

تعاطي المخدرات والعواقب الصحية

2

تقرير المخدرات العالمي

2020

© الأمم المتحدة، حزيران/يونيو 2020. جميع الحقوق محفوظة في جميع أنحاء العالم.

:ISBN 1-148345-1-92-978

:eISBN 0-005047-1-92-978

منشورات الأمم المتحدة رقم المبيع E.20.XI.6

يجوز استنساخ هذا المنشور كلياً أو جزئياً وبأي شكل للأغراض التعليمية أو التثقيفية أو الأغراض غير الربحية بدون إذن خاص من صاحب حقوق التأليف، شريطة ذكر المصدر. وسيكون من دواعي امتنان مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة تلقي نسخة من أي منشور يُستخدم فيه هذا التقرير.

عند الاقتباس من المنشور، يُقترح الإشارة إليه بالصيغة التالية:

تقرير المخدرات العالمي 2020، (منشورات الأمم المتحدة رقم المبيع E.20.XI.6)

لا يجوز إعادة بيع هذا المنشور أو استخدامه لأي أغراض تجارية أخرى أياً كانت بدون إذن كتابي مسبق من مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. ويوجّه طلب الحصول على هذا الإذن، مشفوعاً ببيان بالغرض والقصد، إلى فرع الأبحاث وتحليل الاتجاهات في مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، (UNODC, Research and Trend Analysis Branch).

إخلاء المسؤولية

لا يُعبّر مضمون هذا المنشور بالضرورة عن آراء أو سياسات مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة أو المنظمات المساهمة، ولا يُعتبر بمثابة تأييد منها.

ويرحب بإبداء تعليقات على هذا التقرير، ويمكن إرسالها إلى شعبة تحليل السياسات والشؤون العامة على العنوان التالي:

Division for Policy Analysis and Public Affairs

United Nations Office on Drugs and Crime

PO Box 500

1400 Vienna

Austria

رقم الهاتف: 0 26060 1 (+43)

رقم الفاكس: 5827 1 26060 (+43)

بريد إلكتروني: wdr@un.org

الموقع الإلكتروني: www.unodc.org/wdr2020

"الوقت الآن هو وقع العلم والتضامن"، كما قال الأمين العام للأمم المتحدة، أنطونيو غوتيريس، مبرزاً أهمية الثقة في العلم والعمل معاً للتصدي لجائحة كوفيد-19 العالمية.

وينطبق الأمر نفسه على استجاباتنا لمشكلة المخدرات العالمية. ولكي تكون الحلول المتوازنة للطلب على المخدرات وعرضها فعالة، يجب أن تستند إلى الأدلة والمسؤولية المشتركة. هذا الأمر أصبح مهماً أكثر من أي وقت مضى، ذلك بالنظر إلى ازدياد التحديات التي تطرحها المخدرات غير المشروعة تعقيداً، والتهديد بتفاقم آثار أزمة كوفيد-19 وما يترتب عليها من كساد اقتصادي على الفقراء والمهمشين والضعفاء أكثر من أي شخص آخر.

يعاني نحو 35.6 مليون شخص من اضطرابات تعاطي المخدرات على الصعيد العالمي. في حين أن عدد الذين يتعاطون المخدرات في البلدان المتقدمة أكبر منه في البلدان النامية، وشراخ المجتمع الأكثر ثراءً معدل انتشار تعاطي المخدرات بينها أعلى، فإن الأشخاص المحرومين اجتماعياً واقتصادياً هم أكثر عرضة للاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات.

لا يتلقى العلاج سوى شخص واحد من بين كل ثمانية أشخاص يحتاجون إلى علاج ذي صلة بالمخدرات. في حين أن متعاط واحد من بين كل ثلاثة متعاطين للمخدرات امرأة، فإن امرأة واحدة فقط من بين كل خمسة أشخاص يتلقون العلاج. كما يواجه الأشخاص في السجون والأقليات والمهاجرون والنازحون عوائق تحول دون حصولهم على العلاج بسبب التمييز والوصم. من بين 11 مليون شخص يتعاطون المخدرات، نصفهم مصابون بالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج و1.4 مليون مصابون بفيروس نقص المناعة البشرية.

فقد تعاطى نحو 269 مليون شخص المخدرات في عام 2018، بزيادة 30 في المائة عن عام 2009، حيث يمثل المراهقون والشباب أكبر حصة من المتعاطين. واليوم المزيد من الناس يتعاطون المخدرات، كما أن كميات المخدرات وأنواعها أصبحت أكثر من أي وقت مضى.

وتضاعفت مضبوطات الأمفيتامينات إلى أربعة أمثالها في الفترة من 2009 إلى 2018. وحتى مع تحسن مراقبة السلائف في العالم، يستخدم المهربون والمصنعون مواد كيميائية مصممة للالتفاف على الرقابة الدولية، من أجل تصنيع الأمفيتامين والميتامفيتامين و"الأكستاسي". ولا يزال إنتاج الهيروين والكوكايين من بين أعلى المستويات المسجلة في العصر الحديث.

ويشكل نمو العرض والطلب العالمي على المخدرات تحديات أمام إنفاذ القانون، ويزيد المخاطر الصحية تعقيداً، ويعقد الجهود الرامية إلى منع اضطرابات تعاطي المخدرات ومعالجتها.

ومن ناحية أخرى، فإن أكثر من 80% من سكان العالم الذين يعيشون أغلبهم في بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل محرومون من الحصول على المخدرات الخاضعة للمراقبة لأغراض تخفيف الآلام وغيرها من الاستخدامات الطبية الأساسية.

وقد تعهدت الحكومات مراراً وتكراراً بالعمل معاً للتصدي للتحديات العديدة التي تفرضا مشكلة المخدرات العالمية، في إطار التزامها بتحقيق أهداف التنمية المستدامة، ومؤخراً في الإعلان الوزاري الصادر في عام 2019 والذي اعتمدته لجنة المخدرات. ولكن البيانات تشير إلى أن مساعدات التنمية اللازمة لمعالجة مسألة مراقبة المخدرات انخفضت بالفعل بمرور الوقت.

تتوقف الاستجابات المتوازنة الشاملة والفعالة للمخدرات على وفاء الحكومات بوعودها، وتقديم الدعم "العدم إغفال أحد" فالنهج القائمة على الحقوق والمستجيبة للجنسين والمركزة على الصحة في تناول تعاطي المخدرات والأمراض ذات الصلة تحقق نتائج أفضل في مجال الصحة العامة. ويتعين علينا أن نعمل المزيد من أجل تقاسم هذا التعلم ودعم التنفيذ، وخاصة في البلدان النامية، بما في ذلك من خلال تعزيز التعاون مع المجتمع المدني ومنظمات الشباب.

يخضع المجتمع الدولي لإطار قانوني متفق عليه ومجموعة من الالتزامات الواردة في الإعلان الوزاري الصادر في عام 2019 المعتمد من لجنة المخدرات. ويقدم مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة دعماً متكاملًا لبناء القدرات الوطنية وتعزيز التعاون الدولي لتحويل التعهدات إلى إجراءات فعالة على أرض الواقع.

هذا ويؤكد موضوع اليوم الدولي لمناهضة تعاطي المخدرات والاتجار غير المشروع بها لعام 2020 "معرفة أفضل لرعاية أفضل" على أهمية الأدلة العلمية لتعزيز الاستجابة لمشكلة المخدرات العالمية ودعم الناس الذين يحتاجون إليها. كما أنه يعبر عن الهدف الأسمى من مراقبة المخدرات، وهو صحة البشرية ورفاهها. من خلال التعلم والفهم نصبح متعاطفين مع بعضنا البعض ساعين إلى إيجاد الحلول في تضامنا.

وبهذه الروح أقدم إليكم تقرير المخدرات العالمي لعام 2020 الذي أعده مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، وأحث الحكومات وجميع أصحاب المصلحة على تحقيق أقصى استفادة منه.



غادة والي، المدير التنفيذي
مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة

شكر وتقدير

أعدتقرير المخدرات العالمي لعام 2020 هذا فرع الأبحاث وتحليل الاتجاهات في شعبة تحليل السياسات والشؤون العامة التابعة لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، تحت إشراف "جان لوك لومايو"، مدير الشعبة، و"أنجيلا مي" رئيس فرع الأبحاث وتحليل الاتجاهات، وبتنسيق من "كلوي كاربانتييه"، رئيس قسم بحوث المخدرات.

رسم الخرائط
دينيز ميرسي
لورينزو فيتا

نظرة عامة على المحتوى
كلويه كاربانتييه
أنجيلا مي

التحرير
جوناثان غيبينز

التحليل والصياغة
كارين هار
كامران نياز

التصميم والإنتاج
أنجا كورينبليك
سوزان كونن
كريستينا كوتنغ
فيدريكا مارتينيلي

إدارة البيانات وإعداد التقديرات
سونيا أرياس جارسيا (منظمة الصحة العالمية)
إنريكو بيسوجنو
ديانا كامبريني
هرنان ابشتاين

دعم البيانات
ناتاليا إيفانوا

ريكو ليهتوفوري
فيرجينيا مكدونالد (منظمة الصحة العالمية)
أندريا أوتيريفا

الدعم الإداري
أندرادا ماريا فيليب
يوليا لازار

أوميدجون رخمونبيردييف
فرانشيسكا روزا
علي سعد الدين

كيث سابين (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)
أنطوان فيلا

المراجعة والتعليقات

استند تقرير المخدرات العالمي لعام 2020 إلى الخبرات والمساهمات القيمة من الزملاء في جميع الشعب التابعة لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.

ويعرب فرع الأبحاث وتحليل الاتجاهات أيضًا عن امتنانه للمساهمات القيمة والمشورة التي قدمتها اللجنة الاستشارية العلمية المعنية بتقرير المخدرات العالمي، وأعضاء هذه اللجنة هم:

أفارين رحيمي موفاعهار
بيتر رويتر
أليسون ريتز
فرانيسكو تومي

جوناثان كولكينز
بول غريفيث
ماريا هاينز
فيكناسينغام بي كاسيناثر
تشارلز باري

مؤل قسم فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز التابع لفرع الوقاية من المخدرات والشؤون الصحية في شعبة العمليات بمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة أبحاث وإعداد التقديرات المشتركة بين مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة/ برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية الإيدز/ منظمة الصحة العالمية/ البنك الدولي المتعلقة بعدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في الكتيب الثاني.

الكتيب الأول خلاصة وافية، آثار جانحة كوفيد-19 والاستنتاجات والتبعات السياسية الكتيب الثاني تعاطي المخدرات والعواقب الصحية

1	تمهيد
4	ملاحظات تفسيرية
5	نطاق الكتيب
6	تأثير تعاطي المخدرات على الصحة
7	نطاق تعاطي المخدرات
7	أكثر من ربع بليون شخص في العالم يتعاطون المخدرات
8	أكثر من 35 مليون شخص يُعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات
8	لا يزال القنب هو المخدر الأكثر تعاطيا حتى الآن
13	المواد الأفيونية تتسبب في إلحاق أكبر ضرر بصحة المتعاطين
17	يزداد تعاطي الأمفيتامينات، لا سيما الميثامفيتامين في أجزاء من آسيا وأمريكا الشمالية
23	تنوع أشكال "الإكستاسي"، وتوفرها بمحتواها العالي من مادة MDMA في الأسواق الرئيسية
24	مؤشرات على ازدياد تعاطي الكوكايين في أوروبا الغربية والوسطى وتباين الاتجاهات في الأمريكتين
30	الأشخاص الخاضعون للعلاج من تعاطي المخدرات
34	العواقب الصحية لتعاطي المخدرات
34	يُقدر عدد متعاطي المخدرات بالحقن على مستوى العالم بـ 11.3 مليون
37	على مستوى العالم يحمل واحد من كل ثمانية أشخاص يتعاطون المخدرات بالحقن فيروس نقص المناعة البشرية
40	نصف الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن تقريباً المقدر عددهم بـ 5.5 مليون شخص حول العالم مصابون بالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج
40	يُصاب مليون من الأشخاص المتعاطين للمخدرات بالحقن تقريبا بالتهاب الكبد الوبائي من النوع ب
42	ملحق
45	مسرود المصطلحات
46	المجموعات الإقليمية

الكتيب الثالث إمداد المخدرات

القضايا متعددة الجوانب: الاتجاهات الناشئة والتحديات الجديدة	الكتيب الرابع
الخصائص الاجتماعية والاقتصادية واضطرابات تعاطي المخدرات	الكتيب الخامس
القضايا السياسية الأخرى للمخدرات	الكتيب السادس

ملاحظات تفسيرية

لا تنطوي التسميات المستخدمة في تقرير المخدرات العالمي، ولا طريقة عرض مادته، 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 تحديد حدودها أو تخومها.

ويُشار إلى البلدان والمناطق بالأسماء التي كانت مستخدمة رسمياً في وقت جمع البيانات ذات الصلة.

ونظراً لوجود بعض الغموض العلمي والقانوني بشأن التمييز بين "تعاطي/ تناول المخدرات" و"إساءة استعمال المخدرات" و"إساءة استعمال العقاقير"، تُستخدم في تقرير المخدرات العالمي، حسب السياق، المصطلحات التالية: "تعاطي المخدرات" و"استهلاك المخدرات" و"استعمال المخدرات". ولا يستخدم مصطلح "إساءة الاستعمال" إلا للدلالة على الاستخدام غير الطبي للعقاقير الموصوفة. وتشير جميع استعمالات كلمة "مخدرات" في هذا التقرير إلى المواد الخاضعة للمراقبة بموجب الاتفاقيات الدولية لمكافحة المخدرات واستعمالاتها غير الطبية.

ويستند كل التحليل الوارد في هذا التقرير إلى البيانات الرسمية التي تقدمها الدول الأعضاء إلى مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة من خلال الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية، ما لم يحدد خلاف ذلك.

والبيانات المتعلقة بالسكان المستخدمة في هذا التقرير مقتبسة من منشور شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة بعنوان "World Population Prospects: the 2019 Revision".

والإشارات إلى الدولارات يُقصد بها دولارات الولايات المتحدة، ما لم يُذكر خلاف ذلك.

والإشارات إلى الأطنان يُقصد بها الأطنان المترية، ما لم يُذكر خلاف ذلك.

استخدمت في هذا الكتيب المختصرات التالية:

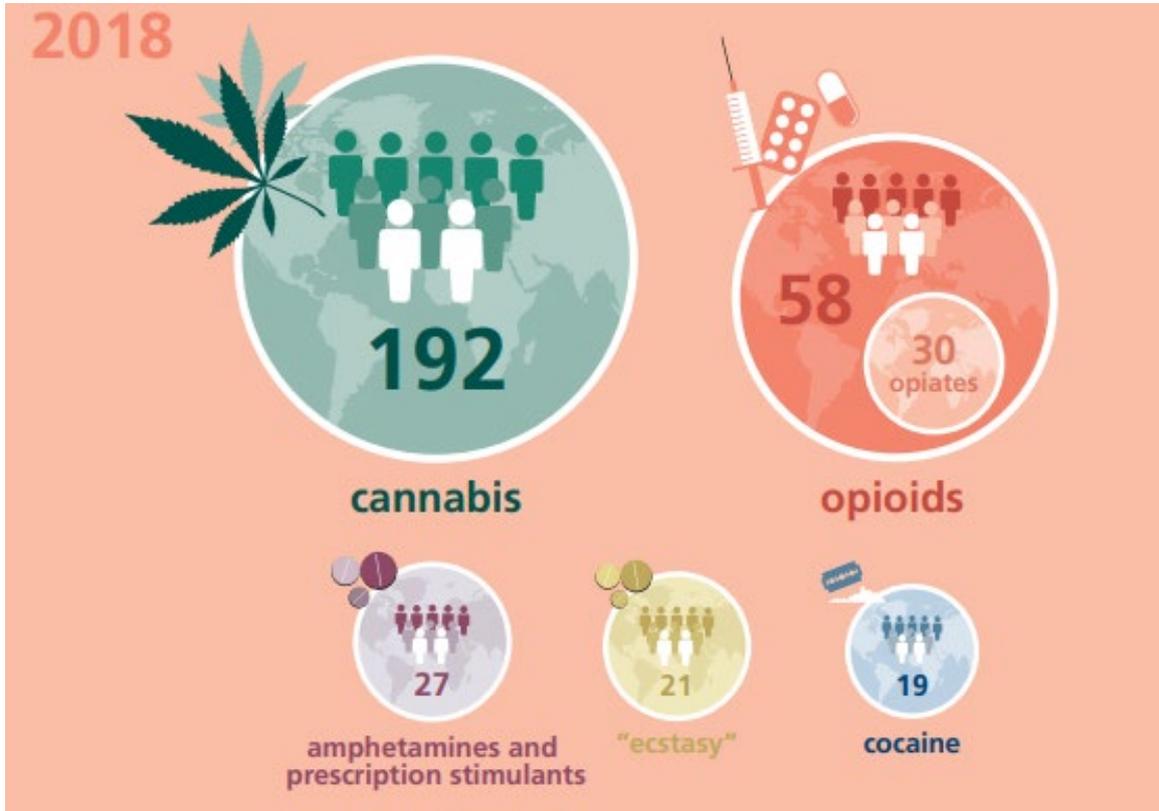
متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)	AIDS
سنوات العمر المعدّلة حسب الإعاقة	DALYs
الجماعة الاقتصادية لدول غرب أفريقيا	ECOWAS
المركز الأوروبي لرصد المخدرات وإدمانها	المركز الأوروبي
فيروس نقص المناعة البشرية	الإيدز
3، 4 الميثيلين ديو كسي ميثامفيتامين	MDMA
المؤثرات النفسانية الجديدة	NPS
متعاطي المخدرات بالحقن	PWID
برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	UNAIDS
مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة	المكتب
منظمة الصحة العالمية	WHO

نطاق الكتيب

يُساهم هذا الكتيب الثاني من تقرير المخدرات العالمي 2020 في تقديم أدلة لدعم المجتمع الدولي في تنفيذ التوصيات العملية بشأن خفض الطلب على المخدرات وعلاج متعاطيها، فضلاً عن النتائج المتصلة بالصحة، بما في ذلك تلك الواردة في الوثيقة الختامية لدورة الاستثنائية للجمعية العامة بشأن مشكلة المخدرات العالمية، المنعقدة في عام 2016.

