عقد في الجمهورية الدومينيكية في كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٧، إقامة نظام موحّد لمراقبة الانتشار الوبائي للمخدرات في المنطقة يُنفّذ بالتعاون الوثيق مع السيكاد. وأثار اهتمام المشاركين في اجتماع بربادوس بوجه خاص النظام الاقليمي لمراقبة الانتشار الوبائي للمخدرات الذي أنشأته السيكاد في أمريكا الوسطى والجمهورية الدومينيكية. وأثار الاهتمام أيضا خلَفُه، نظام البلدان الأمريكية لبيانات تعاطي المخدرات الذي بدأ العمل به في كل القارة الأمريكية في عام ١٩٩٧. ويتألف هذا النظام من مجموعة من الأدوات الموحدة قياسيا التي يمكن استخدامها لجمع البيانات المتعلقة باستعمال المخدرات وتعاطيها. وقد اعتمدته السيكاد في عام ١٩٩٦ وجرى تشكيل فريق استشاري دولي للإشراف على تنفيذه.

آفاق استهلال مبادرة إقليمية جديدة

يدرك رؤساء حكومات المنطقة بأن الاتجار بالمخدرات في منطقتهم لا يزال يهدد سلام وأمن مجتمعاتها وتنميتها الاقتصادية والاجتماعية المستدامة وأن هناك حاجة ملحّة لتعزيز وتسريع عملية توحيد وتنسيق الجهود الرامية إلى خفض الطلب على المخدرات. ولا بد من مبادرة جديدة لصبّ الاهتمام على هذه الجهود.

وواصلت المنتديات الاقليمية العديدة بشأن تعاطي المخدرات التي سبقت أو تلت اعتماد خطة عمل بربادوس التأكيد على ضرورة بذل جهد شامل ومستدام لمكافحة تعاطي مواد الإدمان في المنطقة عن طريق خفض الطلب. وأقرّ رؤساء حكومات الجماعة الكاريبية في عام ١٩٩٦ برنامجا إقليميا بشأن مكافحة تعاطي المخدرات والحد منه. وكانت معظم الدول الأعضاء في المنتدى الكاريبي لدول الكاريبي والمحيط الهادئ، المؤلف من دول الجماعة الكاريبية إضافة إلى الجمهورية الدومينيكية وهايتي، قد صدّقت على الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة ١٩٧٢ [١]، واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١ [٢] واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة ١٩٨٨ [٣] وكانت تعمل ضمن ذلك الإطار من حيث وضع التشريعات والسياسات. وتألّف البرنامج الاقليمي من ستة مكونات: دراسة الانتشار الوبائي، والمراقبة، والتثقيف الوقائي، وتوعية الجمهور، وإنفاذ القوانين، والعلاج وإعادة التأهيل، والتنسيق لإقامة أمانة.

وفي عام ١٩٩٧، أكّدت حكومات المنطقة مجددا، في إعلان سانتو دومينغو لمكافحة المخدرات، سياستها العامة فيما يتعلق بالإسراع في إقامة نظام لمراقبة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات. وقررت دول الجماعة الكاريبية، كتعبير عملي عن سياساتها القائمة، رصد مخصص إرشادي من موارد البرنامج الإرشادي الإقليمي الكاريبي التابع للصندوق الإنمائي الأوروبي الثامن من أجل مشروع نظام مراقبة تعاطي المخدرات ودراسة انتشاره الوبائي لإنشاء شبكة مراقبة إقليمية.

وكان وزراء الصحة في بلدان الجماعة الكاريبية قد قرروا في وقت سابق أن المركز الكاريبي المعني بدراسة الانتشار الوبائي هو، بحكم ولايته، أنسب منظمة للاضطلاع بمسؤوليات دراسة الانتشار

الوبائي للمخدرات؛ وبناء عليه عُيِّن بوصفه الوكالة المنفذة للمشروع. وتحتضن المشروع وتديره تقنيا شعبة الأمراض غير المعدية التابعة للمركز. ويعمل كشريكين رئيسيين في تنفيذ المشروع أيضا اليوندسيب والسيكاد لما لديهما من معرفة فنية وخبرة في مكافحة المخدرات والوقاية منها.

المركز الكاريبي المعني بالانتشار الوبائي والشبكة الكاريبية للمعلومات المتعلقة بالمخدرات

تتمثل مهمة المركز الكاريبي المعني بالانتشار الوبائي في تحسين الحالة الصحية لسكان منطقة الكاريبي بتعزيز قدرات البلدان الأعضاء في دراسة الانتشار الوبائي وفي التكنولوجيا المختبرية وما يتصل بهما من اختصاصات في مجال الصحة العمومية من خلال التعاون التقني وتقديم الخدمات والتدريب والبحوث والموظفين المهتمين والمدربين تدريبا جيدا. وتدير المركز منظمة البلدان الأمريكية للصحة نيابة عن البلدان الأعضاء الـ٢١. ويتمتع المركز بسمعة دولية طيبة لعمله الداعم للصحة العمومية في منطقة الكاريبي.

أما الهدف العام للشبكة الكاريبية للمعلومات المتعلقة بالمخدرات (كاريدين) فهو تعزيز قدرة الحكومات الكاريبية والهيئات التقنية والوكالات الإقليمية على الاستجابة لتغيّر أنماط تعاطي المخدرات واتجاهاته والمساهمة في الحد من تعاطي المخدرات في المنطقة. والغرض من مشروع نظام مراقبة تعاطي المخدرات ودراسة انتشاره الوبائي هو إنشاء قاعدة بيانات سليمة ونظام مراقبة للإنذار المبكر من أجل مساعدة مقرري السياسات على الصعيدين الوطني والإقليمي في مجال خفض الطلب.

الأثر المحتمل لمشروع نظام مراقبة تعاطي المخدرات ودراسة انتشاره الوبائي

يستهدف هذا المشروع وضع البنية الأساسية للأمد الطويل ويركّز بالتالي على بناء المؤسسات والتدريب وتنمية الخبرة العملية في البحوث الاستقصائية. ويُتوقّع أن يكفل هذا النهج قدرة الشبكات الوطنية للمعلومات المتعلقة بالمخدرات والفرق البحثية الوطنية على تنظيم استقصاءات من كل الأنواع وجمع بيانات المراقبة فضلا عن بيانات الانتشار الوبائي. ولا يُتوقّع للبيانات الناتجة عن نظام المراقبة أن تعطي للوهلة الأولى صورة شاملة عن تعاطي المخدرات لدى جميع السكان. ولكنها ستصبح مع الوقت بمثابة إنذار مبكّر لمقرري السياسات في وزارات الصحة والتعليم والعدالة وفي الخدمات الاجتماعية الأساسية بخصوص النوع الذي يواجهونه من مشاكل تعاطي المخدرات والذي يحتاجون التخطيط له.

المعوِّقات والعقبات المحتملة

يتمثل هدف الشبكة الكاريبية للمعلومات المتعلقة بالمخدرات في وضع الأساس اللازم للنظم الإقليمية والوطنية للمعلومات المتعلقة بالمخدرات. ويتوقف نجاحها إلى حد بعيد على كيفية استغلال ما أُنجز من بناء المؤسسات والتدريب وتنمية الخبرة العملية وتوظيفه على الصعيدين الإقليمي والوطني لأغراض الأنشطة والمشاريع البحثية المقبلة التي ستساهم في تلك النظم. وهناك عدة عقبات يحتمل أن تحول

دون نجاح الشبكة إقليميا ووطنيا: فعلى الصعيد الإقليمي، لن يكتب النجاح لمساعي المشروع الرئيسية، كتحسين تبادل المعلومات بين البلدان وزيادة قابلية البيانات المتعلقة بتعاطي المخدرات للمقارنة عبر المنطقة واستعمال المعلومات للقرارات السياساتية الإقليمية، ما لم يؤيد رؤساء الدول والمؤسسات القانونية الإقليمية الأخرى هذه المساعي كواحدة من أولويات المنطقة في مكافحتها للمخدرات. يضاف إلى ذلك أنه يجب أن تكون لدى أي مبادرة إقليمية من قبيل هذه الشبكة المرونة اللازمة للتكيف مع أوجه الاختلاف الوطنية في الخبرة والبنية التحتية واللغة.

وعلى الصعيد الوطني، لن تتحقق أهداف الشبكة إذا لم تجتذب أنشطتها مشاركة واسعة من المجتمعات المحلية والمنظمات ذات الصلة أو إذا لم تسهم في وضع استراتيجية متكاملة لخفض العرض والطلب. والافتقار إلى الدعوة لدى الأطراف المعنية والمسؤولين الحكوميين بشأن فائدة منتجات الشبكة سيضعف قدرتها على الاستمرار في الأمد الطويل. وينبغي أن تستعمل منتجات الشبكة أيضا في إرساء السياسات الوقائية الوطنية والإقليمية، وإلاّ فإنها لن تحظى بالاعتراف الذي تستحقه. ويجب أن تترجم البيانات التي تُجمع ترجمة متأنية إلى خطط عمل، كإقامة برامج تعليمية جديدة. ولا بد أيضا من استخدام ما يُجمع من بيانات للبدء في تحسين نوعية حياة متعاطي المخدرات، المحتاجين لذلك أصلا، ونوعية حياة الشباب، المعرضين لخطر تعاطيها.

ومن العقبات الأخرى على الصعيدين الإقليمي والوطني تغيُّر الحكومات وما يصاحب ذلك من تغييرات محتملة في الأولويات، وتناقص الموظفين المدربين والمنسِّقين الوطنيين وهجرتهم. ولا يمكن أن تعتمد عملية تعزيز الخبرات في المنطقة على مشروع منفرد، بل ينبغي أن تكون هناك مرافق تدريبية إضافية من أجل توسيع نطاق مشاركة الخبرات الإقليمية. والمرفقان التدريبيان الوحيدان للدراسات المتعلقة بالإدمان في المنطقة كانا المعهد الكاريبي لشؤون الإدمان على الكحول وغيره من مشاكل المخدرات ودورة الدراسات المتعلقة بالإدمان التي كانت توفرها جامعة ويست إنديز. ولكن المعهد الكاريبي لم يقدّم سوى دورتين إقليميتين في منهجيات البحوث الوبائية ولمرة واحدة فقط، واستنفدت دورة الدراسات المتعلقة بالإدمان التي كانت توفرها جامعة ويست إنديز تمويلها واضطرت إلى إغلاق أبوابها.

الاستدامة والدعم المقبل

تبدو بيئة السياسة العامة في جميع أنحاء منطقة الكاريبي في الوقت الحاضر مواتية جدا لالتزام الحكومات لأمد طويل بمواصلة الجهود الرامية إلى وضع منهجية موحدة لبيانات مراقبة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات تعمل على تيسير عملية المقارنة بين البلدان. وتُنفّذ بلدان المنطقة الآن خطة عمل بربادوس وتحصل على الكثير من الدعم الدولي في هذا الصدد، بينما اعتمدت الدول الأعضاء في منظمة الدول الأمريكية استراتيجية مكافحة المخدرات في القارة الأمريكية، وهو التزام جديد في هذه القارة بمكافحة مشكلة المخدرات. ومع تزايد تعاطي المخدرات، أخذ المواطنون يطالبون باتخاذ إجراءات حكومية فعالة بقدر أكبر لمنع تعاطي المخدرات، لا سيما بين الشباب. واشتكت عدة حكومات من افتقارها إلى الأموال اللازمة لتعيين الموظفين التقنيين والاحتفاظ بهم لمدة طويلة. وهذا صحيح بوجه خاص في الجزر الصغيرة حيث القدرات الصحية والبحثية للحكومات تتحمل أصلا أكثر من طاقتها. وسيساعد مشروع نظام مراقبة تعاطي المخدرات ودراسة انتشاره الوبائي في التخفيف من نقص الموارد

البشرية بتقوية إحدى المؤسسات الكاريبية القادرة على القيام بمهمة تحليل البيانات الإقليمية وتقديم المساعدة التقنية، وهي المركز الكاريبي المعني بدراسة الانتشار الوبائي. ويحول نقص المعلومات في الوقت الحاضر دون تنفيذ سياسات فعّالة ويُعوِّق جهود التخفيف من مشاكل المخدرات في منطقة الكاريبي. ويمكن لمركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها أن يؤدي دورا هاما في المنطقة في هذا الصدد، إذ لا يوجد أي ممولين آخرين يمكن التوقع منهم تمويل البحوث. ولدى الاتحاد الأوروبي خبرة يُعتدّ بها في هذه البحوث ومعرفة واسعة بها، والاستعانة في هذه البحوث بالخبرة الأوروبية يمكن أن تعمل أيضا على تعزيز مكانة الاتحاد الأوروبي في المنطقة.

أما على الصعيد العالمي فيأتي الدعم من خلال برنامج اليوندسيب التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات. وفي دورة الجمعية العامة الاستثنائية المكرسة لموضوع المخدرات، التي عقدت في نيويورك من ٨ إلى ١٠ حزيران/ يونيه ١٩٩٨، طلبت الدول الأعضاء إلى اليوندسيب توفير المساعدة اللازمة لجمع بيانات عن تعاطي المخدرات تكون موثوقة وقابلة للمقارنة دوليا. وقد أنشئ البرنامج التقييمي العالمي لهذه الغاية ولدعم الشبكات الإقليمية المعنية بدراسة الانتشار الوبائي كالشبكة الكاريبية للمعلومات المتعلقة بالمخدرات.

الآثار المتعلقة بمواصلة الدعم

لا يتسنى لأي شبكة معنية بالانتشار الوبائي أن تتطور ما لم تأخذ في الاعتبار الأوجه المختلفة لخفض الطلب. وبالنسبة لمنطقة الكاريبي يشمل خفض الطلب على المخدرات المجالات التالية: تعزيز المؤسسات وتنمية رأس المال البشري؛ وضع السياسات؛ التعليم الوقائي؛ العلاج وإعادة التأهيل؛ البحث والتطوير؛ وإدارة البرامج وتنسيقها. ويتصل جمع البيانات اتصالا وثيقا بحجم العمل في كل مجال، وبالتالي، يؤثر تحسين كل جانب من الجوانب تأثيرا كبيرا في وضع استراتيجيات جمع البيانات.

وضع السياسات

إن الواقع بالنسبة للسياسات في القطاع الصحي والاجتماعي في معظم الدول الكاريبية، إن لم يكن كلها، هو أن المشاكل المقترنة بالفترة الانتقالية في دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات تتعايش مع المشاكل الصحية والاجتماعية الأخرى. ففيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز وفيروسه) وغيرهما من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، وحوادث المرور، والجريمة والعنف، والانتحار، والمرض النفساني المختلط، إنما كلها مشاكل مترابطة مقترنة بتعاطي المخدرات وتؤدي آجلا أو عاجلا إلى انحلال المجتمع. يضاف إلى ذلك أن ممارسة أعداد كبيرة من الشباب أنشطة سلوكية خطرة ومترابطة، كالتدخين وتعاطي الكحول وغيرها من المخدرات، والعنف، وحوادث المرور، والأنشطة الجنسية سيؤدي لا محالة إلى تفاقم المشاكل الصحية. ولمعالجة تلك المشاكل، يمكن أن تصمم المنطقة وتعتمد نماذج لاستجابة اجتماعية منظمة إزاء المراهقين والشباب والمجتمع ككل. ونظرا للصلة المتبادلة بين مشكلة تعاطي مواد الإدمان وغيرها من المشاكل الصحية والاجتماعية، ينبغي أن ترتبط عملية جمع البيانات المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان بنظم البيانات الاجتماعية الأخرى كالبيانات المتعلقة بالإيدز وفيروسه والشباب والفقر والجريمة.

التعليم الوقائي

تتطلب الوقاية من الأمراض المتصلة بتعاطي المخدرات تغييرا جذريا في نمط التفكير المتعلق بالرعاية الصحية. وتستند نظم الرعاية الصحية لدى الجماعة الكاريبية إلى فكرة بسيطة، وهي أن الناس يمرضون ويجب معالجتهم. ولكن الوقاية من الأمراض المتصلة بتعاطي المخدرات تستدعى تصرف الفرد نفسه. فهو مدعو الآن لأن يتحمّل مسؤولية شخصية عن تصرفاته اليومية وسيُنظر إلى امتناعه عن القيام بذلك على أنه تعدٍّ على حقوق غيره من المواطنين. إن ٩٠ في المائة من حالات العلاج من سرطان الرئة الذي تُنفَق عليه ملايين الدولارات تتصل مباشرة بالتدخين، والسبيل الوحيد إلى تقليص ذلك الإنفاق هو إقناع المواطنين بالإقلاع عن التدخين أو بعدم البدء فيه من الأصل. وليس أمام المؤسسات الإقليمية من خيار سوى اتخاذ قرار واع بترويج الأنماط الحياتية الصحية. ومن المفيد للغاية إدراج عناصر متعلقة بالمخدرات في المشاريع والبرامج الإنمائية الأخرى، كمشاريع وبرامج التخفيف من وطأة الفقر، والإيدز وفيروسه، والتمكين المجتمعي، ومنع الجريمة. ويُرجّح أن تكون هذه المشاريع أكثر فعالية في خفض تعاطي المخدرات من مشاريع الوقاية الأولية، لأنها تعالج السبب الأساسي للتعاطي الإشكالي للمخدرات وتركّز على أكثر الفئات تعرضا للخطر.

العلاج وإعادة التأهيل

إن إحدى أهم المشاكل التي تعيق المبادرات الرامية إلى مكافحة تعاطي المخدرات في المنطقة هي الافتقار إلى مرافق علاجية، لا سيما في الجزر الصغيرة. والعلاج الطبي لإزالة السمية من متعاطي المخدرات توفره بصورة رئيسية مستشفيات الطب النفسي أو العام؛ أما مرافق العلاج الأخرى فهي عبارة عن برامج إيوائية موجّهة نحو الامتناع الكلي. ولا توجد خدمات متخصصة غير هذه، كالخدمات الخاصة بالنساء والشباب، ومراكز التماس المشورة، والخدمات الاستشارية للمرضى الخارجيين، على سبيل المثال. يضاف إلى ذلك أن مرافق العلاج تعمل أحيانا كثيرة دون أي معايير بشأن نوعية الرعاية. وما لم توضع معايير وتتحسّن فعالية الخدمات العلاجية، ستظل أي محاولة لجمع البيانات من المرافق العلاجية تحظى بأولوية متدنية. وعلى شبكة كاريدين أيضا أن تدعم تقييم تدابير الوقاية الثالثية فضلا عن مواصلة تطوير البرامج العلاجية.

البحث والتطوير

إن الدول الأعضاء في الجماعة الكاريبية على قناعة من أن الافتقار إلى قاعدة بيانات شاملة وقابلة للمقارنة عن أنماط واتجاهات تعاطي المخدرات، في وقت يزداد فيه تعرّض سكان منطقة الكاريبي للمخدرات غير المشروعة، يمنع القدرات الوطنية من تخطيط وتنفيذ برامج سليمة لإعادة التأهيل والوقاية والمكافحة. وتوجد حاجة ماسة للمعلومات التي يمكن الاستعانة بها في وضع سياسات قائمة على الأدلة. والدول الأعضاء على قناعة من أن أنشطة التخطيط والبرمجة ليست مركّزة ولا فعّالة من حيث

التكلفة بقدر كاف، وذلك بسبب قصور عملية جمع البيانات وتنسيقها، ورداءة نوعية البيانات الموجودة وعدم قابليتها للمقارنة إقليميا، وقلة الموظفين المدربين تدريبا مناسبا، وتدني حجم تبادل المعلومات في المنطقة ككل. ولكي تكون أنشطة البحث والتطوير على الصعيدين الوطني والإقليمي مفيدة بحق للمبادرات البرنامجية، لا بد من جمع أدلة موثوقة وتقاسمها في كل المنطقة بصورة متواصلة. وشبكة كاريدين هي الآن في وضع يمكّنها من جمع وتحليل ونشر البيانات والدراسات المتعلقة بتعاطي المخدرات في منطقة الكاريبي لكي يتسنى تقدير حجم مشكلة المخدرات في هذه المنطقة تقديرا صحيحا.

الخاتمة

تحتاج الشبكة الكاريبية للمعلومات المتعلقة بالمخدرات إلى تمويل متواصل من حكومات المنطقة أو المانحين الخارجيين، أو من كليهما معا، لكي تواصل عملها. ولا بد عند إنشاء شبكات إقليمية ووطنية لدراسة الانتشار الوبائي للمخدرات من إقامة روابط بين الأنشطة المشاريعية ومصادر الخبرة القائمة والمقبلة، ومع البنية التحتية المتصلة بالبحوث الوبائية أيضا. وينبغي بالتالي أن يدرك المانحون أن التدريب ضروري للعاملين في مجال خفض الطلب. ومن المؤسف أن المانحين الخارجيين أنفقوا في الماضي أموالا طائلة على تدريب موظفي إنفاذ القوانين ولكنهم أهملوا الجانب المتعلق بالطلب. ولن يكتب النجاح لأي نهج متكامل ومتوازن إزاء مكافحة المخدرات ما لم يُعترف بأن الجهود الرامية إلى خفض الطلب لا تقل أهمية عن الجهود المبذولة لخفض العرض.

المراجع

١- الأمم المتحدة، *مجموعة المعاهدات*، المجلد ٥٢٠، الرقم ٧٥١٥.

٢- الأمم المتحدة، *مجموعة المعاهدات*، المجلد ١٠١٩، الرقم ١٤٩٥٦.

٣- *الوثائق الرسمية لمؤتمر الأمم المتحدة لاعتماد اتفاقية لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية، فيينا، ٢٥ تشرين الثاني/ نوفمبر-٢٠ كانون الأول/ ديسمبر ١٩٨٨*، المجلد ١ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع: A.94.XI.5).

تطوير شبكة دراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات التابعة للجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي: الأساليب والقضايا

س. د. هـ. باري*

أ. بلودمان

فريق البحوث المتعلقة بتعاطي الكحول والمخدرات، مجلس البحوث الطبية، كيب تاون، جنوب أفريقيا

ج. ستريدوم

مديرية التنمية الاجتماعية والبشرية والبرامج الخاصة، الجماعة الانمائية للجنوب الأفريقي، غابورون

خلاصة

في عام ٢٠٠٠، كلّفت الجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي (سادك) مجلس البحوث الطبية لجنوب أفريقيا بإنشاء شبكة سادك لدراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات (سندو). ويتمثل هدف هذه الشبكة في تحسين قاعدة المعلومات اللازمة لمقرري السياسات في دول الجماعة لمعالجة العبء الصحي والاجتماعي والاقتصادي الناجم عن إساءة استعمال الكحول وغيرها من المخدرات. ويشرح كاتبو هذه المقالة الأساليب المستخدمة لإقامة نظام لمراقبة الكحول والمخدرات في الدول الـ١٤ الأعضاء في سادك، مركّزين بوجه خاص على مجالات التدريب والدعم التقني، وإقامة شبكات من الأطراف المعنية في كل بلد، والمؤشرات الأساسية ومصادر البيانات، والمصادقة على البيانات والمقارنة بينها، وتعميم المعلومات. وتبحث هذه المقالة أيضا قضايا أخرى ذات صلة بإنشاء شبكات مجتمعية لدراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات في البلدان النامية، ومن ضمنها القضايا البنيوية على الصعيدين الوطني والدولي، والمعوّقات المواردية، والتمويل، ومفاهيم من قبيل الحاجة إلى المرونة واعتماد نهج "المكاسب المتواضعة". ولئن كان من المبكر تقييم أثر مبادرة "سندو"، فكاتبو المقالة يعتقدون أن فائدتها بدأت تتجلى من الآن للعيان.

العبارات الرئيسية: جنوب أفريقيا؛ المراقبة؛ تعاطي المخدرات؛ دراسة الانتشار الوبائي؛ الأساليب.

* يعرب كاتبو هذه المقالة عن شكرهم للمساهمات المالية التي قدمها صندوق التنمية الأوروبي والبرنامج الأوروبي للإعمار والتنمية، جنوب أفريقيا، إلى مشروع "سندو"، والدعم التقني الذي تلقاه المشروع من نيكولاس ج. كوزيل من شعبة بحوث الانتشار الوبائي والخدمات والوقاية في معهد الولايات المتحدة الوطني لشؤون تعاطي المخدرات، وبول غريفيثس وريبيكا ماكيتين وماثيو وارنر-سميث من البرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات التابع لبرنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات (اليوندسيب) ومن آخرين من أعضاء الفريق الدولي للبحوث الوبائية المتعلقة بتعاطي المخدرات، لا سيما زيلي سلوبودا وفيس نافاراتنام وريتشارد هارتنول.

مقدمـــة

أنشئت الجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي (سادك) في عام ١٩٩٢ وتضم عضويتها ١٤ دولة. وتختلف الدول الأعضاء فيها اختلافا كبيرا من حيث المساحة والسكان ومستويات الدخل واللغات الرسمية (انظر الجدول ١). ويبلغ عدد سكان المنطقة نحو ٢٠٠ مليون نسمة وتضاهي مساحتها مساحة الولايات المتحدة الأمريكية. ومن أهم القضايا التي تواجهها سادك في الوقت الحالي الحد من وطأة الفقر، وتدبُّر أثر فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز وفيروسه)، والتصدي لانعدام الاستقرار السياسي.

الجدول ١- الـدول الأعضـاء في الجمـاعة الإنمائـية للجنـوب الأفريـقي: مؤشـرات مختـارة

الدول الأعضاء	المساحة (بالكيلومتر المربع)	عدد السكان[أ]	الناتج المحلي الإجمالي للفرد الواحد[ب] (بدولارات الولايات المتحدة)	اللغة أو اللغات الرسمية
أنغولا	١ ٢٤٦ ٧٠٠	١٠ ٣٦٦ ٠٣١	١ ٠٠٠	البرتغالية
بوتسوانا	٦٠٠ ٣٧٠	١ ٥٨٦ ١١٩	٦ ٦٠٠	الانكليزية
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٢ ٣٤٥ ٤١٠	٥٣ ٦٢٤ ٧١٨	٦٠٠	الفرنسية
ليسوتو	٣٠ ٣٥٥	٢ ١٧٧ ٠٦٢	٢ ٤٠٠	الانكليزية
ملاوي	١١٨ ٤٨٠	١٠ ٥٤٨ ٢٥٠	٩٠٠	الانكليزية والشيشيوا
موريشيوس	١ ٨٦٠	١ ١٨٩ ٨٢٥	١٠ ٤٠٠	الانكليزية
موزامبيق	٨٠١ ٥٩٠	١٩ ٣٧١ ٠٥٧	١ ٠٠٠	البرتغالية
ناميبيا	٨٢٥ ٤١٨	١ ٧٩٧ ٦٧٧	٤ ٣٠٠	الانكليزية
سيشيل	٤٥٥	٧٩ ٧١٥	٧ ٧٠٠	الانكليزية والفرنسية
جنوب أفريقيا	١ ٢١٩ ٩١٩	٤٣ ٥٨٦ ٠٩٧	٨ ٥٠٠	[ج]
سوازيلند	١٧ ٣٦٣	١ ١٠٤ ٣٤٣	٤ ٠٠٠	الانكليزية والسيسواتي
جمهورية تنـزانيا المتحدة	٩٤٥ ٠٨٧	٣٦ ٢٣٢ ٠٧٤	٧١٠	الانكليزية والسواحلية
زامبيا	٧٥٢ ٦١٤	٩ ٧٧٠ ١٩٩	٨٨٠	الانكليزية
زمبابوي	٣٩٠ ٥٨٠	١١ ٣٦٥ ٣٦٦	٢ ٥٠٠	الانكليزية
المجمـوع	٩ ٢٩٦ ٢٠١	٢٠٢ ٧٨٩ ٥٣٣		

المصـدر: الولايات المتحدة الأمريكية، وكالة الاستخبارات المركزية The World Fact Book 2001، واشنطن العاصمة.

[أ] تقديرات عام ٢٠٠١.

[ب] مكافئ القوة الشرائية (تقديرات عام ٢٠٠٠).

[ج] توجد ١١ لغة رسمية، ولكن الانكليزية هي اللغة المهيمنة.

وفي عام ٢٠٠٠، كُلِّف مجلس البحوث الطبية لجنوب أفريقيا بإنشاء نظم للرصد المستند إلى عيّنة مختارة من المصادر المبلِّغة في كل دول الجماعة في إطار برنامج سادك الاقليمي لمكافحة المخدرات [١]. وكان الدافع إلى هذه المبادرة ما رئي من أن عبء الضرر الناجم عن تعاطي الكحول وغيرها من المخدرات يرجّح أن يزداد مع التنمية، وبروتوكول سادك لعام ١٩٩٦ المتعلق بمكافحة المخدرات غير المشروعة الذي يشدد على أهمية المعلومات والبحوث في إنارة السبيل لأنشطة قطع طرق التموين وخفض الطلب [٢].

وأُطلق على الشبكة الإقليمية التي أنشئت في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٠ اسم شبكة "سادك لدراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات (سندو). وقد صممت شبكة "سندو" على نسق شبكة جنوب أفريقيا المجتمعية المعنية بدراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات (ساكندو)، وهي عبارة عن نظام لرصد الكحول والمخدرات أنشئ في عام ١٩٩٦ ويتألف من شبكة من الباحثين والأطباء العامين ومقرري السياسات من خمسة مواقع مشتركة في الرصد في جنوب أفريقيا [٣]. وتوفر "ساكندو" معلومات عن الاتجاهات في تعاطي الكحول والمخدرات وقد ساعدت فضلا عن ذلك في بناء القدرة البحثية، وتنشيط البحوث المتعلقة بالكحول والمخدرات في المجالات الجديدة أو المنقوصة الخدمة، وفي تقديم اقتراحات لسياسات وممارسات التصدي لتعاطي المخدرات [٤].

ويتمثل الهدف العام لشبكة "سندو" في تحسين قاعدة البيانات اللازمة لمقرري السياسات في دول سادك بغية معالجة العبء الصحي والاجتماعي والاقتصادي الناجم عن إساءة استعمال الكحول وغيرها من المخدرات. وتشمل الأهداف المحددة ما يلي:

(أ) إنشاء شبكة من الأطراف المعنية في موقع أو أكثر في كل دولة من دول سادك؛

(ب) التوصل إلى اتفاق على مجموعة من المؤشرات لقياس طبيعة تعاطي الكحول والمخدرات ونطاقه وتأثيره؛

(ج) جمع بيانات عن مؤشرات الكحول والمخدرات في كل موقع؛

(د) تقاسم المعلومات التي تجمع كل ستة أشهر في كل موقع وإقليميا والمصادقة عليها والمقارنة بينها؛

(هـ) تعميم المعلومات على مقرري السياسات والأطباء العامين على الصعيدين الوطني والإقليمي؛

(و) إقناع مقرري السياسات الرئيسيين باستعمال المعلومات التي يوفرها نظام الرصد ودعم تطويره المتواصل؛

(ز) تقييم فعالية المشروع.

الأساليب

يجري حاليا تقييم الأهداف الآنفة الذكر من خلال المهام المشروحة في الأبواب الواردة أدناه، ومن المزمع الاضطلاع بهذه المهام بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٥.

التدريب والدعم التقني

عُقدت في بريتوريا في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٠ مشاورة استغرقت أربعة أيام وحضرها ممثلون من كل الدول الأعضاء في سادك. وتلقت المشاورة الدعم من الموظف المعني بمكافحة المخدرات في سادك

وموظفي برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات (اليوندسيب) العاملين في البرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات [٥]. وكان الممثلون قد ملأوا قبل انعقاد المشاورة استمارة تدقيقية لتقييم طبيعة ونطاق المصادر المحتملة للمعلومات المتعلقة بتعاطي الكحول والمخدرات في كل بلد وتحديد سبل تحسين هذه المعلومات كمّا ونوعا. ووُفِّر التدريب في هذه المشاورة من خلال المحاضرات والمشاركة في اجتماع وطني بشأن مشروع "ساكندو". وشملت أهداف التدريب تزويد المشاركين بمعلومات عن *(أ)* الحاجة إلى رصد متواصل للاتجاهات في تعاطي الكحول والمخدرات؛ *(ب)* والأساليب المختلفة في رصد الاتجاهات في تعاطي الكحول والمخدرات؛ *(ج)* وإنشاء مجموعة من الشبكات المجتمعية المعنية بالانتشار الوبائي، وتحديد المؤشرات النوعية المستخدمة وأساليب جمع البيانات وتحليلها والإبلاغ عنها.

ويتمثل مكوِّن رئيسي ثان من مكونات التدريب في القيام بزيارات إلى كل بلد لتقديم الدعم التقني تتراوح مدة كل منها بين أربعة وسبعة أيام. وفي عام ٢٠٠٠ والنصف الأول من عام ٢٠٠١. نُفِّذت زيارات كهذه إلى بوتسوانا وسيشيل وليسوتو وملاوي وموريشيوس وموزامبيق. وناميبيا. وستكتمل الزيارات إلى البلدان المتبقية بنهاية عام ٢٠٠٤ (انظر الجدول ٢). والهدف من هذه الزيارات هو الوقوف على المزيد من التفاصيل عن أنماط تعاطي الكحول والمخدرات في كل بلد، والاجتماع إلى المسؤولين الحكوميين لإطلاعهم على مبادرة "سندو"، ومساعدة البلدان على استحداث آليات لجمع ومقارنة المعلومات المتعلقة بتعاطي الكحول والمخدرات وما يتصل به من عواقب، ودعم المنسقين القطريين في تنظيم اجتماع أولي للأعضاء المحتملين في الشبكة المراد إقامتها لمراقبة تعاطي الكحول والمخدرات، والقيام بزيارات إلى الوكالات التي ستجمع فيها البيانات، وتحديد المجالات الأخرى التي تحتاج إلى دعم تقني أو غيره من أشكال الدعم.

الجدول ٢- الجدول الزمني المقترح لتطوير مواقع شبكة "سادك" لدراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات (سندو)

الدول الأعضاء	*زيارات الدعم التقني*	*البداية الرسمية لجمع البيانات*	*التقرير الأول عن البيانات في الاجتماع الاقليمي*
ليسوتو وموريشيوس وسيشيل	كانون الثاني/يناير– حزيران/يونيه ٢٠٠١	تموز/يوليه ٢٠٠١	نيسان/أبريل–أيار/مايو ٢٠٠٢
بوتسوانا وناميبيا	تموز/يوليه–كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠١	كانون الثاني/يناير ٢٠٠٢	تشرين الأول/أكتوبر– تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٢
ملاوي وموزامبيق	كانون الثاني/يناير– حزيران/يونيه ٢٠٠٢	تموز/يوليه ٢٠٠٢	نيسان/أبريل — أيار/مايو ٢٠٠٣
جمهورية تنزانيا المتحدة	تموز/يوليه–كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٢	كانون الثاني/يناير ٢٠٠٣	تشرين الأول/أكتوبر– تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٣
زامبيا وزمبابوي	كانون الثاني/يناير– حزيران/يونيه ٢٠٠٣	تموز/يوليه ٢٠٠٣	نيسان/أبريل–أيار/مايو ٢٠٠٤
سوازيلند	تموز/يوليه — كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٣	كانون الثاني/يناير ٢٠٠٤	تشرين الأول/أكتوبر — تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٤
أنغولا وجمهورية الكونغو الديمقراطية	كانون الثاني/يناير– حزيران/يونيه ٢٠٠٤	تموز/يوليه ٢٠٠٤	نيسان/أبريل–أيار/مايو ٢٠٠٥

ملحوظة: نظام جنوب أفريقيا لمراقبة تعاطي الكحول والمخدرات يعمل منذ تموز/يوليه ١٩٩٦، وأُبلغت البيانات الأولى في نيسان/أبريل ١٩٩٧.

ويُوفَّر تدريب إضافي عن طريق تمارين تدريبية مخصصة (في أساليب إدارة البيانات وتحليلها، على سبيل المثال)، واجتماعات"الإفادة عن النتائج" التي تعقد مرتين في السنة على المستوى الإقليمي، والاتصالات الفردية المباشرة بين موظفي مجلس البحوث الطبية وميسّري العمل في المواقع، وعن طريق نشرات إخبارية (SENDU Update) وتقارير تصدر مرتين في السنة.

إقامة شبكات من الأطراف المعنية

إن إنشاء شبكات مجتمعية معنية بدراسة الانتشار الوبائي في موقع واحد أو أكثر في كل بلد هو هدف من أهداف مشروع "سندو" كما إنه وسيلة لتحقيق أهداف أخرى. وهذه الشبكات هي عبارة عن أفرقة عمل متعددة الوكالات مهتمة بالصحة العمومية وتدرس انتشار ونمو وتطوّر تعاطي مواد الإدمان والمشاكل المتصلة به [٦]. ويحصل أعضاء هذه الشبكات على المعلومات القائمة من مصادر مختلفة. ويجتمعون دوريا لاستعراض البيانات والمقارنة بينها والخروج باستنتاجات بناء عليها. وتُقدم هذه البيانات في شكل موحّد لتيسير الاستعراض والتحليل المقارن. ومن الجائز أن تُجرى دراسات نوعية لمساعدة الأعضاء على فهم النتائج الكمية من مجموعات البيانات القائمة [٦]. وقد أنشئت شبكات إقليمية ووطنية ومحلية في مختلف أنحاء العالم [٧].

وتتمثل الأهداف الرئيسية لأعضاء الشبكة في تحديد أنماط تعاطي المخدرات في مناطق جغرافية محددة المعالم؛ واستبانة التغيرات في أنماط التعاطي خلال فترات محددة للتأكد من الاتجاهات؛ والكشف عن الاتجاهات الجديدة في تعاطي المخدرات؛ وإيصال المعلومات وتعميمها على الوكالات والمنظمات المناسبة لكي يتسنى استخدامها في وضع السياسات والممارسات والاستراتيجيات الوقائية والدراسات البحثية. ويتألف أعضاء هذه الشبكات من أفراد يمكنهم المساهمة بمعلومات عن تعاطي المخدرات في مناطق جغرافية معينة وتقييم هذه المعلومات. ويجوز أن يكون هؤلاء الأفراد ممثلين لوكالات ومنظمات تضطلع ببعض المسؤولية في معالجة مشاكل تعاطي مواد الإدمان أو تستفيد بصورة مباشرة من الحصول على معلومات بشأن تعاطي المخدرات. ويمكن أن يشارك في هذه الشبكات أيضا باحثون وأفراد آخرون لديهم معرفة خاصة بفئة سكانية معينة تتعاطى المخدرات [٦، ٧].

وفي مشروع "سندو"، يجري التحفيز على إنشاء شبكات محلية في بادئ الأمر من خلال اجتماعات فردية وزيارات موقعية تنظم في إطار زيارات الدعم التقني وكذلك من خلال حلقة عمل ليوم واحد تعقد أثناء كل زيارة. وتأتي قوة دفع إضافية لإنشاء الشبكة من اجتماعات "الإفادة عن النتائج" التي تعقد مرتين في السنة في كل موقع. ويمكن إضافة أعضاء جدد إلى الشبكات في أي وقت.

الاتفاق على المؤشرات الأساسية وتحديد مصادر البيانات

قُدمت إلى الممثلين القطريين في المشاورة قائمة بمؤشرات تعاطي الكحول والمخدرات وما يتصل به من عواقب، مصنفة بحسب مصادر البيانات. وشملت المؤشرات ومصادر البيانات ما يلي:

(أ) مواد التعاطي الأولية والثانوية التي يبلّغ عنها الزبائن عند دخولهم المرافق المتخصصة بالعلاج من تعاطي الكحول والمخدرات؛

(ب) نسبة التشخيصات المتصلة بتعاطي مواد الإدمان عند دخول المرضى وعند خروجهم، التي تُبلّغ عنها مرافق علاج الأمراض النفسية الحادة؛

(ج) الوفيات المتصلة بتعاطي الكحول والمخدرات، التي تبلّغ عنها المشارح؛

(د) عدد الداخلين إلى أقسام الطوارئ لأسباب تتصل بتعاطي الكحول والمخدرات، وفقا للبيانات المستمدة من خلال تدابير الإبلاغ الذاتي والعلامات البيولوجية؛

(هـ) بيانات الموقوفين والضبطيات وتركيبة المخدرات وأسعارها التي يتم الحصول عليها من فرق مكافحة المخدرات ومختبرات الطب الشرعي التابعة للشرطة؛

(و) السلوك المتصل بتعاطي الكحول والمخدرات والعواقب المقترنة به المبلّغ عنها من خلال الاستقصاءات أو المقابلات مع مجموعات التركيز من طلاب المدارس الثانوية أو الأشخاص الذين يرتادون الحفلات الماجنة أو المشتغلين بالجنس أو أولاد الشوارع أو السجناء أو الأشخاص الذين يراجعون عيادات الرعاية الصحية الأولية؛

(ز) الجرائم المتصلة بتعاطي الكحول والمخدرات، من خلال الإبلاغ الذاتي أو تحليل عينات من بول الموقوفين لمختلف الجرائم.

وتتداخل هذه المؤشرات كثيرا مع مجموعة المؤشرات الأساسية التي حددها فريق من الخبراء التقنيين في لشبونة في كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٠ أثناء اجتماع عقد بإشراف اليوندسيب بشأن المبادئ والهياكل والمؤشرات الضرورية لنظام فعّال للمعلومات المتعلقة بالمخدرات. واستخدمت مجموعة المؤشرات هذه فيما بعد كأساس لإعادة صياغة الجزء الثاني من استبيان اليوندسيب المنقّح المتعلق بالتقارير السنوية.

وأمكن التوصل في الاجتماع التشاوري إلى اتفاق عام حول وجاهة المؤشرات والمصادر المبينة أعلاه. وجرى، أثناء زيارات الدعم التقني إلى مختلف البلدان، إدخال المزيد من التحسينات على مجموعة المؤشرات الأساسية ("النظام الأساسي") وغيرها من العناصر الإضافية. وأوصي بإبلاغ البيانات، حيثما كان ذلك مناسبا، مصنفة حسب الفئات العمرية المحددة ونوع الجنس. ويشمل هذا النظام "الأساسي" بيانات تتعلق بالطلب على العلاج مستمدة من المرافق المتخصصة في العلاج من تعاطي مواد الإدمان، إن وجدت، ومستشفيات الأمراض النفسية، كما يشمل معلومات من الشرطة عن الموقوفين والضبطيات وأسعار المخدرات (الجدول ٣). وقد تشمل العناصر الإضافية الدراسات المدرسية ودراسات المشارح أو أقسام الطوارئ أو بيانات مأخوذة من منظمات غير حكومية (كالوكالات التي تعمل مع الناشئة). ويمكن إضافة عناصر أخرى مع تطوُّر نظام جمع البيانات في موقع معيّن. والقصد هو البحث عن تطابق بين المؤشرات التي يتم جمعها من مصادر مختلفة لفهم سلوك تعاطي الكحول والمخدرات والعواقب المقترنة به.

جمع البيانات المتعلقة بمؤشرات الكحول والمخدرات في كل موقع

بعد أن تم إنشاء شبكات محددة المواقع والتوصل إلى اتفاق بشأن المؤشرات ومصادر البيانات التي ستستخدم في موقع معين، أصبح المطلوب من ميسّري العمل القطريين أن يباشروا في جمع البيانات مرتين في السنة من كل مصدر من المصادر، ابتداء إما من ١ كانون الثاني/ يناير وإما من ١ تموز/ يوليه.

وتُقدّم مساعدة إضافية إلى الأطراف المعنية عند الاقتضاء. وعلى سبيل المثال، عقدت في معظم البلدان حلقات عمل لمساعدة موظفي مراكز العلاج من تعاطي الكحول والمخدرات والإدارة الحكومية المسؤولة في إعداد أداة موحدة لجمع البيانات وفي التوصل إلى اتفاق على الآليات اللازمة لمقارنة المعلومات بين المراكز. ووضعت أدوات نموذجية لجمع البيانات وأتيحت في مختلف المناطق، وذلك لمراكز العلاج من تعاطي الكحول والمخدرات ووحدات الشرطة المكلفة بمكافحة المخدرات ومراكز الرعاية الصحية الأولية والسجون ومرافق الأمراض النفسية، على سبيل المثال.

الجدول ٣ – مصادر البيانات الرئيسية المحتمل استخدامها في بلدان مختارة خلال المرحلة الأولى

المصدر	*بوتسوانا*	*ليسوتو*	*موريشيوس*	*موزامبيق*	*ناميبيا*	*سيشيل*	*جنوب أفريقيا*
قطاع الصحة والخدمات الاجتماعية							
مراكز العلاج التخصصي		X	X	X	X	X	X
وحدات العلاج النفسي	X	X	X	X	X	X	X
المشارح	X				X	X	X
غرف الطوارئ							X
العنابر العامة				X			
إنفاذ القوانين، والعدالة، والسجون							
وحدة المخدرات أو مختبرات الطب الشرعي	X	X	X	X	X	X	X
بيانات السجون			X		X		
دوائر الإفراج المشروط	X					X	
إدارة المرور	X				X		
مصادر أخرى							
إنتاج الكحول			X			X	
منظمات غير حكومية أخرى	X			X	X	X	
المستشارون المدرسيون						X	

تبادل المعلومات التي يتم جمعها والمصادقة عليها والمقارنة بينها

يُراد لكل شبكة محلية أن تعقد اجتماعات "إفادة عن النتائج" مرتين في السنة يتم خلالها عرض المعلومات حسب مصادر البيانات. ومستضيفو هذه الاجتماعات مدعوون لإتاحة وقت كاف للمناقشة لكي يتسنى لأعضاء الشبكة "استنطاق" البيانات، أي البحث عن أوجه الشبه وأوجه الاختلاف والتغيرات التي حدثت بمرور الوقت وإيجاد تفسيرات لها. ومن ثمّ يتعين على ميسّري العمل في الموقع مقارنة المعلومات بين مختلف المصادر (وبمرور الوقت، عندما تتوافر بيانات عن الاتجاهات) وإعداد تقارير موقعية وفقا لصيغة

نموذجية. ومنسقو المواقع مدعوون بدورهم إلى إلقاء الضوء على المسائل التي ينبغي رصدها والمسائل التي تتطلّب بحوثا أكثر تعمقا والآثار أو الاقتراحات فيما يتعلّق بالسياسة العامة والممارسة.

وتُعقد اجتماعات "إفادة عن النتائج" مرتين في السنة أيضا على المستوى الإقليمي لتيسير عرض التقارير القطرية ومناقشة أوجه الشبه والاختلاف والاتجاهات وما شابه ذلك. وكُلّف مجلس البحوث الطبية بإعداد تقارير إقليمية مرتين في السنة، ومقارنة المعلومات المستمدة من التقارير القطرية وإجراء المزيد من الدراسات التحليلية للاتجاهات والتنبؤات.

تعميم المعلومات والدعوة

يمثّل تعميم المعلومات أحد المكونات الحيوية لمبادرة "سندو". ويركز هذا التعميم على فئات مختلفة من الناس. فيشمل، على الصعيد المحلي، أعضاء الشبكة في كل موقع ووسائط الإعلام وعامة الناس ومقرري السياسات غير المشتركين في الشبكة. أما على الصعيد الدولي، فإنه يشمل أعضاء الشبكات الوطنية أو المحلية الأخرى، ولجنة "سادك" لمكافحة المخدرات وهيئات تابعة للأمم المتحدة كاليوندسيب ومنظمة الصحة العالمية. ومن أجل الوصول إلى هذه الطائفة من الفئات المستهدفة، تُستخدم تكنولوجيات تتراوح ما بين وثائق الإحاطة والبيانات الصحفية والتقارير المختلفة الأطوال. وترسل هذه المواد بواسطة البريد وتوضع على الموقع الشبكي.[1] وقد أجريت مقابلات إذاعية وتلفزيونية في معظم البلدان المنضمة حتى الآن. وعقدت أيضا جلسات إحاطة خاصة للجان البرلمانية ولعدد مختار من مقرري السياسات في جنوب أفريقيا باستخدام بيانات مستمدة من شبكة "ساكندو". وقُدمت عروض بشأن شبكات جنوب أفريقيا والشبكات الإقليمية في اجتماعات دولية عقدت حتى الآن في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا. والمطلوب مواصلة الدعوة لصالح شبكة "سندو" لضمان وصول البيانات التي تخرج بها إلى مقرري السياسات ولتيسير توفير الدعم المالي للشبكات الوطنية والإقليمية.

تقييم المشروع

تزمع الجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي (سادك) إجراء تقييم خارجي لمبادرة "سندو". ومن المتوقع الاضطلاع بهذا التقييم قُبيل نهاية الدورة التمويلية الخمسية الأولى وسيشمل تقييما للمشروع من حيث حجم مشاركة الجهات المعنية، ومدى اكتمال المعلومات التي تم الحصول عليها ونوعيتها، وفائدة العملية والمعلومات التي حصل عليها المشاركون في الشبكة ومقررو السياسات ومدى وجاهة المؤشرات. وإذا كان التقييم جيدا فسيعطي دفعة قوية لضمان مواصلة دعم هذه المبادرة من قبل الدول الأعضاء في "سادك".

المسائل الأساسية

تضمّن الباب المتعلق بالأساليب نبذة عن الاستراتيجيات العامة التي ستستخدم لتحقيق الأهداف النوعية المفصلة في مقدمة هذه المقالة. ولكن هناك مسائل أخرى بحاجة للمناقشة بغية إعطاء صورة أكمل عما

[1] شبكة المعارف الصحية لجنوب أفريقيا (www.sahealthinfo.org/admodule/sendu.htm).

تم تنفيذه في الجنوب الأفريقي وعن المقومات التي يُعتقد أنها هامة لإنشاء شبكات مجتمعية لدراسة الانتشار الوبائي في البلدان النامية.

المسائل الهيكلية

لا بد من أن تكون هناك على الصعيد الوطني وكالة قيادية قوية بإمكانها تعزيز تطور نظام المراقبة. وينبغي أن تكون هذه الوكالة مؤسسة ذات قاعدة تمويلية مستقرة. وفي الحالة المثلى، يكون هناك أكثر من "نصير" واحد في كل بلد لدفع عجلة هذه العملية. وقد دُعِي كل بلد إلى إنشاء لجنة توجيهية صغيرة تضم أشخاصا من مختلف القطاعات والمهارات للإشراف على تطوير الشبكات المحلية. وتشمل مهام اللجنة التوجيهية تحديد مصادر البيانات التي سيتم إدراجها في كل نظام من نظم المراقبة؛ والاتصال بمختلف الأشخاص أو الوكالات المسؤولة عن جمع البيانات للتأكد من أنها مستعدة ومزوّدة بما يلزم للبدء في عملية جمع البيانات؛ ومساعدة الوكالة القيادية في جمع البيانات الموفّرة في كل مرحلة ومقارنتها وتحليلها وفي إعداد التقارير القطرية في نهاية كل مرحلة من مراحل جمع البيانات وإعداد العروض لاجتماعات "الإفادة عن النتائج" على الصعيد الإقليمي؛ ودعم الوكالة القيادية في التحضير لاجتماعات "الإفادة عن النتائج" نصف السنوية؛ وضمان استمرار الأداء والتوسّع في نظام المراقبة.

والدعم الدولي مفيد أيضا في إقامة نظم المراقبة الوطنية. وقد تيسّر إنشاء شبكة "سندو" بفضل تعاون أمانة "سادك"، بوجه خاص. وكانت زيارات الدعم التقني التي قام بها فريق مجلس البحوث الطبية (برفقة الموظف المعني بمكافحة المخدرات في "سادك" عاملا حفّازا مفيدا في إنشاء هذه النظم على الصعيد القطري. يضاف إلى ذلك أن اجتماعات "الإفادة عن النتائج" التي تعقد دوريا على الصعيد الإقليمي ويحضرها أيضا أعضاء لجنة "سادك" لمكافحة المخدرات، تُيسِّر الأداء المستمر لنظم المراقبة الوطنية. وكان الدعم الذي قدّمه البرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات مفيدا بدوره، لا سيما من حيث الدعم التقني الذي قدّمه المستشارون الإقليميون المعنيون بدراسة الانتشار الوبائي. وأتاح كل من المعهد الوطني لشؤون تعاطي المخدرات في الولايات المتحدة واليوندسيب الفرصة لتكون مبادرتا "ساكندو" و"سندو" ممثلتين في المنتديات الدولية ولكي يرى موظفو المشروعين كيف تعمل نظم المراقبة الوطنية والإقليمية الأخرى.

تنمية القدرات والمعوّقات الموارِدية

تختلف البلدان اختلافا كبيرا من حيث قدرتها على إنشاء نظم للمراقبة من الأنواع المبينة في هذه المقالة. وهي تختلف بوجه خاص من حيث الموارد البشرية وغير البشرية. فيوجد لدى بعضها معظم المقومات ولا يعوزها سوى التشجيع على إنشاء الشبكة والبدء في مقارنة المعلومات الجاري جمعها أصلا من مختلف المصادر؛ بينما يفتقر بعض آخر إلى الموارد كالمعدات المختبرية التي تحتاجها الشرطة لاختبارات الكشف عن المخدرات، والأجهزة والبرامجيات الحاسوبية والموظفين اللازمين لإدخال البيانات وتحليلها ومقارنتها. وقد ساعد اليوندسيب من خلال البرنامج التقييمي العالمي مساعدة كبيرة بتوفيره المعدات والبرامجيات الحاسوبية لعدد من الدول الأعضاء في شبكة "سندو" وبتنظيمه حلقة عمل حول إدارة البيانات وتحليلها.

التمويل

إن نظم المراقبة المجتمعية هي وسيلة فعالة نسبيا من حيث التكلفة لرصد تعاطي الكحول والمخدرات [٤]. ولكن لا بد من توفير المال اللازم لدعم اجتماعات "الإفادة عن النتائج" (على الصعد المحلية والوطنية والإقليمية)، وأنشطة النشر والدراسات التخصصية. وقد تلقى مشروع "ساكندو" التمويل في بادئ الأمر من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (عن طريق منظمة الصحة العالمية) ثم استخدم هذا الأمر فيما بعد لاجتذاب التمويل من مختلف الإدارات في الحكومة الوطنية وحكومات الأقاليم. وحظيت مبادرة "سندو" بدعم على شكل منحة لمدة خمس سنوات من "سادك" (بواسطة الاتحاد الأوروبي). وتُستخدم هذه الأموال حاليا لدفع تكاليف التدريب والاجتماعات التشاورية وزيارات الدعم التقني (بما في ذلك الاجتماع القطري الأول للشبكة) واجتماعات "الإفادة عن النتائج" الإقليمية نصف السنوية ولتيسير كتابة التقارير ونشر المعلومات. ويؤمل أن يأتي معظم الدعم لهذا المشروع، في نهاية هذه المدة، من مختلف الدول الأعضاء في "سادك".

المرونة

كان القصد من إنشاء شبكة "سندو" بناء نظام للمراقبة يسمح بعقد مقارنات بين مختلف البلدان. ولكن لا يمكن فرض مثل هذا النظام بصرامة. فمن المسلّم به أن البلدان قد تختلف في بعض جوانب، وذلك من حيث الوكالة القيادية ومصادر البيانات وما إذا كان التركيز ينصب على البلد ككل أو على مواقع رصد معينة داخله. ولا بد من أن تكون الشبكات المحلية مستعدة للتكيف متى أدركت أن شيئا ما لا يعمل على ما يرام (كأن لا تعود البيانات متاحة من مصدر معين، على سبيل المثال).

المكاسب المتواضعة

يستغرق بناء شبكة على مستوى المدينة أو البلد أو المنطقة وقتا طويلا في الغالب. وتمر هذه العملية أحيانا بنكسات، في حال عدم صدور البيانات في الوقت المناسب لعقد اجتماع "الإفادة عن النتائج" مثلا. والمهم هنا هو البناء على النجاحات التي تحققت وتخطي العقبات مع السعي دائما إلى المضي قدما وتحسين النظام.