يُقدم هذا الكتيب استعراض عام بشأن مدى واتجاهات تعاطي المخدرات بما في ذلك الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وعواقبها الصحية. استناداً إلى التقديرات الأخيرة يستعرض الكتيب الحالة العامة والاتجاهات السائدة في تعاطي كل نوع من أنواع المخدرات في أسواق الاستهلاك الرئيسية على الصعيد دون الإقليمي. ويتناول بعد ذلك الأثر الصحي لتعاطي المخدرات بما في ذلك عدد الوفيات على الصعيد العالمي وسنوات الحياة "الصحية" المفقودة نتيجة لتعاطي المخدرات. ويختتم الكتيب بتحليل لعدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن ومن بينهم أولئك المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد.

عدد المتعاطين في العام السابق بالملايين



تأثير تعاطي المخدرات على الصحة

يمكن ملاحظة اثر تعاطي المخدرات على التنمية على الصعيد الفردي والمجتمعي والعالمي ويكمن الأثر بالغ الأهمية في تأثيرها على الصحة والرفاهية وتحقيق أهداف التنمية المستدامة. يمر الأشخاص الذين يشرعون في تعاطي المخدرات ويعانون لاحقاً من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات عادة بعدة مراحل منذ الشروع في الاستخدام، إلى التصاعد، الاستمرارية وفي النهاية الارتهاان أو الإدمان.¹ يُوجد ارتباط وثيق بين الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات والاعتلالات النفسية المشتركة، وهناك عوامل خطر مشتركة تساهم في حدوث اضطرابات الصحة العقلية والاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات على نحو سواء.^{2، 3، 4، 5} وبالمثل يعاني الأشخاص المصابون بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات من عواقب صحية ضارة لتعاطي المخدرات بما في ذلك الجرعات الزائدة غير المميتة، الأمراض المعدية مثل مرض نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد الوبائي من النوع ج، والوفاة المبكرة.⁶

ويمكن أن يترك تعاطي المخدرات، لا سيما عندما يتطور إلى الاضطرابات الناشئة عن المخدرات، أثراً على التنمية الاجتماعية للمتعاطين الأفراد. يوجد رابط بين الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات والحرمان الاجتماعي بما في ذلك ضعف التحصيل التعليمي والصعوبة المتزايدة في الحصول على فرصة وظيفية والاستمرار فيها وعدم الاستقرار المالي والفقر.^{7، 8} فضلاً عن ذلك، يمكن أن يتجاوز تأثير تعاطي المخدرات الضار⁹ الأفراد ليؤثر على صحة ورفاهية الآخرين، بما فيهم أسرهم، الأحياء المجاورة والمجتمع ككل، بشكل مماثل لطريقة تأثير الأثار الأبوية والأسرية والجوار على الأنماط الضارة لتعاطي المخدرات وارتهاانها.^{10، 11، 12، 13، 14، 15}

المبدآن الرئيسيان لخطة التنمية المستدامة لعام 2030 هما "ضمان ألا يتخلف أحد عن الركب" و "الوصول أولاً إلى من هم أشد تخلفاً عن الركب" إن الأفراد الذين يتعاطون المخدرات والآخرين الذين يعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات هم بعض من أول من يتخلف عن الركب في جميع الأحوال تقريباً حيث يتوفر لواحد فقط من بين كل ثمانية منهم فرصة الحصول على خدمات لعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات. إضافة إلى ذلك، لا تزال الأمراض الوبائية العالمية نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد الوبائي من النوع ج تشكل مصادر رئيسية للقلق على الصحة العامة العالمية. فالأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن هم من أكثر الفئات السكانية ضعفاً امن بين المصابين بهذه الأمراض المعدية إن انتشار فيروس نقص المناعة البشرية وفيروس التهاب الكبد الوبائي من النوع ج مرتفع بصورة غير متناسبة بين هذه الفئة ويشكل نسبة كبيرة من الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية وفيروس التهاب الكبد الوبائي من النوع ج على الصعيد العالمي^{16، 17}

- 1 Denise B. Kandel, ed., *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis* (Cambridge, Cambridge University Press, 2002).
- 2 United States, National Institute on Drug Abuse, *Common Comorbidities with Substance Use Disorders* (2018), updated April 2020.
- 3 Stephen Ross and Eric Peselow, "Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis", *Clinical Neuropharmacology*, vol. 35, No. 5 (September/October 2012), pp. 235–243.
- 4 Tonya D. Armstrong and Jane E. Costello, "Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, No. 6 (2002), pp. 1224–1239.
- 5 Kim T. Mueser and others, "Antisocial personality disorder in people with co-occurring severe mental illness and substance use disorders: clinical, functional, and family relationship correlates", *Psychosis*, vol. 4, No. 1 (January 2012), pp. 52–62.
- 6 Kandel, ed., *Stages and Pathways of Drug Involvement*.
- 7 Nora D. Volkow and others, "Adverse health effects of marijuana use", *New England Journal of Medicine*, vol. 370, No. 23 (June 2014), pp. 2219–2227.
- 8 See also Booklet 5: *Socioeconomic characteristics and drug use disorders* in the present report.
- 9 The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 11) defines the term "harmful use of substance" as a pattern of substance/drug use that has caused damage to a person's physical or mental health or has resulted in behaviour leading to harm to the health of others.
- 10 Laura Lander, Janie Howsare and Marilyn Byrne, "The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice", *Social Work in Public Health*, vol. 28, Nos. 3-4 (May 2013), pp. 194–205.
- 11 Dustin T. Duncan, Joseph J. Palamar and James H. Williams, "Perceived neighbourhood illicit drug selling, peer illicit drug disapproval and illicit drug use among U.S. high school seniors", *Journal of Substance Abuse Treatment and Prevention Policy*, vol. 9, No. 35 (September 2014).
- 12 Catherine Spooner and Kate Hetherington, *Social Determinants of Drug Use*, Technical Report, No. 228 (Sydney, National Drug And Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 2004).
- 13 Suneerat Yangyuen, Manop Kanato and Udomsak Mahaweerawat, "Associations of the neighborhood environment with substance use: a cross sectional investigation among patients in compulsory drug detention centers in Thailand", *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, vol. 55, No. 11 (January 2018), pp. 23–32.
- 14 Hanie Edalati and Marvin D. Krank, "Childhood maltreatment and development of substance use disorders: a review and a model of cognitive pathways", *Trauma, Violence, and Abuse*, vol. 17, No. 5 (December 2016), pp. 454–467.
- 15 Shanta R. Dube and others, "Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study", *Pediatrics*, vol. 111, No. 3 (March 2003), pp. 564–572.
- 16 UNAIDS, *Miles to Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices* (Geneva, 2018).
- 17 WHO, *Global Hepatitis Report 2017* (Geneva, 2017).

نطاق تعاطي المخدرات

أكثر من ربع بليون شخص في العالم يتعاطون المخدرات

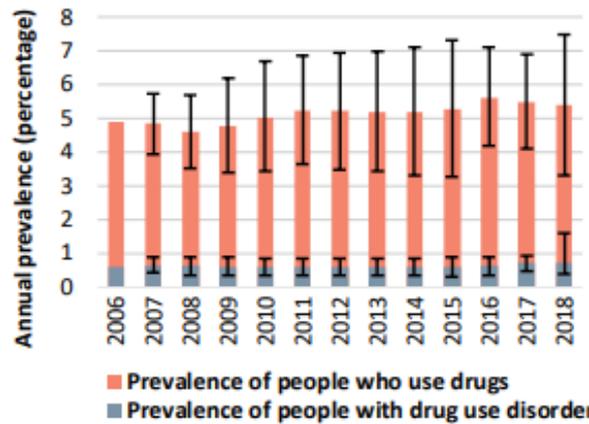
في عام 2018، تعاطى ما يُقدر بـ 269 مليون شخص المخدرات في جميع أنحاء العالم مرة واحدة على الأقل في العام السابق (المعدل: 166 مليون إلى 373 مليون). يُعادل ذلك نسبة 5.4 في المائة من سكان العالم الذين تبلغ أعمارهم 15-64 عاماً (المعدل: 3.3 إلى 7.5 في المائة) وهو ما يمثل واحد من كل 19 فرد تقريباً.

خلال الفترة من 2009-2018 ازداد العدد التقديري للمتعاطين لأي مخدر عالمياً في العام السابق من 210 مليون (المعدل: 149 مليون إلى 272 مليون) إلى 269 مليون (المعدل: 166 مليون إلى 373 مليون)- بعبارة أخرى، بما يزيد عن الربع (28 في المائة)- وذلك نتيجة للنمو السكاني في العالم. وبالتالي، ارتفع معدل انتشار تعاطي المخدرات بأكثر من 12 في المائة، من 4.8 في المائة (المعدل: 3.4 إلى 6.2 في المائة) من البالغين في عام 2009 إلى 5.4 في المائة (المعدل: 3.3 إلى 7.5 في المائة) في 2018. وبالرغم من ذلك، وبالنظر إلى هوامش عدم التيقن الواسعة لهذه التقديرات وأنه في أي سنة من السنوات تمثل التقديرات العالمية أفضل البيانات المتاحة، فإنه ينبغي توخي الحذر عند إجراء أي مقارنة لهذه التقديرات بمرور الوقت.

وفي العقد الماضي حدث تنوعاً للمواد المخدرة المتاحة في أسواق المخدرات بالإضافة إلى العقاقير التقليدية المستندة إلى النباتات- القنب، الكوكايين والهيروين- شهد العقد الماضي توسعاً لسوق نشط للعقاقير الاصطناعية والاستخدام غير الطبي للأدوية الصيدلانية وأدوية الوصفات. 18 يُشكل توافر مخدرات أقوى، زيادة عدد المواد واستخدامها بصورة متتالية أو تدريجية بين المتعاطين العرضيين أو المعتادين تحدياً أكبر لمنع تعاطي المخدرات وعلاج الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات مقارنة بالماضي.

وفي السنوات الأخيرة تم تصنيع المئات من المؤثرات النفسانية الجديدة NPS ومعظم هذه المؤثرات منشطات يتبعها شبائهم القنب الاصطناعية المستتيرة للمستقبلات، في حين أن الأفيونيات (نظائر الفينتانيل أو أفيونيات الأبحاث) تمثل العدد المتزايد من المؤثرات النفسانية الجديدة. تشمل المؤثرات النفسانية الجديدة ضمن نفس فئة التأثير- على سبيل المثال، المنشطات- مجموعة كبيرة من المواد الكيميائية؛ وبالتالي تتعدى التنبؤ بأثارها وأحياناً يكون لها عواقب صحية خطيرة بما في ذلك الوفاة. إن معظم المؤثرات النفسانية الجديدة مؤقتة في المعتاد وخلافاً لاستخدامها بين بعض الفئات المهمشة من المتعاطين للمخدرات لم تتجح في أن تؤمن لنفسها مكاناً مميزاً في أسواق المخدرات. وبالرغم من ذلك، فقد لوحظ استخدام أنماط من المؤثرات النفسانية الجديدة، لا سيما استخدام شبائهم القنب الاصطناعية المستتيرة للمستقبلات، بين الفئات المهمشة، والضعيفة والمحرومة اجتماعياً، بما في ذلك المشردين والموجودين في السجن أو تحت المراقبة. 19

الشكل 1 الانتشار العالمي لتعاطي المخدرات والإضرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات ، 2006-2018



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

ملاحظة: النسبة المئوية المقدرة لانتشار تعاطي المخدرات السنوي للبالغين الذين تتراوح أعمارهم بين (15-64) عاماً. تُجسد التقديرات العالمية لمدى تعاطي المخدرات والاضطرابات الناشئة عن تعاطيها أفضل المعلومات المتاحة لعام 2018. تُظهر التغييرات مقارنة بالسنوات السابقة إلى حد كبير المعلومات المُحدثة من قبل البلدان، والتي توفرت بشأنها بيانات جديدة عن مدى تعاطي المخدرات في عام 2018. ولذلك تستند التقديرات العالمية والإقليمية التي عُرضت في سنة معينة إلى كل من التقديرات الجديدة التي توفرت لهذا البلد في السنة المرجعية وأحدث التقديرات المتاحة لبلدان الأخرى.

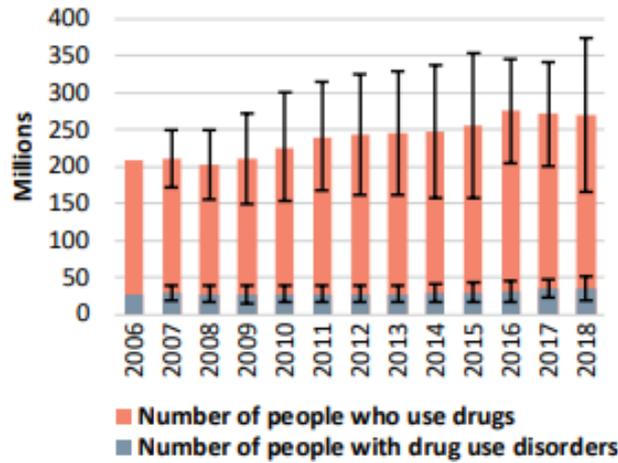
يشكل الاستخدام غير الطبي للأفيونيات الصيدلانية والأفيونيات المُصنعة الأخرى أحد الشواغل الرئيسية في المناطق دون الإقليمية. في أمريكا الشمالية، أدى تعاطي شبائهم الأفيون الاصطناعية مثل الفينتانيل (ونظائر الفينتانيل)، والتي لم تُسرب معظمها من مصادر

18 See also World Drug Report 2020: Cross Cutting Issues – Opioid Crisis (United Nations publication, Sales No. E.20. XI.6 (Booklet 4)).

19 World Drug Report 2018: Analysis of Drug Markets – Opiates, Cocaine, Cannabis, Synthetic Drugs (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9 (Booklet 3)).

مشروعة، إلى زيادة مستمرة في الوفيات الناجمة عن تعاطي جرعات مفرطة في عام 2018. وفي المناطق دون الإقليمية الأخرى، مثل غرب ووسط وشمال إفريقيا، يبدو أن سوق إساءة الاستخدام غير الطبي للترامادول قد شهد نمواً كبيراً.²⁰

الشكل 2 عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات والأشخاص الذين يعانون من الإضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات عالمياً، 2006-2018.



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

ملاحظة: تقديرات الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات هي للبالغين الذين تتراوح أعمارهم بين (15-64) عاماً الذين تعاطوا المخدرات في العام السابق. تُجسد التقديرات العالمية لمدى تعاطي المخدرات والاضطرابات الناشئة عن تعاطيها أفضل المعلومات المتاحة لعام 2018. تُظهر التغييرات مقارنة بالسنوات السابقة إلى حد كبير المعلومات المُحدثة من قبل البلدان، والتي توفرت بشأنها بيانات جديدة عن مدى تعاطي المخدرات في عام 2018. ولذلك تستند التقديرات العالمية والإقليمية التي عُرضت في سنة معينة إلى كل من التقديرات الجديدة التي توفرت لبلد معين في السنة المرجعية وأحدث التقديرات المتاحة لبلدان الأخرى.

أكثر من 35 مليون شخص يُعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات

فمن بين عدد الأشخاص الذين تعاطوا المخدرات في العام السابق المُقدَّر بـ 269 مليون شخص، فإن نحو 35.6 مليون شخص (يتراوح عددهم بين 19.0 مليون و 52.2 مليون) يعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، مما يعني أن طريقة تعاطيهم للمخدرات ضارة، أو أنهم قد يعانون من إدمان المخدرات و/أو يحتاجون إلى العلاج. ويُعادل ذلك انتشار عالمي للاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات بنسبة 0.7 في المائة (يتراوح عددهم بين 0.4 و 1.0 في المائة) من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15-64 عاماً.

لا يزال القنب هو المخدر الأكثر تعاطياً حتى الآن

وعلى نطاق العالم، يُقدَّر عدد من تعاطوا مخدر القنب في العام السابق 192 مليون شخص في عام 2018 بما يعادل 3.9 في المائة من سكان العالم البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 64 عاماً. ويُعتبر تعاطي القنب في العام السابق أعلى كثيراً مقارنة بالمعدل العالمي في أمريكا الشمالية (بنسبة 14.6 في المائة)، أستراليا ونيوزلندا (10.6 في المائة) وغرب ووسط أفريقيا (9.3 في المائة).

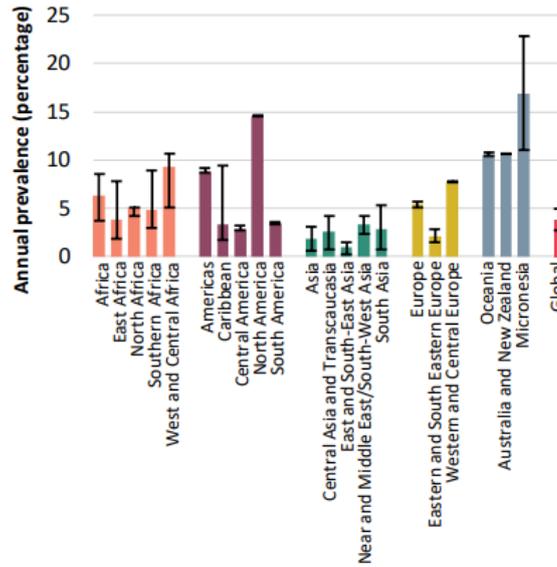
في عام 2009، أفادت التقارير أن تعاطي القنب شهد استقراراً أو تراجعاً في البلدان ذات الأسواق المستقرة في القنب، مثل غرب ووسط أوروبا، أمريكا الشمالية وأستراليا ونيوزيلندا وفي المقابل شهد هذا الاتجاه زيادة في التعاطي في بلدان عدة في أفريقيا وآسيا.²¹ وبعد مرور عقد من الزمن، ظل تعاطي القنب مستقراً بصفة عامة في غرب ووسط أوروبا في حين أنه شهد زيادة كبيرة في أمريكا الشمالية وأفريقيا وآسيا.²²

20 See also *World Drug Report 2020* (Booklet 4).

21 See *World Drug Report 2010* (United Nations publication, Sales No. E.10.XI.3).

22 In the absence of comprehensive survey data from Africa and Asia, the information is based on the cannabis use perception index as reported by countries in the annual report questionnaire. Over the period 2009-2018 most of the countries returning the annual report questionnaire from Africa and Asia reported an increase in cannabis use. See also *World Drug Report 2019: Cannabis and Hallucinogens* (United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8 (Booklet 5)).