الخاتمة

لا يزال من المبكر جدا تقييم مفعول مبادرة "سندو". ويرى كاتبو هذه المقالة أن الميسّرين القطريين وقادتهم السياسيين أبدوا حتى الآن قدرا كبيرا من الالتزام بدعم المشروع. وقد أدّت هذه المبادرة إلى تنشيط التعاون بين البلدان ومع الوكالات الدولية كاليوندسيب، وكذلك بين الأطراف المعنية العاملة في مختلف القطاعات داخل البلد الواحد. وجرى تعزيز القدرات داخل البلدان لتيسير عملية رصد

تعاطي الكحول والمخدرات والعواقب المتصلة به، وتم الحصول على معلومات أساسية عن حالة تعاطي المخدرات وعلى الموارد اللازمة لجمع البيانات، وباشرت سبعة بلدان بجمع البيانات بصورة منهجية وفقا للنموذج الذي وضعته شبكة "سندو". وجاءت المعلومات التي أسفر عنها اجتماع "الإفادة عن النتائج" الأول الذي عقد في كيب تاون، جنوب أفريقيا، في نيسان/ أبريل ٢٠٠٢، لتؤيد الرأي بأن عبء تعاطي الكحول والمخدرات يختلف اختلافا كبيرا بين دول "سادك" وأن ملامح المخدرات التي يجري تعاطيها في المنطقة وملامح المتعاطين آخذة في التغير.

المراجع

١- Southern African Development Community, *SADC Regional Drug Control Programme 1998-2002* (Gaborone, 1998).

٢- Southern African Development Community, *Protocol on Combating Illicit Drugs* (Gaborone, 1996).

٣- C. D. H. Parry, A. Plüddemann and A. Bhana, “Southern African Community Epidemiology Network on Drug Use (SENDU): Year 1”, in *Epidemiologic Trends in Drug Abuse*, *vol. II: Proceedings of the Community Epidemiology Work Group*, National Institute on Drug Abuse, ed. (Rockville, Maryland, 2001), pp. 364-377.

٤- C. D. H. Parry and others, “The South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU): description, findings (1977-1999) and policy implications”, *Addiction*, vol. 97, pp. 969-976.

٥- United Nations, Office for Drug Control and Crime Prevention, *Global Assessment Programme on Drug Abuse* (Vienna, 2000). Available at www.undcp.org/pdf/ drug_demand_gap_project.pdf (31 May 2002).

٦- N. Kozel and Z. Sloboda, *Assessing Drug Abuse Within and Across Communities: Community Epidemiology Surveillance Networks on Drug Abuse* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1998).

٧- Z. Sloboda and N. Kozel, “Frontline surveillance: the Community Epidemiology Work Group on Drug Abuse”, in *Drug Abuse: Origins and Interventions*, M. D. Glants and C. R. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press), pp. 47-62.

التحدي المتمثل في إقامة نظم للمعلومات المتعلقة بالمخدرات في أفريقيا

م. وارنر-سميث*

مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، المكتب الإقليمي للجنوب الأفريقي، بريتوريا

خلاصـــة

هناك عدة تحديات تواجه إقامة نظم لجمع البيانات المتعلقة بتعاطي المخدرات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. فالمناخات السياسية والثقافية والاقتصادية تأتي بطائفة من التحديات بدءا بعقبة قصور البنى التحتية للاتصالات ووصولا إلى المسائل الجوهرية كتلك المتعلقة بترتيب أولويات الإنفاق الحكومي في مجال الصحة. وعلاوة على التحديات العامة التي تواجه اتخاذ أي مبادرة من هذا القبيل في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، يواجه مصممو نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات مشكلة عدم جمع بيانات المؤشرات بصورة روتينية ونقص الأفراد ذوي المهارات أو الكفاءات اللازمة للإشراف على هذه النظم. ومن أجل الحصول على معلومات موثوقة عن تعاطيا لمخدرات، أخذ البرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات التابع لبرنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات يقدم الدعم لإقامة نظم للمعلومات المتعلقة بالمخدرات في المنطقة، يشاركه في ذلك نظراء آخرون على الصعيدين الإقليمي والقطري كالجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي. وتعرض هذه المقالة لبعض التحديات الرئيسية في إقامة نظم كهذه في المنطقة وتسلط الضوء على المسائل التطويرية ذات الأولوية لتحسين القدرة على جمع معلومات أفضل عن الأنماط والاتجاهات في تعاطي المخدرات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

العبارات الرئيسية: نظم رصد المخدرات؛ أفريقيا؛ تعاطي المخدرات؛ دراسة الانتشار الوبائي؛ الاتجاهات.

لا يوجد في معظم بلدان العالم إلا القليل من البيانات الموثوقة بشأن انتشار تعاطي المخدرات غير المشروعة وأنماطه واتجاهاته [١]. وهذا النقص في المعلومات يعيق بشدة وضع وتنفيذ وتقييم سياسات وبرامج تستهدف خفض معدلات تعاطي المخدرات أو الحد من الآثار السلبية الصحية والاجتماعية المقترنة بهذا السلوك. وندرة البيانات الموثوقة أمر بالغ الوضوح في أفريقيا. فمعظم المعلومات المتعلقة بالانتشار الوبائي للمخدرات المتاحة من أفريقيا لا تزال حتى الآن على هيئة تقييمات سريعة

* يدين كاتب هذه المقالة بالشكر للزملاء في البرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات التابع لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة على ما قدموه من توجيه ودعم، كما يدين بالشكر للزملاء في نظام شرق أفريقيا للمعلومات المتعلقة بالمخدرات وشبكة الجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي لدراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات، ويخص بالشكر كلا من تشارلز باري وأندرياس بلوديمان وجوني ستريدوم.

لـلأوضـاع [٢-٤]. ومـع أن هـذه الـتـقـيـيـمـات يمكن أن توفر معلومات سياقية جيدة عن نمط تعاطي المخدرات وأشكاله، فإن فائدتها محدودة في رصد الاتجاهات السائدة في تعاطي المخدرات. والمفيد أكثر في المراقبة المستمرة للأنماط والاتجاهات في تعاطي المخدرات إنما هي النظم المتكاملة للمعلومات المتعلقة بالمخدرات.

وتقوم النظم المتكاملة للمعلومات المتعلقة بالمخدرات بضم البيانات المتصلة بالمخدرات التي تُجمع بصورة روتينية، كالبيانات المتعلقة بالملتحقين بمراكز العلاج من المخدرات أو الموقوفين لمخالفات متصلة بالمخدرات، إلى البيانات الوبائية الأخرى الأكثر تركيزا كالبيانات الاستقصائية والدراسات المتخصصة، لتعطي صورة عامة عن الأنماط والاتجاهات السائدة في تعاطي المخدرات في منطقة معينة [٥]. ويعمل نهج تثليث البيانات من مصادر مختلفة المستخدم في هذا النظام على الحد من آثار العوامل المتضاربة، إذ تصبح المعلومات الموفرة أكثر موثوقية كلما ازداد عدد مصادر البيانات المساهمة [٦]. وقد استخدم هذا النهج بنجاح في عدد من البلدان والمناطق المتقدمة النمو، ويُضرب المثل على ذلك بفريق البحوث الـوبـائـيـة المجتـمـعـية في الولايات المتحدة الأمريكية [٧]، ومركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمـان عـلـيـهـا في أوروبـا الـغـربـيـة [٨]، ونـظام الإبلاغ عن المخـــدرات غير المشـــروعة في أسـتراليا [٥]. وقد أنشئت نظم كهذه أيضا في الآونة الأخيرة في عدد من المناطق النامية كمنطقتي الكاريـبي وأمريكا اللاتينية.

ويجري في الوقت الحاضر أيضا إقامة نظم للمعلومات المتعلقة بالمخدرات في مناطق فرعية في أفريقيا. وتتلقى هذه النظم في الجنوب الأفريقي دعما من الجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي من خلال شبكتها المعنية بدراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات. ويؤدي البرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات التابع لبرنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات دورا نشطا في الجنوب الأفريقي حيث يقدم الدعم للشبكة المعنية بدراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات وفي شرق أفريقيا حيث يقدم الدعم لتطوير نظام المعلومات المتعلقة بالمخدرات في تلك المنطقة. وتهدف هذه البرامج إلى بناء القدرات المحلية من أجل جمع بيانات أفضل عن تعاطي المخدرات من خلال شبكات بشرية وباعتماد ممارسات سليمة لجمع البيانات. ويتحقق ذلك إلى حد ما بتطوير نظم المعلومات الإقليمية، بينما تساعد هذه البرامج، على الصعيد الوطني، في تطوير النظم الوطنية للمعلومات المتعلقة بالمخدرات وتوفر التدريب والموارد اللازمة لتلبية الاحتياجات الأساسية.

ويمكن القول بأن أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى هي من أقل مناطق العالم نموا، ورغم أن إقامة نظم للمعلومات المتعلقة بالمخدرات تدخل في عداد أولويات هذه المنطقة، فإنها تأتي بتحديات من نوع خاص. وتضم منطقة شرق أفريقيا وجنوبها المشمولة بالبرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات البلدان الممتدة من إريتريا شمالا إلى الدول الجزرية في المحيط الهندي شرقا، ومن جنوب أفريقيا جنوبا إلى أنغولا وجمهورية الكونغو الديمقراطية غربا.* ومن المقدّر أن ما يزيد على ٣٣٨ مليون نسمة يقطنون هاتين المنطقتين ويشكلون قرابة ٦ في المائة من سكان العالم [٩]. ويبلغ متوسط الناتج المحلي الإجمالي للمنطقتين ٢ ٠٧٥ دولارا أمريكيا للفرد الواحد في السنة؛ وتبلغ نسبة غير الأميين بين الكبار ٦٢,٧

* البلدان المشمولة بالبرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات هي: في شرق أفريقيا، كل من إثيوبيا وإريتريا وأوغندا وبوروندي وجمهورية تنـزانيا المتحدة وجيبوتي ورواندا وسيشيل والصومال وكينيا ومدغشقر وموريشيوس؛ وفي الجنوب الأفريقي كل من أنغولا وبوتسوانا وجمهورية الكونغو الديمقراطية وجنوب أفريقيا وزامبيا وزمبابوي وسوازيلند وليسوتو وملاوي وموزامبيق وناميبيا.

في المائة؛ ومتوسط العمر المتوقع هو ٤٧,٣ سنة؛ ومعدّل الوفيات بين الرُضع هو ٩٩ وفاة بين كل ألف مولود حي (انظر الجدول). وتُقدّر نسبة انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز وفيروسه) في المنطقتين بـ ١١ في المائة من السكان الكبار (١٤-٤٩ سنة) [١٠]، متراوحة بين ما يقل عن ١ في المائة من السكان الكبار في دول المحيط الهندي الجزرية وصولا إلى ٣٥ في المائة تقريبا في بوتسوانا. ولكن، مثلما يوحي التراوح في كل من هذه المؤشرات، يوجد الكثير من الاختلاف ضمن المنطقة الواحدة في الوضع الإنمائي للدول الأعضاء. فبينما تندرج ٥٠ في المائة من بلدان المنطقتين ضمن البلدان الـ٣٠ المصنفة في دليل التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي على أنها أقل بلدان العالم نموا [٩]، توجد في المنطقتين أيضا عدة بلدان متوسطة الدخل.

مؤشرات التنمية: شرق أفريقيا وجنوبها والعالم ككل

المؤشر	*شرق أفريقيا وجنوبها*	*العالم*
السكان	٣٣٨,٤ مليونا (٠,١ مليون إلى ٥٩,٦ مليونا)	٨٦٢,٧ ٥ مليونا
الناتج المحلي الإجمالي للفرد الواحد	٢ ٠٧٥ دولارا أمريكيا (٤٨٠-٦٠٠ ١٠ دولار أمريكي)	٦ ٩٨٠ دولارا أمريكيا
متوسط العمر المتوقع عند الولادة	٤٧,٣ سنة (٤٠,٣-٧١,٦ سنة)	٦٦,٧سنة
الوفيات بين الرضع	٩٩ في الألف (١٤-١٧٢ في الألف)	٥٦ في الألف
انتشار الإصابة بالإيدز وفيروسه	١١,١ في المائة (٠,١-٣٥,٨ في المائة)	١,١ في المائة
غير الأميين بين الكبار	٦٢,٧ في المائة (٤٢,٠-٩٣,٨ في المائة)	٧٢,٩ في المائة

التحديات في إنشاء نظم المعلومات

إن العديد من التحديات التي تواجه الساعين إلى إنشاء نظم للمعلومات المتعلقة بالمخدرات في أفريقيا ليست تحديات تنفرد بها دراسة الانتشار الوبائي أو تنفرد بها أفريقيا، بل هي مشاكل تُصادف عند محاولة إنشاء أي عمليات أو برامج جديدة في البلدان النامية. فكثيرا ما تفتقر هذه البلدان إلى البنى التحتية البسيطة التي تعتبر أمرا مفروغا منه في البلدان المتقدمة النمو، كالخدمات البريدية وخدمات الاتصالات السلكية واللاسلكية الفعالة. ومن المحتّم بالتالي أن تكون لوجستيات أي مشروع ينفّذ في العالم النامي أكثر تعقيدا من المشاريع المماثلة المضطلع بها في البلدان المتقدمة النمو. ولكن هناك فوق التحديات التي تفرضها البنى التحتية الهزيلة مجموعة من التحديات التي يأتي بها الاقتصاد والثقافة والسياسة.

الاقتصاد

تكمن محدودية الموارد وراء نقص البيانات المتعلقة باستهلاك المخدرات في أفريقيا ووراء الصعوبات المقترنة بتدارك هذا النقص. ورغم أن الآثار الناجمة عن محدودية الموارد واضحة في كل البلدان، فإنها تتجلى بوجه خاص في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وتحدّ شحة الموارد من قدرة الحكومات

على جمع البيانات من خلال قطاعي الصحة وإنفاذ القوانين، بينما تؤدي محدودية فرص التعليم إلى ندرة الأشخاص الذين يتمتعون بالخبرة اللازمة لمقارنة البيانات وإعداد التقارير بشأنها. وتحدّ شحة الموارد أيضا من إمكانيات توفير الخدمات، مما يفضي إلى جعل المصادر المحتملة للبيانات أقل من تلك المتاحة لنظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات في البلدان الأكثر تقدما. وأخيرا فإن عملية جمع البيانات بحد ذاتها تتعثر من جراء رداءة البنى التحتية للاتصالات والافتقار إلى التمويل ومحدودية المرافق الحاسوبية.

الموارد البشرية

تتطلب نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات، كحد أدنى، وجود فرد أو منظمة تتولى الإشراف على مقارنة البيانات المتوفرة وإعداد التقارير بشأنها. ولكن الميزانيات المحدودة في أفريقيا جنوب الصحراء تمنع الحكومات من توظيف فرد مخصص لأداء هذا الدور كما تمنعها من التعاقد من الباطن مع وكالات غير حكومية لتنفيذ هذه الأنشطة. وقد أسندت هذه المسؤولية إلى الموظفين المدنيين فوق واجباتهم الاعتيادية، مما جعلهم مضطرين لتحديد مكان تلك الأنشطة بين أولوياتهم وإيجاد الوقت لإنجازها إضافة إلى عبء العمل المعتاد الملقى على عاتقهم، وهو ما كان متعذرا في العديد من الحالات. وكانت النتيجة أن العديد من الأنشطة المطلوبة لإنشاء نظم مستدامة للمعلومات المتعلقة بالمخدرات تأخرت كثيرا. وحالات التأخر هذه تسبب مشاكل لخبراء الأوبئة في سعيهم لبناء القدرات اللازمة لرصد تعاطي المخدرات، إذ أن استدامة نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات التي يتم إنشاؤها تتوقف على عثور الحكومات على الموارد البشرية اللازمة لمقارنة البيانات المتعلقة بالمخدرات وإعداد التقارير بشأنها.

الخدمات الصحية

تحتاج نظم المعلومات المتعلقة بالبيانات أيضا إلى بيانات عن المؤشرات الأساسية. ورغم توفر شكل ما من بيانات إنفاذ القوانين في كل بلدان المنطقة، فهناك افتقار تام إلى العديد من مصادر البيانات الأخرى التي لا تستغني عنها نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات في البلدان المتقدمة النمو. ويرجع ذلك في المقام الأول إلى كون الخدمات الصحية المتاحة محدودة جدا في معظم البلدان الأفريقية مقارنة بالبلدان الأكثر تقدما. فسجلات الوفيات، على سبيل المثال، غير موجودة إلا لدى قلة قليلة من البلدان الأفريقية. وبالتالي فإن الوفيات المتصلة بالمخدرات، وهي أحد المؤشرات الأساسية للاتجاهات السائدة في تعاطي شبائه الأفيون، غير مسجلة. وبالمثل، لا يوجد في غالبية بلدان شرق أفريقيا وجنوبها أي علاج تخصصي من الارتهان للمخدرات والكحول. وإذا وُجد هذا العلاج فإن نطاق التغطية به يكون محدودا وتكون طاقته صغيرة. ففي أوغندا، على سبيل المثال، افتتح في الآونة الأخيرة مركز متخصص في العلاج من المخدرات يستوعب ما يقل عن ٢٠ مريضا ويقدم الخدمة العلاجية الوحيدة من الارتهان للمخدرات في بلد يزيد عدد سكانه على ٢٠ مليون نسمة. وفي معظم الحالات، تُوفّر العلاج من المشاكل المتصلة بالكحول أو المخدرات عادة مستشفيات الأمراض النفسية. وبالاستناد إلى حصة الفرد الواحد، فإن هذا العلاج محدود جدا، ولا يوجد لدى العديد من البلدان سوى مستشفى واحد

للأمراض النفسية. ومن الصعوبة بمكان، مع العبء الملقى على عاتق هذه المستشفيات مقترنا بعدم استخدام الحواسيب لحفظ السجلات، أن تُفصل سجلات الحالات المتعلقة بالمخدرات عن سجلات المصابين بأمراض نفسية بوجه عام. لذلك، يعتمد العديد من نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات الجاري إنشاؤها، اعتمادا مفرطا على بيانات إنفاذ القوانين. وعلاوة على شحة مصادر البيانات عن المؤشرات الأساسية، لا تُجرى البحوث الأكثر تخصصا بشأن المخدرات، كالاستقصاءات المدرسية، إلا نادرا وغالبا ما تكون محدودة النطاق، وذلك بسبب الافتقار إلى الموارد المالية اللازمة للاضطلاع بهذه البحوث وإلى الباحثين من ذوي المهارات المناسبة.

التعليم التخصصي

لا تسمح محدودية الفرص المتاحة للتعليم العالي في أفريقيا إلا لنسبة قليلة من السكان بنيل تدريب عال في الميادين التخصصية كدراسة الانتشار الوبائي للمخدرات. فمن بين ٢٦ شخصا يعملون كهمزات وصل للبرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات، على سبيل المثال، لم يتلقّ سوى شخص واحد تدريبا رسميا في دراسة الانتشار الوبائي ولا يوجد سوى طبيبين. أما البقية فهم موظفون مدنيون إما من قطاع إنفاذ القوانين وإما من قطاع الصحة، كرجال التحري والصيادلة المهتمين بقضايا المخدرات غير المشروعة. ورغم ما قد يكون عليه هؤلاء الأفراد من كفاءة عالية، فبدون التدريب المناسب في دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات لا يمكن التوقع منهم إعداد بحوث صحيحة أو موثوقة في هذا الميدان. ولذلك فإن التحديات الرئيسية في هذه المنطقة إنما تكمن في كيفية معالجة مشكلة الافتقار إلى بيانات المؤشرات الأساسية وكيفية تدريب الموظفين والارتقاء بهم إلى المستوى اللازم للاضطلاع بمهمة جمع البيانات الأولية. وتتمثل إحدى المهام الأساسية لتطوير ممارسات سليمة لجمع البيانات في بناء قدرات الموارد البشرية من خلال توفير التدريب والمواد التدريبية.

وفي بيئة يُفتقر فيها إلى هذه المعارف التخصصية، يصبح من الضروري النظر في مدى صحة وموثوقية المتاح من هذه البيانات، إذ ربما تكون قد جُمعت دون إيلاء اعتبار لعوامل الخلط والانحياز المحتملة. وبالمثل فإن انعدام الوعي بالحاجة إلى هذه البيانات والأغراض التي تُجمع من أجلها يفضي أحيانا كثيرة إلى جمع بيانات رديئة النوعية. ففي بعض البلدان، مثلا، لا تميز بيانات الشرطة المتعلقة بالموقوفين بين الموقوفين بسبب حيازة المخدرات والموقوفين بسبب الاتجار بها؛ وكثيرا ما تُدَرج في سجلات مستشفيات الأمراض النفسية كل التشخيصات المتصلة بالمخدرات تحت تبويب عام واحد مثل "تعاطي المخدرات" أو "الاضطراب العقلي المستحث بالمخدرات" دون الإشارة إلى نوع هذه المخدرات، على الرغم من أن هذه السجلات تستخدم تبويبات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية أو التصنيف الدولي للأمراض؛ وتُستخدم البيانات المأخوذة من مراكز العلاج التخصصي للوصول إلى استنتاجات بشأن الاتجاهات السائدة في تعاطي المخدرات على الرغم من صغر أحجام العينات. ولذلك يجب التعامل مع ما يتوفر من البيانات المتعلقة بالمخدرات بدرجة ما من التشكك. وبناء عليه، يكمن التحدي في كيفية الاحتفاظ في سياق محدودية البيانات بمعايير صارمة بقدر كاف فيما يتعلق بنوعيتها.

تحديد الأولويات

ويكمن تحد آخر من التحديات التي تواجهها دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات غير المشروعة في أفريقيا في كيفية ضمان إعطاء هذه الدراسة قدرا كافيا من الأولوية. ومثلما ذُكر آنفا، فإن الموارد في أفريقيا، لا سيما موارد الصحة، محدودة للغاية. والمسألة هي ما هو الترتيب الذي يمكن إعطاؤه لدراسة الانتشار الوبائي للمخدرات بين أولويات الصحة في البلدان التي تعاني من ارتفاع معدلات الفقر والبطالة وتفشي الإيدز وفيروسه. ويمكن القول بأن الاستثمارات المتواضعة نسبيا اللازمة لرصد أنماط تعاطي المخدرات واتجاهاته يمكن تعويضها بالوفورات التي قد تتحقق بفضل عملية الرصد هذه، وذلك، على سبيل المثال، عن طريق استهداف التدخل المبكر من أجل إعادة توجيه الخدمات الصحية نحو العلاج من تعاطي المخدرات الجديدة وربما الحد من انتشار تعاطيها، أو عن طريق تقديم الخدمات لتقليل العواقب السلبية الصحية والاجتماعية للمخدرات. ولكن قد يكون من الصعب إقناع الحكومات أو الأفراد بالاستثمار في دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات عندما يكون من الممكن استخدام الموارد للتصدي للشواغل الصحية الأكثر إلحاحا، كتوفير المياه النقية أو خدمات التطعيم. ومن الواضح أن هذه البرامج يجب أن تكون منخفضة التكلفة لتبرير الاستثمار فيها وضمان ديمومتها.

التخاطب

لعلّ مشكلة اللغة هي أبرز المشاكل التي تُواجَه عند محاولة التخاطب مع ثقافات مختلفة. واللغات الرسمية السائدة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى هي الإنكليزية والبرتغالية والفرنسية. وبما أنه كثيرا ما تلزم الاستعانة بالترجمة الشفوية، فإن ذلك يُعيق عملية التخاطب سواء من حيث النوعية أو الفعالية. وحتى عندما لا تكون هناك حاجة إلى الترجمة الشفوية فإن الاختلاف ضمن الإقليم الواحد في اللهجات والمفردات التقنية قد يُعيق التخاطب الشفوي الفعّال. وتزداد هذه الصعوبات حدة لكون اللغة الوطنية الرسمية لدى معظم بلدان المنطقة هي لغة ثانية أو ثالثة لغالبية سكانها. ولا بد بالتالي من نقل المعلومات بوضوح وإيجاز والتحقق من فهم كلا الطرفين لها فهما واحدا.

وعلى الرغم من أن الاختلافات الثقافية، غير اختلاف اللغة، نادرا ما تكون ظاهرة للعيان مباشرة، فإنها تؤثر أيضا على العمل الإثمائي، بما في ذلك دراسة الانتشار الوبائي. ففي بعض الثقافات، مثلا، يعتبر من غير اللائق الرفض أو الاعتراف بمواجهة مصاعب، مما يفضي إلى تواري المشاكل تحت قناع من النتائج الإيجابية في غالبيتها العظمى. ويمكن أن تزيد الاختلافات الثقافية بسهولة من حدة الصعوبات الناشئة عن الحواجز اللغوية، بحيث قد لا يدرك المرء أن ما يُقال لا يُفهم أو أن ما يُطلب قد لا يكون من المستطاع تلبيته في الواقع. وقد تنشأ مشاكل لا تحمد عقباها إذا لم يكن هناك إدراك لهذه الاختلافات الثقافية غير المكشوفة ولم تُتخذ التدابير اللازمة لضمان عدم تأثيرها سلبيا على العمل الجاري تنفيذه. وتؤكد المشاكل التي يمكن أن تسببها الحواجز الثقافية التي تعيق التخاطب أهمية العمل بصورة وثيقة مع النظراء المحليين وإشراكهم فعليا في المشاريع الرامية إلى إقامة نظم للمعلومات المتعلقة بالمخدرات.

السياسة

يتمثل هدف البرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات في بناء القدرات اللازمة لجمع البيانات من خلال التعاون مع النظراء الوطنيين. وعادة ما يتم اختيار هؤلاء النظراء بدعم من الحكومات وموافقتها، ولذلك فإن النظير المنتدب غالبا ما يكون إدارة حكومية أو موظفا مدنيا، وهذا ما يعطي النظام طابعا رسميا ويُحسِّن بالتالي من فرص استدامته، ولكنه يعرِّض المشاريع للأهواء السياسية في الوقت نفسه. وبالإمكان رؤية آثار ذلك على مستوى الأفراد والأحزاب بل على مستوى بلدان بأكملها. فكل حكومة من حكومات شرق أفريقيا وجنوبها مدعوة، مثلا، إلى تعيين همزة وصل للمشروع. ولأسباب سياسية، قد لا تعيّن الحكومة دائما أنسب شخص ليكون همزة الوصل الوطنية؛ ولا ريب في أن ذلك يعيق إقامة نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات ويخلق مشاكل لخبير الأوبئة الخارجي، الذي ليس له خيار سوى العمل مع الشخص المعيّن. ويحدث في بعض الأحيان أن يكون الشخص المناسب قد عيِّن كهمزة وصل للمشروع ثم يعفى فجأة من هذه الوظيفة لأسباب سياسية فتتعطّل استمرارية المشروع. وعندما يحدث ذلك في المرحلة التطويرية للمشروع فإن المهارات التي تكون همزة الوصل قد اكتسبتها يمكن أن تذهب سدى قبل أن يكون المشروع قد وصل إلى المرحلة التي يمكن عندها نقل هذه المهارات إلى الزملاء غير المتدربين.

ولا يقف النشاط السياسي عند عرقلة التطور السلس للمشاريع بل قد يُعرِّض جدواها للخطر. فقد حدث في أحد البلدان، مثلا، أن أدت انتخابات عامة طُعن في نزاهتها إلى بقاء ذلك البلد دون حكومة شرعية لفترة طويلة من الزمن. ونتيجة لذلك عُلِّقت أنشطة البرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات لأجل غير مسمى، بانتظار تسوية هذا المأزق السياسي. وهذه الحالة من انعدام الاستقرار السياسي منتشرة في عدد من بلدان المنطقة: فالنزاعات الأهلية كثيرة الحدوث وبعضها يستمر لسنوات عديدة. وهناك نزاعات أخرى قصيرة الأمد نسبيا ولكن آثارها قد تكون مدمرة بالنسبة لسكان البلد وبنيته التحتية على السواء (كالإبادة الجماعية التي شهدتها رواندا في عام ١٩٩٤، على سبيل المثال). ولا بد من أن يكون لهذه النزاعات تأثير سلبي على أي نوع من العمل الإنمائي. وقد عُزيت هذه النزاعات إلى الفقر الذي يعُمّ المنطقة كما عُزي الفقر إليها [١١] في بيئة تعاني أصلا من نقص الموارد. وبالتالي فإن النزاع لا يُقيّد فحسب إمكانية دراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات بل يحدّ أيضا من قدرة البلد على إجراء دراسات كهذه في المستقبل باستنزافه موارد البلد الشحيحة من الأصل. ولكن من المهم أيضا الإشارة إلى أن انعدام الاستقرار وتدهور البنى التحتية المدنية من جراء هذه النزاعات قد يزيدان من تعرّض البلدان المعنية لمشاكل المخدرات.