الشكل 3 تعاطي القنب حسب المناطق والمناطق دون الإقليمية، 2018



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

تزايد تعاطي القنب في الأمريكتين خلال العقد الماضي

لا تزال الأمريكتين المنطقة الأكثر انتشاراً سنوياً لتعاطي القنب (8.8 في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عاماً). في الولايات المتحدة الأمريكية يتزايد تعاطي القنب باستمرار منذ 2007، لا سيما في أوساط الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و25) والكبار (الذين تتراوح أعمارهم بين 26 وأكبر).²³

وقد لوحظت الزيادة الرئيسية بين متعاطي القنب بانتظام؛ على سبيل المثال، تضاعف انتشار التعاطي اليومي وشبه اليومي خلال الفترة من 2009 إلى 2018. في عام 2018، أشارت التقديرات إلى أن نسبة 4.7 في المائة من السكان البالغين من العمر 18 عاماً وأكثر - أي نحو 11.6 مليون شخص - كانوا من متعاطي القنب بشكل يومي أو شبه يومي.²⁴ وفي المقابل، في أوروبا الغربية والوسطى أشارت التقديرات إلى أن نسبة ما يقارب 1 في المائة من السكان البالغين كانوا من متعاطي القنب بشكل يومي أو شبه يومي، وقد ظل هذا المعدل ثابتاً نوعاً ما خلال العقد الماضي.²⁵

أفادت التقارير أيضاً بحدوث زيادة في تعاطي القنب في العام السابق في بلدان أمريكا الجنوبية التي قدمت بيانات استقصائية جديدة. وفي الأوروغواي، على سبيل المثال، كما ورد في دراسة استقصائية أجريت عام 2018، تعاطت نسبة 12.1 بالمائة من الرجال و 5.8 بالمائة من النساء القنب في الشهر الماضي - أي أنهما معا يمثلون نسبة 8.9 في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و65 عاماً.²⁶ في حين أظهرت كافة تدابير تعاطي القنب زيادات منذ عام 2011، فقد شهد تعاطي القنب في الشهر الماضي أكبر ارتفاع حيث تضاعف تقريباً، مما يشير إلى أن الزيادة الرئيسية منذ عام 2011 كانت بين المتعاطين للقنب بانتظام ومن وقت لآخر. أفادت التقارير أن أعلى انتشار لتعاطي القنب في الشهر الماضي كان بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 19 و 25 عاماً (20.8 في المائة) يليهم البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 26 و35 عاماً (16.4 في المائة).²⁷ وأفادت التقارير أن حوالي 9.9 في المائة من الذين أبلغوا بتعاطي القنب في السنة الماضية كانوا من متعاطي القنب بشكل يومي أو شبه يومي (13.1 في المائة رجال مقابل 5.2 في المائة نساء). يُنظر إلى أكثر من ثلث متعاطي القنب بانتظام بأنهم مدمنون.

23 Based on the data from the Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health*, HHS Publication No. PEP19-5068, NSDUH Series H-54 (Rockville, Maryland, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2019).

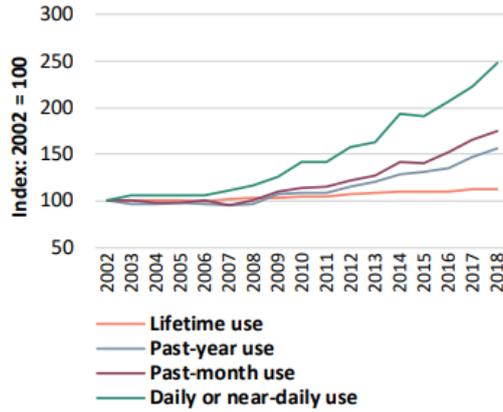
24 United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2019), Table 7.28A.

25 EMCDDA, *European Drug Report 2019: Trends and Developments* (Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2019).

26 Uruguay, Observatorio Uruguayo de Drogas and Junta Nacional de Drogas, *VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas en Población General: Informe de Investigación* (December 2019).

27 Ibid.

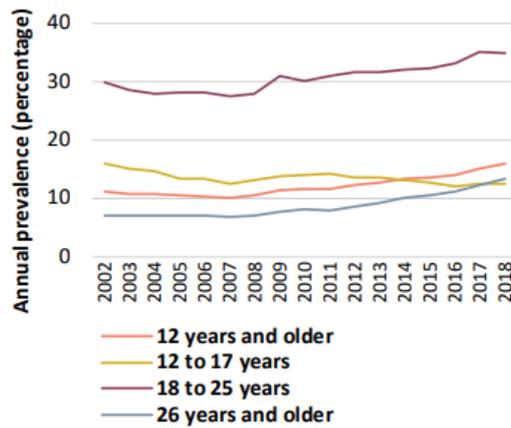
الشكل 4 اتجاهات تعاطي القنب، الولايات المتحدة الأمريكية، 2018-2002



المصدر: United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health.

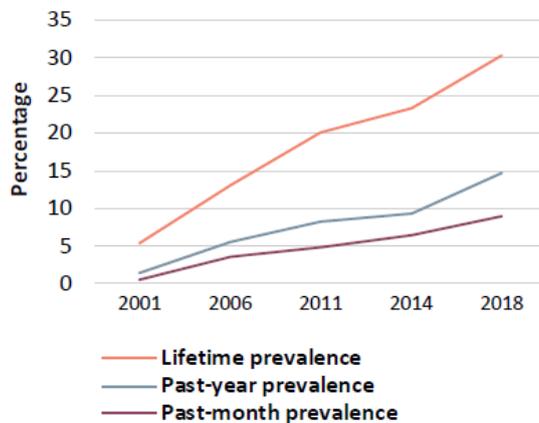
ملاحظة: في أوساط السكان في سن 18 عامًا فما فوق.

الشكل 5 اتجاهات تعاطي القنب، حسب الفئة العمرية، الولايات المتحدة الأمريكية، 2018-2002



المصدر: United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health.

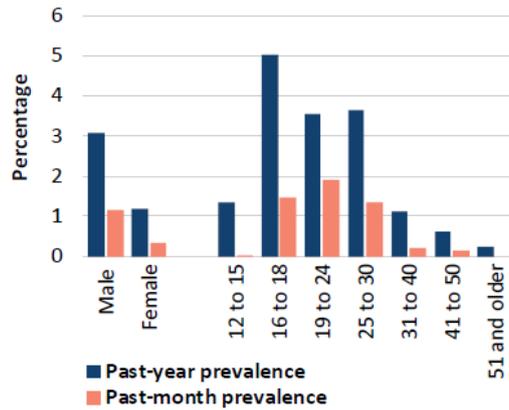
الشكل 6 اتجاهات تعاطي القنب، الأوروغواي، 2018-2001



المصدر: Uruguay, Observatorio Uruguayo de Drogas and Junta Nacional de Drogas, VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, 2016: Informe de Investigación and VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas en Población General: Informe de Investigación (December 2019).

وتُبين دراسة استقصائية عن تعاطي المخدرات أجريت في دولة بوليفيا متعددة القوميات في عام 2018 أيضا حدوث زيادة في انتشار تعاطي القنب في العام السابق والشهر الماضي بين السكان البالغين ، وتقدر نسبة 2 في المائة من السكان أنهم كانوا من متعاطي القنب العام الماضي في عام 2018، مقارنة بنسبة 1.3 في المائة في عام 2014.^{28, 29} ففي العام السابق والشهر الماضي كان انتشار تعاطي القنب بين الرجال أعلى مما هو بين النساء، وبين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و30 عاما عن السكان الأكبر عمرا، وبين السكان من الفئات الاجتماعية والإقتصادية "المتوسطة/الضعيفة" (نسبة الانتشار الشهر الماضي 1.1 في المائة) وبين السكان من الفئات الاجتماعية والإقتصادية "الضعيفة" (نسبة الانتشار الشهر الماضي 1.0 في المائة). كان ثلث متعاطي الشهر الماضي تقريبا من المتعاطين للقنب بشكل يومي أو شبه يومي وأفادت التقارير أن نحو نصف المتعاطين للقنب بشكل يومي أو شبه يومي يعانون من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات.

الشكل 7 استخدام القنب حسب نوع الجنس والفئة العمرية، دولة بوليفيا متعددة القوميات في عام 2018

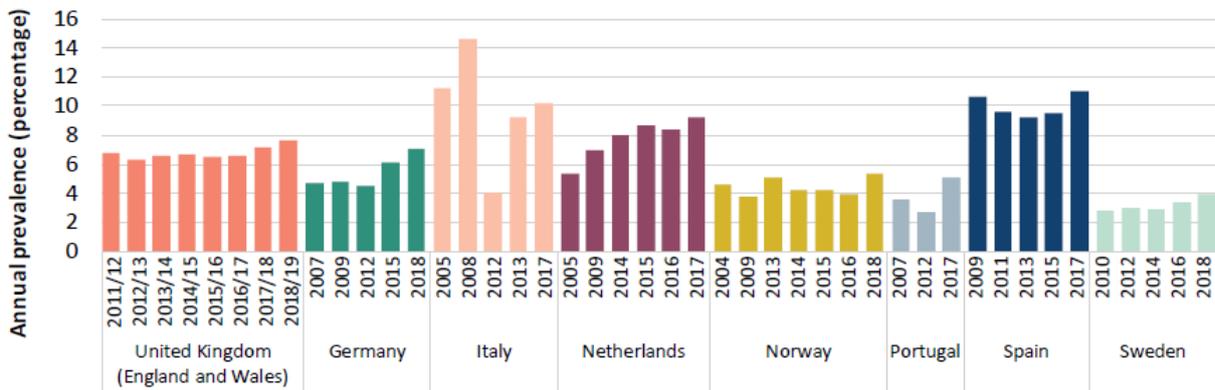


المصدر: Plurinational State of Bolivia, Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID) and Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD), 3er Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y el Alto (2018)

تزايد تعاطي القنب في أوروبا الغربية والوسطى، لا سيما في بعض البلدان ذات الأعداد الكبيرة من السكان

في أوروبا الغربية والوسطى، تراوح انتشار تعاطي القنب في السنة السابقة خلال العقد الماضي بما يعادل نسبة من 6 إلى 7 بالمائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عاماً.³⁰ ومع ذلك، أبلغت بعض البلدان في المنطقة دون الإقليمية، خصوصا البلدان ذات الأعداد الكبيرة من السكان مثل ألمانيا، إيطاليا والمملكة المتحدة (إنجلترا وويلز) عن تزايد في تعاطي القنب في الدراسات الاستقصائية التي أجريت مؤخرا عن تعاطي المخدرات.

الشكل 8 اتجاهات تعاطي القنب، في بلدان مختارة في أوروبا الغربية والوسطى، 2018-2004



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

28 Plurinational State of Bolivia, Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID) and Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD), 3er Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y el Alto (2018).
 29 The survey results indicate that between 2014 and 2018 the prevalence was stable when considering that the prevalence estimates in 2014 and 2018 were within the margins of error.
 30 Based on cannabis use prevalence in Western and Central Europe across different years; see also *World Drug Report 2019* (Booklet 5).

تعاطي المخدرات في أوساط المراهقين والشباب

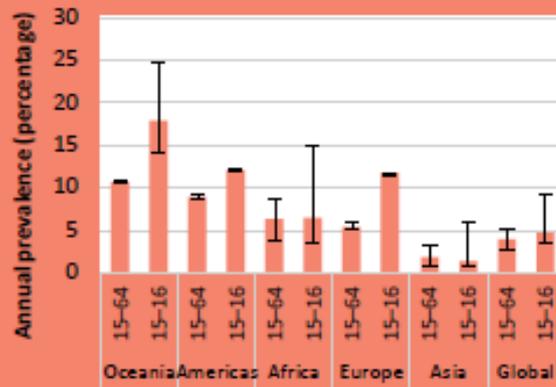
إن مرحلة المراهقة وبداية مرحلة البلوغ مرحلة انتقالية هامة. فهي مرحلة نمو بدني ونفسي يصاحبها تغييرات تحدث في النمو العقلي والإدراكي والعاطفي. وبالنسبة للبعض، فهي أيضا مرحلة يزداد فيها التعرض للبدء في تعاطي المخدرات. إن مرحلة المراهقة (يتراوح العمر بين 12 و17 عاما) هي أشد المراحل خطورة لبدء تعاطي المواد المخدرة. تظهر ذروة تعاطي المخدرات في أوساط السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عاما ضمن من هم في عمر يتراوح بين 18 و25 عاما^a. ويُلاحظ هذا الوضع في معظم الأقاليم في البلدان وفي معظم أنواع المخدرات^b.

لا يزال القنب المخدر الأكثر تعاطيا بين الشباب. وعلى الصعيد العالمي، يُقدر عدد المتعاطين لأي مخدر في أوساط الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و16 عاما في العام السابق بـ 13 مليون في عام 2018، تعاطى منهم ما يُقدر بـ 11.6 مليون طالب القنب في العام السابق. يُعادل ذلك نسبة انتشار سنوية لتعاطي القنب تبلغ 4.7 في المائة في أوساط هذه الفئة العمرية- وهو معدل أعلى من معدل التعاطي بين عموم السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عاما (3.9 في المائة). سجل تعاطي القنب في العام السابق في أوساط الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و16 عاما معدلا مرتفعا في أوقيانوسيا (17.8 في المائة)، الأمريكتين (12.1 في المائة) وأوروبا (11.7 في المائة).

قدرت الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية خطر الاعتماد على القنب بين من سبق لهم تعاطي المخدر (لو مرة واحدة) بـ 9 في المائة^c. وقد ارتفع هذا المعدل إلى 17 في المائة بين المتعاطين مدى الحياة الذين بدأوا تعاطي القنب في مرحلة المراهقة، وذلك وفقا للدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية، نيوزيلندا وأستراليا^d.

- World Drug Report 2018: Drugs and Age – Drugs and Associated Issues among Young People and Older People* (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9 (Booklet 4)), p. 11.
- See also *World Drug Report 2019: Global Overview of Drug Demand and Supply* (United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8 (Booklet 2))
- Catalina Lopez-Quintero and others, "Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 115, Nos. 1–2 (May 2011), pp. 120–130.
- James C. Anthony, "The epidemiology of cannabis dependence", in *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*, Roger A. Roffman and Robert S. Stephens, eds. (Cambridge, Cambridge University Press, 2006), pp. 58–105.

تعاطي القنب عالمياً وإقليمياً في أوساط الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و16 عاماً وبين عامة السكان في سن 15 إلى 64 عاماً في 2017



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire; and other government reports.

ملاحظة: تستند تقديرات التعاطي السنوي في أوساط من تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عاماً إلى الاستقصاءات المدرسية في معظم البلدان وقد لا تمثلها جميعاً.

المواد الأفيونية تتسبب في إلحاق أكبر ضرر بصحة المتعاطين

لاتزال المواد الأفيونية التي تشمل الأفيونيات (الهيروين والأفيون) وشبائه الأفيون الصيدلانية والاصطناعية الأخرى تشكل مصدر قلق رئيسي في العديد من البلدان بسبب العواقب الصحية الخطيرة المرتبطة بتعاطيها. على سبيل المثال، في عام 2017 بلغ تعاطي المواد الأفيونية 80 في المائة تقريبا من سنوات العمر "الصحية" المفقودة لعدد 42 مليون نتيجة للإعاقة والوفاة المبكرة (سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة)، و66 في المائة من الوفيات المقدرة بـ 167,000 المعزوة للاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات.³¹

في عام 2018، يُقدر عدد متاطي المواد الأفيونية عالمياً في العام السابق بـ 57.8 شخصا في، ويشمل هذا الرقم الأشخاص الذين تعاطوا الأفيونيات (30.4 مليون) والأشخاص الذين يسيئون استعمال المؤثرات الأفيونية الموصوفة طبيًا.³² يُعادل ذلك انتشار تعاطي الأفيون في العام السابق بنسبة 1.2 في المائة من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عاما. يُعتبر تعاطي القنب أعلى كثيرا مقارنة بالمعدل العالمي في أمريكا الشمالية (بنسبة 3.6 في المائة)، أستراليا ونيوزلندا (3.3 في المائة) والشرق الأدنى والأوسط وجنوب غرب آسيا (2.6 في المائة) وجنوب آسيا (2.0 في المائة). يمثل سكان جنوب آسيا 20 بالمائة تقريبا من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عاما وأكثر من ثلث العدد التقديري لمتعاطي المؤثرات الأفيونية في شتى أنحاء العالم المقيمون في تلك المنطقة دون الإقليمية.

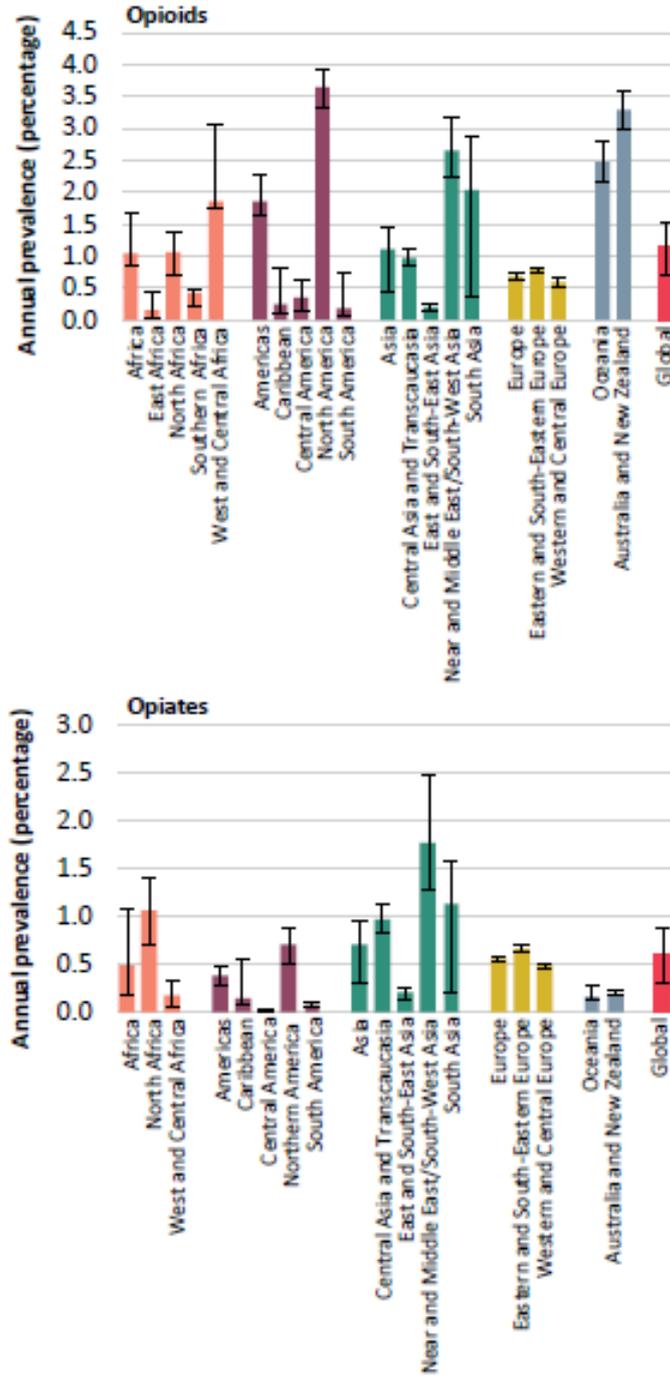
ارتفع انتشار تعاطي المواد الأفيونية في السنة السابقة مقارنة بالمعدل العالمي (بنسبة 0.6 في المائة) في الشرق الأدنى والأوسط وجنوب غرب آسيا (بنسبة 1.8 بالمائة) وجنوب آسيا (1.1 بالمائة)، حيث تمثل هاتين المنطقتين دون الإقليميتين معا ما يقرب من 60 بالمائة من العدد التقديري لمتعاطي المواد الأفيونية على الصعيد العالمي.

على الرغم من أن التقديرات العالمية غير متاحة، تفيد التقارير أن التعاطي غير الطبي للمؤثرات الأفيونية الصيدلانية في بلدان عدة، لاسيما في بلدان في غرب وشمال أفريقيا والشرق الأدنى والأوسط (الترامادول) وفي أمريكا الشمالية (الهيديروكودون والأوكسيكودون والكوديين والترامادول والفينتانيل).

31 Institute for Health Metrics and Evaluation, "Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Data Resources: GBD Results Tools".

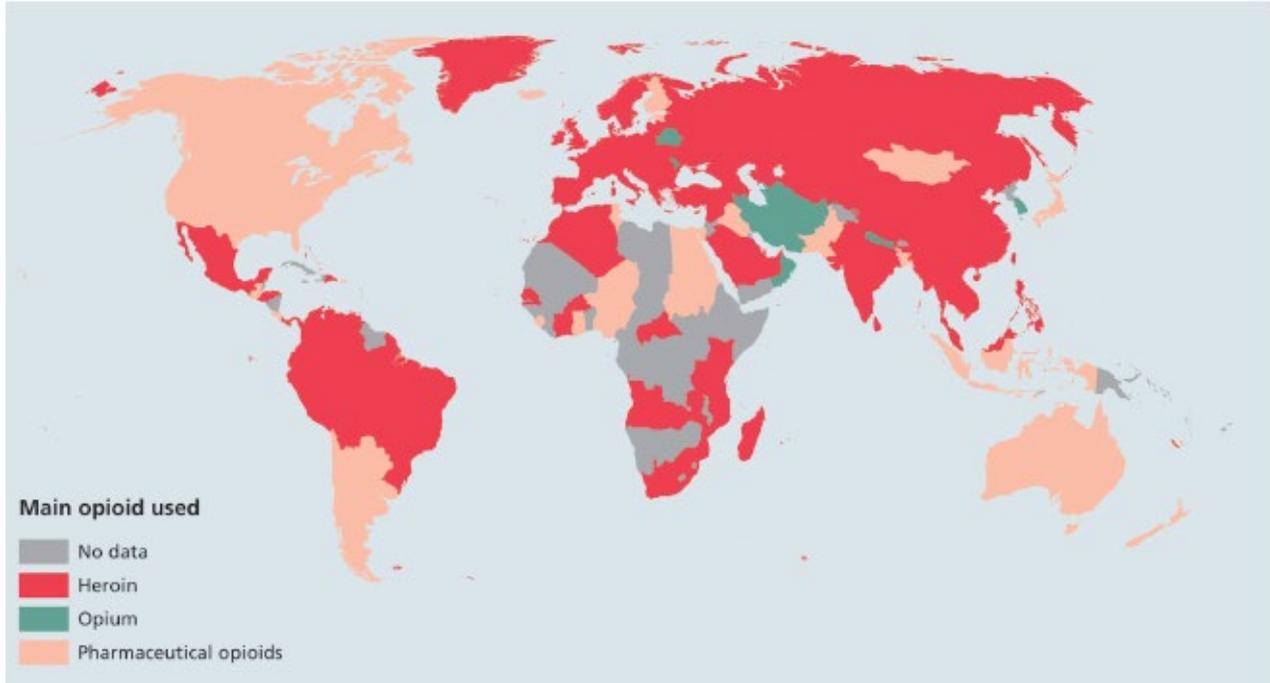
32 The term "misuse" is used here only to denote the non-medical use of prescription drugs.

الشكل 9 تعاطي المواد الأفيونية والمؤثرات الأفيونية حسب المناطق والمناطق دون الإقليمية، 2018



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

الخريطة 1 خريطة المواد الأفيونية الأكثر شيوعا في التعاطي في عام 2018 أو أحدث بيانات متاحة



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

ملاحظة: تستند المعلومات أساسًا إلى معدل انتشار تعاطي القنب و-عندما لم يكن ذلك المعدل متاحًا - على ترتيب وبيانات العلاج من تعاطي المواد الأفيونية الواردة في الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية. لا تنطوي الحدود والأسماء المبينة في هذه الخريطة على الإعراب عن تأييدها أو قبولها رسميًا من جانب الأمم المتحدة. وتمثل الخطوط المتصلة الحدود غير المحسومة. ولم يتفق الطرفان بعد على الوضع النهائي لجامو وكشمير. كما أن الحدود النهائية بين جمهورية السودان وجمهورية جنوب السودان لم تقر بعد. يوجد نزاع بين حكومتي الأرجنتين والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وإيرلندا الشمالية بشأن السيادة على جزر فوكلاند (مالفيناس).

أزمة المؤثرات الأفيونية في غرب ووسط وشمال أفريقيا

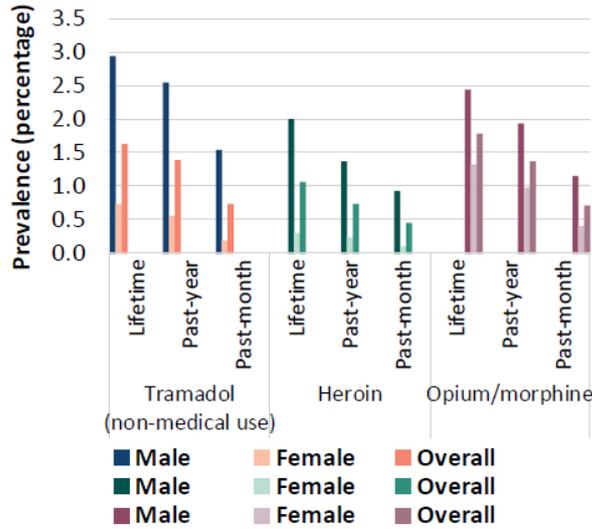
باستثناء نيجيريا، حيث قدر عدد الأشخاص الذين تعاطوا المؤثرات الأفيونية 4.6 مليون شخص-بصفة رئيسية الترامادول³³- في 2017، لم تكن تقديرات انتشار تعاطي المؤثرات الفيونية على مستو الكثافة السكانية متاحة لبلدان في غرب ووسط وشمال أفريقيا. ومع ذلك، أبلغت بلدان عدة في هذه المناطق دون الإقليمية عن مستويات مرتفعة من التعاطي غير الطبي للترامادول. على سبيل المثال، في مصر، أساء 2.5 في المائة من الطلاب و 1.4 في المائة من الطالبات استعما الترامادول في السنة الماضية. أفادت التقارير أيضا أن الطلاب في هذا البلد تعاطوا، بدرجة أقل، الهيروين أو الأفيون/المورفين في عام 2016³⁴ وفضلا عن ذلك، يتضح من البيانات المتعلقة بتوفير العلاج أن انتشار تعاطي المؤثرات الأفيونية غير الطبي في مصر مرتفع للغاية. تقيد التقارير أن أقراص الترامادول المتاحة في بعض الأجزاء من أفريقيا تستهدف الأسواق غير المشروعة وقد تكون بجرعات أعلى من تلك الموصوفة عادة للأغراض الطبية.³⁵

33 National Bureau of Statistics and UNODC, *Drug Use Survey in Nigeria 2018* (Funded by the European Union) (Vienna, 2019).

34 Egypt, General Secretariat of Mental Health and Addiction Treatment, and Pompidou Group, Council of Europe, Med-SPAD: Results of the First Mediterranean School Survey Project on Alcohol and other Drugs (MEDSPAD) in Egypt, (December 2017).

35 See *World Drug Report 2020* (Booklet 4), for further details.

الشكل 10 تعاطي المؤثرات الأفيونية في أوساط الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 17 عاما، مصر ، 2016.



المصدر: Results of the First Mediterranean School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (MEDSPAD) in Egypt (December 2017).

استمرار أزمة المؤثرات الأفيونية في أمريكا الشمالية ودلائل تزايد التعاطي غير الطبي للمؤثرات الأفيونية الصيدلانية في أوروبا

تواصلت أزمة المؤثرات الأفيونية تسجيل معدلات أكبر في أمريكا الشمالية وذلك بتسجيل مستوى قياسي جديد في عدد الوفيات الناتجة عن الجرعات المفرطة من المؤثرات الأفيونية التي تُعزى إلى تعاطي الفينتانيل ونظائره. تُضاف هذه المواد إلى الهيروين وغيره من المخدرات كشوائب وتُباع أيضا على أنها مواد أفيونية بوصفات مزيفة، مثل الأوكسيكودون أو الهيدروكودون، وحتى في شكل البنزوديازيبينات المزيفة إلى قطاع كبير من المتعاطين غير المرتابين للمؤثرات الأفيونية وغيرها من المخدرات.^{36، 37} في عام 2018 أساء عدد 10.3 مليون شخص أو ما يعادل نسبة 3.7 في المائة من السكان من سن 12 عاما فأكثر، في الولايات المتحدة الأمريكية، استعمال المؤثرات الأفيونية في العام السابق.³⁸ أُبلغ 9.9 مليون (3.6 في المائة من الأشخاص) من هؤلاء الأشخاص عن الاستعمال غير الطبي للمؤثرات الأفيونية الموصوفة طبيا في حين أفاد نحو 800.000 تعاطى الهيروين العام الماضي.

بلغ عدد الوفيات الناجمة عن الجرعات المفرطة في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 2017 70.237 حالة وفاة (21.7 حالة وفاة لكل 100.000 من السكان)، منها 47.600 (68 في المائة؛ 14.9 حالة وفاة لكل 100.000 من السكان) كانت تُعزى إلى المؤثرات الأفيونية.³⁹ في عام 2018، للمرة الأولى منذ عام 1999، انخفض عدد الوفيات الناجمة عن الجرعات المفرطة خلال العام السابق بمعدل 4 في المائة إلى 67.367 حالة وفاة (20.7 حالة وفاة لكل 100.000 من السكان). كانت المؤثرات الأفيونية مسؤولة عن معظم تلك الوفيات، وهو ما يمثل ما مجموعه 46.802 في عام 2018 (14.6 حالة وفاة لكل 100.000 من السكان)، يُعزى منها 67 في المائة إلى مركبات الفينتانيل.⁴⁰

36 Patil Armenian and others, "Fentanyl, fentanyl analogs and novel synthetic opioids: a comprehensive review", *Neuropharmacology*, vol. 134, part A (May 2018), pp. 121–132.

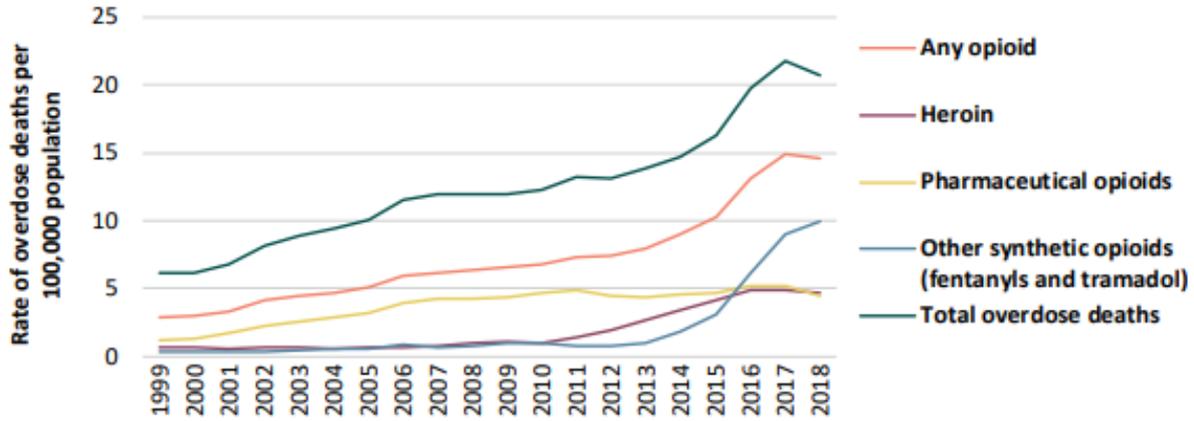
37 United States, Department of Justice, Drug Enforcement Administration, *2018 National Drug Threat Assessment* (October 2018).

38 United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health*.

39 Lawrence Scholl and others, "Drug and opioid: involved overdose deaths – United States, 2013–2017", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 67, Nos. 51–52 (January 2019), pp. 1419–1427.

40 Based on analysis of the data from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Wide-ranging OnLine Data for Epidemiologic Research, "Multiple cause of death (detailed mortality) for 1999–2018".

الشكل 11 الاتجاهات في معدلات الوفيات الناجمة عن الجرعات المفرطة في الولايات المتحدة الأمريكية، 1999-2018.



المصدر: Centers for Disease Control and Prevention, Wide-ranging Online Data for Epidemiologic Research (CDC WONDER), "Multiple cause of death (detailed mortality) for 1999–2018".

وبالمثل، زادت نسبة الوفيات الناجمة عن الجرعات المفرطة من المؤثرات الأفيونية في كندا بنسبة 50 في المائة خلال سنتين، من 3.023 حالة وفاة في عام 2016 (8.4 حالة وفاة لكل 100.000 من السكان) إلى 4.398 حالة وفاة في عام 2018 (11.9 حالة وفاة لكل 100.000 من السكان)، يشمل معظمها (80 في المائة) مركبات الفينتانيل.⁴¹

توجد كذلك دلائل على تزايد الاستعمال غير الطبي للمؤثرات الصيدلانية في غرب ووسط أوروبا، كما يتجسد في ازدياد نسبة حالات الخاضعين للعلاج من تعاطي تلك المواد في السنوات الأخيرة. في عام 2017، بلغت نسبة المتعاطين للمؤثرات الأفيونية، ومنها الميثادون، والبوبرينورفين، والفينتانيل، والكودابين، والمورفين، والترامادول، والأوكسيكودون المُساء استعمالها 22 في المائة من جميع من دخلوا مرافق العلاج من تعاطي المخدرات في المنطقة دون الإقليمية بشأن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المؤثرات الأفيونية (باعتبارها المخدر الرئيسي الذي يتعاطونه).⁴²

تزايد تعاطي المؤثرات الأفيونية في الهند

خلصت دراسة استقصائية رئيسية عن تعاطي المخدرات أجريت مؤخرا في الهند إلى أنه في عام 2018، تعاطي ما يعادل نسبة 2.1 في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و75، ما مجموعه 23 مليون شخص، المؤثرات الأفيونية في العام السابق. من بين المؤثرات الأفيونية، لا يزال الهيروين المخدر الأكثر انتشارا، بمعدل انتشار بلغ 1.1 في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و75 عاما في العام السابق؛ يليه التعاطي غير الطبي للمؤثرات الأفيونية الصيدلانية إذ بلغ معدل انتشاره في العام السابق 1 في المائة تقريبا، ثم الأفيون بنسبة 0.5 في المائة تقريبا. وعموماً، يظل تعاطي المؤثرات الأفيونية في السنة السابقة مرتفعا بشكل كبير بين الرجال (4 في المائة بين الذكور من السكان) عنه بين النساء (0.2 في المائة بين الإناث من السكان). وعلاوة على ذلك، تشير التقديرات إلى أن 1.8 في المائة من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 10 و17 عاماً هم من متعاطي المؤثرات الأفيونية في العام السابق. ومن بين 23 مليون متعاطي للمؤثرات الأفيونية في العام الماضي، ما يقرب من الثلث أو 7.7 مليون شخص من الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات بالمقارنة بتقديرات سابقة مستقاة من دراسة استقصائية أجريت في عام 2004، يُقدر أن تعاطي المؤثرات الأفيونية العامة في الهند قد ازداد بنحو خمسة أضعاف.⁴³

يزداد تعاطي الأمفيتامينات، لا سيما الميثامفيتامين في أجزاء من آسيا وأمريكا الشمالية

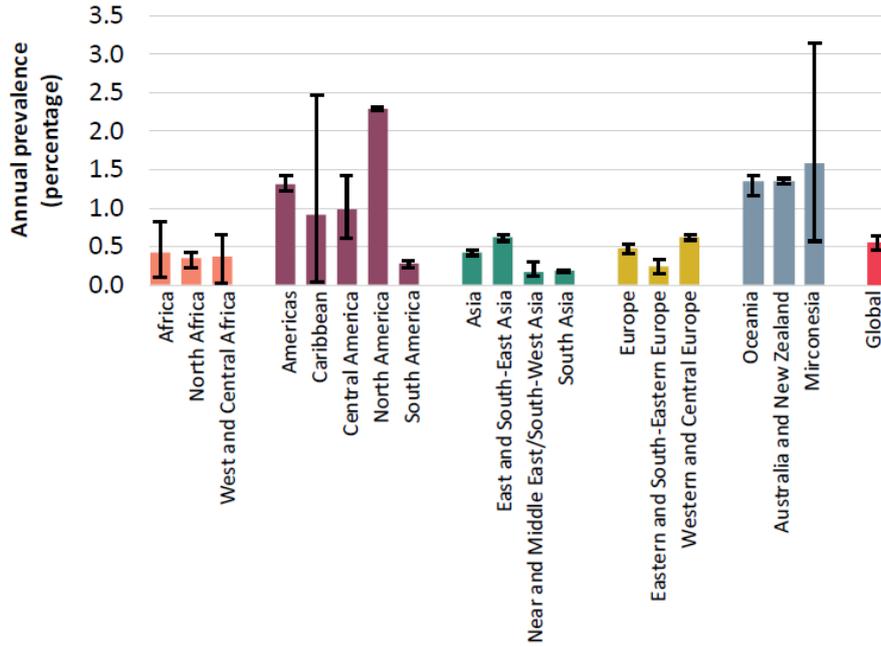
تشير التقديرات إلى أن نحو 27 مليون شخص على الصعيد العالمي، بما يعادل 0.5 في المائة من السكان البالغين قد عاخوا الأمفيتامينات، ومنها الأمفيتامين، والميثامفيتامين والمنشطات الصيدلانية في العام السابق. ارتفع انتشار تعاطي الأمفيتامينات في العام السابق لا سيما في أمريكا الشمالية (بنسبة 2.3 في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15-64 عاما) وأستراليا ونيوزلندا (1.3 في المائة). إن تعاطي الأمفيتامينات في العام السابق، كنسبة مئوية من السكان، في مستوى مشابه (0.5 في المائة) للمتوسط العالمي. يُقيم نحو النصف من التقدير العالمي لمتعاطي الأمفيتامينات (12.7 مليون شخص) في آسيا، رغم أن المنطقة موطناً لنسبة 60 في المائة من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عاما.