التوصيات

لا ريب في أن هناك حاجة إلى إقامة نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات في أفريقيا وأنه لا بد من التغلّب على الصعوبات العديدة التي تحول دون إقامتها. وتؤكد الدلائل التي تشير إلى احتمال ظهور تعاطي الهيروين في المنطقة، ولا سيما في جنوب أفريقيا [١٢]. على سبيل المثال، ضرورة رصد المخدرات حتى وإن لم يكن يعتقد بعد أن تعاطي المخدرات أصبح شديد الانتشار أو مسببا للمشاكل. وما قدرة

هذه النظم على إبراز الاتجاهات الجديدة للمخدرات سوى دليل على جدواها عمليا وعلى استحقاق الاستثمار فيها.

ويمكن أن يؤدي التعاون مع الحكومات على أعلى مستوى ممكن إلى التخفيف من العقبات السياسية ومحدودية الموارد. ولو أُحسِن إطلاع كبار موظفي الحكومة على الحاجة إلى دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات وعلى الغرض من نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات لأصبح الحصول على الدعم السياسي وتخصيص الموارد لهذه النظم أمرا أسهل ولأُعطيت دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات الأولوية التي تستحقها. وتزداد سهولة الحصول على هذا الدعم إذا أمكن إقامة الدليل على أن النظام المقترح إنشاؤه للمعلومات المتعلقة بالمخدرات ناجع وفعال من حيث التكلفة. وعندما يقام هذا النظام وتجمع المعلومات ينبغي تجميعها بشكل واضح ومختصر مفيد والإبلاغ عنها لضمان الاستفادة بها في صوغ السياسات وتقييمها وفي أنشطة خفض الطلب. وقد يكفل تعظيم فائدة النظام بهذه الطريقة استمرار الدعم الحكومي.

ولا بد من الأخذ بنهوج مبتكرة لمعالجة الافتقار في العديد من البلدان إلى بيانات للمؤشرات تُجمع بشكل روتيني، كالاستعانة بشبكات من المطلعين الموثوقين. ففي جزر القمر، مثلا، يجري تدريب ممرضات الطب النفسي في قضايا المخدرات غير المشروعة قبل تعيينهن للعمل في مراكز الرعاية الصحية الأولية؛ وما أن يبدأن العمل في هذه المراكز حتى يصبح بإمكانهن إبداء رأي سديد بشأن حالة تعاطي المخدرات في البلد حتى مع الافتقار التام إلى أي بيانات أخرى عن القطاع الصحي. أما في الحالات التي توجد فيها مصادر تقليدية للبيانات ولكن لا يمكن الاستفادة بها، فإن توفير التدريب للعاملين في الميدان وتوظيف كميات متواضعة من المال في تطوير هذه المصادر قد يتيح لها إمكانية المساهمة في النظام مستقبلا. وبهذه الوسائل يمكن الاستفادة إلى أقصى حد ممكن من الموارد القائمة.

المسائل ذات الأولوية في المنطقة

ساعدت التحديات التي صُودفت أثناء إنشاء نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات في شرق أفريقيا وجنوبها على إجراء تحديد واضح للمسائل ذات الأولوية التي لا بد من معالجتها لدعم دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات في المنطقة. وأهم ثلاث من هذه المسائل هي التدريب والبنية التحتية والدعم التقني.

وعلى مستوى القاعدة، يلزم التدريب على التدوين البسيط للبيانات وعلى تحليل البيانات والإبلاغ عنها لتحقيق الفائدة القصوى من البيانات المجموعة حاليا ولكن لم يبلّغ عنها. وينبغي لهذا التدريب أن يشمل التدريب على الإدارة الحاسوبية للبيانات، الذي يوفره حاليا البرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات، والتدريب على الأساليب غير الحاسوبية في حالة الشك في إمكانية التعويل على المرافق الحاسوبية. وعلى الصعيد المؤسسي، من شأن إدراج دراسة الانتشار الوبائي، وخصوصا الانتشار الوبائي للمخدرات. في المناهج الدراسية لدورات العلوم الصحية في المرحلة التعليمية الثالثة أن يحسّن كثيرا من قدرة أخصائيي الصحة في المستقبل على المساهمة في الرصد المتواصل للأنماط والاتجاهات في تعاطي المخدرات. وبالمثل، فمن شأن توفير دورات تعليمية متواصلة في مبادئ دراسة الانتشار الوبائي للمخدرات لأخصائيي الصحة العاملين في هذا المجال أن يزيد كثيرا من قدرتهم على استبانة المصادر المحتملة للبيانات وتنسيق عملية جمع هذه البيانات والإبلاغ عنها إسهاما في تطوير نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات.

والأمر الثاني الذي يحتاج إلى معالجه هو الافتقار إلى البنية التحتية الأساسية اللازمة لمقارنة البيانات المتعلقة بالمخدرات والإبلاغ عنها. ويقوم البرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات بتوفير المعدات والبرامجيات الحاسوبية لهمزات الوصل الوطنية. ولكن من المهم وضع مسألة الاستدامة في الاعتبار. فهناك احتمال إهمال صيانة المعدات الممنوحة بسبب نقص الأموال أو الخبرات التقنية، أو بألا يكون أصحاب المهارات اللازمة لاستخدام البرامجيات ذات الصلة قادرين على نشر مهاراتهم بفعالية فيأخذون هذه المهارات معهم عند تقاعدهم عن العمل أو انتقالهم إلى وظائف أخرى. ومع ذلك، فإن معالجة النواقص في البنى التحتية في المدى القصير يمكن أن تتم بتكلفة قليلة نسبيا وتزيد كثيرا من قدرة الوكالات الحكومية على مقارنة البيانات المتعلقة بالمخدرات وتحليلها.

وأخيرا، ينبغي أن يكون هناك دعم مكثّف بقدر أكبر على الصعيد المحلي لتقديم المساعدة في استخدام البيانات المتوفرة، وفي التغلب على عقبات الاتصال، وفي توفير التوجيه التقني لإعداد البرامج التدريبية المحلية، وفي مقارنة بيانات المؤشرات، وفي إعداد وتنفيذ أنشطة جمع البيانات الأولية كالاستقصاءات المدرسية.

الخاتمة

يواجه خبراء الأوبئة في أفريقيا، وأي أخصائيين يعملون في مجال التنمية البشرية في الواقع، عددا من التحديات في إقامة نظم للمعلومات المتعلقة بالمخدرات. فالحاجة إلى التنمية بحد ذاتها تعيق الأنشطة الإنمائية. وللحفاظ على فوائد التنمية يجب تعزيز القدرات الوطنية. ولكن النقص الشديد في الموارد الذي تعاني منه حكومات المنطقة يحدّ من توافر الموارد البشرية ومن ومستوى المهارات الفنية والبنية التحتية المتاحة للأنشطة الإنمائية. ولذلك فإن التحدي الذي يواجه إقامة نظم للمعلومات المتعلقة بالمخدرات في هذا السياق، إنما يكمن في كيفية التصرف على أفضل وجه في حدود هذه المعوقات واستخدام الموارد القائمة لرصد تعاطي المخدرات على نحو فعال من حيث التكلفة وكيفية بناء القدرات الوطنية بتذليل بعض هذه الصعوبات، كأن يتم ذلك من خلال توفير التدريب أو تقديم المنح من أجل تحسين البنى التحتية، على سبيل المثال. ويقوم بتوفير التدريب والدعم التقني والبنية التحتية اللازمة لنظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات في شرق أفريقيا وجنوبها كل من البرنامج التقييمي العالمي بشأن تعاطي المخدرات وشبكة الجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي لدراسة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات، ويدلل التقدم الذي أحرزته هذه النظم على أن القليل من الاستثمار يمكن أن يعود بالكثير من الفوائد في تحسين المعلومات المتاحة عن تعاطي المخدرات في المنطقة. ومع ذلك، فهذه البرامج ليست سوى نقطة في بحر عملية تطوير نظم المعلومات المتعلقة بالمخدرات في أفريقيا. ولا يمكن تحقيق التنمية المستدامة لهذه النظم إلا من خلال إشراك السكان المحليين وإضفاء الطابع الرسمي على أنشطة جمع البيانات في جميع القطاعات وعلى كل المستويات وتقدير فائدة هذه النظم في المساعدة على صوغ سياسات واستراتيجيات تستهدف تخفيف عبء تعاطي المخدرات في هذه المجتمعات.

المراجـــع

١- "الوضع العالمي فيما يتعلق بإساءة استعمال المخدرات، وخاصة انتشار فيروس نقص المناعة المكتسب/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز وفيروسه) عن طريق حقن المخدرات: تقرير الأمانة" (E/CN.7/2002/2 وCorr.1، ١٠ كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٢).

٢- S. Selassie and A. Gebre, "Rapid assessment of drug abuse in Ethiopia", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XLVIII, Nos. 1 and 2 (1996).

٣- H. A. Mwenesi, "Rapid assessment of drug abuse in Kenya", *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XLVIII, Nos. 1 and 2 (1996).

٤- G. P. Kilonzo and others, "Rapid situational assessment for drug demand reduction in Tanzania", Department of Psychiatry, College of Health Sciences, Muhimbili University, Dar es Salaam, 2002, unpublished.

٥- J. Hando and others, *The Illicit Drug Reporting System (IDRS) Trial: Final Report* (Sydney, University of New South Wales, 1997).

٦- P. Griffiths and others, "Drug information systems, early warning and new drug trends: can monitoring systems become more sensitive to emerging trends in drug consumption?", *Substance Use and Misuse*, vol. 35, Nos. 6-8 (2000), pp. 811-844.

٧- Z. Sloboda and N. J. Kozel, "Frontline surveillance: Community Epidemiology Work Group for Drug Abuse", *Drug Abuse: Etiology and Interventions*, M. D. Glantz and C. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press, 1999), pp. 47-62.

٨- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union 2001* (Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001).

٩- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، *تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠١: Making New Technologies Work for Human Development* (New York, Oxford University Press, 2001).

١٠- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, *AIDS Epidemic Update: December 2001* (Geneva, 2001).

١١- F. Stewart, "Root causes of violent conflict in developing countries", *British Medical Journal*, vol. 324, 9 February 2002, pp. 342-345.

١٢- C. D. H. Parry and A. Plüddeman, *Southern African Development Community Epidemiology Network on Drug Use Report: July-December 2001* (Cape Town, 2002).

المكسيك: نظم تشخيص الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات

م. أي. مدينا – مورا
مدير البحوث الوبائية والاجتماعية النفسية،
معهد رامون دي لا فوينتي مونييز الوطني للطب النفسي، مكسيكو سيتي

ب. كرافيوتو
مدير البحوث في المديرية العامة للبحوث الوبائية،
أمانة الشؤون الصحية المكسيكية، مكسيكو سيتي

أ. أورتيز
باحث رسمي، مديرية البحوث الوبائية والاجتماعية النفسية،
معهد رامون دي لا فوينتي مونييز الوطني للطب النفسي، مكسيكو سيتي

ب. كوري
المدير العام لشؤون الانتشار الوبائي، المديرية العامة للبحوث الوبائية
أمانة الشؤون الصحية المكسيكية، مكسيكو سيتي

ج. فيلاتورو
باحث رسمي، مديرية البحوث الوبائية والاجتماعية النفسية،
معهد رامون دي لا فوينتي مونييز الوطني للطب النفسي، مكسيكو سيتي

خلاصـــة

لدراسة الطلب على المواد ذات التأثير النفساني في المكسيك تاريخ طويل تعود أصوله إلى القرن الثامن عشر. ولكن دراسات الانتشار الوبائي لم تبدأ إلا في السبعينيات. وتشبه الاستراتيجيات التي اعتمدت لتقييم مشكلة تعاطي المخدرات الاستراتيجيات المعتمدة دوليا لهذا الغرض: وتشمل إجراء استقصاءات أسرية واستقصاءات طلابية واستقصاءات للفئات الشديدة التعرض لخطر التعاطي واعتماد نظم لمراقبة الانتشار الوبائي والقيام بتحليل إحصائيات الوفيات. وشملت هذه الاستراتيجيات أيضا منهجيات أخرى مناسبة لدراسة الفئات السكانية التي يصعب الوصول إليها وتحليل العوامل السياقية المحيطة بتعاطي المخدرات. وتستخدم هذه المنهجيات من منظور انثروبولوجي من خلال أساليب نوعية تشمل المراقبة الاثنوغرافية وإجراء مقابلات مع المطلعين الموثوقين وتشكيل مجموعات تركيز وإجراء دراسات تحليلية متعمقة. وتبيّن من خلال هذه

الدراسات أن التعاطي غير المشروع للعقاقير في المكسيك شهد زيادة ملحوظة منذ التسعينيات، ويتصدّر هذه العقاقير الكوكايين وبعض العقاقير الأمفيتامينية (وأكثرها شيوعا ميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين المعروف باسم "اكستاسي")، بينما انخفض تعاطي مواد التنشّق. وتبيّن النظم القائمة لجمع البيانات أيضا حدوث زيادة في تعاطي الهيروين في المنطقة الواقعة على الحدود مع الولايات المتحدة الأمريكية، وتلجأ نسبة كبيرة من متعاطي الهيروين إلى تعاطي هذا المخدر بالحقن مستخدمين في ذلك أساليب تحمل معها خطرا شديدا لنقل أي فيروسات موجودة في الدم كفيروس نقص المناعة البشرية (الهيف) والتهاب الكبد. وبدأت حالات تعاطي الهيروين تظهر أيضا في أنحاء أخرى من البلد. وكانت الاستراتيجية البحثية المتبعة في المكسيك مفيدة في وضع تشخيص لحالة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات؛ ولكن ينبغي اتخاذ ما يلزم من إجراءات لمواجهة التحديات الجديدة التي تضعها اتجاهات تعاطي المخدرات أمام متخذي القرارات.

العبارات الرئيسية: دراسة الانتشار الوبائي؛ تناول/ استعمال/ تعاطي المخدرات؛ الاتجاهات؛ المكسيك.

مقدمـــة

يتبع تعاطي مواد الإدمان في المكسيك نفس النمط السائد في البلدان الأخرى من حيث نوع المواد المستعملة وأنماط تعاطيها والمشاكل المقترنة بهذا التعاطي. ولكن له أيضا سمات مميزة نابعة من السياق الاجتماعي والثقافي المحلي الذي تُتعاطى فيه هذه المواد. وللبحوث الاجتماعية في هذا الميدان تاريخ طويل في المكسيك، فهناك تقارير عن تعاطي المشروبات الكحولية في العهود الاستعمارية [١] وعن تعاطي مواد أخرى لأغراض السُّكر في القرن الثامن عشر [٢]. ولكن دراسات الانتشار الوبائي المصممة بعناية لم تبدأ إلا في السبعينيات حيث أجرى أكاديميون من مؤسسات مختلفة استقصاءات للتأكد من مدى تفشي هذه المشكلة لدى مختلف الفئات السكانية [٣-٥].

وأدّى إنشاء المركز المكسيكي للدراسات الصيدلانية في عام ١٩٧٢ إلى التوسع في البحوث الوبائية والاجتماعية. فأجريت استقصاءات أسرية [٦]، واستقصاءات طلابية [٧] ودراسات للفئات الشديدة التعرض لخطر التعاطي [٨]. وأنشئ سجل للمرضى الذين يلتحقون بمراكز دمج الشباب في المجتمع [٩]، التي بدأت نشاطها في أوائل السبعينيات وتوفر رعاية متخصصة لمدمني المخدرات. ثم غيّر هذا المركز اسمه فيما بعد إلى مركز دراسات الصحة العقلية ثمّ مرة أخرى إلى معهد رامون دي لا فوينتي مونييز الوطني للطب النفسي. واتبعت المؤسسات الجديدة خطوطا بحثية مختلفة وتوسعت فيها.

وفي الثمانينيات، أجرت المديرية العامة للبحوث الوبائية والمعهد الوطني للطب النفسي أول استقصاء أُسري وطني يشهده البلد [١٠] وأنشئ أول نظام للمعلومات المتعلقة بالمخدرات تشهده المدينة (نظام الإبلاغ عن المعلومات المتعلقة بالمخدرات (نظام "سريد")) [١١]. وجمع هذا النظام معلومات عن كل الحالات التي عولجت في المراكز الصحية والتأهيلية. وواصلت مراكز دمج الشباب في المجتمع تقديم تقارير عن الطلب على المخدرات وإجراء دراسات للفئات السكانية الشديدة التعرّض لخطر التعاطي [١٢و١٣]. وفي التسعينيات، تواصل العمل بنفس الاستراتيجيات وأقيم في مدن مختارة نظام لرصد الانتشار الوبائي للحصول على معلومات بشأن الطلب على العلاج في المراكز المتخصصة في العلاج من الإدمان، الحكومية منها وغير الحكومية، وأقسام الطوارئ، وعلى معلومات عن

السلوكيات الضارة بالصحة كتعاطي التبغ والكحول والمخدرات غير المشروعة والطبية من قبل عامة الناس والفئات الشديدة التعرض لخطر الإدمان [١٤].

ومن خلال أنشطة جمع البيانات هذه، أمكن تقييم نطاق تعاطي مواد الإدمان وإساءة استعمالها والارتهان لها فضلا عن الاتجاهات الكامنة فيها والمشاكل الناشئة عن استحداث مخدرات جديدة، كالتغيّرات في أنماط التعاطي وفي خصائص الفئات السكانية التي تتعاطى المخدرات، والعواقب الاجتماعية والصحية لهذا التعاطي، ومدى الاستفادة من الخدمات، والسياق الذي يتم فيه تعاطي المخدرات. وأدّت عدة عوامل إلى زيادة فائدة ما يُجمع من بيانات عن طبيعة مشكلة المخدرات. ومن بين هذه العوامل تنوع الفئات السكانية المشمولة بالدراسات، ودرجة الانتظام في إجراء هذه الدراسات، واستخدام المؤشرات الموحدة التي اقترحتها منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٧٦، واختبار المنهجيات والتعاريف والأدوات في مختلف السياقات، بما في ذلك السياق المكسيكي [١٥]. وبذلك أمكن إجراء تشخيص واقعي لظاهرة تعاطي مواد الإدمان، واستخدم هذا التشخيص كأساس للبرامج الوطنية لمكافحة الإدمان.

ولتلبية الحاجة إلى التبكير في نشر البيانات المتعلقة باستهلاك المخدرات (أي قبل نشرها في المجلات العلمية)، أنشئ تحت إشراف المديرية العامة للبحوث الوبائية نظام جديد لمراقبة الانتشار الوبائي للإدمان على المخدرات (نظام "سيسفيا"). وأقام نظام "سريد" روابط بين مختلف المؤسسات المشاركة في جمع البيانات الوبائية. ثم أنشئ في عام ٢٠٠١ مرصد للمخدرات تحت إشراف المجلس الوطني لمكافحة الإدمان ومشاركة شتى المؤسسات التي تجمع البيانات بانتظام في هذا المجال. ومن أهداف هذا المرصد وضع معايير قياسية للمعلومات المتعلقة بالطلب على المخدرات وإرساء الأولويات وتشجيع جمع المعلومات المتعلقة بتعاطي المخدرات والإبلاغ عنها في الوقت المناسب بغية تيسير عملية اتخاذ القرار.

أساليب جمع البيانات

يتم الحصول على المعلومات من خلال الاستقصاءات السكانية التي تجرى بانتظام على عينات من الأسر والطلاب والفئات الشديدة التعرض لخطر تعاطي المخدرات ومن خلال نظم الرصد المتواصل للانتشار الوبائي.

الاستقصاءات السكانية العامة: الاستقصاءات الأسرية (١٩٧٤-٢٠٠٢)

كانت الاستراتيجية المتبعة في الاستقصاءات الأسرية الأولى التي أجريت بين عامي ١٩٧٤ و١٩٨٦، هي تقصي تعاطي مواد الإدمان في مدن مختلفة الخصائص والمخاطر؛ وأجريت سبع من هذه الدراسات. وشمل الاستقصاء الوطني الأول لسكان المناطق الحضرية في البلد، الذي أجري في عام ١٩٨٨، أسئلة تتعلق بالكحول والتبغ والمخدرات الأخرى [١٠]؛ وأجري الاستقصاء الثاني في عام ١٩٩٣ [١٦]. ثم أجري استقصاء ثالث في عام ١٩٩٨ [١٧]. وقد أجريت هذه الاستقصاءات على أساس عينات احتمالية لأفراد من كلا الجنسين تتراوح أعمارهم بين ١٢ و٦٥ سنة ويعيشون في مناطق حضرية يزيد تعدادها السكاني على ٥٠٠ ٢ نسمة وتشمل ٧٥ في المائة من سكان البلد

وشمل استقصاء عام ١٩٩٣، دراسة محددة للمدن الواقعة في منطقة الحدود الشمالية وهي تيخوانا وسويداد خواريز وماتاموروس علاوة على مدينتين كبيرتين هما مونتيري ومكسيكو سيتي. وساعد تصميم هذا الاستقصاء في الحصول على بيانات من جميع أنحاء البلد عن المراهقين (الأشخاص الذين

تتراوح أعمارهم بين ١٢ و١٧ سنة) والكبار (الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٦٥ سنة) وعلى بيانات عن المناطق الشمالية والوسطى والجنوبية من المكسيك. وشمل هذا الاستقصاء أيضا معلومات جديدة عن ثلاث مدن تقع على الحدود الشمالية والمناطق الحضرية الثلاث الكبرى التي شملها الاستقصاء السابق. ويُجرى حاليا استقصاء وطني رابع سيوفر لأول مرة معلومات عن سكان البلد الريفيين.

وفي عام ٢٠٠٢، أجري استقصاء وطني جديد لسكان المدن والأرياف المتراوحة أعمارهم بين ١٢ و٦٥ سنة. وفي الاستقصاءات الوارد ذكرها أعلاه، تم الحصول على المعلومات من خلال استبيان موحّد قياسيا يجاب عليه في مقابلات تجرى وجها لوجه. وقد اختُبر هذا الاستبيان على نطاق واسع وشمل أسئلة مأخوذة من الاستقصاءات الأسرية التي تُجرى في الولايات المتحدة الأمريكية وشمل مؤخرا أسئلة مقترحة من لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات بهدف تيسير إمكانية مقارنة البيانات ضمن المنطقة.

الدراسات الطلابية (١٩٧٥-٢٠٠٠)

أجرى معهد التعليم العام وأمانته دراسات مقطعية للانتشار الوبائي باستخدام عينات من الطلاب في المرحلتين التعليميتين الإعدادية والثانوية. وكان الهدف من هذه الدراسات هو الوقوف على مدى انتشار تعاطي المخدرات وأكثر الفئات الطلابية تأثرا بتعاطيها. وقد أجريت حتى الآن ثلاثة استقصاءات وطنية طلابية، أولها في عام ١٩٧٦ والثاني في عام ١٩٨٦ [١٨] والثالث في عام ١٩٩١ [١٩]؛ وركّز الاستقصاءان الأول والثاني على سكان المدن، بينما تناول الاستقصاء الثالث والأحدث البلد برمته بما في ذلك المناطق الريفية.

وفي المنطقة الاتحادية، أجريت استقصاءات كل سنتين أو ثلاث سنوات بين عام ١٩٧٦ [١٨] وعام ٢٠٠٠. وشمل آخر استقصاءين كل المناطق الـ ١٦، مستندين إلى عينات لما يزيد على ١٢ ٠٠٠ مراهق مسجلين في النظام المدرسي [٢٠و٢١]. وفي عام ١٩٨١، أجرت مراكز إدماج الشباب في المجتمع دراسة في المدن الـ١٥ التي تعمل فيها تناولت شبانا من الصف السادس في المرحلة الابتدائية حتى المرحلة الجامعية [٢٢]. وأجريت دراسات أيضا على مستوى الولايات أدت إلى تحسين فهم الخصائص المحلية لمشكلة تعاطي المخدرات.

الدراسات الخاصة بالفئات المهمشة والفئات المتوارية عن الأنظار والفئات الشديدة التعرض لخطر تعاطي المخدرات (١٩٧٨-٢٠٠٢)

كانت الفئات السكانية المتعذر الوصول إليها عن طريق الاستقصاءات العامة أو المدرسية أو كليهما موضع دراسات خاصة. وكان من بين الأساليب البحثية المكثفة التي استخدمت لدراسة هذه الفئات الدراسات التحليلية [٢٣]. وإفادات المطلعين الموثوقين [٢٤]. وأساليب المعاينة والمقارنة (capture-recapture methods) [٢٥، ٢٦].

وفي هذه الفئة، كانت أكثر البحوث مدعاة للاهتمام متعلقة بالأطفال العاملين، مع التركيز بوجه خاص على الأطفال الذين يعملون لكسب أسباب عيشهم في الشوارع [٢٧و٢٨]. وفئات معينة كالنساء مثلا [٢٩]. وبدعم من منظمة الأمم المتحدة للطفولة وبرنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات، أجرى النظام الوطني للتنمية الأسرية الشاملة دراسة عن العمال الأطفال المتراوحة أعمارهم بين ٦ سنوات و١٧ سنة في ١٠١ مدينة مكسيكية [٢٨]. ثم أجرى الباحث غرافيوتو في عام ٢٠٠١ دراسة عن تعاطي الهيروين في منطقة الحدود الشمالية للمكسيك. وقد حللت هذه الدراسة حجم المشكلة مستخدمة أساليب المعاينة والمقارنة كما استخدمت الدراسات المركزة والقصص الحياتية من أجل توفير معلومات أكثر تعمقا عن طبيعة أنماط تعاطي المخدرات والعوامل السياقية المتصلة بتعاطيها [٢٩].

وأجريت دراسات أيضا عن الخصائص النفسية والاجتماعية المقترنة بتعاطي الكوكايين وعن كيفية توزيع المؤثرات العقلية المستخدمة خارج السياق الطبي وعن تعاطي الميتامفيتامينات ودورها المتزايد في الثقافات الشبابية الخارجة، وغير ذلك. وفي جميع هذه الدراسات استحدثت تقنيات ترشيدية نوعية أو طُوّعت وفقا للاحتياجات الخاصة للفئات المشمولة بالدراسة.

نظام الإبلاغ عن المعلومات المتعلقة بالمخدرات (١٩٨٦-٢٠٠٢)

يسجل نظام الإبلاغ عن المعلومات المتعلقة بالمخدرات، "سريد"، الذي بدأ العمل في عام ١٩٨٦، أهم الاتجاهات السائدة في تعاطي المخدرات في مكسيكو سيتي من خلال تقييم البيانات التي تُجمع في حزيران/ يونيه وتشرين الثاني/ نوفمبر من كل عام. ويُسأل جميع الموجودين في المؤسسات العلاجية المشاركة أثناء فترة المراقبة، سواء كانوا من المستفيدين من خدمات هذه المؤسسات لأول مرة أو لمرات متكررة، عما إذا كانوا قد تعاطوا المخدرات في أي وقت من الأوقات، وتُطلب معلومات أكثر تفصيلا في الحالات التي يكون فيها الرد بالإيجاب. ويقصد بـ"الحالة" أي شخص يزيد عمره على ١٢ عاما ملتحق بإحدى المؤسسات المشاركة ويعترف بتناوله أي مخدر غير موصوف طبيا مرة واحدة على الأقل أو بتناوله عن عمد مخدرا موصوفا طبيا على نحو لا يتفق مع الغرض من وصفه. ولا تدخل في هذه الفئة حالات السكر المرتبط بالمهنة أو السكر العرضي. وتتضمن استمارة المقابلة المستخدمة لجمع البيانات أبوابا تتعلق بالبيانات الديمغرافية الاجتماعية للمتعاطين، بما في ذلك سبب وجودهم في المؤسسة العلاجية والمشاكل المتصلة بتعاطي المخدرات. وقد قُسِّمت أنماط التعاطي بالإشارة إلى ١٢ نوع من المخدرات، وهو ما يساعد على معرفة أكثر المخدرات المتعاطاة شيوعا وتواتر تعاطيها وأسلوب التعاطي والسن التي بدأ فيها التعاطي. ويُستفسر أيضا عن تعاطي الكحول والتبغ ولكن في إطار الاستفسار عن تعاطي مخدرات أخرى فقط، لأن الأشخاص الذين لا يستعملون سوى الكحول والتبغ ليسوا مشمولين بنظام جمع البيانات [٣٠]. وقد أُجري حتى الآن ٣٤ تقييما. ويحتوي نظام "سريد" على معلومات عما يزيد على ١٥٠٠٠ متعاط في ٤٤ مؤسسة صحية وتأهيلية توفر الخدمات لأشخاص من كل الأعمار من عامة السكان، ولكن لا تُأخذ في الاعتبار سوى بيانات الذين تبلغ أعمارهم ١٢ سنة فما فوق، ومعظم الحالات هي من مراكز إعادة إدماج الشباب في المجتمع.