41 Canada, Public Health Agency of Canada, Public Health Infobase, "Opioid-related harms in Canada". Available at <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids/> (March 2020).

42 EMCDDA, European Drug Report 2019.

43 Atul Ambekar and others, *Magnitude of Substance Use in India*, 2019 (New Delhi, Ministry of Social Justice and Empowerment, 2019).

الشكل 12 تعاطي الأمفيتامينات، حسب المناطق والمناطق دون الإقليمية، 2018



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

ملاحظة: تشمل "الأمفيتامينات" الإستعمال غير الطبي للأمفيتامين، والميثامفيتامين والمنشطات الصيدلانية.

يختلف نمط وشكل الأمفيتامينات المتعاطاة اختلافاً كبيراً فيما بين الأقاليم والمناطق دون الإقليمية. في أمريكا الشمالية، لا يزال التعاطي غير الطبي للمنشطات الصيدلانية والميثامفيتامين الأكثر انتشاراً؛ وفي شرق وجنوب شرق آسيا وأوقيانوسيا (أستراليا ونيوزيلندا)، نجد الميثامفيتامين؛ في حين أنه في أوروبا الغربية والوسطى والشرق الأدنى والوسط، يُشكل الأمفيتامين المخدر الأكثر انتشاراً. وفي المنطقة دون الإقليمية الأخيرة، يُعرف الأمفيتامين عموماً باسم "كبتاغون". في العديد من البلدان في أمريكا الجنوبية والوسطى، لا سيما البلدان التي أُبلغت بيانات دراسات استقصائية أُجريت مؤخراً، لا يزال التعاطي غير الطبي للمنشطات الصيدلانية أكثر شيوعاً من تعاطي الأمفيتامينات الأخرى. أفادت التقارير أن الإستعمال غير الطبي لأقراص إنقاص الوزن أكثر انتشاراً في أوساط النساء منها بين الرجال، مع أقراص مثل سيبوترامين مونوهيدرات هيدروكلوريد (تُباع بالأسماء أديران وإيومكس) وفنتريمين (يُباع بالأسماء ديورومين وسوبرينزا)، إضافة إلى الميثيل فينيدات والأمفيتامين التي تفيد التقارير أنها المنشطات الصيدلانية الأكثر شيوعاً التي يُساء استعمالها في تلك المناطق دون الإقليمية.^{44، 45}

يبدو أن تعاطي الأمفيتامينات يتزايد في أمريكا الشمالية

في أمريكا الشمالية، سُجلت مؤشرات على زيادة تعاطي الميثامفيتامين في عام 2018. في الولايات المتحدة الأمريكية، أفادت نسبة 1.9 في المائة من السكان في سن 12 سنة فما فوق، أو 5.1 مليون شخص، أنهم أساءوا استعمال المنشطات الصيدلانية، في حين أن أفادت نسبة 0.7 من السكان في سن 12 سنة فما فوق، أو 1.9 مليون شخص، بتعاطيهم الميثامفيتامين في العام السابق. في حين تظهر بيانات دراسات استقصائية أُجريت مؤخراً تناقص الاتجاه في إساءة استعمال المنشطات الصيدلانية،⁴⁶ فقد حدثت زيادة في تعاطي الميثامفيتامين في الولايات المتحدة الأمريكية. في عام 2018، تناقص تعاطي الميثامفيتامين في أوساط الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و25 عاماً)، بينما ازدادت زيادة كبيرة في أوساط البالغين في سن 26 عاماً فما فوق.⁴⁷ ولا يشمل ذلك الأشخاص المقيمين في مؤسسات رعاية والمشردين؛ ومع ذلك، فإن كل منهما قد يتأثر بالمعدلات المرتفعة غير المتناسبة لتعاطي المخدرات.

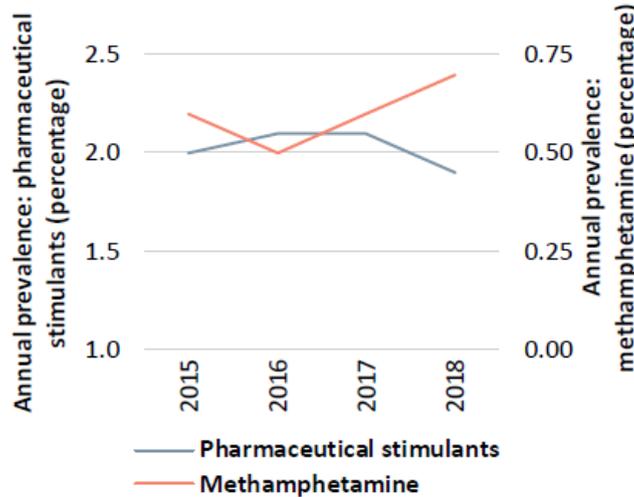
44 Argentina, Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR), Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas: Argentina 2017 – Informe de Resultados No.1: Magnitud del Consumo de Sustancias a Nivel Nacional (Buenos Aires, 2017).

45 Mario E. López López and Alma C. Escobar de Mena, Estudio Nacional Sobre Consumo de Drogas en Población General de El Salvador 2014 (San Salvador, Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional Antidrogas, 2014).

46 The non-medical use of prescription stimulants includes amphetamine or methylphenidate products, anorectic (weight-loss) stimulants or stimulants such as Provigil used to treat sleeplessness due to narcolepsy or other sleep disorders.

47 United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health.

الشكل 13 الاتجاهات في تعاطي الأمفيتامينات، الولايات المتحدة الأمريكية، 2015-2018.



المصدر: United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health*.

في السنوات الأخيرة، بلغ متوسط مستويات نقاوة الميثامفيتامين لكل جرام المبلغ عنها في الولايات المتحدة أكثر من 90 في المائة، في حين انخفضت الأسعار بنسبة 18 في المائة أخرى خلال العام الماضي لتصل إلى 56 دولاراً للجرام النقي.⁴⁸ وعلى الرغم من أنه في الولايات المتحدة الأمريكية لطالما خلط الميثامفيتامين بالهيروين لصنع أقراص منشطة "سيديبول"، أصبحت هذه التركيبات نادرة على نحو متزايد. تشير تقارير المختبرات الجنائية إلى أنه، مع أنها لا تزال محدودة نسبياً، توجد تركيبات الميثامفيتامين، والفنتيلين ونظائر الفنتينيل في الأسواق الأمريكية.⁴⁹

يبدو أن عدد متناولي الأمفيتامينات مستقراً في أوروبا الغربية والوسطى، إلا أن مستوى الاستهلاك يبدو في ازدياد

في أوروبا، يُقدر معدل انتشار تناول الأمفيتامينات في العام السابق بـ 0.5 في المائة من السكان في سن 15-64 عاماً، أو 2.5 مليون شخص، في عام 2018. وفي أوروبا الغربية والوسطى يظل تناول الأمفيتامين أكثر شيوعاً من الميثامفيتامين، الذي أُبلغ عن استهلاكه بصفة أساسية في الجمهورية التشيكية، على الرغم من أنه يتم الإبلاغ حالياً عن زيادة تعاطيه في بلدان أخرى مثل قبرص، ألمانيا (الشرقية)، سلوفاكيا وإسبانيا، بالإضافة إلى أجزاء في أوروبا الشرقية. ومنذ عام 2009، ظل تناول الأمفيتامينات مستقراً نسبياً في معظم البلدان في أوروبا الغربية والوسطى،⁵⁰ على الرغم من أن التقارير تفيد بأن البلدان التي يرتفع فيها معدل الانتشار مثل ألمانيا (1.2 في المائة) وهولندا (1.8 في المائة)، تشهد زيادة في تعاطي الأمفيتامينات.

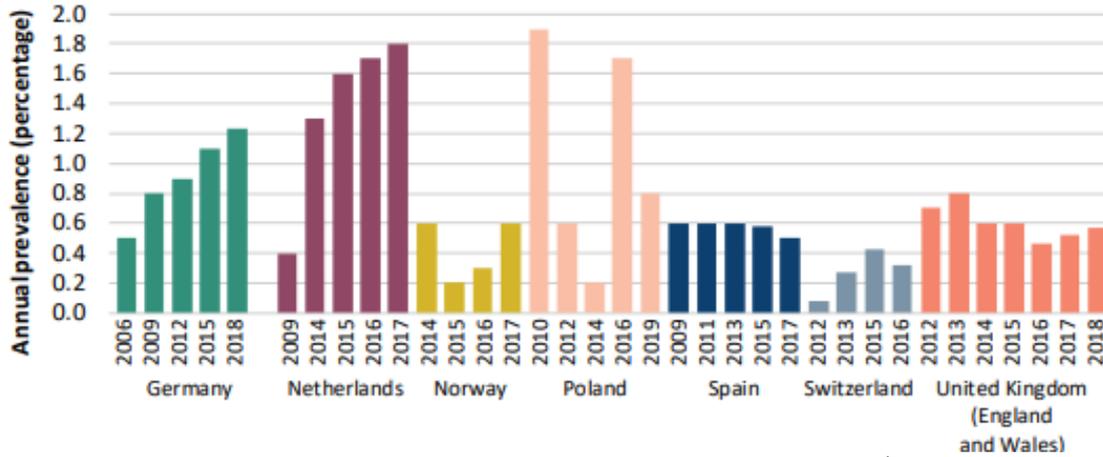
يؤكد تحليل مياه الصرف الصحي الأوروبية أنماط تعاطي الأمفيتامينات الواردة في بيانات استقصاءات الأسر المعيشية، التي تدل على معدل عام لانتشار تعاطي الأمفيتامين في أوروبا يفوق معدل انتشار الميثامبيفاتين، حيث أن تناول الميثامفيتامين غير شائع سوى في بضع بلدان. وتشير تحاليل مياه الصرف الصحي، التي أجريت في 140 مدينة في 33 بلداً في أنحاء أوروبا، إلى أن نصيب الفرد من استهلاك الأمفيتامين خلال الفترة 2011-2019 زاد 1.7 ضعفاً في عام 2019. وفي معظم المدن الواردة في التحليل، كان الأمفيتامين المادة الأكثر استهلاكاً من مجموعة الأمفيتامينات في عام 2019 (أو آخر سنة تتوافر عنها معلومات). ومع ذلك، كان مستوى الميثامفيتامين الموجود في مياه الصرف الصحي أعلى من مستوى الأمفيتامين في البلدان والمدن التالية: الجمهورية التشيكية، وألمانيا (في المناطق المتاخمة للجمهورية التشيكية)، وشمال إيطاليا (ميلانو)، وليتوانيا، وسلوفاكيا، وإسبانيا (مدريد وبرشلونة)، وبعض المدن في سويسرا (زيورخ، وبازل وجينيف) وتركيا (إسطنبول).

48 United States, Department of Justice, Drug Enforcement Administration, 2019 National Drug Threat Assessment (December 2019).

49 Ibid.

50 World Drug Report 2010.

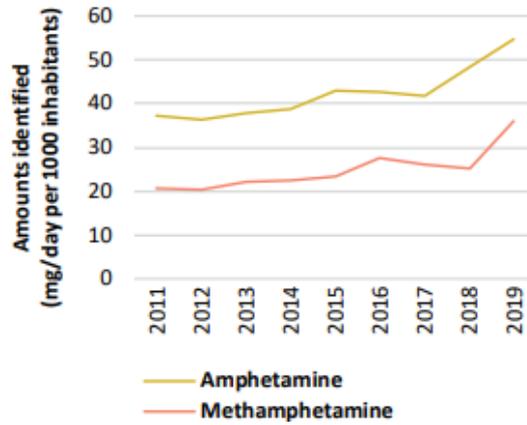
الشكل 14 الاتجاهات في تعاطي الأمفيتامينات في بلدان مختارة في أوروبا الغربية والوسطى



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

ملحوظة: لا يشمل الرقم تلك البلدان التي أبلغت بيانات حديثة.

الشكل 15 كميات الأمفيتامين والميثامفيتامين الموجودة في مياه الصرف الصحي، في 140 مدينة في أوروبا، 2019-2011



المصدر: (UNODC calculations based on wastewater data provided by Sewage Analysis CORE group Europe (SCORE).

ملحوظة: متوسط كمية الأمفيتامين/الميثامفيتامين الموجودة في مياه الصرف الصحي في 140 مدينة في 33 بلد مرجحة بعدد السكان في المواقع: افتراض حدوث زيادة/نقصان تدريجي في سنوات لم يُجر فيها أي تحليل في مدينة معينة ولم يحدث بها تغيير منذ أحدث البيانات المتاحة.

ازدادت كميات الأمفيتامين والميثامفيتامين الموجودة في مياه الصرف الصحي خلال الفترة 2019-2011 بما يقرب من النصف والثلاثة أرباع، على التوالي، في المدن المشاركة، بالرغم من بعض التقلبات حيث كان الاتجاه الصاعد ملحوظاً بدرجة أكبر في حالة الميثامفيتامين.

تناول الميثامفيتامين يظل شاعراً في شرق وجنوب شرق آسيا

يوجد أكثر من ثلث العدد الإجمالي المقدر (9.9 مليون شخص) لمتعاطي الأمفيتامينات في شرق وجنوب شرق آسيا، ويستمر الإبلاغ عن ازدياد في تعاطي الميثامفيتامين، في شكل أقراص والميثامفيتامين البلوري في المنطقة دون الإقليمية.⁵¹

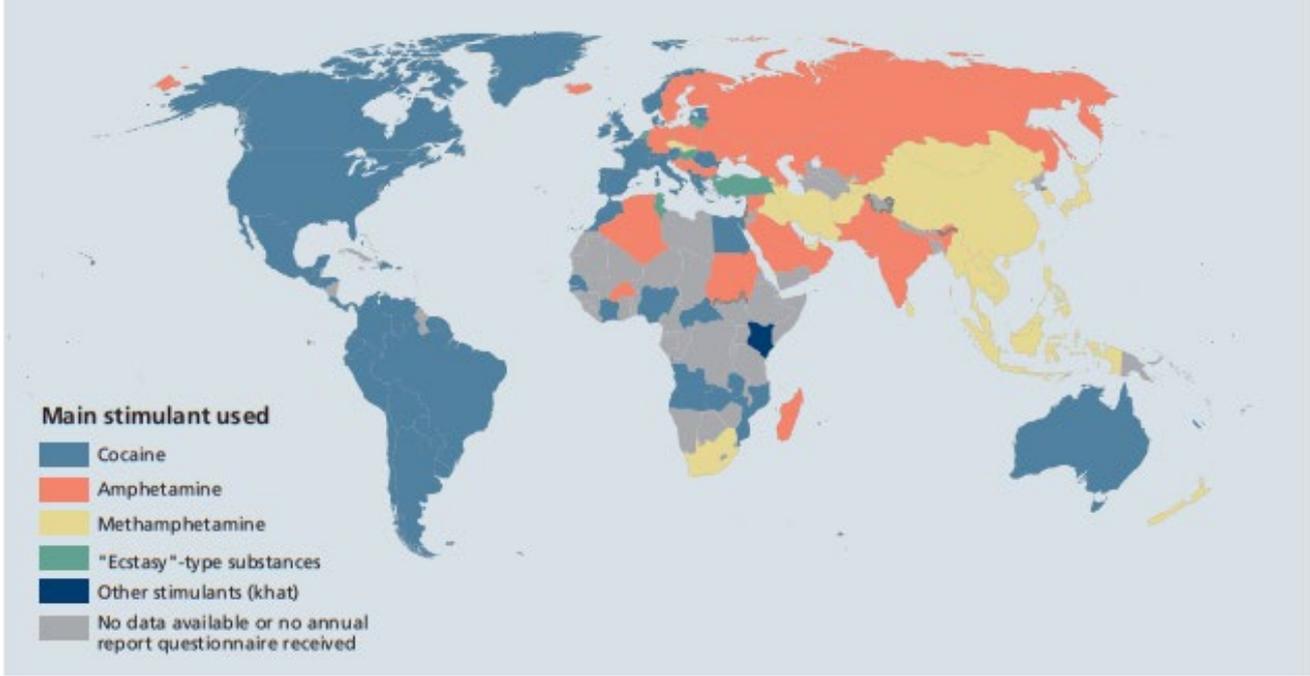
أشار استقصاء للأسر المعيشية أجري مؤخراً في إندونيسيا في عام 2017 إلى انتشار تعاطي الأمفيتامينات في العام السابق بنسبة 0.5 في المائة، أو ما يقرب من مليون متعاطي في العام السابق، تناول 850.000 منهم الميثامفيتامين.⁵² وبالمثل، في الفلبين، واستناداً إلى استقصاء الأسر المعيشية لعام 2016، كان ما يُقدر بـ 1.1 في المائة من السكان في سن 10-69 عاماً، أو 850.000 شخص تقريباً، قد تناولوا الميثامفيتامين في العام السابق،⁵³ في حين أنه في تايلاند كان ما يُقدر بـ 1.3 في المائة من السكان (653.000 شخص) في سن 12-65 عاماً، قد تناولوا أقراص الميثامفيتامين في العام السابق، بينما تناول 0.7 في المائة من السكان (372.000) الميثامبيفاتين البلوري في عام 2019.⁵⁴

51 Manop Kanato and others, eds., ASEAN Drug Monitoring Report 2018, 2nd ed. (Bangkok, ASEAN Narcotics Cooperation Centre, 2019).

52 UNODC, responses submitted by Indonesia to the annual report questionnaire for 2018.

53 UNODC, responses submitted by the Philippines to the annual report questionnaire for 2017.

54 Office of the Narcotics Control Board and Administrative Committee for Substance Abuse Academic Network, National survey on substance use in Thailand 2019, Thailand 2019.