نظام مراقبة الانتشار الوبائي للإدمان على المخدرات (١٩٩٠-٢٠٠٢)

يعمل نظام مراقبة الانتشار الوبائي للإدمان على المخدرات ("سيسفيا") تحت إشراف المديرية العامة للبحوث الوبائية التابعة لأمانة الصحة ويحصل على المعلومات من مراكز العلاج الحكومية وغير الحكومية في البلد ومن المؤسسات الإشرافية ومن مراكز استقبال الحالات الطارئة ومديرية الطب الشرعي وضبطيات المخدرات. وهو يجمع المعلومات بناء على الخصائص الديمغرافية الاجتماعية للحالات المحددة والمخدرات المستعملة والمخدر الرئيسي المتعاطى (أي المخدر الذي يسبب أكبر مشكلة) والسجل الشخصي للمتعاطي (أي تسلسل تعاطيه للمخدرات) وغير ذلك من المتغيرات. و"سيسفيا" جزء من شبكة دولية من النظم العاملة في الولايات المتحدة وأمريكا الوسطى والجنوبية والكاريبي وعضو في فريق البحوث الوبائية المجتمعية في الولايات المتحدة.

ويصنّف نظام "سيسفيا" المعلومات المتعلقة بأنماط تعاطي المخدرات واتجاهاته بحسب المدينة والولاية ويستخدم مؤشرات كمية يحصل عليها من وكالات الصحة العمومية ومراكز العلاج الطبي وأجهزة إنفاذ القوانين

والاستقصاءات ومن أي مصدر معلومات آخر متاح في مناطق الإبلاغ. وتشمل أهم المؤشرات ما يلي:

(أ) حالات الوفاة المتصلة بالمخدرات، ويتم الحصول على بياناتها من مديرية الطب الشرعي؛

(ب) تعاطي المخدرات المدّعى به في مراكز استقبال الحالات الطارئة؛

(ج) مخدر أو عقّار التعاطي الرئيسي حسب إفادة المرضى الملتحقين بمراكز العلاج؛

(د) التحليل الكيميائي للعينات البولية المأخوذة من الموقوفين؛

(هـ) ضبطيات المخدرات وأسعار المخدرات المضبوطة ودرجة نقائها وخصائصها.

وبالإضافة إلى هذه المعلومات الكمية، يشمل نظام "سيسفيا" كذلك معلومات نوعية يحصل عليها من السجلات اليومية في هذا المجال ومن مجموعات التركيز والمقابلات وغيرها من المصادر. وهو يقوم الآن بتوسيع أنشطته لتشمل مدينة واحدة في كل ولاية من الولايات المكسيكية [١٤].

سجل الحالات الخاضعة للعلاج (١٩٧٧-٢٠٠٢)

يتم في إطار نظام "سيسفيا" الحصول على معلومات من ٧٢ مركزا من مراكز إدماج الشباب في المجتمع الموزعة في البلد ومن المناطق التي توجد فيها مراكز علاجية. ولدى مراكز إدماج الشباب في المجتمع أيضا نظام لرصد تعاطي المخدرات في المدن والمناطق المشمولة بخدماتها، ويضطلع هذا النظام بما يلي:

(أ) تقييم البنى الاجتماعية في هذه المدن (أي البنى التحتية الحضرية والخدمات العامة والمباني و"المنطقة البيئية"، بما في ذلك مؤشرات السلامة العامة ووجود فناءات مفتوحة للملأ ومناطق ترويحية)؛

(ب) إجراء استقصاءات للمطلعين الموثوقين المصنفين في ثلاث فئات هي: فئة المطلعين العاملين في المؤسسات (وهم موظفو الإدارة المتوسطة أو الموظفون المضطلعون بالأعمال الاعتيادية في مؤسسات القطاعين العام والخاص)؛ وفئة المطلعين المجتمعيين؛ وفئة الخبراء العاملين لحساب مراكز إدماج الشباب في المجتمع. وتُجرى أيضا استقصاءات للعوامل الاجتماعية لدى المجموعات الشديدة التعرّض والمجموعات الخفيفة التعرّض لخطر التعاطي بين طلبة الصفين الدراسيين الخامس والسادس وبين أرباب الأسر المعيشية [٣١].

دراسة الانتشار الوبائي للأمراض النفسية (١٩٩٠-٢٠٠٢)

شهدت التسعينيات استحداث دراسات عن الانتشار الوبائي للأمراض النفسية، بما في ذلك الانتشار الوبائي للارتهان لمواد الإدمان [٣٢، ٣٣] وتستخدم هذه الدراسات لتشخيص الأمراض النفسية وسائل دولية صدّقت عليها المكسيك [٣٢]. ويُجرى حاليا استقصاء وطني يتناول سكان المدن في إطار استقصاء الصحة العقلية لعام ٢٠٠٠ الذي تضطلع به منظمة الصحة العالمية.

تطور المشكلة

وجد أحدث استقصاء وطني للإدمان على المخدرات، الذي أجري في عام ١٩٩٨ [١٧]. أن ٥,٢٧ في المائة من سكان المدن المتراوحة أعمارهم بين ١٢ و٦٥ سنة قد جربوا واحدا من المخدرات أو العقاقير غير

المشروعة (بما في ذلك مواد التنشُّق)، بينما لم يفعل ذلك سوى ١,٢٣ في المائة في الشهر السابق لهذه الدراسة و٠,٨ في المائة خلال الثلاثين يوما التي سبقته. وقد سُجلت أعلى نسبة انتشار للتعاطي في مرحلة من مراحل العمر لدى الرجال المتراوحة أعمارهم بين ١٨ و٣٤ سنة (١٥,٦١ في المائة)، يليهم الرجال والنساء المتراوحة أعمارهم بين ٣٥ و٦٥ سنة (١٠,٦٥ في المائة) ثم الأشخاص المتراوحة أعمارهم بين ١٢ و١٧ سنة (٣,٥٧ في المائة). ولكن، لو لم يؤخذ في الاعتبار سوى التعاطي في الشهر السابق للدراسة لكانت نسبة الذين تعاطوا هذه المواد أعلى لدى المراهقين (١,٤ في المائة) مما هي لدى الذين تزيد أعمارهم على ٣٥ سنة (٠,٨٥ في المائة)، ولكانت أعلاها لدى الشباب المتراوحة أعمارهم بين ١٨ و٣٤ سنة (٢,٧٢ في المائة). أما التعاطي بين النساء فأقل بكثير، وقد بلغت نسبة اللواتي تعاطين المخدرات في أي وقت من الأوقات ٠,٦ في المائة و١,١٨ في المائة و٠,٦٢ في المائة على التوالي في الفئات العمرية الثلاث المشمولة بالدراسة (وهي ١٢ إلى ١٧ سنة و١٨ إلى ٣٤ سنة و٣٥ إلى ٦٥ سنة).

وكان العقّار الذي سجّل أعلى نسبة انتشار في التعاطي في مرحلة من مراحل العمر الماريخوانا (٤,٧ في المائة)، يليه الكوكايين (١,٤٥ في المائة) ومواد التنشُّق (٠,٨ في المائة). وقد أبلغت المنطقتان الشمالية والوسطى من المكسيك عن نسبة انتشار أعلى (٦ و٥,٩٧ في المائة على التوالي)، بينما كانت نسبة الانتشار أقل بكثير في المنطقة الجنوبية (٢,٦٩ في المائة). ومن بين المدن المشمولة بالدراسة، سُجلت أعلى النسب في مدينتين تقعان على الحدود المشتركة مع الولايات المتحدة وهما تيخوانا (١٤,٧٣ في المائة) وسيوداد-خواريز (٩,٢ في المائة) وفي المدينتين الرئيسيتين في البلد وهما غوادلهارا (٧,٥ في المائة) ومكسيكو سيتي (٧,٢٨ في المائة). وفي كل هذه الحالات، كان الانتشار بين الرجال أعلى منه بين النساء؛ فعلى سبيل المثال، بلغت نسبة تعاطي المخدرات بين الرجال الذين أجريت معهم مقابلات في تيخوانا ٢٨ في المائة بينما لم تتجاوز ٠,٩٢ في المائة بين النساء.

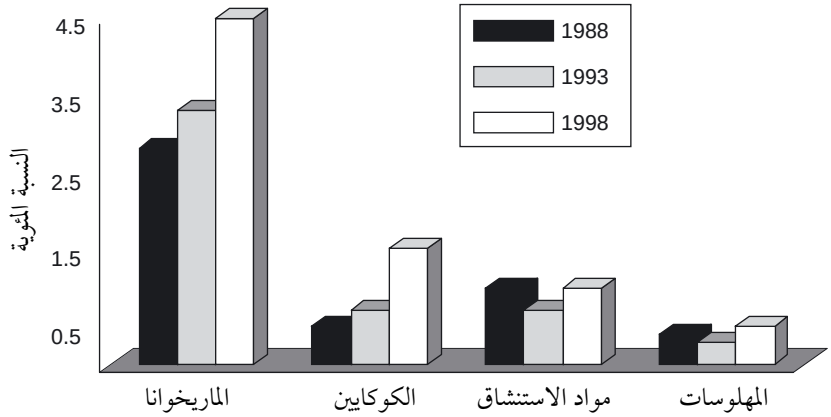
وكانت هناك أيضا اختلافات هامة في نسبة تعاطي المخدرات بحسب المناطق. فالماريخوانا تستهلك بالدرجة الأولى في المنطقة الوسطى (٥,٤ في المائة) والمنطقة الشمالية (٥,٢٥ في المائة)، والكوكايين في المنطقة الوسطى (٥,٤ في المائة) والمنطقة الشمالية (١,٨٤ في المائة)، ومواد التنشُّق في المنطقتين الوسطى والجنوبية.

الاتجاهات

تشير البيانات من ثلاث استقصاءات للإدمان أجريت في الأعوام ١٩٨٨ و١٩٩٣ و١٩٩٨ إلى حدوث زيادات كبيرة في تعاطي المخدرات أو العقاقير غير المشروعة في مرحلة من مراحل العمر (أفاد ٣,٣٣ في المائة في عام ١٩٨٨ و٣,٩ في المائة في عام ١٩٩٣ و٥,٢٧ في المائة في عام ١٩٩٨ عن تعاطيهم مثل هذه المواد)، مع حدوث زيادات في تعاطي الماريخوانا (بنسب ٢,٩٩ و٣,٣٢ و٤,٧ في المائة على التوالي) وفي تعاطي الكوكايين (٠,٣٣ و٠,٥٦ و١,٤٥ في المائة على التوالي)، بينما ظلت نسب تعاطي مواد التنشُّق مستقرة (٠,٧٦ و٠,٥ و٠,٨ في المائة) (الشكل الأول) [١٠، ١٦ ،١٧].

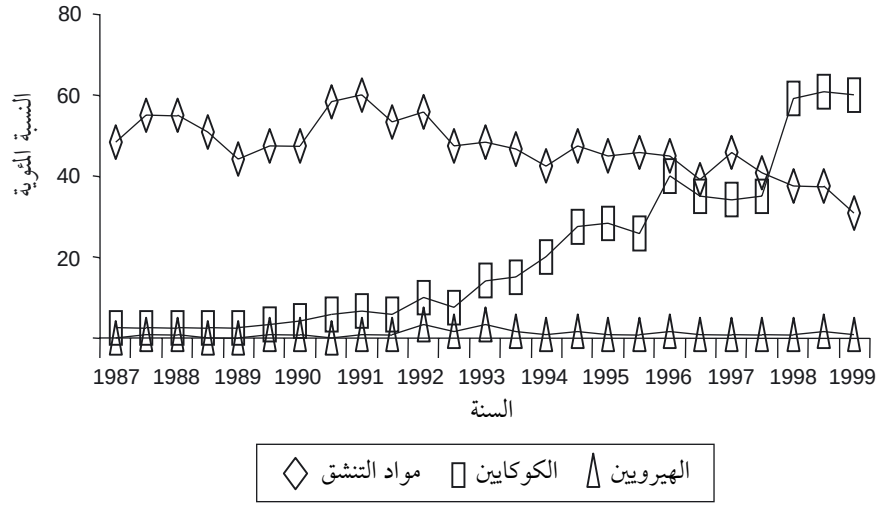
وكان الكوكايين مسؤولا عن أعلى زيادة في تعاطي مواد الإدمان، وهو ما تشهد عليه كل نظم المعلومات المتاحة ويتضح من نظام التسجيل في مكسيكو سيتي أن عدد متعاطي المخدرات المسجلين الذين أبلغوا عن تعاطيهم الكوكايين ارتفع من ٤ في المائة من الحالات في عام ١٩٨٦ إلى ٦٠ في المائة في عام ١٩٩٠ [٣٠] (الشكل الثاني). وتُبيّن النتائج المستمدة من نظام "سيسفيا" أن الطلب على العلاج من تعاطي الكوكايين ارتفع من ٧,٨ في المائة في ١٩٩١ إلى ٣٥,٣ في المائة في عام ٢٠٠١ [١٤].

الشكل الأول- الاتجاهات في انتشار تعاطي المخدرات والعقاقير في مرحلة من مراحل العمر في المكسيك، حسب الاستقصاءات الوطنية الأسرية للأعوام ١٩٨٨ و١٩٩٣ و١٩٩٨.



المصادر: México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones,* 1988 (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990); México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones,* 1993 (Dirección General de Epidemiología, 1993); México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones,* 1998 (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998).

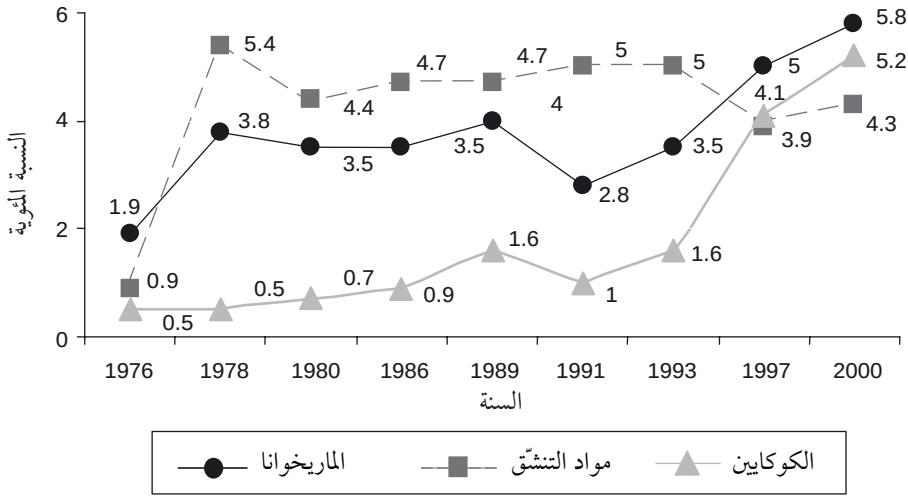
الشكل الثاني- نظام الإبلاغ عن المعلومات المتعلقة بالمخدرات
(النسبة المئوية للحالات بحسب نوع المخدر أو العقّار)



المصادر: A. Ortíz and others, “Sistema de reporte de información en drogas: tendencias 1987-1999”, *Observatorio Epidemiol gico sobre Adicciones* (Mexico City, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2001).

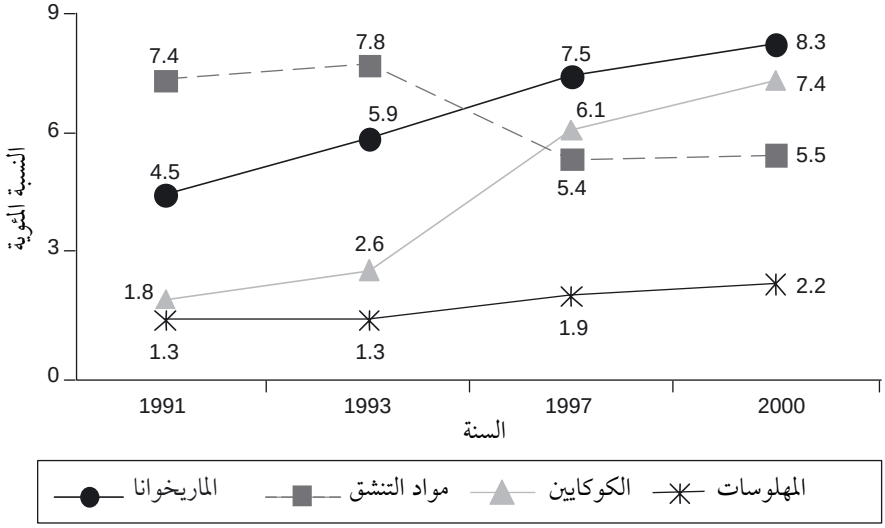
وبيّنت الدراسات الطلابية أيضا حدوث زيادة في نسبة الطلبة الذين جربوا الكوكايين؛ ففي مكسيكو سيتي ارتفعت نسبة انتشار تعاطي الكوكايين في مرحلة من مراحل العمر من ٠,٥ في المائة في عام ١٩٧٦ إلى ٥,٢ في المائة في عام ٢٠٠٠. ولوحظ انخفاض طفيف في تنشُّق المذيبات، حيث هبطت نسبة انتشار التعاطي في مرحلة من مراحل العمر من ٥,٤ في المائة في عام ١٩٧٨ إلى ٤,٣ في المائة في عام ٢٠٠٠ [١٨، ٢٠، ٢١، ٣٤] (الشكل الثالث). ويبيّن الشكلان الرابع والخامس الاتجاهات النسبية لتعاطي المخدرات في مرحلة من مراحل العمر بين الطلبة الكبار من الذكور والإناث. وكان عدد الذكور الذين يتعاطون مواد الإدمان أكبر من عدد الإناث؛ وسُجلت زيادات ملحوظة في تعاطي الماريخوانا والكوكايين في كلتا الفئتين؛ وكان هناك انخفاض في تعاطي المذيبات بين الذكور، وهو اتجاه لم يُلاحظ بين الإناث. ويمكن تبّين الانخفاض في استهلاك مواد التنشُّق من انخفاض الطلب على العلاج في المراكز التي تديرها الحكومة، إذ هبط هذا الطلب من ٥٦ في المائة في عام ١٩٩٠ إلى ٣٥ في المائة في عام ٢٠٠٠ [٣١]. ولكن مواد التنشُّق ظلت مواد الإدمان المفضلة لدى العمال الأطفال.

الشكل الثالث- الاتجاهات في انتشار تعاطي المخدرات أو العقاقير في مرحلة من مراحل العمر بين طلبة المرحلتين الإعدادية والثانوية، مكسيكو سيتي، ١٩٧٦-٢٠٠٠.



المصـــادر: M. E. Castro and others, “Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años”, *Salud Mental*, 1986, vol. 9, No. 4, pp. 80-85; J. De la Serna and others, “Medicin del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989”, *Memorias de la IV Reuni n de Investigaci n, Instituto Nacional de Psiquiatr a*, 1991, pp. 183-187; M. E. Medina-Mora and others, “Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana”, *Salud Mental*, vol. 16, No. 3 (1993), pp. 2-8; J. Villatoro and others, “La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997”, *Salud Mental*, vol. 22, No. 1 (1999), pp. 18-30; J. Villatoro and others, “Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México”, *Observatorio Epidemiol gico en Adicciones* (Mexico City, Secretaría de Salud, 2001).

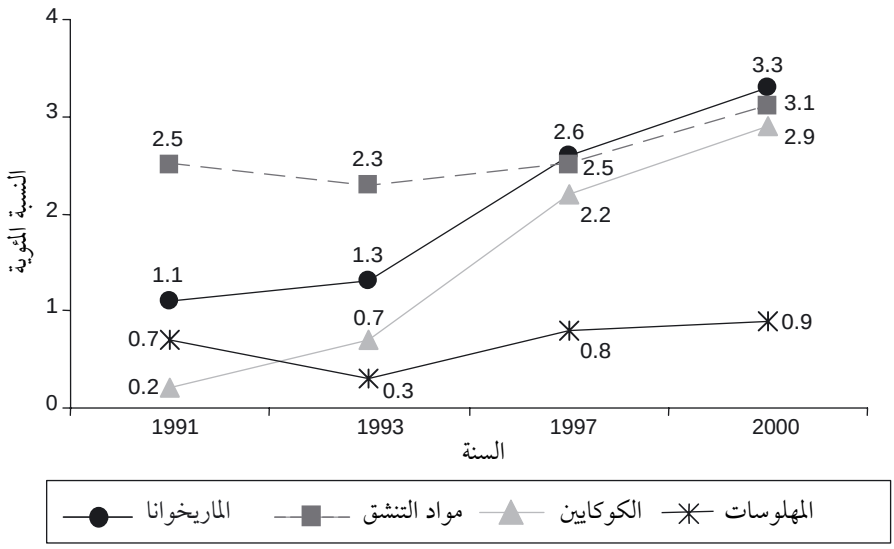
الشكل الرابع- الاتجاهات في انتشار تعاطي المخدرات أو العقاقير في مرحلة من مراحل العمر بين الذكور من طلبة المرحلتين الإعدادية والثانوية، مكسيكو سيتي، ١٩٩١-٢٠٠٠



المصـادر: "M. E. Castro and others, "Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años", Salud Mental, 1986, vol. 9, No. 4, pp. 80-85; J. De la Serna and others, "Medicina del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989", Memorias de la IV Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría, 1991, pp. 183-187; M. E. Medina-Mora and others, "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana", Salud Mental, vol. 16, No. 3 (1993), pp. 2-8; J. Villatoro and others, "La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997", Salud Mental, vol. 22, No. 1 (1999), pp. 18-30; J. Villatoro and others, "Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México", Observatorio Epidemiológico en Adicciones (Mexico City, Secretaría de Salud, 2001).

ووفقا للاستقصاء الذي أجراه النظام الوطني للتنمية الأسرية الشاملة في عام ١٩٩٩ [٢٨]، كانت أكثر العقاقير شيوعا بين العمال الأطفال مواد التنشُّق (بلغت نسبة انتشار تعاطيها في مرحلة من العمر ٣,٥ في المائة للذكور و٠,٩ في المائة للإناث). والماريخوانا (نسبة الانتشار في مرحلة من العمر: ٣,٤ للذكور و٠,٩ في المائة للإناث). وكان الانتشار أقل في تعاطي الكوكايين (٠,٧ في المائة للذكور و٠,٤ في المائة للإناث) والأقراص (٠,٧ في المائة للذكور و٠,٥ في المائة للإناث). واختلفت نسب الانتشار اختلافا كبيرا وفقا لنوع الفئة السكانية المدروسة، مرتفعة إلى ٥٦ في المائة عندما لا يكون الطفل يعيش في كنف الأسرة [٢٨]. وكان متوسط عمر العمال الأطفال في هذه العينة ١٣ سنة (من ٦ سنوات إلى ١٧ سنة)، وكان ٧٢ في المائة منهم ذكورا، و٢٣ في المائة يعملون في رَزم البقالة في المتاجر الكبرى و٤٤ في المائة باعة جوالين. وكان معظمهم يعيشون مع أفراد الأسرة، بمن فيهم الأفراد الذين يقومون مقام الأب (٩٠ في المائة)، و٢ في المائة فقط في الشوارع؛ وكان ٦٥ في المائة ملتحقين بالمدارس.

الشكل الخامس- الاتجاهات في انتشار تعاطي المخدرات في مرحلة من مراحل العمر بين طالبات المرحلتين الإعدادية والثانوية، مكسيكو سيتي، ١٩٩١-٢٠٠٠



Sources: M. E. Castro and others, "Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años", *Salud Mental*, 1986, vol. 9, No. 4, pp. 80-85; J. De la Serna and others, "Medicina del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989", *Memorias de la IV Reuni n de Investigaci n, Instituto Nacional de Psiquiatr a*, 1991, pp. 183-187; M. E. Medina-Mora and others, "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana", *Salud Mental*, vol. 16, No. 3 (1993), pp. 2-8; J. Villatoro and others, "La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997", *Salud Mental*, vol. 22, No. 1 (1999), pp. 18-30; J. Villatoro and others, "Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México", *Observatorio Epidemiol gico en Adicciones* (Mexico City, Secretaría de Salud, 2001).

المصـــادر:

ويبدو أن تعاطي الهيروين في المكسيك يتركز في المناطق الواقعة على الحدود مع الولايات المتحدة، وإن كـانت هنـــاك بـعض الحالات في مـنـاطـق أخرى من البلد [٣٥]. وقـد لاحظ سواريز-توريللو حدوث [٣٦] زيادة مفاجئة في السبعينات في عدد الحالات الجديدة من تعاطي الهيروين بين نزلاء السجون في ولاية باخا كاليفورنيا وبين المرضى الملتحقين بمركز إدماج الشباب في المجتمع في مدينة تيخوانا، باخا كاليفورنيا، وهو المركز الوحيد الذي كان لديه برنامج إيوائي آنذاك. ولاحظ توريللو، متخذا من سنة البداية مؤشر أساسيا، أن حالات التعاطي الجـديدة ظـلـت مستقرة بين عامي ١٩٦٠ و١٩٧٠، ولكنها ازدادت كثيرا بدءا بعام ١٩٧٢ في السجـون وبدءا بعام ١٩٧٣ في مراكز العلاج، وسُجـــلت في عام ١٩٧٦ زيادة في عدد الحالات الجديدة بلغت ٧٠٠ في المائة مقارنة بعام ١٩٧٠.

وبين عامي ١٩٧٦ و١٩٨٢، كان يتعاطى الهيروين اثنان من بين كل ١٠٠ مريض ملتحقين بمراكز إدماج الشباب في المجتمع في مختلف أنحاء البلد. وكان ٨٢ في المائة من هؤلاء يتلقون العلاج في المراكز

العلاجية الموجودة في المدن الأربع الواقعة على الحدود مع الولايات المتحدة، وهي تيخوانا وسيوداد-خواريز ونوغاليس وبييدراس تيغراس [١٢]. وفي عام ٢٠٠٠، كان ٥ في المائة من المرضى الذين أتوا إلى مراكز إدماج الشباب في المجتمع قد تعاطوا الهيروين؛ وارتفعت هذه النسبة إلى ما بين ٢٣ و٤٦ في المائة في المراكز الواقعة على الحدود مع الولايات المتحدة [٣١]. ولاحظ نظام "سيسفيا" حدوث زيادة في تعاطي الهيروين كمخدر شديد التأثير من ٦,٢ في المائة إلى ٤٣,٩ في المائة بين عامي ١٩٩٤ و١٩٩٨ بين المرضى المتلقين العلاج في المؤسسات غير الحكومية على حدود البلد الشمالية [١٤].

ووفقا للاستقصاء الوطني عن الإدمان لعام ١٩٩٨، كان هناك ٦ من بين كل ألف من الذكور الكبار يتعاطون المخدرات بالحقن مقابل ٥ فقط من بين كل مئة ألف أنثى. وكان ما يزيد قليلا على نصف عدد الرجال (٥٦ في المائة) يتعاطون المخدرات بالحقن في الوريد في السنة التي سبقت هذه الدراسة. وأكثر المخدرات اقترانا بهذه الطريقة من التعاطي هو الهيروين: حيث أفاد ٧٣ في المائة من المتعاطين بأنهم يتعاطون هذا المخدّر عن طريق الحقن، بينما لم يكن يفعل ذلك سوى عدد قليل من متعاطي الكوكايين (١,٢ في المائة). وأفاد واحد من بين كل خمسة من متعاطي المخدرات بالحقن بأنه يستخدم لهذا الغرض محاقن مستعملة. ووفقا لسجلات الإصابة بمتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، جاءت إصابة ١,٧ في المائة من مرضى الإيدز عن طريق حقن المخدرات [٣٧]. وعلما بالاتجاهات الراهنة، قد تكون هذه النسبة آخذة في الازدياد.

وتشهد هذه الدراسات على أن مشكلة المخدرات ليست واحدة في جميع مناطق المكسيك: فالاستقصاءات التي أجريت في منطقة الحدود الشمالية تبيّن أن نسبة تعاطي المخدرات في مدينتي تيخوانا وسيوداد-خواريز تزيد على نسبته في بقية البلد بأكثر من الضعف. ويتبيّن من الدراسات التي تناولت المراهقين وجود أوجه اختلاف ملحوظة في نسب التعاطي؛ فتنشُّق المذيبات، على سبيل المثال، يحدث في وسط المكسيك وجنوبها أكثر بكثير من المناطق الأخرى. وتؤكّد نظم المعلومات أن مشكلة تعاطي الهيروين هي على أشدها في منطقة الحدود الشمالية للبلد.

المشاكل الجديدة

لا تكمن المشكلة فحسب في ظهور فئات جديدة من المتعاطين، بل وفي ظهور أنواع جديدة من مواد الإدمان أيضا. فقد لوحظ في عام ١٩٩٥ لأول مرة في مكسيكو سيتي مخدر يعرف باسم Refractyl Ofteno، يُتعاطى كمسكر عن طريق التنشُّق، ولكن فرضت عليه ضوابط وتوقف تعاطيه بعد ذلك بقليل. ويجري أيضا تعاطي مواد ذات استخدامات طبية كالفلونيترازيبام، مثلما يتضح من عدد المرات التي أفاد فيها متعاطو المخدرات المدونون في نظام التسجيل الخاص بالعاصمة المكسيكية عن تعاطي هذه المادة: ١٠٥ حالات في عام ١٩٩٤ مقابل ١٦ حالة في عام ١٩٨٨. وظلت نسب تعاطيها مرتفعة منذ ذلك الحين [٣٠].

ثم ظهرت في الأسواق عقاقير أمفيتامينية (أكثرها شيوعا الميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين (MDMA) المعروف باسم "اكستاسي"). وقد سُجِّل تعاطي "اكستاسي" لأول مرة في أوائل التسعينيات، وكان معظمه في منطقة الحدود الشمالية الغربية من البلد. وتشير سجلات المرضى المعالجين في مراكز إدماج الشباب في المجتمع إلى أن نسبة تعاطي "الاكستاسي" على نطاق البلد بلغت ٢,٧ في المائة في

عام ١٩٩٥، بينما بلغت نسبة تعاطيه في نفس السنة بين مرضى المركز الموجود في مدينة تيخوانا بولاية باخا كاليفورنيا ٤٢ في المائة. ولا يزال هذا التباين الجغرافي قائما حتى هذا اليوم.

المنظورات

كانت الاستراتيجية البحثية التي اتبعتها المكسيك مفيدة في توفير تشخيص لحالة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات. وكان لاتساق المؤشرات المستخدمة في مختلف الدراسات التي أجرتها مؤسسات مختلفة أهمية بالغة. فقد تسنى بفضل هذا الاتساق تجميع المعلومات المستمدة من مختلف المصادر ليتشكل منها تشخيص عام للحالة، كما تسنى بفضل تواصل الدراسات ملاحظة ظهور الاتجاهات الجديدة.

ولا تزال هناك عدة تحديات في تشخيص حالة الانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات في المكسيك. وينبغي اتخاذ ما يلزم من إجراءات لكي تكون المعلومات المتعلقة بحالة المخدرات مفيدة لمتخذي القرارات في تقرير كيفية معالجتهم للتحديات الجديدة التي تأتي بها الاتجاهات في تعاطي المخدرات. وقد ظلّت الجداول الزمنية للإبلاغ تُصمَّم حتى هذا التاريخ وفقا للاحتياجات الأكاديمية، من حيث المواعيد النهائية لنشر المجلات العلمية. والمطلوب الآن هو نظام يسمح بإعداد البيانات بأسلوب أنسب لاتخاذ القرارات. وينبغي أيضا التوسع في الدراسات الروتينية ونظم المعلومات القائمة لكي تراعي الاتجاهات الجديدة بشكل أسرع، بما في ذلك مخدرات التعاطي الجديدة والتغيرات التي تطرأ على الفئات التي تتعاطى المخدرات وعلى أساليب التعاطي. ويمكن تضمين الاستراتيجيات مؤشرات حساسة تجاه هذه التغيرات واستكمالها باستحداث دراسات للتقييم السريع للمشاكل الجديدة. ورغم الأهمية، لم يُجرَ حتى الآن إلا القليل من الدراسات عن الإحالات الصادرة عن المحاكم. وينبغي أن تشمل نظم المعلومات الموقوفين أو الموجودين في مؤسسات التأهيل الاجتماعي. ويمكن أن توفّر الدراسات المختلفة معلومات تكون أكثر فائدة في تقدير الاحتياجات العلاجية وتقييم البرامج الوقائية والعلاجية والتأهيلية. ومن المستصوب بالتالي إدراج مؤشرات توفّر مثل هذه التقييمات. وهذه هي التحديات التي يحاول مرصد المخدرات المنشأ حديثا معالجتها في الوقت الراهن.

المراجع

١- W. Taylor, *Drinking, Homicide and Rebellion in Colonial Mexican Villages* (Stanford, California, Stanford University Press, 1979).

٢- C. Viesca, "Bosquejo histórico de las adicciones", *Las Adicciones, Dimensi n, Impacto y Perspectivas*, R. Tapia-Conyer, ed. (Mexico City, Manual Moderno, 1994).

٣- J. Carranza and others, "Dependencia a drogas entre estudiantes de secundaria del Distrito Federal", *Farmacodependencia*, vol. 4, 1972, pp. 1-16.

٤- R. De la Fuente, "El problema de la dependencia a drogas", *Gaceta M dica de M xico*, vol. 103, 1972, pp. 101-123.

٥- G. Belsasso and R. Rosenkranz, "Incidencia del consumo de alcohol en el área metropolitana de la Ciudad de México: reporte preliminar", *Revista Nacional de Neurolog a*, No. 5, 1971, pp. 1-19.

٦- M. E. Medina-Mora, “Prevalencia del consumo de drogas en algunas ciudades de la República Mexicana: encuestas de hogares, enseñanza e investigación”, *Psicolog a*, vol. IV, No. 7 (1978), pp. 111-125.

٧- M. E. Castro and M. Valencia, “Consumo de drogas en México: patrones de uso en la población escolar”, *Salud P blica de M xico*, vol. 21, No. 5 (1978), pp. 585-590.

٨- H. Leal and others, “Naturalistic study of the phenomenon of inhalant use in a group of children in Mexico City”, *Voluntary Inhalation of Industrial Solvents*, C. W. Sharp and L. T. Carroll, eds. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1978), pp. 95-108.

٩- G. Natera, “Study on the incidences of use of volatile solvents in 27 centers in Mexico”, *Voluntary Inhalation of Industrial Solvents*, C. W. Sharp and L. T. Carroll, eds. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1978).

١٠- México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones*, *1988* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990).

١١- A. Ortiz and others, “Sistema de reporte de información en drogas: tendencias 1987-1999”, *Observatorio Epidemiol gico sobre Adicciones* (Mexico City, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2001).

١٢- J. Hernandez and R. Sanchez-Huesca, “Reporte interno no publicado”, Centros de Integración Juvenil, 1989.

١٣- J. Suarez, “La penitenciaría del Estado de Baja California, México: ¿Una comunidad cerrada?”, Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Centros de Integración Juvenil, 1989.

١٤- R. Tapia-Conyer, P. Kuri and P. Cravioto, *Sistema de Vigilancia Epidemiol gica de las Adicciones (SISVEA): Informe 2001* (2002).

١٥- P. Hughes and others, *Core Data for Epidemiological Studies of Non-medical Drug Use*, WHO Offset Publication 56 (Geneva, World Health Organization, 1980).

١٦- México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones*, *1993,* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993).

١٧- México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones, 1998* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998).

١٨- M. E. Castro and others, “Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años”, *Salud Mental*, 1986, vol. 9, No. 4, pp. 80-85.

١٩- M. E. Medina-Mora and others, “Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana”, *Salud Mental*, vol. 16, No. 3 (1993), pp. 2-8.

٢٠- J. Villatoro and others, “La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997”, *Salud Mental*, vol. 22, No. 1 (1999), pp. 18-30.

٢١- J. Villatoro and others, “Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México”, *Observatorio Epidemiol gico en Adicciones* (Mexico City, Secretaría de Salud, 2001).

٢٢- R. Sánchez-Huesca and E. Ramón, “Análisis de un estudio epidemiológico realizado en escuelas de la República Mexicana”, Centros de Integración Juvenil, vol. I (1983).

٢٣- M. E. Medina-Mora and others, “A methodology for intensive case-finding and monitoring of drug use in a Mexican community”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. XXXII, No. 2 (1980), pp. 17-26.

٢٤- R. Smart, G. Natera and J. Almendares, “A trial of a new method for studying drinking and drinking problems in three countries of the Americas”, *Bulletin of the Pan American Health Organization*, vol. 14, No. 4 (1980), pp. 318-326.

٢٥- M. E. Medina-Mora and others, “Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos”, *Salud Mental*, vol. 5, No. 1 (1982), pp. 77-81.

٢٦- P. Cravioto and M. E. Medina-Mora, “El problema de la heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua”, forthcoming.

٢٧- L. Vega and R. Gutiérrez, “La inhalación deliberada de hidrocarburos aromaticos durante el embarazo de adolescentes consideradas como ‘de la calle”, *Salud Mental*, vol. 21, No. 2 (1998), pp.1-9.

٢٨- M. E. Medina-Mora, J. Villatoro and C. Fleiz, “Uso indebido de sustancias”, *Estudio de Ni os, Ni as y Adolescentes entre 6 y 17 A os: Trabajadores en 100 Cuidades*, vol. 7, 1999, pp. 369-374.

٢٩- M. Romero, “Sobre la necesidad de conceptuar el género en el estudio de las adicciones”, *Psicologia y Salud*, No. 5, 1995, pp. 135-146

٣٠- A. Ortíz and others, “Sistema de reporte de información en drogas: tendencias 1987-1999”, *Observatorio Epidemiol gico sobre Adicciones* (Mexico City, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2001).

٣١- Centros de Integración Juvenil, *Tendencias del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en Centros de Integraci n Juvenil, A.C. 1990-2000* (2000).

٣٢- A. J. Caraveo and others, *Epidemiolog a de la Morbilidad Psiqui trica en la Ciudad de M xico: Reporte Final de Investigaci n* (Mexico City, Consejo Nacional de Ciencia y Technología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997).

٣٣- N. Salgado and M. Díaz-Pérez, “La prevalencia de algunos trastornos mentales, su interpretación sociocultural y la utilización de servicios de salud mental en poblaciones rurales: el impacto de la migración México-Estados Unidos”, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reporte CONACYT, 1998.

٣٤- J. De la Serna and others, “Medicin del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989”, *Memorias de la IV Reuni n de Investigaci n, Instituto Nacional de Psiquiatria*, 1991, pp. 183-187.

٣٥- R. Tapia-Conyer, P. Kuri and A. Revuelta, “Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA)”, Informe Final, México, Dirección General de Epidemiología, 1998.

٣٦- J. E. Suárez-Toriello, “Análisis de 800 casos de farmacodependencia a heroína”, *Hero na*, vol. 2, No. 1 (1989) pp. 123-137.

٣٧- México, Secretaría de Salud, Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, “Situación epidemiológica del SIDA, SIDA/ETS”, *Epidemiolog a*, 1998.

الاتجاهـات السـائدة في تعاطـي المـواد ذات التـأثير النفسـاني في الاتحـاد الروسـي

أ. كوشكينا

رئيس قسم دراسة الانتشار الوبائي، معهد البحوث العلمية للدراسات الخاصة بالإدمان، وزارة الصحة ، الاتحاد الروسي

خلاصـــة

بين عامي ١٩٩١ و٢٠٠٠ ، ازداد عدد المدمنين على المخدرات في الاتحاد الروسي بمقدار عشرة أمثال وازداد عدد متعاطين المخدرات مقدار ٦,٤ أضعاف. ووفقا للمؤشر الناشئ عن ذلك، ازداد هذا العدد مقدار ٧,٧ أضعاف إذ انخفض عدد سكان البلد بنسبة ٢ في المائة خلال تلك الفترة. وأخذ انتشار الإدمان على المخدرات بين النساء يتزايد بسرعة. فقد ارتفع عدد المدمنات على المخدرات بين عامي ١٩٩٣ و٢٠٠٠ مقدار ١٢,٦ . ضعفا ولا يزال المراهقون أكثر فئة اجتماعية ينتشر فيها التعاطي والارتهان للمخدرات وغيرها من المواد ذات التأثير النفساني. فلم يشهد العقد الماضي فحسب زيادةً كميةً (سبعة عشر ضعفا) في انتشار تعاطي المخدرات بين المراهقين، بل شهد أيضا تغيّرا نوعيا: إذ ازداد عدد المراهقين المتعاطين للمخدرات كما ازدادت نسبة المرتهنين لها من بينهم. ويكاد عدد المراهقين الملتمسين العلاج لأول مرة يصل إلى ضعف الرقم المقابل له لدى السكان ككل (٨٤,٥ بين كل ١٠٠ ٠٠٠ مراهق مقابل ٥٠,٦ بين كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان ككل).

وقد أظهرت البحوث التي أجريت في بعض مدن الاتحاد الروسي أن هناك اتجاها تصاعديا واضحا في انتشار تعاطي المخدرات في جميع هذه المدن، تدلل عليه المؤشرات المباشرة وغير المباشرة. وتتطلب هذه الحالة اتخاذ إجراءات عاجلة لأن عدد الإصابات الجديدة بالتهاب الكبد وفيروس نقص المناعة البشرية (الهيف) بين المتعاطين آخذ بالازدياد ونسبة متعاطي المخدرات بالحقن بالوريد تتزايد هي الأخرى.

العبارات الرئيسية: المخدرات غير المشروعة؛ الإدمان على المخدرات؛ الحالات الجديدة؛ الانتشار؛ الاتحاد الروسي؛ الديناميات.

تميز العقد الماضي بتدهور حاد في حالة تعاطي المخدرات في الاتحاد الروسي، وهو ما يشكل تهديدا للأمن القومي للبلد. فمع بداية عام ٢٠٠١، كان ٢,١ في المائة من السكان قيد المراقبة الصحية في مستوصفات البلد المتخصصة في العلاج من تعاطي المخدرات: ما يزيد على ثلاثة ملايين مريض (أو ٢ ٠٩٥,٤ بين كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان) كانوا يعانون من الإدمان على الكحول أو المخدرات أو من تعاطي مواد الإدمان، ومنهم مجموعة كانت تتلقى رعاية وقائية.

وبمقارنة البيانات الإحصائية للمدمنين على الكحول والمدمنين على المخدرات، يتبيّن أن انتشار الإدمان على الكحول بين السكان يفوق كثيرا انتشار الإدمان على المخدرات. ولكن هناك عاملين يجب أخذهما بعين الاعتبار: أولهما أن الحالات المستترة في تعاطي المخدرات تفوق الحالات المستترة في تعاطي الكحول، والثاني أن المخاطر الاجتماعية المقترنة بالإدمان على المخدرات تفوق المخاطر الاجتماعية المقترنة بالإدمان على الكحول.

ومنذ بداية التسعينيات، أصبح الإدمان على المخدرات قضية أكثر سخونة، من حيث صحة السكان ومن حيث وعي المجتمع بهذه المشكلة. ووفقا لبيانات الدراسات الاجتماعية للفترة ٢٠٠٠-٢٠٠١، كان انتشار الإدمان على المخدرات أهم مشكلة اجتماعية في العديد من مناطق البلد. وأسباب هذه الظاهرة عديدة، كآثار الحرب في أفغانستان وهشاشة حدود الاتحاد الروسي والانفتاح الاقتصادي، ومعظم الاختصاصيين يرسمون توقعات مخيبة للآمال عما ستؤول إليه هذه الحالة.

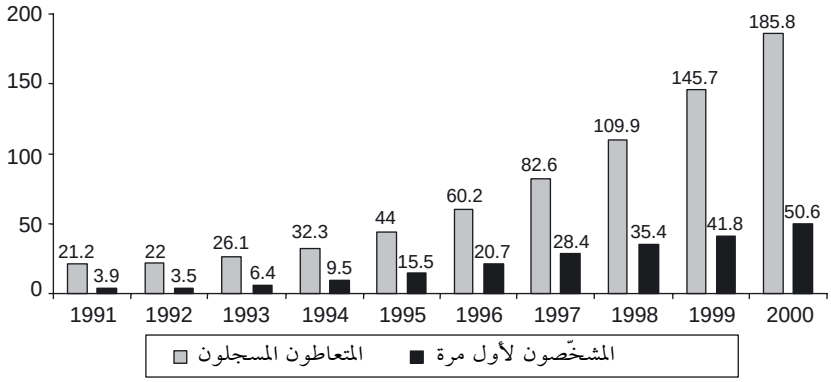
والغرض من هذه المقالة هو توفير تقييم لحالة تعاطي المخدرات في الاتحاد الروسي بالاستناد إلى البيانات التي جمعتها وزارة الصحة. والعلاج من تعاطي المخدرات في الاتحاد الروسي تُوفّره الدولة في المستشفيات والمستوصفات والعيادات المخصصة لذلك وأقسام العلاج من المخدرات في مؤسسات الطب النفسي كما توفره شبكة من مراكز العلاج من المخدرات المملوكة للقطاع الخاص. وتُدرج المعلومات المتعلقة بالمرضى الذين يلتمسون العلاج من المستوصفات التابعة للدولة في السجلات الإحصائية لوزارة الصحة. وتشمل الاحصائيات الفئات الرئيسية التالية من المرضى: *(أ)* المشخَّصون بمتلازمة الارتهان للكحول؛ *(ب)* المشخَّصون بمتلازمة الارتهان للمخدرات (الإدمان على المخدرات)؛ *(ج)* المشخَّصون بمتلازمة الارتهان لمواد إدمان غير مخدرة؛ *(د)* والذين يتناولون الكحول والمخدرات ومواد إدمان غير مخدرة بما يعود عليهم بالضرر (تعاطي الكحول والمخدرات ومواد الإدمان غير المخدرة).

ووفقا للبيانات الإحصائية الرسمية، ازداد عدد المدمنين على المخدرات الخاضعين للمراقبة في مستوصفات العلاج من المخدرات بمقدار تسعة أمثال في ١٠ سنوات: ففي عام ٢٠٠٠، بلغ عدد هؤلاء المدمنين ٠٩٣ ٢٦٩ مدمنا، أو ١٨٥,٨ في كل ٠٠٠ ١٠٠ من السكان، بينما كانت هذه النسبة ٢١,٢ في كل ٠٠٠ ١٠٠ في عام ١٩٩١ (الشكل الأول). وفي ٢٢ إقليما، كان حجم مؤشر الاصابات المرضية هذا أعلى من المعدل الوطني للاتحاد الروسي. وسجّلت منطقة سامارا أكبر عدد من المدمنين (٥١٥,٦ في كل ٠٠٠ ١٠٠ من السكان) تليها منطقة تومسك (٤٩٥,٠) ثم منطقة كيميروفو (٤٤٢,٦).

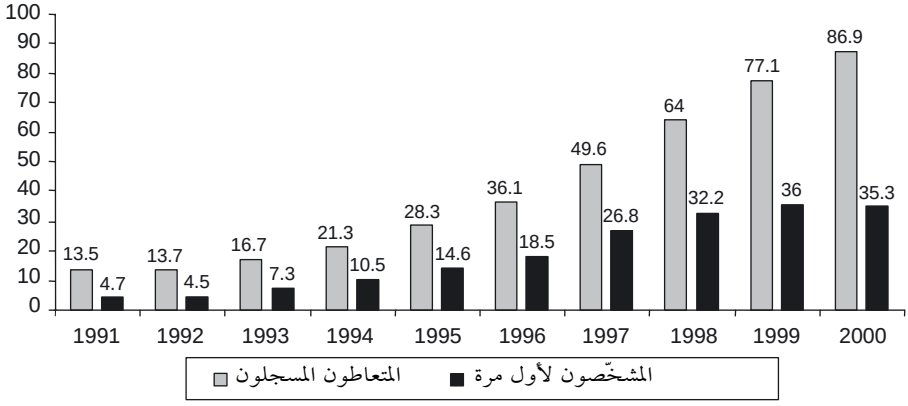
ووصل عدد ملتمسي العلاج من إدمان المخدرات لأول مرة في الاتحاد الروسي في عام ٢٠٠٠ إلى ٥٠,٦ في كل ٠٠٠ ١٠٠ من السكان، ويكون هذا العدد بذلك قد ازداد مقدار ثلاثة عشر ضعفا في عشر سنوات (الشكل الأول). وازداد عدد المدمنين ملتمسي العلاج لأول مرة، محسوبا كنسبة من العدد الكلي للخاضعين للمراقبة، من ١٨ في المائة في عام ١٩٩١ إلى ٢٧ في المائة في عام ٢٠٠٠.

وإلى جانب ازدياد الإدمان على المخدرات، هناك تصاعد أيضا في عدد المتعاطين. وازداد عدد الخاضعين للمراقبة في مستوصفات العلاج من المخدرات مقدار ٦,٤ أضعاف بين عامي ١٩٩١ و٢٠٠٠ (من ١٣,٥ إلى ٨٦,٩ في كل ٠٠٠ ١٠٠ من السكان (الشكل الثاني).

الشكل الأول- عدد مدمني المخدرات المسجلين في نهاية السنة وعدد المشخَّصين لأول مرة في الاتحاد الروسي: التغيّر خلال الفترة ١٩٩١ - ٢٠٠٠
(في كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان)



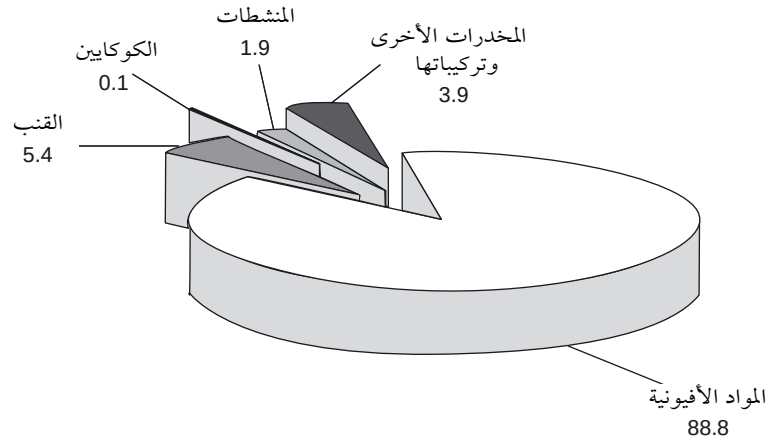
الشكل الثاني- عدد متعاطي المخدرات المسجلين في نهاية السنة وعدد المشخَّصين لأول مرة في الاتحاد الروسي: التغيّر خلال الفترة ١٩٩١ - ٢٠٠٠
(في كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان)



ومن العدد الكلي للخاضعين للمراقبة في مستوصفات العلاج من المخدرات نتيجة التعاطي، كانت نسبة طالبي العلاج لأول مرة ٤١ في المائة. وفي عام ٢٠٠٠، بلغ عدد متعاطي المخدرات الملتمسين العلاج لأول مرة في حياتهم، في الاتحاد الروسي ككل، ١٥٧ ٥١ أو ٣٥,٣ في كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان. وأظهر هذا المؤشر اتجاها تصاعديا على مدى تسع سنوات، وقد ازداد بين عامي ١٩٩١ و١٩٩٩ بمقدار ٧,٧ أضعاف (ففي عام ١٩٩١ كان هذا العدد ٤,٧ في كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان). وفي عام ٢٠٠٠، اقترب المؤشر من معدل السنة السابقة (الشكل الثاني).

وفيما يلي توزيع للمخدرات المتعاطاة في الاتحاد الروسي، حسب البيانات المتعلقة بملتمسي العلاج من المخدرات في عام ٢٠٠٠: شكّل الأفيون ٩٠,١ في المائة من المخدرات المتعاطاة، وشبائه القنب ٤,٣ في المائة، والمخدرات الأخرى وتركيباتها ٣,٦ في المائة، والمنشطات النفسانية ٢ في المائة (الشكل الثالث).

الشكل الثالث- أنواع المخدرات التي تعاطاها الخاضعون للعلاج في الاتحاد الروسي في عام ٢٠٠٠
(النسبة المئوية)



ملحوظة: مجموع هذه النسب المئوية لا يبلغ ١٠٠ تماما بسبب جبر الكسور.

وانتشار تعاطي مواد الإدمان مشكلة أقل إلحاحا، إذ لم يشهد الاتحاد الروسي منذ فترة طويلة أي زيادة كبيرة في عدد الإصابات المرضية الجديدة الناجمة عن تناول المواد غير المخدرة لأغراض غير طبية. وبين عامي ١٩٩١ و٢٠٠٠ ازداد عدد متعاطي مواد الإدمان الذين كانوا تحت المراقبة في مستوصفات العلاج من المخدرات مقدار ١,٩ ضعف، مرتفعا من ٤,٧ إلى ٨,٤ في كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان. وكان هناك، في المجموع، ١٢ ٨٢١ متعاطيا لمواد الإدمان من المشخَّصين بهذه الحالة المسجلين في مؤسسات البلد الطبية في عام ٢٠٠٠.

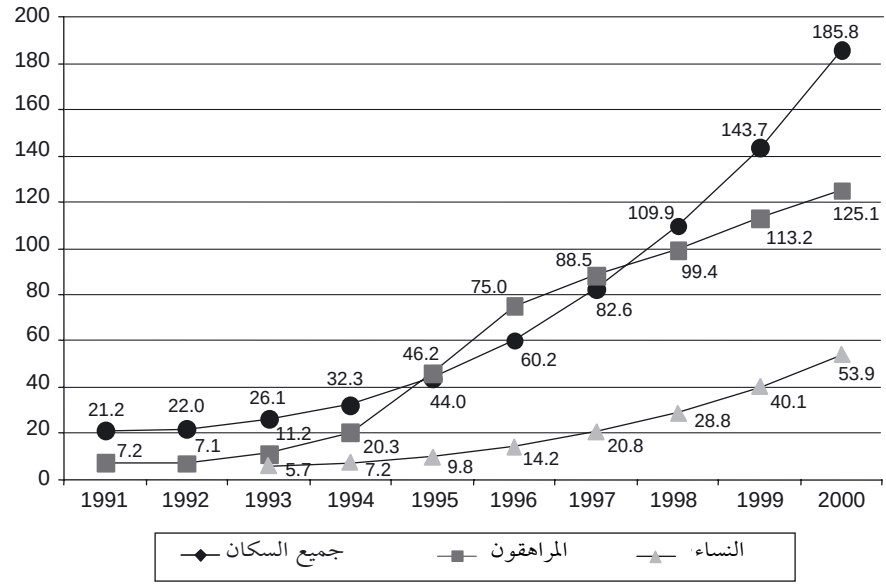
وأخذ تعاطي المخدرات يزداد انتشارا بين النساء. ففي نهاية عام ٢٠٠٠ كانت هناك ٤١ ٠٠٠ مدمنة خاضعة للمراقبة في مستوصفات العلاج من المخدرات في الاتحاد الروسي. ويمثل هذا العدد ٥٣,٩ في كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان الإناث (الشكل الرابع).

وهناك اختلافات إقليمية كبيرة في انتشار الإدمان على المخدرات بين النساء: فالفارق بين أعلى نسبة انتشار وأقلّها يزيد على العشرة أضعاف (إذ تبلغ هذه النسبة في منطقة سامارا ١٧٢,٥ في كل ١٠٠ ٠٠٠ من الإناث، وفي منطقة كيميروفو ١٣٥,٧ وفي منطقة تيومين ١٢٩,٦).