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

ملحوظة: تستند المعلومات أساساً إلى انتشار تعاطي المخدرات المنشطة المبلغ عنها (الكوكايين، والأمفيتامين، والميثامفيتامين و "الإكستاسي")، وإذا لم تكن هذه المعلومات متاحة، على ترتيب وبيانات العلاج من تعاطي المخدرات المنشطة الواردة في الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية. لا تنطوي الحدود والأسماء المبينة في هذه الخريطة على الإعراب عن تأييدها أو قبولها رسمياً من جانب الأمم المتحدة. وتمثل الخطوط المتصلة الحدود غير المحسومة. ولم يتفق الطرفان بعد على الوضع النهائي لجامو وكشمير. كما أن الحدود النهائية بين جمهورية السودان وجمهورية جنوب السودان لم تقر بعد. يوجد نزاع بين حكومتي الأرجنتين والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية بشأن السيادة على جزر فوكلاند (مالفيناس).

وفي بلدان أخرى في شرق وجنوب شرق آسيا، يظل عدد الذين خضعوا للعلاج من تعاطي المخدرات المؤشر الوحيد المتاح لتوفير معلومات بشأن مدى تعاطي المخدرات. وباستثناء فيتنام، واصلت جميع البلدان في المنطقة دون الإقليمية الإبلاغ عن الميثامفيتامين بصفته المخدر الرئيسي الباعث للقلق في حالات الخاضعين للعلاج في عام 2018 (أو آخر سنة تتوافر بيانات عنها). وفي حين أن الصين لم تبلغ بيانات بشأن الخاضعين للعلاج من تعاطي المخدرات، شمل معظم متعاطي المخدرات المسجلين (ما يقرب من 60 بالمائة)⁵⁵ المتعاطين للمخدرات الاصطناعية (أساساً الميثامفيتامين).⁵⁶

وبوجه عام، فإن تعاطي أقرص الميثامفيتامين أكثر شيوعاً من تناول الميثامفيتامين البلوري، كما يتجلى في نسبة متعاطي أقرص الميثامفيتامين المبلغ بخضوعهم لتلقي العلاج في المنطقة دون الإقليمية في عام 2018⁵⁷ وعلى الرغم من ذلك، فإن معظم الأشخاص الذين يسعون للحصول على العلاج من تعاطي المخدرات في بروني دار السلام، وكمبوديا، وماليزيا، والفلبين، وسنغافورة، كانوا يتعاطون الميثامفيتامين البلوري؛ وفي جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وتايلاند، كانت الغالبية في المقام الأول من متعاطي أقرص الميثامفيتامين.⁵⁸

تحليل مياه الصرف الصحي بين ازدياداً في تناول الميثامفيتامين في أستراليا ونيوزيلندا

في أوقيانوسيا-أساساً أستراليا ونيوزيلندا- يظل تناول الميثامفيتامين أكثر شيوعاً من الأمفيتامين. وقد شهد تناول الميثامفيتامين ازدياداً في نيوزيلندا في السنوات الأخيرة.⁵⁹ وفقاً لاستقصاء أجري في ذلك البلد في عام 2019/2018، تناول نسبة 1 في المائة من السكان في سن 15 عاماً فما فوق، أو 39.000 شخص الأمفيتامين⁶⁰ في العام السابق،⁶¹ وهي زيادة كبيرة عن عام 2018/2017. وعلى الرغم من ذلك، يظهر تحليل مياه الصرف الصحي أن الميثامفيتامين هو المخدر المكتشف الأكثر شيوعاً على الصعيد الوطني.⁶² وفي عام 2019، بلغ معدل الاستهلاك الأسبوعي من الميثامفيتامين 14-16 كجم في المواقع المُختبرة،⁶³ بما يعادل متوسط استهلاك 600

55 UNODC, response to the annual report questionnaire for 2018.

56 UNODC, *Synthetic Drugs in East and South-East Asia :Latest developments and challenges* (May 2020).

57 Kanato and others, eds. *ASEAN Drug Monitoring Report 2018*.

58 Ibid.

59 UNODC, responses submitted by New Zealand to the annual report questionnaire for 2018

60 Past-year amphetamine user is a person who has used amphetamine for recreational or non-medical purposes, or to get high, in the past 12 months. The type of amphetamine used is not specified in the survey.

61 New Zealand, Ministry of Health, "Annual update of key results 2018/19 :New Zealand Health Survey", 14 November 2019.

62 New Zealand Police, "National Wastewater Testing Programme :Quarter 4 2019", February 2020.

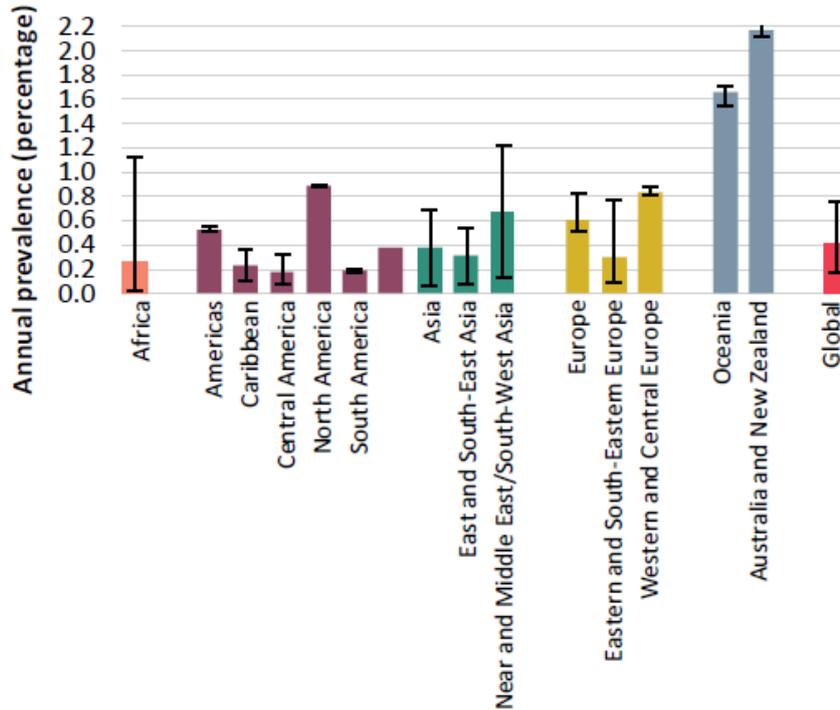
63 Ibid.

ملجم من الميثامفيتامين لكل 1.000 شخص يوميا، يتراوح بين أقل من 200 ملجم لكل 1.000 شخص منطقة ساوثلاند و 1.100 شخص في منطقة نورثلاند. وعلاوة على ذلك، انخفض سعر الميثامفيتامين خلال الفترة 2016-2018، مما يشير إلى وجود كميات كافية تقلل من السعر مع زيادة محتملة في تناول المخدر.⁶⁴

في أستراليا، قُدر انتشار العام السابق من تناول الأمفيتامينات في عام 2016 بنسبة 1.4 في المائة من الأشخاص في سن 14 عاما وما فوق، أو 280.000 من المتعاطين في العام السابق.⁶⁵ أُبلغ أكثر من نصف هؤلاء الأشخاص (57 في المائة) عن تعاطي الميثامفيتامين كمخدر رئيسي، في حين أُبلغ الآخرين عن تناول مسحوق الميثامفيتامين (20 في المائة) والاستعمال غير الطبي للأمفيتامينات الصيدلانية (11 في المائة). كان انتشار العام السابق لتناول الأمفيتامينات (2.8 في المائة) الأكثر بين الشباب في سن 20-29 عاما. وقد سجل تناول الميثامفيتامين في العام السابق في أستراليا انخفاضا كبيرا منذ 2001، عندما أفادت التقارير ببلوغه معدل 3.4 في المائة من عدد السكان في سن 14 عاما فما فوق.

وفي المقابل، أظهر تحليل مياه الصرف الصحي في أستراليا استهلاك كميات متزايدة كل عام في البلد من متوسط يُقدر بـ 8.4 طن في عام 2016/2017 إلى 11.5 طن في عام 2018/2019.⁶⁶ أُجري تحليل مياه الصرف الصحي لعام 2019 في 22 موقعا في عواصم الولايات و36 موقعا إقليميا وشمل نسبة 57 في المائة من السكان ومجموعة واسعة من أحواض الصرف مختلفة الأحجام. وبوجه عام، كان متوسط استهلاك الفرد من الميثامفيتامين أعلى في المواقع الإقليمية: 1.500 ملجم لكل 1.000 شخص في اليوم، مقارنة بمتوسط 1250 ملجم لكل 1.000 شخص في اليوم في مواقع عواصم الولايات.⁶⁷ وقد تم استهلاك الكميات الأكبر من الميثامفيتامين في نيوزاوث ويلز، يليها فيكتوريا وكوينزلاند.

الشكل 16 تعاطي " الإكستاسي "، حسب المنطقة وفي مناطق دون إقليمية مختارة، 2018



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

وإضافة إلى ذلك، تشير المقابلات التي كانت تُجرى كل عام مع مجموعة رصد من الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن بانتظام إلى اتجاهات متفاوتة في تناول الميثامفيتامين. بلغ هذا التناول الذروة في عام 2003، عندما أفاد 89 في المائة من المجيبين بتناول الميثامفيتامين في الأشهر الستة السابقة، قبل انخفاضها إلى 60 في المائة في عام 2010 ومن ثم ازديادها مرة أخرى في عام 2019، حيث أفاد ثلاثة من كل أربعة من المجيبين (78 في المائة) بتناول الميثامفيتامين، أساساً في شكله البلوري، يليه في شكل المسحوق والشكل الأساسي، في الأشهر الستة السابقة للمقابلة.⁶⁸ وقد بلغت متوسط كمية الميثامفيتامين المسحوق أو البلوري الذي يتم تعاطيه في يوم عادي في الأشهر الستة السابقة 0.20 جم، في حين كان متوسط وتيرة تعاطي الميثامفيتامين البلوري في أوساط من يتعاطون

64 UNODC, responses submitted by New Zealand to the annual report questionnaire for 2018.

65 Australian Institute of Health and Welfare, *National Drug Strategy Household Survey 2016 :Detailed Findings*, Drug Statistics Series No. 31 (Canberra, 2017).

66 Australian Criminal Intelligence Commission, *National Wastewater Drug Monitoring Program :Report No. 9* (March 2020).

67 Ibid.

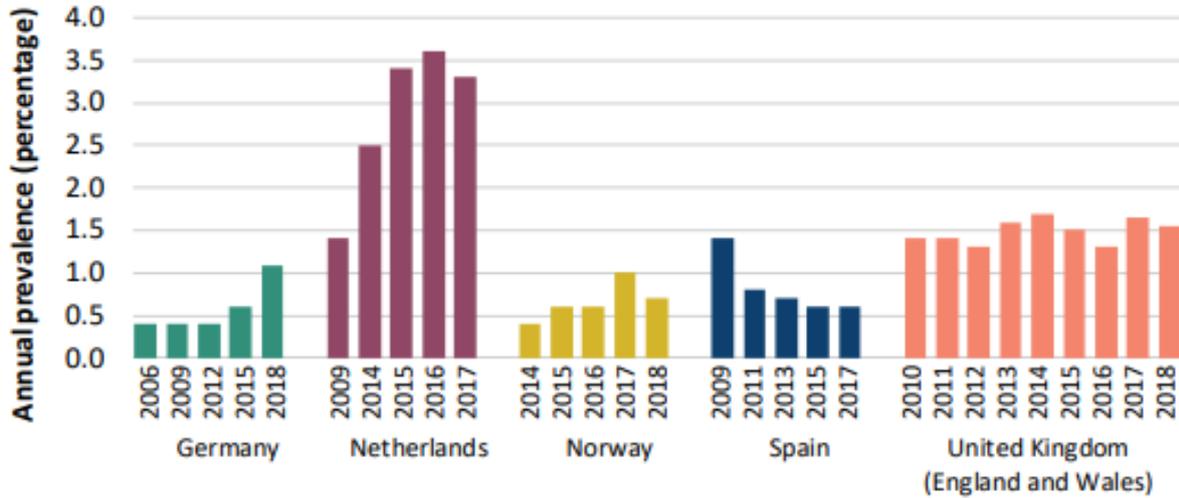
68 Amy Peacock and others, *Australian Drug Trends 2019 :Key Findings from the National Illicit Drug Reporting System (IDRS) Interviews* (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 2019).

المخدرات بانتظام بالحقن 48 يوما، أو مرتين في الأسبوع، في عام 2019. يؤكد ارتفاع نقاء المخدر وانخفاض سعره ، الذي سجل في عام 2019 أدنى سعر له منذ عام 2003 – متوسط سعر مقداره 260 دولار أستراليا للجرام-التوسع في سوق تعاطي الميثافيتامين البلوري في أستراليا أيضا.⁶⁹

تنوع أشكال "الإكستاسي"، وتوفرها بمحتواها العالي من مادة MDMA في الأسواق الرئيسية

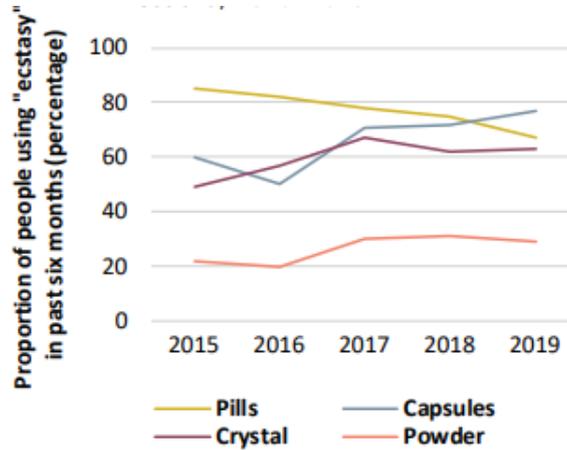
في عام 2018، فُدر أن حوالي 20.5 مليون شخص تعاطوا "الإكستاسي" عالميا في العام السابق، وهو ما يعادل 0.4 في المائة من سكان العالم في سن 15-64 عاما. ارتفع انتشار تعاطي "الإكستاسي" في العام السابق نسبيا في أستراليا ونيوزيلندا (2.2 في المائة)، وأمريكا الشمالية (0.9 في المائة) وأوروبا الغربية والوسطى (0.8 في المائة)، وظل تعاطي "الإكستاسي" مرتبطا أساسا بأماكن الاستجمام والحياة الليلية، مع مستويات تعاطي أعلى نسبيا في أوساط الشباب.⁷⁰

الشكل 17 الاتجاهات في تعاطي "الإكستاسي" في بلدان في أوروبا الغربية والوسطى التي أبلغت ببيانات حديثة



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

الشكل 18



المصدر: Amy Peacock and others, *Australian Drug Trends 2019: Key Findings from the National Ecstasy and Related Drugs Reporting System (EDRS) Interviews* (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 2019).

منذ عام 2010، تنوعت أشكال "الإكستاسي" أيضا، حيث أصبحت أشكال المسحوق والبلوري عالي النقاء متاحة وأكثر شيوعا في التعاطي في أوروبا، وأستراليا ونيوزيلندا.^{71, 72} ففي أوروبا الغربية والوسطى، بلغ محتوى MDMA في أقراص "الإكستاسي" أعلى معدل له منذ عشر سنوات في عام 2017. وفي حين أن بعض البلدان ذات معدل انتشار عالي من التعاطي، مثل هولندا والمملكة المتحدة، أبلغت بحدوث انخفاض في استقصائها الأخير، أبلغت ألمانيا باتجاه متزايد في تعاطي MDMA أو "الإكستاسي". في أستراليا

69 Ibid.

70 See, for example, *World Drug Report 2018*, (Booklet 4) and EMCDDA, *European Drug Report 2019*.

71 EMCDDA, *European Drug Report 2019*.

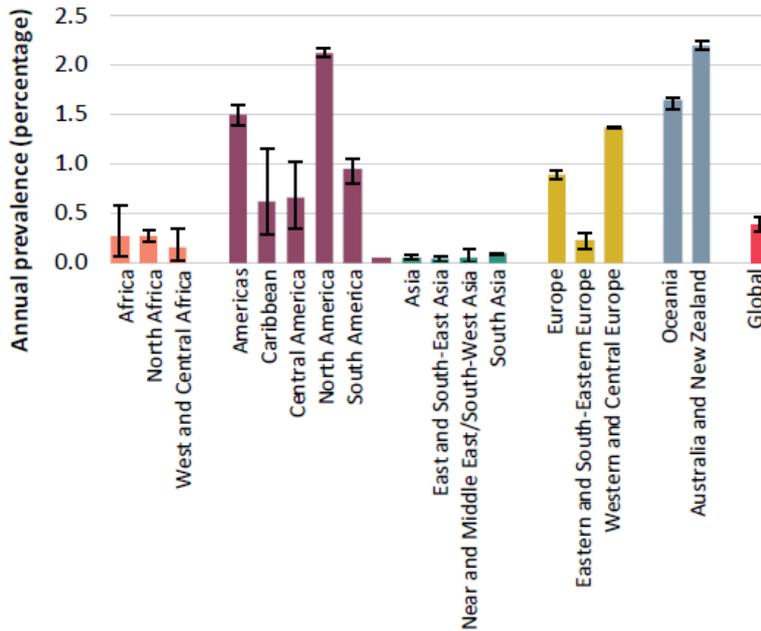
72 Amy Peacock and others, *Australian Drug Trends 2019: Key Findings from the National Ecstasy and Related Drugs Reporting System (EDRS) Interviews*.

استمر الانخفاض في تعاطي أفراس "الإكستاسي" في عام 2019، حيث تعاطاها نسبة 67 في المائة من المجيبين على دراسة حديثة في الأشهر الستة السابقة. ظلت كبسولات "الإكستاسي" الشكل الأكثر شيوعاً (77 في المائة من متعاطي "الإكستاسي") من المادة المتعاطاة منذ بدء نظام المراقبة في عام 2003⁷³ وعلاوة على ذلك، أبلغ واحد من كل أربعة مشاركين أنه تعاطى "الإكستاسي" في الأشهر الستة السابقة أسبوعياً أو بوتيرة أكبر، بمتوسط تعاطي كبسولتين في الجلسة العادية.⁷⁴

مؤشرات على ازدياد تعاطي الكوكايين في أوروبا الغربية والوسطى وتباين الاتجاهات في الأمريكتين

على الصعيد العالمي، يُقدر عدد المتعاطين للكوكايين في العام السابق في عام 2018 بـ 19 مليون شخص، بما يعادل 0.4 في المائة من عموم السكان في سن 15-64 عاماً. استمرت أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية والوسطى أسواقاً رئيسية للكوكايين، بنسبة انتشار للتعاطي 2.1 في المائة و 1.4 في المائة على التوالي، في حين أن أعلى نسبة انتشار لتعاطي الكوكايين في العام السابق كانت في أستراليا ونيوزيلندا، بمعدل 2.2 في المائة من السكان في سن 15-64 عاماً. ويظل تعاطي الكوكايين أعلى أيضاً من المتوسط العالمي في أمريكا الوسطى (0.7 في المائة) وأمريكا الجنوبية (1.0 في المائة). لا يزال تعاطي الكوكايين في المناطق دون الإقليمية الأخرى أقل كثيراً عن المتوسط العالمي.