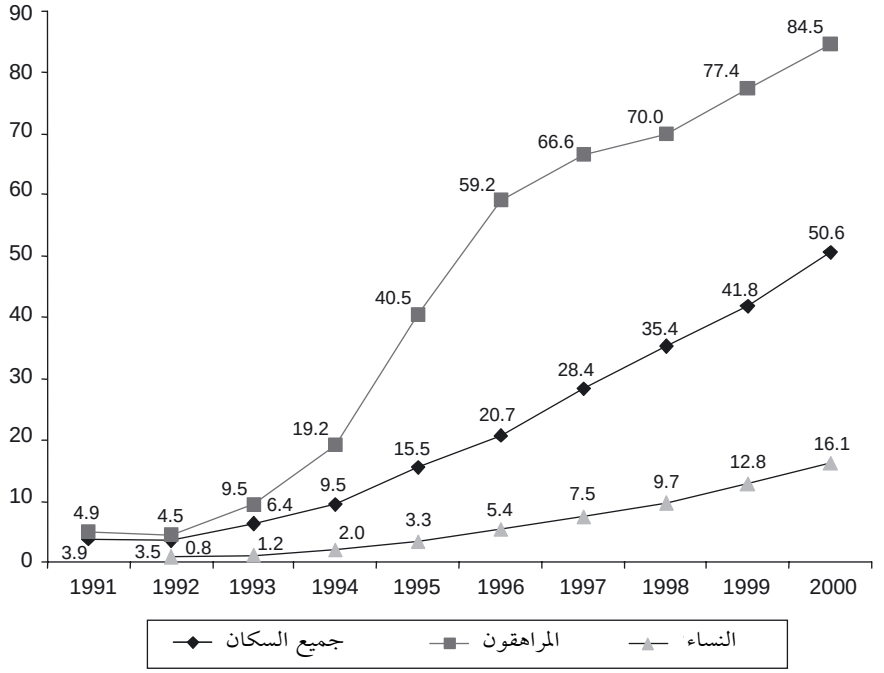
وهذا التغير في المؤشر الوارد أعلاه ناجم بالدرجة الأولى عن تغير عدد المدمنات على المخدرات اللواتي جرى تشخيصهن بهذه الحالة لأول مرة في حياتهن. وبين عام ١٩٩٣ (١,٢ في كل ١٠٠ ٠٠٠ من الإناث) وعام ٢٠٠٠ (١٦,١ في كل ١٠٠ ٠٠٠)، زاد عدد النساء المسجلات لأول مرة بتشخيص الإدمان على المخدرات مقدار ١٣,٤ ضعفا (الشكل الخامس).

ويكمن أحد أهم أسباب تدهور الحالة الصحية عند الأطفال والمراهقين في تزايد انتشار السلوكيات المدمرة للذات، وفي مقدمتها تعاطي المواد ذات التأثير النفساني. وتزخر الثقافات الفرعية الشبابية المعاصرة بمعلومات تروّج، بشكل أو بآخر، لتعاطي مواد الإدمان.

الشكل الرابع- عدد مدمني المخدرات المسجلين في الاتحاد الروسي في نهاية السنة: التغيّر في الفترة ١٩٩١ - ٢٠٠٠
(في كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان)



الشكل الخامس- عدد المشخّصين لأول مرة بحالة الإدمان على المخدرات في الاتحاد الروسي: التغيّر في الفترة ١٩٩١ - ٢٠٠٠
(في كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان)



ويُرى أن تعاطي بعض المراهقين للمخدرات عادة ما يكون عرضيا وغير ارتهاني في معظم الأحيان. فالمراهقون يحاولون تجربة طائفة كبيرة من مواد الإدمان بأنفسهم، بدءا بالكحول ومواد التنشُّق إلى الحشيش والمهلوسات. ثم تزول هذه الفترة "الاختبارية" عند معظمهم بتخطيهم مرحلة المراهقة. ولكن هذا التعاطي العرضي يصبح، عند بعض المراهقين، تعاطيا منهجيا ثم يتطور إلى ارتهان نفسي وبدني. ويشكل هؤلاء في ما بعد غالبية متعاطي المخدرات.

وفي عام ٢٠٠٠، كان هناك تحت المراقبة في مستوصفات العلاج من المخدرات ما مجموعه ٩ ٠٦٢ مراهقا مدمنا على المخدرات، أي ١٢٥,١ بين كل ٠٠٠ ١٠٠ مراهق (الشكل السادس). وزاد مؤشر عام ٢٠٠٠ سبعة عشر ضعفا مقارنة بمؤشر عام ١٩٩١. وفي عام ٢٠٠٠، كان المؤشر في ١٨ إقليما أعلى من المعدل الوطني، وبلغ في ثمانية من هذه الأقاليم ضعف هذا المعدل على الأقل. وسجّلت منطقة ايركوتسك أعلى مؤشر (٦٠٤,٦ بين كل ٠٠٠ ١٠٠ مراهق).

وقفز عدد المراهقين الملتمسين العلاج من الإدمان على المخدرات للمرة الأولى من ٤,٩ في كل ٠٠٠ ١٠٠ من السكان في عام ١٩٩١ إلى ٨٤,٥ في كل ٠٠٠ ١٠٠ في عام ٢٠٠٠، وهي زيادة تصل أيضا إلى سبعة عشر ضعفا (الشكل الخامس).

وتكشف مؤشرات تعاطي المخدرات أيضا عن اتجاه مخيب للأمل: فبين عامي ١٩٩١ و٢٠٠٠، زاد عدد المراهقين الخاضعين للمراقبة نتيجة تعاطيهم المخدرات خمسة أضعاف.

وفي عام ٢٠٠٠، وُضع تنبؤ بعدد الأفراد من الفئة العمرية صفر – ١٧ المتوقّع أن يلتمسوا العلاج من الإدمان على المخدرات. واختيرت للتحليل والتنبؤ مجموعة من البيانات الدينامية عن المرضى، محسوبة على أساس كل ٠٠٠ ١٠٠ من السكان من الفئة العمرية ذات الصلة، وذلك لأن مجموعات البيانات الموحدة قياسيا بهذه الطريقة تخلو من التقلب في أعداد السكان ويكون الاتجاه الذي تنم عنه بالتالي أكثر استقرارا. ووفقا للأنماط التي ظهرت، يمكن أن تصل حالات الإدمان الجديدة في الفئة العمرية صفر – ١٧، بحلول عام ٢٠٠٣، إلى٥١,٤ في كل ٠٠٠ ١٠٠ من السكان ويمكن أن يزيد عدد ملتمسي العلاج من الإدمان على المخدرات لأول مرة إلى ٢٧,٢ في كل ٠٠٠ ١٠٠ من السكان. وبناء على ذلك، إذا بقيت الاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية على ما هي عليه، فإن معدّل هذه المؤشرات سيرتفع بنسبة ٤٢ في المائة مقارنة بمؤشرات عام ٢٠٠٠.

ويوجد في الاتحاد الروسي منذ عام ١٩٩٤ مشروع متعدد المدن يعمل بالتعاون مع مجموعة بومبيدو التابعة لمجلس أوروبا، هدفه رصد وتقييم حالة المخدرات في ١١ مدينة من مدن الاتحاد. وتشمل البيانات المقدمة تقديرا مقارنا للبيانات المأخوذة من السجلات الحكومية لنظام الصحة والشؤون الداخلية للفترة ١٩٩٥ – ٢٠٠٠ يبين الخطوط العريضة لحالة العلاج من المخدرات في ثماني مدن هي موسكو وسانت بيترسبيرغ وكراسنودار وأورينبورغ وياروسلافل ونوفوسيبيرسك وكيميروفو وييكاتيرنبورغ.

وأسفرت البحوث التي أجريت في ١١ مدينة عن مؤشرات تبين نمط التغير في انتشار تعاطي المخدرات بين السكان:

(أ) زاد عدد ملتمسي العلاج من المخدرات للمرة الأولى بين ١,٣ ضعف و٥,٧ أضعاف، بينما كان المعدل الوطني ٢,٥ (الجدول ١)؛

(ب) زادت نسبة النساء بين ملتمسي العلاج للمرة الأولى (بـ ٢-١٠ في المائة، مقابل زيادة في المعدل الوطني بلغت ٣ في المائة (الجدول ٢)؛

(ج) لا تتّبع الإصابات الجديدة بالتهاب الكبد الفيروسي نمطا متسقا. فقد سجل مؤشرا مدينتي أورينبورغ ويا روسلافل زيادة كبيرة بواقع ٩ و٦ أضعاف على التوالي. وزادت مؤشرات بقية المدن بين ١,٣ ضعف وضعفين، باستثناء ييكاتيرينبورغ وكيميروفو (منذ عام ١٩٩٦) حيث هبط المؤشر بعض الشيء. وارتفع مؤشر المعدّل الوطني بمقدار ١,٢ ضعف (الجدول ٣)؛

(د) عدد الأشخاص المصابين بفيروس "الهيف" وبأمراض متصلة بمتلازمة نقص المناعة المكتسب آخذ في الازدياد في كل المدن المشمولة بالدراسة، ولكن أنماط الزيادة ليست واحدة: فقد زاد هذا العدد في موسكو ١٩٨ ضعفا وفي ييكاتيرينبورغ ١٧٤ ضعفا، وفي ياروسلافل ٨٨,٦ ضعفا وفي سانت بيترسبورغ ٢٨,٥ ضعفا وفي كيميروفو ١٠,٢ أضعاف، وفي كراسنودار ٧,٨ أضعاف. وزاد المعدل الوطني لعدد المصابين بفيروس "الهيف" ٧٨,١ ضعفا (الجدول ٤)؛

(هـ) في جميع المدن المشمولة بالدراسة، زاد معدّل الوفيات بين مدمني المخدرات المسجلين، مقارنة بعام ١٩٩٦، بين ٣ أضعاف (سانت بيترسبورغ) و١٤ ضعفا (أورينبورغ)، باستثناء كراسنودار حيث سجّل انخفاضا طفيفا (الجدول ٥)؛

(و) عدد الموقوفين لأسباب تتعلق بالمخدرات، بمن فيهم الموقوفون بتهمة بيع بالمخدرات، آخذ في الازدياد في معظم المدن المشمولة بالدراسة، وكذلك في البلد ككل (الجدول ٦).

الجدول ١- عدد مدمني المخدرات ومتعاطي مواد الإدمان ومتعاطي المخدرات وغيرها من المواد ذات التأثير النفساني الملتمسين العلاج للمرة الأولى
(في كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان)

المدينة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
موسكو	٣٤,٠	٥٤,٠	٨٢,٣	١٢٢,٩	١٣٥,٢	١١٥,٩
سانت بيترسبورغ	١٢,٣	١٢,٢	٣٠,٥	٥٥,٦	٦٤,٣	٦٢,١
كراسنودار	٢١٢,٩	٢١٣,١	٢٥٠,٠	٢٦٠,٠	٢٦٦,٨	٢٧٤,٨
أورينبورغ	٧٧,٦	٨١,٢	١٢٠,٣	٢٠٦,٦	٤٠٤,٢	٤٣٨,٨
ياروسلافل	٦,٩	٧,٨	١٢,٢	٢٥,٨	٣٢,٧	٣٤,١
نوفوسيبيرسيك	٦٤,٢	١٧١,٣	١٧٩,١	٧٣,١	١٠٢,١	١٠٥,٤
كيميروفو	٤٦,٩	٤٤,٥	٧٧,٨	١٩٠,٨	١٣٠,٠	١٨١,١
ييكاتيرنبورغ	٣٦,٨	٥١,٢	٣٨,٥	٦٤,٥	١٣٢,٩	١٢٩,٨
الاتحاد الروسي	٣٦,٦	٤٧,٤	٦٧,٣	٧٩,٠	٨٣,٤	٩٠,٥

الجدول ٢- نسبة النساء بين مدمني المخدرات ومتعاطي مواد الإدمان ومتعاطي المخدرات وغيرها من المواد ذات التأثير النفساني الملتمسين العلاج للمرة الأولى
(النسبة المئوية)

المدينة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
موسكو	١٣,١	١٣	١٧,٩	١٨,٥	١٩,٨	١٩,٧
سانت بيترسبورغ	١٩,٦	٢٠,٦	٢٢,٢	٢٣,٦	٢٢,٢	٢٦,٧
كراسنودار	١١,٠١	١١,٣	١٢,٥	١٢,٣	١٢,٥	١٦,٠
أورينبورغ	٢,٧	٧,٢	٨,٢	٦,٧	٨,٣	٩,٩
ياروسلافل	١١,٦	١٨,٣	١٥,٦	١٧,٥	١٣,١	١٣,٥
نوفوسيبيرسيك	١٠,٤	١٢,١	١٢,٩	١٥,٠١	١٦,٦	١٩,٥
كيميروفو	١٤,٢	٢٤,٥	٧,٧	--	٢٣,٨	١٩,٩
ييكاتيرنبورغ	١٣,١	١٤,٣	١٧,٩	١٣,٠	١٨,١	١٨,٤
الاتحاد الروسي	١١,٩	١٤,٢	١٣,٤	١٥,٩	١٤,٣	١٥,٢

ملحوظة: العلامة (--) تعني أن البيانات غير متاحة.

الجدول ٣- الإصابات الجديدة بالتهاب الكبد الفيروسي
(في كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان)

المدينة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
موسكو	٣١,٦	٤٠,٠٥	٦١,٢	٦٥,٠٣	٦١,١	٤٠,٢٧
سانت بيترسبورغ	٤٠,٠	٣٣,٤	٢٣,٦	٢٩,٨	٨٦,٩	٧٨,١
كراسنودار	٧٣,٥	٧١,٤	٥٥,٢	٦٧,٠	١١١,٣	١٠٣,٣
أورينبورغ	٥٤,٦	٤٤,٢	٥٤,٢	٧٨,٤	١٩٩,٦	٤٨٧,٨
ياروسلافل	١٢,٢	١٢,٧	٢٣,٢	٣٨,٠	٥٠,٧٦	٦٧,٣١
نوفوسيبيرسيك	٦٥,١	١١٦,٦	١٣٧,٣	١١٥,٥	٩١,٢	١١١,٣
كيميروفو	--	١٠٣,٥	٨٥,٢	٣٣,٦	٨٧,٠	٥٥,٢
ييكاتيرنبورغ	٩٥,٦	٩٧,٥	٩٩,١	٩٩,٣	١٨٩,٨	٧٦,٢
الاتحاد الروسي	٣٥,٦	٣٥,٩	٣٦,٨	٣٥,٦	٤٣,٣٥	٤٢,٥

ملحوظة: العلامة (--) تعني أن البيانات غير متاحة.

الجدول ٤- الإصابات الجديدة بالإيدز وفيروسه
(في كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان)

المدينة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
موسكو	٠,٦٤	٠,٧٦	١,٠٠	٥,٤	٧٦,٥	١٢٦,٩
سانت بيترسبورغ	٤,٧	٥,٦	٧,٤	٩,٠	١٧,٥	١٣٤,٠
كراسنودار	٠	١,٦	٢,١	٦,٨	٨,٢	١٢,٤
أورينبورغ	--	--	٠,٣٨	٠,٣٨	٦,١	--
ياروسلافل	١,٣	٠,٨	١,٧٧	٣,٤	٢٠,٨	١١٥,٢
نوفوسيبيرسيك	٠,٢١	٠,٨٧	١,٠٧	٢,٣٦	٢,٧	--
كيميروفو	--	٠,٩	٠,٦	٥,٦	٤,٣	٩,٢
ييكاتيرنبورغ	٠,٩	١,٠	١,٦	١,٨	٣,٦	١٥٦,٣
الاتحاد الروسي	٠,٧٧	٠,٩٧	٠,٦٨	٧,٢	١٢,٦	٦٠,١

ملحوظة: العلامة (--) تعني أن البيانات غير متاحة.

الجدول ٥- نسبة الوفيات بين مدمني المخدرات ومتعاطي مواد الإدمان ومتعاطي المخدرات وغيرها من المواد ذات التأثير النفساني
(في كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان)

المدينة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
موسكو	--	١,٢١	١,٩	٣,٣	٣,٧٧	٤,١
سانت بيترسبورغ	١,٥	١,٩	٢,١	١,٨	٢,٩	٥,٩
كراسنودار	٦	٨,٢	٦,٥	٤,٦	٣,١	٦,٤
أورينبورغ	٠,٥٧	١,٧	٥,١١	٨,٥	١٣,٤	٢٣,٨
ياروسلافل	شخصان	٠,٤٨	٠,٨١	٢,٧٥	--	--
نوفوسيبيرسيك	٠,٢٨	٣,٦٥	٣,٩٣	٥,٥	٩,٨	١٩,١
كيميروفو	٢,٤	٦,٦	١٠,٦	١٥,٤	١٥,٣	٥٠,٩
ييكاتيرنبورغ	٦,٣	٥,٢	٥,٢	١٠,٧	٢١,٢	٣٠,٦
الاتحاد الروسي	--	١,٣١	١,٥	١,٩	٢,٦	٤,٨

ملحوظة: العلامة (--) تعني أن البيانات غير متاحة.

الجدول ٦- الموقوفون بتهمة بيع مخدرات غير مشروعة
(في كل ١٠٠ ٠٠٠ من السكان)

المدينة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨	١٩٩٩	٢٠٠٠
موسكو	٢٧,٩	٤٣,٠	٦٧,٩	٩٥,٧	١٤٦,٢	١٦٨,٠
سانت بيترسبورغ	٧٤,٣	٨٦,٣	٩٦,٢	--	١٧٠,٤	--
كراسنودار	٢٥٥,٤	١٢٤,٨	٨١٣,٥	٢٣١,٣	--	٢٤٣,٢
اورينبورغ	٢٨,٩	٥٥,٩	--	--	١٨٣,٤	١٨٦,٤
ياروسلافل	٢٨,٧	٢٩,٦	٣٥,٥	--	٩١,٣	٩٥,٦
نوفوسيبيرسيك	--	--	١٨٧,٧	--	--	٢٩٥,٥
كيميروفو	٤٠,١	٥٥,٦	٢٢٨,٥	٨٧٢,٠	٢٠٢,٨	٢١٠,٤
ييكاتيرنبورغ	١٣٢,٦	١٧٠,٨	٤٥٩,٨	٥٢٢,٥	٨٠٢,٩	--
الاتحاد الروسي	٥٠,٦	٥٤,٣	٧٧,٦	٩٢,٠	٨٨,٥	٩٢,٦

ملحوظة: العلامة (--) تعني أن البيانات غير متاحة.

أثبتت البحوث التي أجريت أن هناك في الاتحاد الروسي ككل وفي جميع المدن المشمولة بالدراسة اتجاها تصاعديا واضحا في انتشار تعاطي المخدرات، وهو ما تدلل عليه جميع المؤشرات التي جرى تحليلها. وهذه الحالة هي من الخطورة بقدر يتطلّب اتخاذ إجراءات عاجلة لأن الإصابات الجديدة بالتهاب الكبد وفيروس "الهيف" آخذة في الازدياد، ونسبة متعاطي المخدرات بالحقن بالوريد آخذة في التصاعد وكذلك نسبة النساء والشباب بين هؤلاء.

المراجع

Koshkina, E. A., G. A. Korchagina and A. Z. Shamota, Incidence of alcoholism and drug addiction and related morbidity in the Russian Federation; handbook for psychiatrists and drug treatment physicians, Moscow, 2000.

Koshkina, E. A. Prevalence of drug-related illnesses in the Russian Federation in 2000, according to official statistical data. *Drug addiction issues*, 3:61 2001.

المسائل المحيطة باكتشاف انخفاض في المعروض من المخدرات: نقص الهيروين في أستراليا في عام ٢٠٠١

ل ديغنهارت و ل. توب و س. داي*

المركز الوطني لبحوث المخدرات والكحول

جامعة نيو ساوث ويلز، سيدني، أستراليا

خلاصـــة

يتناول كاتبو هذه المقالة التحديات المواجهة في توصيف وتوثيق التغيرات في توافر المخدرات أو في المعروض منها. وتميّز المقالة بين حالتي العرض والطلب (أو الاستهلاك)، لأن تقييم كل منهما يتطلب مجموعة مختلفة من البيانات. ويتضح هذا التمييز في الحالة التي شهدتها أستراليا مؤخرا من نقص الهيروين. ففي أواخر كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٠ أو أوائل كانون الثاني/ يناير ٢٠٠١، شهدت أسواق الهيروين في أستراليا انخفاضا غير متوقع وملحوظا في توافر الهيروين. وظلّ هذا النقص مستمرا طيلة عام ٢٠٠١ في كل الولايات القضائية الأسترالية التي كان الهيروين متوافرا فيها بدون قيود لبعض السنوات بأسعار زهيدة وبدرجة نسبية من النقاء.

العبارات الرئيسية: الهيروين؛ المعروض من المخدرات؛ نظم رصد المخدرات، نظم الإنذار المبكر.

مقدمـــة

تبحث هذه المقالة في التحديات المواجهة في توصيف وتوثيق التغيرات في توافر المخدرات أو المعروض منها. وتميّز بين حالتي العرض والطلب (أو الاستهلاك)، لأن تقييم كل منهما يتطلب مجموعة مختلفة من البيانات. ويتضح هذا التمييز في الحالة التي شهدتها أستراليا مؤخرا من نقص الهيروين.

ففي أواخر كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٠ أو أوائل كانون الثاني/ يناير ٢٠٠١، شهدت أسواق الهيروين في أستراليا انخفاضا غير متوقع وملحوظا في توافر الهيروين. وظلّ هذا النقص مستمرا طيلة عام ٢٠٠١ في كل الولايات القضائية الأسترالية التي كان الهيروين متوافرا فيها بدون قيود لعدد من السنوات بأسعار زهيدة وبدرجة نسبية من النقاء [١].

* موّل البحوث التي اقتضاها إعداد هذه المقالة المركز الوطني لبحوث المخدرات والكحول وجائزة الكومنولث الأسترالية للدراسات العليا التي حصل عليها الكاتب الثالث لهذه المقالة. ويدين كاتبو المقالة بالشكر للزملاء الذين ساعدوهم على بدء فهم حالة نقص الهيروين، وهم: شين دارك وبول ديتسيه وكيت دولان وكريغ فراي ووين هول وبيتر رويتر وبول وليامز. ويود كاتبو المقالة أيضا أن يعربوا عن تقديرهم للصندوق الوطني لبحوث إنفاذ القوانين الذي مول برنامجا للبحث المفصّل في أسباب هذه الظاهرة وآثارها ومدلولاتها.

ولا تتطرق هذه المقالة إلى أسباب الانخفاض في توافر الهيروين ولا إلى نتائج هذا النقص أو الآثار السياساتية لهذه الظاهرة، فهذه المسائل هي الآن موضع تركيز برنامج بحثي مفصل يستغرق ١٨ شهرا ويجري تنسيقه في ثلاث ولايات قضائية من قبل المركز الوطني لبحوث المخدرات والكحول في جامعة نيو ساوث ويلز. ولكنها توجه الانتباه إلى الأسلوب الذي يمكن أن تستخدم به المعلومات التي تجمع روتينيا في تعقب مدى توافر المخدرات ضمن مناطق جغرافية محددة. وتقع هذه المقالة في بابين: يتضمن الأول شرحا موجزا للمؤشرات المناسبة لرصد مدى توافر المخدرات مبيّنا مواطن القوة والضعف النسبيين في كل منها؛ ويتضمن الثاني دراسة تحليلية توضح الطريقة التي استُخدمت بها مصادر البيانات هذه للكشف عن نقص الهيروين في أستراليا في عام ٢٠٠١.

المؤشرات المناسبة لاستبانة مدى توافر المخدرات

هناك عدد من المؤشرات الصالحة لاستبانة التغير في توافر المخدرات غير المشروعة. وتُبين هذه المؤشرات التغيرات في العرض ولا تُبين التغيرات الناجمة عن تغير أنماط تعاطي المخدرات والعواقب الصحية لتعاطيها ومدى توافر العلاج والموارد الموفرة لاستهداف الجرائم المتصلة بالمخدرات. وتشمل هذه المؤشرات ما يلي:

(أ) البيانات المبلّغة من المواظبين على تعاطي المخدرات عن توافر المخدرات ودرجة نقائها وأسعارها؛

(ب) بيانات أجهزة إنفاذ القوانين عن توافر المخدرات المضبوطة ودرجة نقائها وأسعارها؛

(ج) البيانات المستمدة من المطلعين الموثوقين عن توافر المخدرات ودرجة نقائها وأسعارها.

وعند جمع طائفة متنوعة من البيانات المتعلقة بنفس المسألة، يمكن فحص درجة تلاقي هذه البيانات (أو درجة اتساقها)، وهو ما يسمح بالإبلاغ بمزيد من الثقة عن الاتجاهات المتّضحة. وعلى الرغم من أن لكل مصدر من مصادر البيانات انحرافاته وعيوبه فإن تثليث البيانات قد يساعد في التغلّب على هذه الانحرافات [٢]. ولا ريب في أن وجود أنظمة متكاملة للمعلومات تشمل الوظيفة الحيوية لمعالجة المعلومات إلى جانب الجمع المتواصل للبيانات من مصادر متنوعة أمر يساعد على وضع وتنفيذ الاستجابات السياساتية على نحو فعّال وفي الوقت المناسب [٢].

البيانات المبلّغة من المواظبين على تعاطي المخدرات

يمكن القول بأن البيانات التي تجمع من إفادات المواظبين على التعاطي عن سعر المخدرات ودرجة نقائها ومدى توافرها هي أهم المؤشرات على أي تغيّر في المعروض من المخدرات. وببسيط العبارة، يجب التسليم بأن المشاركين في أسواق المخدرات غير المشروعة أنفسهم هم أفضل من يستطيع توفير معلومات عن هذه الأسواق. والجدير بالملاحظة أن أسعار المخدرات التي يبلّغ عنها المتعاطون هي أسعار المشتريات الفعلية من هذه المخدرات. وهي بالتالي ليست تقديرات ثانوية أو بيانات مبلّغ عنها من عمليات "الشـــراء فالانقضاض"، بل بيانات أصلية عن المشتريات مستمدة من مشاركين فعليين في سوق المخدرات غير المشروعة. ويمثّل متعاطو المخدرات غير المشروعة مصدرا حاسم الأهمية للوقوف على التغيرات في تكلفة مخدراتهم أو توافرها. وبالإمكان الحصول على هذه المعلومات بصورة غير مباشرة من المطلعين الموثوقين (أي الخبراء الذين يجرون الأبحاث على متعاطي المخدرات)، ولكن لا ريب في أن المعلومات التي يوفرها المتعاطون أنفسهم تكون أحدث وأكثر حساسية وأدق من المعلومات التي يمكن الحصول عليها من مصادر ثانوية.

ومن بعض مواطن الضعف في هذه البيانات أن الإفادات عن توافر المخدرات تتوقف على طبيعة انخراط المتعاطين في جو المخدرات ومدى هذا الانخراط. ومن المشكوك فيه أيضا ما إذا كان المتعاطون يستطيعون الإحساس بأي تغيّر في درجة نقاء المخدر غير المشروع الذي يتعاطونه. وأخيرا، ونظرا للطابع غير المشروع الذي تتسم به أسواق المخدرات، من المرجّح أن يمرّ الكثيرون من متعاطي المخدرات غير المشروعة، إن لم يكن كلهم، أحيانا بفترات تشهد تقلبا في التوافر، دون أن يؤدي هذا التقلب بالضرورة إلى تغيّر ملحوظ في التوافر الإجمالي للمخدر غير المشروع. وبالإمكان التغلب على مواطن الضعف هذه برصد البيانات الموضوعية عن درجة النقاء والتوافر المستمدة من بيانات المؤشرات.

بيانات المؤشرات المتعلقة بالمخدرات غير المشروعة

توفر بيانات المؤشرات المتعلقة بضبطيات المخدرات مقياسا آخر لمدى توافر المخدرات غير المشروعة. وتقديرات درجة النقاء الموضوعة بالاستناد إلى بيانات الضبطيات هي مؤشرات موثوقة وصحيحة لنوعية المخدرات المضبوطة من قبل أجهزة إنفاذ القوانين كما أنها توفر، باستخدام أساليب متسقة بدرجة معقولة لتحليل المخدرات، مقاييس للنوعية تظل ثابتة بمرور الوقت. وبناء على ذلك، تصلح هذه البيانات كمقياس موثوق ودقيق لاتجاهات المخدرات (ويمكن تحديدا أن تكون تقديرات موثوقة لدرجة نقاء المخدرات أكثر من موثوقية التقديرات المستمدة من المتعاطين).

غير أن هذه البيانات تخضع أيضا لعدد من المشاكل [٣]. فكمية المخدرات المضبوطة قد تكون متأثرة بعمليات معينة لأجهزة إنفاذ القوانين وليست معبّرة عن أي تغيّرات بحد ذاتها في كمية المخدرات غير المشروعة المستوردة أو المتجر بها في البلد. يضاف إلى ذلك أن المخدرات غير المشروعة التي تضبطها أجهزة إنفاذ القوانين في أستراليا لا يخضع كلها للتحليل في مختبرات الطب الشرعي. ولأنه لا يجري تحليل المخدرات المضبوطة إلا في حالة الطعن أمام المحاكم [٤] فإن الأرقام الخاصة بدرجة نقائها تتعلق في بعض الأحيان بعينة لا تمثّل المخدرات غير المشروعة المتاحة. وهناك أيضا اختلاف بين الضبطيات على مستوى الشارع والضبطيات على المستوى الرفيع، فكل منهما يمثل مستوى مختلفا على سلّم التوزيع. وأخيرا، قد تمتنع بعض الولايات القضائية عن مشاطرة البيانات مع غيرها، الأمر الذي يتعذّر معه وضع تقديرات شاملة لنقاء المخدرات غير المشروعة في منطقة عامة أو بلد معين. وموجز القول إنه على الرغم من أن بيانات الضبطيات هي مقاييس موضوعية وحساسة لدرجة نقاء المخدرات، فإن العقبات الإجرائية والسياسية قد تهبط بنوعية البيانات المتاحة لأغراض الرصد.

إفادات المطلعين الموثوقين

يمكن أن يوفر المطلعون الموثوقين مصدرا هاما آخر من مصادر المعلومات [١، ٥، ٦]. ويمكن اختيارهم على أساس ما يفترض أن يكون لديهم من اتصال منتظم أو مستمر أو كليهما مع متعاطين لأنواع مختلفة من المخدرات أو من إلمام جيد بفئات متعاطي المخدرات إلى جانب الإلمام بالتغيرات في أسعار هذه المخدرات ودرجة نقائها ومدى توافرها. وقد يكون من بين هؤلاء المطلعين ممثلون من قطاعات الصحة أو الرعاية الاجتماعية أو إنفاذ القوانين. وبالإمكان تجنيد المطلعين الموثوقين العاملين في قطاع الصحة أو الرعاية الاجتماعية من مؤسسات العلاج من تعاطي المخدرات وإزالة السمية وبرامج توفير الإبر والمحاقن وخدمات الطوارئ ومنظمات الصحة وغيرها من منظمات الرعاية الاجتماعية (كخدمات الإيواء في الأزمات

وخدمات إسداء المشورة إلى الشباب) الواقعة في مناطق أسواق المخدرات غير المشروعة. وكثيرا ما يكون لدى هذه المصادر معلومات مفيدة عن مدى توافر المخدرات على مستوى الشارع. وبالإمكان اختيار المطلعين الموثوقين العاملين في قطاع إنفاذ القوانين من المناطق التي تقع فيها الأسواق الرئيسية للمخدرات غير المشروعة أو اختيارهم بناء على عملهم المتعلق بالأنشطة والجرائم المتصلة بالمخدرات غير المشروعة. ويمكن أن يوفّر ممثلو أجهزة إنفاذ القوانين معلومات عن مدة توافر المخدرات على مستوى الشارع وعلى المستويات العليا، وفقا للجهاز المُتّصَل به. وإفادت المطلعين الموثوقين هي مؤشرات جيدة على التغيرات في أسواق المخدرات غير المشروعة، فلدى هؤلاء إلمام كبير واتصال واسع بهذه الأسواق، ولكنهم ليسوا منغمسين في أسلوب الحياة القائم على تعاطي المخدرات. وبناء عليه، فإن البيانات المستمدة من مقابلة هؤلاء هي أكثر المقاييس حساسية للاتجاهات الجديدة في المخدرات ولمدى توافر المخدرات [٧].

ولكن من مواطن ضعف البيانات المستمدة من المطلعين الموثوقين أنها أقل موثوقية وحيادا من البيانات المستمدة من متعاطي المخدرات غير المشروعة ومن بيانات المؤشرات. وتتوقف هذه الإفادات كليا على الفئة المعينة التي أجرى معها هؤلاء المطلعون آخر اتصال. يضاف إلى ذلك أن قدرة المطلعين الموثوقين على توفير بيانات محددة عن عمليات الشراء والأسعار وأنماط تعاطي المخدرات أقل من قدرة المتعاطين أنفسهم على توفيرها، فهؤلاء إنما يفيدون عن سلوكياتهم الشخصية.

حدود استخدام المصادر الأخرى للبيانات

من المهم، في أي دراسة للتغيرات في توافر المخدرات، تفادي استخدام البيانات التي قد تدخل فيها عوامل أخرى، ولا سيما البيانات المتعلقة بالدرجة الأولى بالطلب على المخدرات غير المشروعة أو استهلاكها، كأنماط التعاطي وعواقبه الصحية والعلاج من التعاطي الإشكالي للمخدرات وبيانات أجهزة إنفاذ القوانين عن الجرائم المتصلة بالمخدرات.

البيانات المتعلقة بأنماط تعاطي المخدرات

من المعقول الافتراض بأنه إذا أصبح أحد المخدرات غير المشروعة أقل توافرا، قد يلجأ متعاطو هذا المخدر إلى التقليل من تعاطيه أو قد يغيرون أسلوبهم في التعاطي أو يعدّلون من أنماط تعاطيهم مخدرات أخرى أو كلا الاثنين معا. ولكن العكس ليس صحيحا بالضرورة: فمجرد أن متعاطي المخدرات أصبحوا يقللون من استعمال أحد المخدّرات غير المشروعة لا يعني أنهم يفعلون ذلك لأن هذا المخدّر أصبح أقل توافرا. فمن المحتمل أن يكون المتعاطون قد غيّروا أنماط تعاطيهم بسبب تغيّر أفضلياتهم أو توافر مخدرات أخرى.

البيانات المتعلقة بالنتائج الصحية السلبية لتعاطي المخدرات

من المعقول الافتراض بأنه إذا أصبح أحد المخدرات أقل توافرا، انخفض عدد الحالات التي يعاني فيها المتعاطون من نتائج صحية سلبية نتيجة تعاطيهم هذا المخدر. زد على ذلك، أن التغير في معدّلات النتائج السلبية لتعاطي مخدرات أخرى قد يكون، جزئيا على الأقل، انعكاسا للتغيّر في أنماط التعاطي وفي السلوكيات المجازفة لمتعاطي المخدرات. فازدياد معدلات تناول جرعات زائدة من المخدرات قد يكون ناجما، على سبيل المثال، عن تغير أنماط تعاطي مخدرات متعددة أو عن تخفيف المتعاطين من طلب المساعدة الطبية بسبب تغيّر ممارسات الشرطة فيما يتعلق بالحضور إلى مواقع تناول الجرعات الزائدة من المخدرات.

البيانات المتعلقة بالعلاج من التعاطي الإشكالي للمخدرات

تشتمل بيانات العلاج على حالات العلاج الجديدة، لا سيما في البرامج التي تعالج مشاكل معينة من مشاكل المخدرات كالعلاج الاستبدالي بالميثادون من الارتهان للهيروين أو المواد الأفيونية الأخرى. وعلى الرغم من أن هذه البيانات قد تفيد عن التغيرات في توافر مخدرات معينة، فقد تتأثر أيضا بعوامل أخرى كالتغيرات في التمويل وتوافر المرافق العلاجية والتغيرات في الممارسات التسجيلية للمؤسسات العلاجية. يضاف إلى ذلك أنه على الرغم من أن متعاطي المخدرات غير المشروعة قد يضطرون إلى طلب العلاج بسبب صعوبة الحصول على مخدراتهم المفضلة (ما يؤدي إلى إزدياد طالبي العلاج)، فقد يلجأون أيضا إلى التقليل من تعاطيهم للمخدرات فتقل المشاكل المتصلة بتعاطيهم لها ويعزفون بالتالي عن طلب العلاج.

البيانات المتعلقة بالنشاط الإجرامي المتصل بالمخدرات

من المعقول الافتراض بأن تغيّر عدد الموقوفين بتهمة حيازة أحد المخدرات غير المشروعة، كالهيروين، قد يكون ناجما عن التغيّر في توافر هذا المخدر. ومن المعقول، بالمثل، الافتراض بأن انخفاض توافر المخدرات قد يؤدي إلى انخفاض عدد الجرائم المتصلة بالمخدرات، كجرائم الممتلكات والجرائم العنيفة المرتبطة بتعاطي المخدرات. ولكن المشكلة الكبرى في هذه البيانات هي الأثر المربك لعمليات إنفاذ القوانين التي تستهدف جرائم معينة والتغيرات في تمويل إنفاذ القوانين. ومن الممكن أيضا أن تحدث تغيرات في النشاط الإجرامي نتيجة انخفاض المعروض من المخدرات غير المشروعة. فإذا توقف متعاطو أحد المخدرات غير المشروعة عن تعاطي هذا المخدر نتيجة انخفاض المعروض منه، على سبيل المثال، فينبغي منطقيا أن يؤدي ذلك إلى انخفاض الجرائم المتصلة بتعاطي هذا المخدر، كجرائم بيع المخدرات وشرائها أو جرائم السطو لدفع ثمن المخدرات. ولكن من الممكن أيضا أن يعمد متعاطو المخدر غير المشروع إلى تصعيد نشاطهم الإجرامي بسبب ازدياد سعر هذا المخدر نتيجة انخفاض المعروض منه، في حالة استمراهم في تعاطيه واحتياجهم إلى المزيد من المال لشرائه.

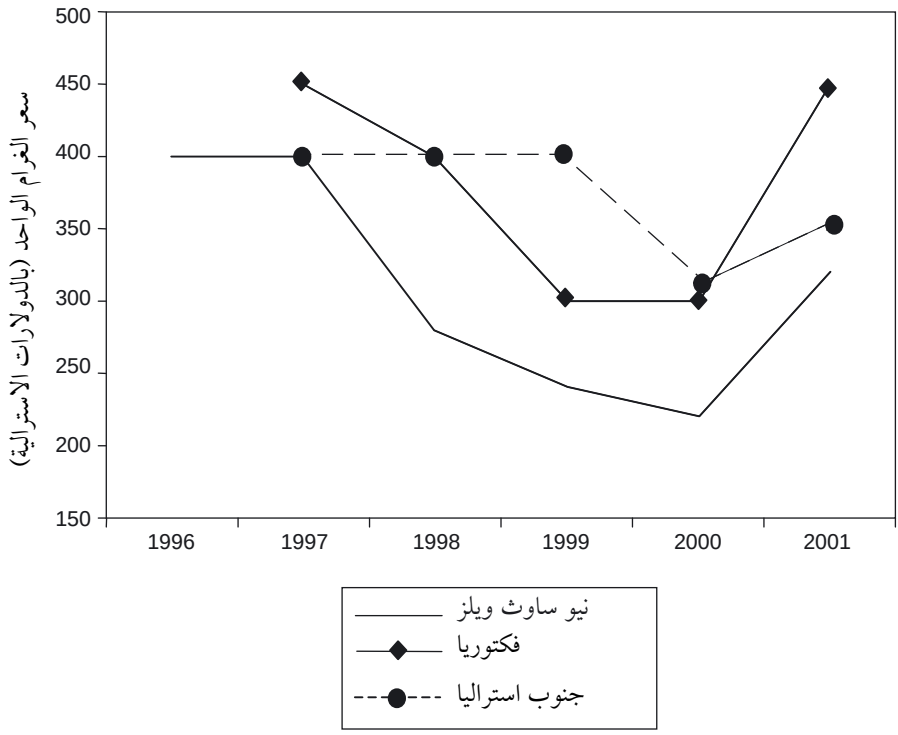
حالة نقص الهيروين في أستراليا في عام ٢٠٠١

تجلت فائدة نظم الرصد الروتيني في أستراليا في عام ٢٠٠١ عندما اكتشف نظام من هذا القبيل تقلص الكمية المتاحة من الهيروين. والمعلوم أن لدى أستراليا منذ عام ١٩٩٦ نظام استراتيجي للإنذار المبكر يعرف باسم نظام الإبلاغ عن المخدرات غير المشروعة (آيدرس). وتُجرى استقصاءات سنوية في كل الولايات القضائية الثماني من أجل تكوين فكرة على النطاق الوطني عن الاتجاهات الجديدة في تعاطي المخدرات غير المشروعة وما يتصل بها من أضرار [٦]. ويتم في إطار هذا النظام تثليث البيانات من عدد من المصادر للتغلب على الانحرافات والأخطاء الكامنة في كل مصدر من هذه المصادر [٨،٩]. وتُستمد البيانات من *(أ)* استقصاء كمي لمجموعة من متعاطي المخدرات غير المشروعة المشتركين في الرصد، *(ب)* واستقصاء نوعي للمطلعين الموثوقين الذين لديهم اتصال وإلمام واسعان بمتعاطي المخدرات غير المشروعة وأسواق هذه المخدرات *(ج)* ومجموعة من بيانات المؤشرات المتعلقة بعرض المخدرات غير المشروعة وتعاطيها وما يتصل بها من أضرار. ويقوم نظام "آيدرس"، ضمن أشياء أخرى، بجمع

البيانات من كل مصدر من هذه المصادر عن أسعار المخدرات الخمسة الرئيسية غير المشروعة في أستراليا، ومن ضمنها الهيروين، وعن درجات نقائها ومدى توافرها. وتبحث الفقرات التالية في النتائج التي توصلت إليها الدراسة المتعلقة بحالة توافر الهيروين قبل عام ٢٠٠١ وخلاله.

والمجموعة الأولى من البيانات التي سينظر فيها مستمدة من الاستقصاءات المتعلقة بمتعاطي المخدرات غير المشروعة. ويُجري نظام "آيدرس" استقصاء سنويا لمتعاطي المخدرات بالحقن الذين دأبوا في الأشهر الستة السابقة على تناول أحد المخدرات بالحقن شهريا على الأقل، للوقوف على أنماط تعاطيهم المخدرات وأسعار طائفة من المخدرات غير المشروعة التي يتعاطونها ودرجة نقائها ومدى توافرها. ويبين الشكل الأول تقديرات متعاطي المخدرات بالحقن لسعر الغرام الواحد من الهيروين في ثلاث ولايات قضائية أسترالية (نيو ساوث ويلز وجنوب أستراليا وفكتوريا) في السنوات الست التي انقضت على عمل نظام "آيدرس". وكانت سنة ٢٠٠١ هي الأولى التي يكتشف فيها هذا النظام حدوث زيادات في تكلفة الهيروين، بعد استقرار أسعاره أو انخفاضها سنة تلو الأخرى منذ عام ١٩٩٦.

الشكل الأول- تقديرات متعاطي المخدرات لسعر الغرام الواحد من الهيروين في أستراليا، حسب الولاية القضائية، ١٩٩٦-٢٠٠١



المصـــدر: L. Topp and others, *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS),* National Drug and Alcohol Research Centre, Monograph No. 48 (Sydney, 2002).

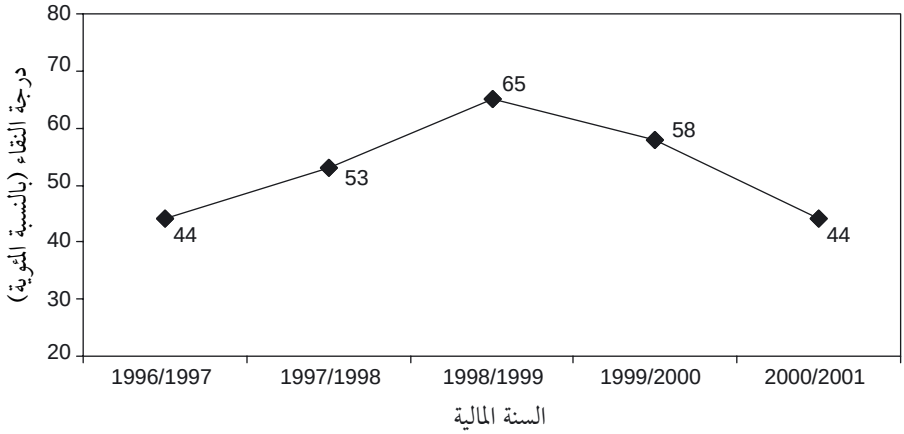
وبين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠١، حدث تراجع ملحوظ في نسبة متعاطي المخدرات بالحقن الذين قالوا أن الحصول على الهيروين "سهل جدا"، وذلك في نيو ساوث ويلز (من ٨٥ إلى ٤٦ في المائة) وإقليم العاصمة الأسترالية (من ٧٨ إلى ٢٣ في المائة) وفكتوريا (من ٨٦ إلى ٣٦ في المائة) [١]. ورافقت هذا التراجع زيادة في نسبة المتعاطين بالحقن الذين قالوا أن الحصول على الهيروين "صعب" أو "صعب جدا" في نفس هذه الولايات القضائية: نيو ساوث ويلز (من ١ إلى ١٦ في المائة) وإقليم العاصمة الأسترالية (من ١ إلى ٢٢ في المائة) وفكتوريا (من ٢ إلى ١٩ في المائة). كذلك، مقارنة بعام ٢٠٠٠، أفادت في عام ٢٠٠١ نسبة أعلى بكثير من هذه العيّنة العامة بأن الحصول على الهيروين كان أصعب في الشهور الستة السابقة (٧ مقابل ٣٠ في المائة) أو أن توافره كان متقلبا (٤ مقابل ١٢ في المائة). ولوحظت هذه الأنماط من الردود في الأسواق الثلاث الكبرى للهيروين وهي نيو ساوث ويلز وإقليم العاصمة الأسترالية وفكتوريا [١].

ولكن من الجدير بالملاحظة أن غالبية متعاطي المخدرات بالحقن في هذه الولايات القضائية ظلوا يرون أن الحصول على الهيروين "سهل جدا" أو "سهل" في عام ٢٠٠١، وهو ما يشير إلى أن التغير في توافر الهيروين لم يؤد إلى استحالة حصولهم عليه. بل أن هذا التغير كان إلى حد ما قياسا على الفترة السابقة عندما كان الهيروين متوافرا بلا قيود.

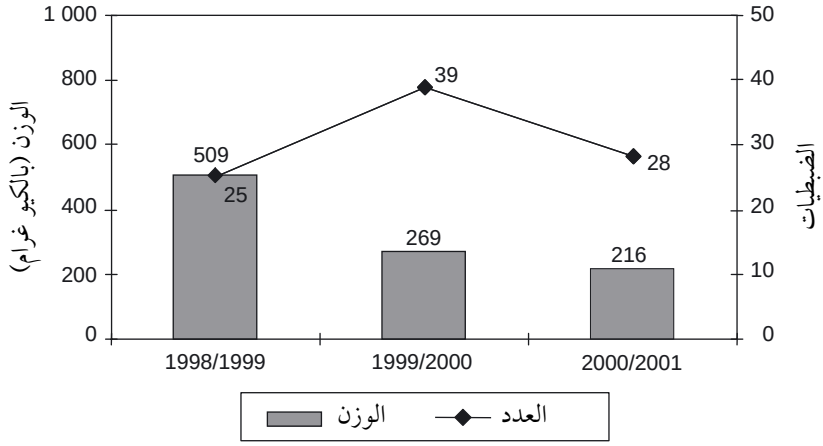
وبما أن هذا النقص كان نقصا نسبيا ولم يكن مطلقا، فقد تكون "مدة البحث"، أو المدة التي يقضيها متعاطي المخدرات غير المشروعة حتى يتم له الحصول على هذه المخدرات، مؤشرا أدق على مدى توافر المخدرات من تقديرات نسبة متعاطي الهيروين بالحقن أو تواتر تعاطيهم. وكشفت البحوث التي أجريت في سيدني خلال فترة النقص في عام ٢٠٠١، عن أن متعاطي الهيروين أفادوا عن ازدياد المدة التي يستغرقها الحصول على الهيروين [١٠]. فقد ازدادت مدة البحث زيادة كبيرة من مدة وسيطة قدرها ١٠ دقائق (بنطاق تراوح بين ٢ و٦٠) إلى ٩٠ دقيقة (بنطاق تراوح بين ٥ و١٤٤٠) (قيمة الاحتمال التصادفي ($P<0.001$) ويبدو أن ازدياد مدة البحث أسفر عن تحول نحو الشراء الانتهازي، فقد زادت نسبة متعاطي المخدرات بالحقن الذين أفادوا عن شراء المخدرات من الشارع من ٤٢ إلى ٥٤ في المائة [١٠].

وكان المصدر الثاني للبيانات الذي تناولته الدراسة هو متوسّط نقاء الهيروين الذي ضبطته أجهزة إنفاذ القوانين في أستراليا. ويبيّن الشكل الثاني متوسط نقاء الهيروين الذي ضبطته وحللته أجهزة إنفاذ القوانين في أستراليا بين السنتين الماليتين ١٩٩٦/ ١٩٩٧ و٢٠٠٠/ ٢٠٠١. وكان متوسط نقاء جميع كميات الهيروين المضبوطة والمحللة خلال السنة المالية ٢٠٠٠/ ٢٠٠١ هو ٤٤ في المائة، وهي السنة الثانية التي ينخفض فيها متوسط نقاء الهيروين المضبوط. وعلى الرغم من الانخفاض العام في درجة نقاء الهيروين، ظلّ متوسط نقاء كميات الهيروين المضبوطة والمحللة في نيو ساوث ويلز أعلى منه في الولايات القضائية الأخرى، وهو أمر ليس بالمستغرب علما بأن سيدني الواقعة في نيو ساوث ويلز هي المركز الرئيسي لاستيراد الهيروين والاتجار به في أستراليا [٤]. ولكن التفاوت بين الولايات القضائية ليس كبيرا، إذ تراوح في السنة المالية ٢٠٠٠/ ٢٠٠١ بين ٣٩ في المائة في المتوسط في كوينزلاند و٥١ في المائة في نيو ساوث ويلز. وفي السنة المالية ٢٠٠٠/ ٢٠٠١، بلغ عدد ضبطيات الهيروين على الساحل الاسترالي أو بالقرب منه ٢٨ ضبطية، منخفضا من ٣٩ ضبطية في السنة المالية ١٩٩٩/ ٢٠٠٠، وكانت الكمية الإجمالية المضبوطة (٢١٦ كغم) أقل هي الأخرى [الشكل الثالث]. ويتفق ذلك مع انخفاض واردات الهيروين إلى أستراليا.

الشكل الثاني- متوسط نقاء الهيروين المضبوط والمحلل في أستراليا، ١٩٩٦/ ١٩٩٧ - ٢٠٠٠/ ٢٠٠١.



الشكل الثالث- عدد ضبطيات الهيروين على الساحل الأسترالي أو بالقرب منه ووزن الكميات المضبوطة، ١٩٩٨/ ١٩٩٩ - ٢٠٠٠/ ٢٠٠١



وكان المصدر الثالث والأخير للمعلومات المتعلقة بتوافر الهيروين المقابلات مع المطلعين الموثوقين. وتجرى هذه المقابلات سنويا باستخدام جدول زمني شبه مهيكل يخضع لمعيار محدد. وجاءت إفادات هؤلاء المطلعين بشأن الهيروين متفقة مع إفادات متعاطي المخدرات بالحقن، حيث أفاد ما يزيد على

نصف المطلعين الموثوقين في نيو ساوث ويلز (٥٦ في المائة) بأن الحصول على الهيروين زاد صعوبة في عام ٢٠٠١ بينما أفاد الباقون أن توافره كان متقلبا. وكانت تقديرات المطلعين الموثوقين بشأن سعر الغرام الواحد من الهيروين متفقة مع تقديرات متعاطي المخدرات بالحقن. وكان السعر الوسيط للغرام الواحد، حسب إفادات هؤلاء المطلعين، ٣٤٠ دولارا أستراليا وسعر الكبسولة الواحدة من الهيروين بين ٥٠ و٨٠ دولارا أستراليا. واتفقت إفادات المطلعين الموثوقين مع إفادات متعاطي المخدرات بالحقن من أن الهيروين يباع بأرباع الغرامات (٧٠ إلى ١٢٠ دولارا أستراليا للربع الواحد) وأنصاف الغرامات (١٤٠-١٦٠ دولارا أستراليا للنصف الواحد).

الخاتمة

من الضروري إجراء تقييم متأن لمصادر البيانات المستخدمة في تقييم التغيرات في توافر المخدرات. والمؤشرات التي تتأثر بعوامل أخرى متغيرة، كتغيّر أفضليات متعاطي المخدرات والتغير في احتمال ترتب نتائج صحية سلبية على تعاطي المخدرات والتغير في توافر العلاج وفي وجهة تركيز النشاط في إنفاذ القوانين، لا توفر معلومات صحيحة عن مدى توافر المخدرات في منطقة جغرافية محددة. وعليه، لا بد من التفكير في اعتماد تدابير تسمح بتقييم التوافر مباشرة، كالسعر ودرجة النقاء وسهولة الشراء. وبالإمكان الحصول على هذه البيانات من المتعاطين أنفسهم ومن المطلعين الموثوقين الذين لديهم اتصال واسع بمتعاطي المخدرات ومعرفة بأسواق المخدرات، كالشرطة، ومن البيانات التي تجمعها أجهزة إنفاذ القوانين عن المضبوطات من المخدّر المعني. وكل مصدر من مصادر البيانات المذكورة معرض للانحياز الذي قد يؤثر على موثوقية الأنماط الملاحظة. ولكن إذا تم تثليث البيانات من هذه المصادر وكانت درجة التلاقي وافية، أمكن الاستنتاج بمزيد من الثقة أن التغيرات المُلاحظة هي تغيرات فعلية في توافر المخدرات المعنية، ويصبح بالإمكان عندئذ توفير معلومات في الوقت المناسب عن التغيرات النسبية في سعر المخدرات غير المشروعة ودرجة نقائها ومدى توافرها. وهذا أمر حاسم الأهمية لمقرري السياسات المطلوب منهم التجاوب مع التغير في اتجاهات أسواق المخدرات غير المشروعة، وهذه المعلومات تمكّنهم من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن احتياجات سياسة المخدرات.

المراجع

١- L. Topp and others, *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, Monograph No. 48 (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 2002).

٢- P. Griffiths and others, “Drug information systems, early warning and new drug trends: can drug monitoring systems become more sensitive to emerging trends in drug consumption?”, *Substance Use and Misuse*, vol. 35, Nos. 6-8, (2000), pp. 811-844.

٣- G. Stimson and others, “Rapid assessment and response: methods for developing public health responses to drug problems”, *Drug and Alcohol Review*, vol. 18, 1999, pp. 317-325.

٤- Australian Bureau of Criminal Intelligence, *Australian Illicit Drug Report, 2000-2001* (Canberra, Commonwealth of Australia, 2002).

٥- United States of America, National Institute on Drug Abuse, *Identifying and Monitoring Emerging Drug Use Problems: a Retrospective Analysis of Drug Abuse Data/Information Reported by the CEWG* (Bethesda, Maryland, 2001).

٦- L. Topp and R. McKetin, “Supporting evidence-based policy-making: a case study of the Illicit Drug Reporting System of Australia”, *Bulletin on Narcotics* (United Nations publication), vol. LV, Nos. 1 and 2 (2003).

٧- R. McKetin, “Use of RAM to monitor illicit drug use in developed countries: can rapid assessment result in a rapid response?”, *Drug and Alcohol Review*, vol. 18, 1999, pp. 333-335.

٨- J. Hando and others, “The development of an early warning system to detect trends in illicit drug use in Australia: the Illicit Drug Reporting System”, *Addiction Research*, vol. 6, 1998, pp. 97-113.

٩- J. Hando and others, *The Illicit Drug Reporting System (IDRS) Trial: Final Report* (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 1997).

١٠- C. Day and others, “Changes in heroin availability in Sydney, Australia, in early 2001”, *Addiction*, vol. 98, No. 1 (2003), pp. 93-95.

الأمم المتحدة
المكتب المعني بالمخدرات والجريمة

Vienna International Centre, P.O. Box 500, A-1400 Vienna, Austria
Tel: (+43-1) 26060-0, Fax: (+43-1) 26060-5866, www.unodc.org

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经售处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Printed in Austria
V.03-88859–November 2004–250
United Nations publication
Sales No. A.04.XI.5
ISBN 92-1-648009-2
ISSN 0256-9000