الشكل 19 تعاطي الكوكايين، حسب المنطقة ومناطق دون إقليمية مختارة، 2018



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire

تعاطي الكوكايين يشهد استقراراً في أمريكا الشمالية

في الولايات المتحدة الأمريكية، يُقدر من تعاطوا الكوكايين في عام 2018 بنسبة 2 في المائة من السكان في سن 12 عاماً فما فوق، أو 5.5 مليون شخص، ويشمل ذلك 757.000 شخص (0.3 في المائة من السكان) تناولوا كوكايين "الكرام" في العام السابق.

وكاتجاه طويل الأجل، انخفض تعاطي الكوكايين في السنة السابقة في عام 2011 إلا أنه شهد تزايداً منذ ذلك الحين، واستقرت عند مستوى عال منذ عام 2016. ظل تعاطي الكوكايين في الشهر السابق والتعاطي اليومي وشبه اليومي بين المتعاطين في الشهر السابق ثابتاً خلال السنوات الأربع الماضية. وإجمالاً، يُقدر عدد المتعاطين للكوكايين يومياً أو شبه يومي بنسبة 6.4 في المائة من عدد متعاطي الكوكايين في الشهر السابق المُقدر بـ 1.9 مليون شخص؛ في المتوسط، تناول المتعاطين في الشهر السابق الكوكايين لمدة 4.8 يوماً في الشهر الماضي. وعلاوة على ذلك، وكما هو الحال في معظم المخدرات الأخرى، أفادت التقارير أن انتشار الكوكايين في العام السابق كان الأعلى بين الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 25 عاماً)، بنسبة 5.8 في المائة.⁷⁵

هناك دلائل أيضاً على زيادة توافر الكوكايين عال النقاء بأسعار منخفضة في السوق الأمريكية: بين عامي 2013 و 2017، فقد انخفض سعر جرام الكوكايين النقي بنسبة 29 في المائة، في حين أن ارتفاع متوسط النقاء بنسبة 32 في المائة في نفس الفترة.⁷⁶

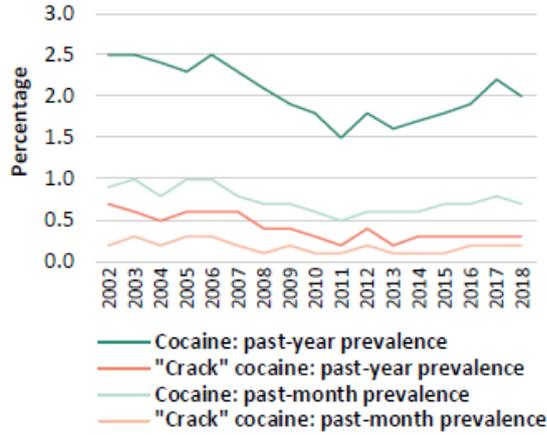
73 Ibid.

74 Ibid.

75 United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*.

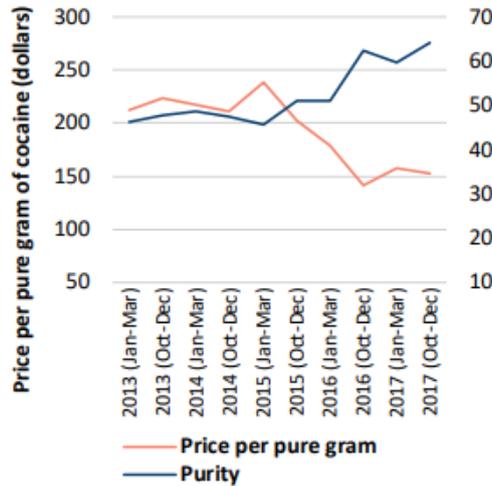
76 Drug Enforcement Administration, *2019 National Drug Threat Assessment*.

الشكل 20 الاتجاهات السائدة في تعاطي الكوكايين وكوكايين "الكراك"، الولايات المتحدة، 2018-2002



المصدر: United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health*. (Rockville, Maryland, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2019).

الشكل 21 سعر الكوكايين ونقاوته، الولايات المتحدة، 2017-2013



المصدر: United States, Department of Justice, Drug Enforcement Administration, *2019 National Drug Threat Assessment* (December 2019).

الاتجاهات المختلطة في تعاطي الكوكايين في أمريكا الجنوبية

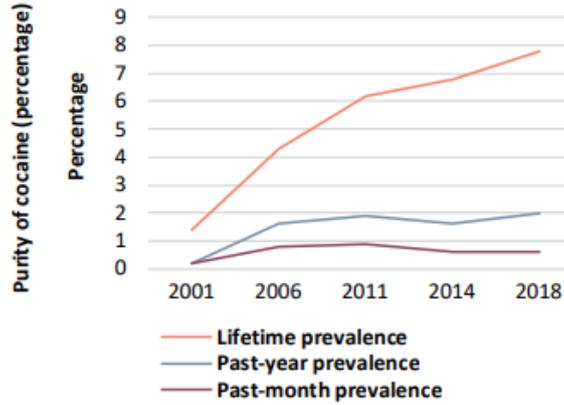
في أمريكا الجنوبية، تفيد التقديرات أن 2.8 مليون نسمة أو حوالي 1 في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عامًا، كانوا متعاطين للكوكايين في العام الماضي في 2018. ومع وجود ما يقرب من 1.5 مليون متعاطٍ للكوكايين وكوكايين "الكراك" في العام الماضي بها، فإن البرازيل هي أكبر سوق كوكايين في أمريكا الجنوبية.⁷⁷

انتشر تعاطي عجينة الكوكايين القاعدي - التي كانت مقتصرة سابقًا على البلدان التي يُصنع فيها الكوكايين - إلى العديد من البلدان في أمريكا الجنوبية. وعلى الرغم من ذلك، يصعب تقدير هذا التعاطي لأن الأشخاص الذين يتعاطون عجينة الكوكايين القاعدي عادةً ما يكونون من الفئات المهمشة اجتماعيًا التي لا تمثلها الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية جيدًا.⁷⁸

77 Based on UNODC estimate of 1.0 per cent of the population aged 15–64 having used cocaine in the previous year in 2016.

78 Argentina, SEDRONAR, "Consumo de Cocaína :Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas – Argentina, 2017" (Buenos Aires, 2017).

الشكل 22 الاتجاهات السائدة في تعاطي الكوكايين، أوروغواي، 2001-2018

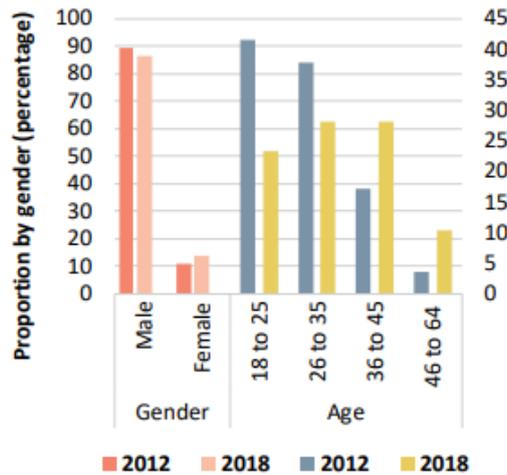


المصدر: Observatorio Uruguayo de Drogas, VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas.

أفادت الأرجنتين وبوليفيا (الدولة متعددة القوميات) وأوروغواي – وهي البلدان الواقعة في أمريكا الجنوبية التي لديها معلومات جديدة حول تعاطي المخدرات – بوجود اتجاهات مختلطة في تعاطي الكوكايين بين عموم السكان. ففي الأرجنتين في عام 2017، تعاطى 1.5 في المائة من السكان (2.4 في المائة من الذكور و0.7 في المائة من الإناث) الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و65 عاماً الكوكايين في العام الماضي.⁷⁹ وأبلغ عن أعلى معدل انتشار لتعاطي الكوكايين في العام الماضي (3 في المائة) بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و24 عاماً وإلى حدٍ أقل – بين البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و49 عاماً. وأشارت التقديرات إلى أن 1.0 في المائة من عموم السكان – لا سيما الذكور والأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و34 عاماً- تعاطوا عجينة الكوكايين القاعدي في العام الماضي، على الرغم من أن هذا قد يكون تقديراً بأقل من الواقع. وخلال الفترة من 2010 إلى 2017، تضاعف عدد متعاطي الكوكايين تقريباً في الأرجنتين؛ وهي زيادة كانت أكبر بين النساء منها بين الرجال، وأكبر بين البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 35 و49 عاماً منها بين أي فئة عمرية أخرى.

في أوروغواي، أبلغ أن معدل انتشار العام الفائت للكوكايين كان 2 في المائة من عدد السكان البالغين في عام 2018، وهو معدل ظل مستقرًا منذ عام 2006. وفي عام 2018، كان معدل تعاطي العام الفائت للكوكايين في أوروغواي أعلى بين الرجال منه بين النساء وأعلى بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 26 و35 عاماً حسب الفئة العمرية. وأفاد ما يقرب من 7 في المائة من متعاطي الكوكايين في العام الماضي أنهم تعاطوه أسبوعياً "في بعض الأحيان"، وأفاد 1 في المائة أنهم استخدموه يومياً. وعلى الرغم من ذلك، عدّ أن 43 في المائة تقريباً من متعاطي الكوكايين في العام الماضي في ذلك البلد يعانون من اضطرابات تعاطي الكوكايين.⁸⁰

الشكل 23 توزيع الأشخاص الذين يتعاطون عجينة الكوكايين القاعدي حسب النوع والفئة العمرية، أوروغواي، 2012 و2018



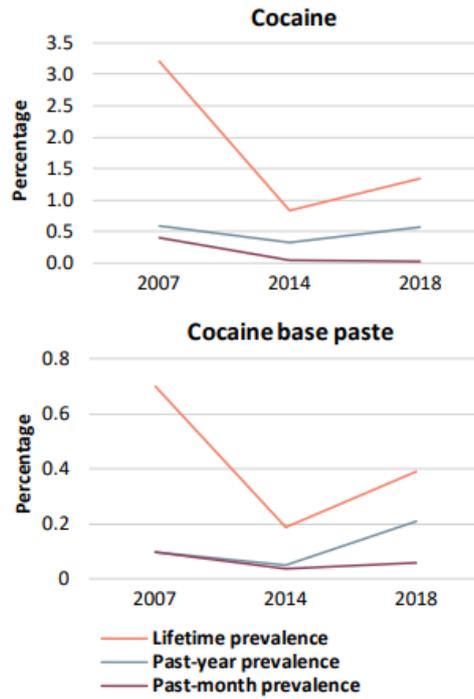
المصدر: Observatorio Uruguayo de Drogas and Junta Nacional de Drogas, *Personas, Calle, Consumos: Dos Estudios sobre Uso de Pasta base en Uruguay – Aproximaciones Cuantitativas y Etnográficas* (Montevideo, 2019).

79 Ibid.

80 Observatorio Uruguayo de Drogas, VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas.

في عام 2018، قُدِّر عدد المتعاطين المنتظمين لعجينة الكوكايين القاعدي في أورغواي بنحو 8.800 (حوالي 4 أشخاص لكل 1000 نسمة يتراوح أعمارهم بين 15-64)، وهو أقل بكثير من التقدير السابق للمتعاطين المنتظمين الذين بلغ 14.000 متعاطٍ منتظم في عام 2012.⁸¹ وكانت أغلبية متعاطي عجينة الكوكايين القاعدي من الرجال (68 في المائة) الذين تتراوح أعمارهم بين 26-35 (38 في المائة)؛ وعلى الرغم من ذلك، كانت نسبة أعلى من المتعاطين الأصغر سنًا الذين تتراوح أعمارهم بين 18-25 من النساء. وقد خُصِّصت مقارنة بين دراستين استخدمتا أسلوب أخذ العينات الموجه حسب المستجيبين لاستقصاء متعاطي عجينة الكوكايين القاعدي في عام 2012 وعام 2018 إلى وجود انخفاض في تعاطي المادة المخدرة بين الشباب. بيد أن نسبة المتعاطين الأكبر سنًا الذين ينتمون إلى الفئة العمرية 36-45 فما فوق زادت زيادة كبيرة، مما يشير إلى فئة متقدمة في السن من المتعاطين الذين بدأوا التعاطي في سن الثامنة عشر في الفترة من 2002 إلى 2004 تقريبًا، وتدرجوا في تعاطي عجينة الكوكايين القاعدي.⁸² وفضلاً عن ذلك، يقال إن تعاطي عجينة الكوكايين القاعدي شائع بين المجموعات السكانية المهمشة (لا سيما المشردون والأشخاص الذين يعيشون في ملاجئ) وبين أولئك الحاصلين على تعليم أقل من المستوى الابتدائي.

الشكل 24 الاتجاهات السائدة في تعاطي الكوكايين وعجينة الكوكايين القاعدي في دولة بوليفيا متعددة القوميات، 2014-2018



المصدر: Plurinational State of Bolivia, *3er Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y el Alto*.

في دولة بوليفيا متعددة القوميات في عام 2018، قُدِّر أن حوالي 0.6 في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و46 هم متعاطي الكوكايين في العام الفائت و0.2 في المائة هم متعاطي عجينة الكوكايين القاعدي في العام الفائت.⁸³ وقد زاد تعاطي الكوكايين وعجينة الكوكايين القاعدي في العام الفائت على حدٍ سواء منذ الدراسة الاستقصائية الأخيرة التي أجريت في عام 2014، مع كون الزيادة في تعاطي عجينة الكوكايين القاعدي في العام الفائت أكثر وضوحاً من الزيادة في الكوكايين.⁸⁴ وكان تعاطي الكوكايين في البلد أكثر شيوعاً بين الرجال منه بين النساء حسب الفئة العمرية وأكثر شيوعاً بين أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 16-24 أكثر من الفئات العمرية الأخرى، فضلاً عن كونه أكثر شيوعاً بين المجموعات ذات الدخل المتوسط (المجموعات ذات الدخل المتوسط من الشريحة العليا وذات الدخل المتوسط) من المجموعات ذات الدخل المنخفض. غير أنه قد تم الإبلاغ عن أن تعاطي عجينة الكوكايين القاعدي أكثر شيوعاً بين المجموعات ذات الدخل المنخفض. وعلى الرغم من أن معدل انتشار العام الفائت لتعاطي الكوكايين كان أكثر انخفاضاً بين النساء أكثر منه بين الرجال في دولة بوليفيا متعددة القوميات، فإن نسبة النساء اللاتي أبلغن عن تعاطي الكوكايين بانتظام (57 في المائة) كانت أكثر من الرجال في العام الفائت.

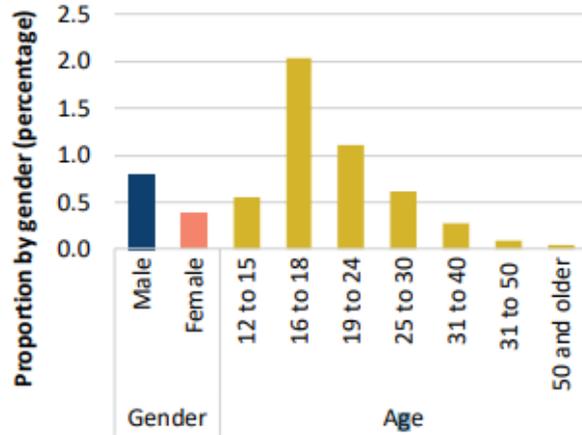
81 Observatorio Uruguayo de Drogas and Junta Nacional de Drogas, *Personas, Calle, Consumos: Dos Estudios sobre Uso de Pasta base en Uruguay Aproximaciones Cuantitativas y Etnográficas* (Montevideo, 2019).

82 Ibid.

83 Plurinational State of Bolivia, Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID) and Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD), *3er Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y el Alto* (2018).

84 The survey results indicate that between 2014 and 2018 the prevalence was stable, since the prevalence estimates in 2014 and 2018 were within the margins of error.

الشكل 25 تعاطي الكوكايين حسب نوع الجنس والفئة العمرية، دولة بوليفيا متعددة القوميات، 2108



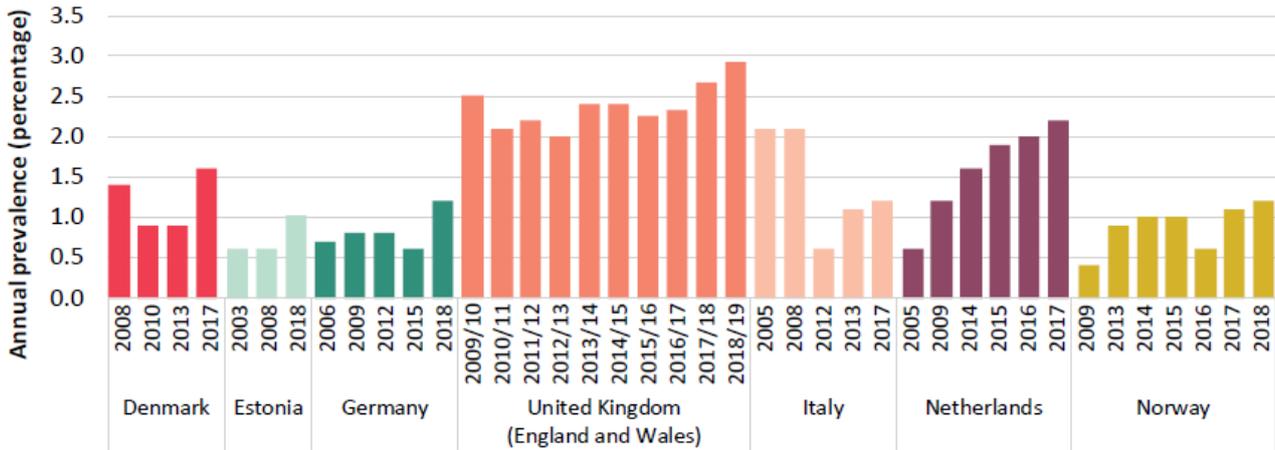
المصدر: Plurinational State of Bolivia, 3er Estudio Nacional de Prevalencia y Características de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capitales de Departamento y el Alto

مؤشرات على زيادة تعاطي الكوكايين في أوروبا الغربية والوسطى

في أوروبا الغربية والوسطى، قُدِّر أن 1.4 في المائة أو 4.4 مليون شخص تتراوح أعمارهم بين 15 إلى 64 هم متعاطي الكوكايين في العام الفائت في 2018. وقد أبلغ العديد من البلدان في المنطقة دون الإقليمية، لا سيما تلك التي لديها معدل انتشار أعلى من تعاطي الكوكايين بزيادة في تعاطي المخدرات في العام الفائت. ويوجد أيضاً دليل على زيادة توفر الكوكايين بأعلى درجة نقاوة مُبلغ عنها منذ أكثر من عقد في الاتحاد الأوروبي.⁸⁵

إن الزيادة الإجمالية في استهلاك الكوكايين في أوروبا في السنوات الأخيرة أكثر لفتاً للنظر في تحليلات مياه الصرف الصحي التي تشير إلى زيادة أكثر من 5 في المائة منذ عام 2011 - معظمها منذ عام 2015 - في كميات الكوكايين المُستهلك في 136 مدينة في 29 بلدًا في أوروبا خلال الفترة من 2011 إلى 2019.⁸⁶ وتهيمن أوروبا الغربية ليس فقط على المنطقة من حيث تعاطي الكوكايين، ولكن أيضاً من حيث استهلاك الكوكايين استناداً إلى كمية مستقلبات الكوكايين (بنزويليغونين) الموجودة في مياه الصرف. كما أن جميع المدن التي لديها كميات كبيرة من مستقلبات الكوكايين للفرد الموجودة في مياه الصرف الصحي تقع في أوروبا الغربية، لا سيما في بلجيكا وهولندا وفرنسا وإسبانيا وسويسرا والمملكة المتحدة. ووجدت كميات أصغر في مدن تقع في أوروبا الشرقية (أبرزها فنلندا) وبلدان في أوروبا الوسطى (التشيك وسلوفاكيا) ومنطقة البلطيق (ليتوانيا).⁸⁸

الشكل 26 اتجاه تعاطي الكوكايين في بلدان في أوروبا الغربية والوسطى أبلغت عن البيانات الأخيرة



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

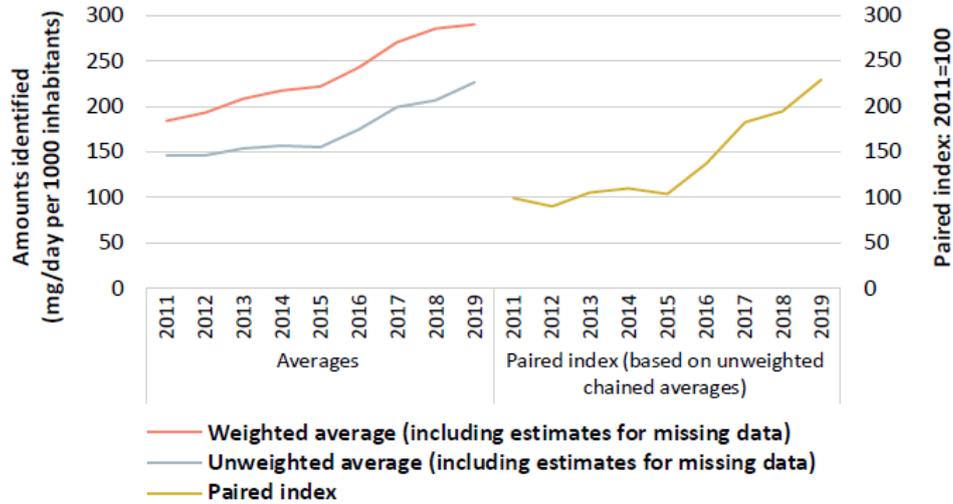
85 EMCDDA and Europol, *EU Drug Markets Report 2019* (Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2019).

86 UNODC calculations based on Sewage Analysis CORE group Europe (SCORE). For details of the calculations, see the online Methodology annex to the present report.

87 Benzoylcegonine is the main cocaine metabolite; a substance formed in the transformation of cocaine in the body, it is expelled through urination.

88 UNODC calculations based on Sewage Analysis CORE group Europe (SCORE).

الشكل. 27 البنزويليكغونين (مستقبل الكوكايين) الموجود في مياه الصرف الصحي في 136 مدينة في أوروبا، 2011-2019



المصدر: UNODC calculations based on wastewater data provided by Sewage Analysis CORE group Europe (SCORE).

ملاحظة: متوسط كمية البنزويليكغونين الموجودة في مياه الصرف الصحي في 136 مدينة (150 موقعًا)، مُرجحة حسب عدد سكان المواقع: افتراض وجود زيادة/نقص تدريجي في السنوات التي لم يتم إجراء تحليل فيها في مدينة معينة ولم يكن هناك تغيير منذ أحدث بيانات متاحة. نظرًا للتغير في عدد المدن والمواقع، فإن المعلومات المُقدمة في هذه الوثيقة غير قابلة للمقارنة بالمعلومات المُقدمة في تقرير المخدرات العالمي 2019.

على الرغم من ارتفاع معدل انتشار تعاطي الكوكايين، فإن كميات الكوكايين المُستهلكة في أستراليا ونيوزيلندا صغيرة لأن التعاطي متقطع

في أستراليا، في عام 2016، قُدِّر أن 2.5 في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 14 فأكثر قد تعاطوا الكوكايين في العام الفائت، مما يجعل معدل انتشار تعاطي الكوكايين في ذلك العام أعلى تقدير منذ عام 2001⁸⁹ في حين كان أعلى معدل انتشار مُقَدَّر للكوكايين بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و29؛ سواء معدل العام الفائت للتعاطي (6.9 في المائة) أو معدل الشهر الفائت للتعاطي (2.4 في المائة)، فإن متوسط عمر أولئك الذين أبلغوا عن تعاطي الكوكايين في العام الماضي ارتفع من 28 عامًا في عام 2001 إلى 31 عامًا في 2016. وكما هو الحال في أسواق الكوكايين الكبيرة الأخرى، أبلغ معظم متعاطي الكوكايين عن تعاطي متقطع للكوكايين، مع إبلاغ 64 في المائة من متعاطي الكوكايين في العام الفائت عن تعاطي المخدر مرة أو مرتين في السنة، وحوالي 10 في المائة يتعاطونه مرة في الشهر تقريبًا، وحوالي 3 في المائة يتعاطونه مرة في الأسبوع أو أكثر.

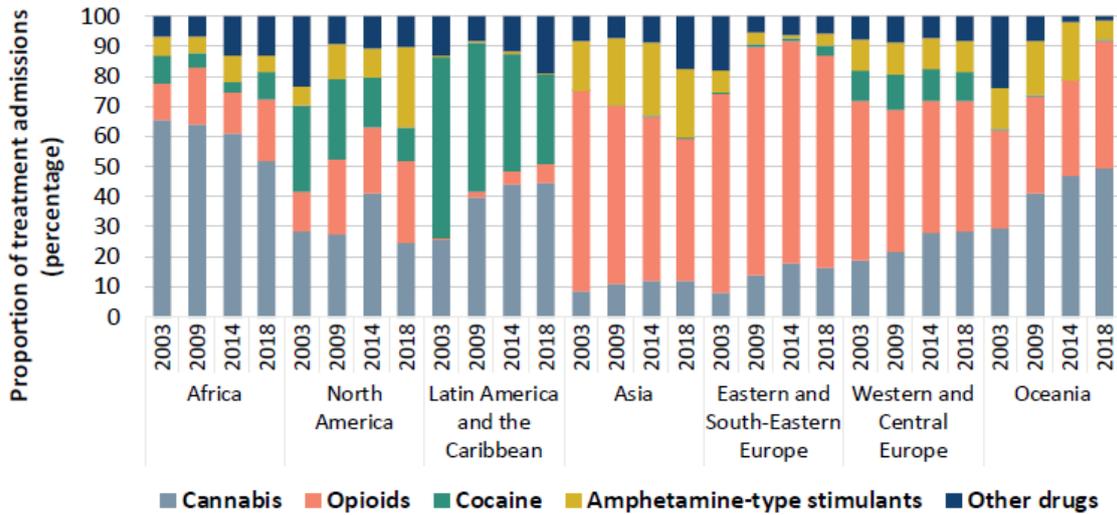
ربما استمر الاتجاه التصاعدي في تعاطي الكوكايين في أستراليا الموضح في بيانات الدراسة الاستقصائية للأسر المعيشية حتى عام 2016 في السنوات اللاحقة. وشملت تحليلات مياه الصرف الصحي التي أجريت في جميع أنحاء أستراليا في عام 2019 في المائة من السكان وأجريت في 22 موقعًا في عواصم الولايات و36 منطقة إقليمية، وغطت مجموعة واسعة من أحجام سكان مناطق الاستجلاب في البلد.⁹⁰ زادت الكمية المُقدَّرة للكوكايين المُستهلك سنويًا بنسبة 50 في المائة منذ 2016/2017 إلى ما يُقدَّر بنحو 4.636 كجم من الكوكايين المُستهلك في البلد في 2018./2019⁹¹ وبصفة عامة، تم الإبلاغ عن انخفاض استهلاك الكوكايين في المواقع الإقليمية عنه في عواصم الولايات. وفي المتوسط، قُدِّر استهلاك 500 مجم من الكوكايين لكل 1000 نسمة يوميًا في أستراليا. وكان استهلاك نيو ساوث ويلز أعلى من المناطق الأخرى، على الرغم من أن بعض المواقع في كوينزلاند والإقليم الشمالي ومنطقة العاصمة الأسترالية كان لديها أيضًا استهلاك مرتفع نسبيًا.

89 Australian Institute of Health and Welfare, *National Drug Strategy Household Survey 2016: Detailed Findings* (Canberra, 2017).

90 Australian Criminal Intelligence Commission, *National Wastewater Drug Monitoring Program: Report No. 9*.

91 Ibid.

الشكل 28 الاتجاهات السائدة في العقار الرئيسي المثير للقلق في العلاج من تعاطي المخدرات، حسب المنطقة والمناطق دون الإقليمية المختارة، 2003 و2009 و2014 و2018



المصدر: مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، الردود على الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية.

الأشخاص الخاضعون للعلاج من تعاطي المخدرات

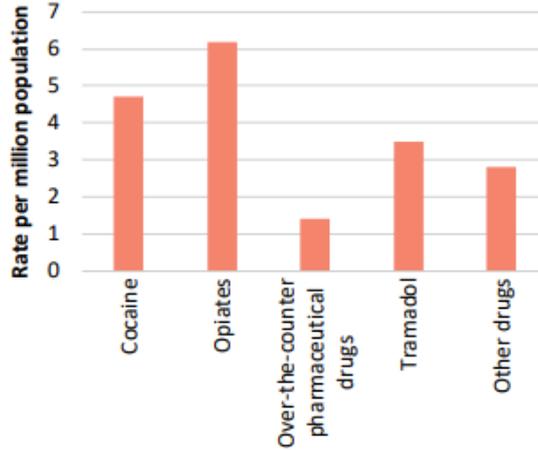
أما عن الأشخاص الذين لديهم اضطرابات تعاطي المخدرات، يظل توفر خدمات العلاج من تعاطي المخدرات والحصول عليها محدودًا على المستوى العالمي؛ فلا يتلقى العلاج من تعاطي المخدرات سوى واحد فقط من أصل ثمانية أشخاص يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات كل عام. وفي حين أن واحد من بين كل ثلاثة متعاطي مخدرات امرأة، لا يزال النساء يمثلن واحد فقط من كل 5 أشخاص يتلقون العلاج. وقد توفر المعلومات التي تتعلق بالأشخاص الخاضعين للعلاج من تعاطي المخدرات نظرة متعمقة مفيدة على الاتجاهات والتغيرات الثقافية فيما يتعلق باضطرابات تعاطي المخدرات. غير أن تلك المعلومات لا تعكس مستوى الطلب على العلاج من تعاطي المخدرات فقط (عدد الأشخاص الذين يطلبون المساعدة أو الذين يحيلهم نظام العدالة الجنائية أو أسرهم، على سبيل المثال)، بل أيضًا مدى توفر خدمات العلاج من تعاطي المخدرات وإمكانية الحصول عليها.

على مدار فترة العقد ونصف المنصرمة، شهدت جميع المناطق بخلاف أفريقيا تقديم نسبة متزايدة من العلاج من تعاطي المخدرات للحالات التي تعاني من اضطرابات تعاطي القنب. وفي معظم المناطق، من بين الأشخاص الذين يتلقون العلاج من اضطرابات تعاطي القنب، كان نصفهم تقريبًا يتلقون العلاج لأول مرة، ويبلغ متوسط أعمارهم 26 عامًا.⁹² وفي أفريقيا، على الرغم من انخفاض نسبة الأشخاص الذين تلقوا العلاج من تعاطي القنب بوصفه المخدر الرئيسي المثير للقلق، فلا تزال هذه النسبة كبيرة (50 في المائة في عام 2018). وفي غرب ووسط أفريقيا - على سبيل المثال - بين عامي 2014 و2017 خضع أكثر من 7 من بين كل 10 أشخاص يتلقون العلاج من تعاطي المخدرات للعلاج من اضطرابات تعاطي القنب. وتعكس النسبة المتزايدة للأشخاص الذين تلقوا العلاج من اضطرابات تعاطي المؤثرات الأفيونية في أفريقيا على الأرجح زيادة تعاطي المؤثرات الأفيونية، لا سيما الترامادول في غرب ووسط أفريقيا. وفي تلك المنطقة دون الإقليمية، كانت المؤثرات الأفيونية (الهيروين والترامادول) - بعد القنب - هي ثاني أكثر أنواع المخدرات شيوعًا التي تتسبب في حصول الأشخاص على خدمات العلاج من تعاطي المخدرات خلال الفترة من 2014 إلى 2017.⁹³

92 This calculation, and those for other drugs presented in this section, are based on data for treatment provided covering 2014 to 2018 as submitted by Member States in the annual report questionnaire.

93 UNODC and ECOWAS, *West African Epidemiology Network on Drug Use (WENDU) Report: Statistics and Trends on Illicit Drug Use and Supply, 2014-2017* (2018).

الشكل 29 الأشخاص الذين يتلقون العلاج بسبب اضطرابات تعاطي المخدرات، غرب أفريقيا، 2014-2017



المصدر: UNODC and ECOWAS, West African Epidemiology Network on Drug Use (WENDU) Report on Illicit Drug Use and Supply, 2014–2017 (2018).

ملاحظة: تستثني البيانات الواردة في هذا الشكل الأشخاص الذين يتلقون العلاج بسبب اضطرابات تعاطي القنب.

تستدعي الزيادة في الطلب على العلاج المتعلق باضطرابات تعاطي القنب في بعض المناطق اهتمامًا خاصًا. ويوجد تباين كبير في تعريف ما يشكل علاجًا لاضطرابات تعاطي القنب وممارسته. فالعلاج في الوقت الحالي يتألف من تدخلات سلوكية أو نفسية واجتماعية، مثل العلاج السلوكي المعرفي (الذي يتم فيه تحدي أساليب التفكير غير العقلاني والسلبي وتعزيز تطوير مهارات التكيف البديلة) وإجراء مقابلات تحفيزية (يتم فيها تسهيل الدافع الشخصي للمتعاظمي لتغيير سلوكه الخاص وإشراكه).⁹⁴ وقد تتفاوت هذه التدخلات من اتصال أو فحص عبر الإنترنت لمرة واحدة وتدخل مختصر في عيادة خارجية إلى خطة علاج أكثر شمولاً تتضمن علاج الأمراض المتزامنة في عيادة خارجية أو داخل المستشفى. وتشمل بعض العوامل التي قد تؤثر على عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج بسبب اضطرابات تعاطي القنب التغييرات في عدد الأشخاص الذين يحتاجون فعليًا إلى العلاج والتغيرات في نظام الإحالة إلى العلاج والتغيرات في الوعي بالمشاكل المحتملة المرتبطة باضطرابات تعاطي القنب والتغيرات في توفر العلاج من اضطرابات تعاطي القنب والحصول عليه.⁹⁵

تظل المؤثرات الأفيونية (غالبًا الهيروين) المخدر الرئيسي الذي بسببه يخضع الأشخاص للعلاج من تعاطي المخدرات في أوروبا (لا سيما شرق وجنوب شرق أوروبا) وآسيا، حيث تمثل 50 في المائة تقريبًا من جميع حالات الإلحاق بمرافق العلاج في عام 2018. وبالمقارنة مع متعاطي المخدرات الأخرى، يميل أولئك الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المؤثرات الأفيونية الذين يلتحقون بمرافق العلاج إلى أن يكونوا أكبر سنًا، في منتصف الثلاثينات من العمر، وما بين ربعهم وثلثهم يلتحقون بمرافق العلاج لأول مرة.⁹⁶ ويتوافق هذا مع النتائج المنشورة في الكتابات العلمية - على سبيل المثال الدراسات الواردة من أوروبا - التي تشير إلى وجود فئة متقدمة في السن من متعاطي المؤثرات الأفيونية في أوروبا.⁹⁷

العلاج من تعاطي المنشطات الأمفيتامينية أكثر شيوعًا في آسيا (غالبًا من تعاطي الميثامفيتامين) وأوقيانوسيا (استنادًا إلى البيانات الواردة من أستراليا ونيوزيلندا) أكثر منه في المناطق الأخرى. وكما هو الحال مع متعاطي القنب، فإن الأشخاص الخاضعين للعلاج من الاضطرابات المتعلقة بتعاطي الميثامفيتامين يميلون إلى أن يكونوا أصغر سنًا - في منتصف العشرينات من العمر - من متعاطي المؤثرات الأفيونية الخاضعين للعلاج، وتميل أغليبتهم أيضًا إلى أن يكونوا ملتحقين بمرافق العلاج لأول مرة.⁹⁸ ويمثل الأشخاص الذين يتلقون العلاج من تعاطي الميثامفيتامين أكثر من ثلاثة أرباع أولئك الخاضعين للعلاج في بروني دار السلام وكمبوديا وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية والفلبين وسنغافورة وتايلاند.⁹⁹

يمثل توفير العلاج الذي يكون فيه الكوكايين هو المخدر الرئيسي المثير للقلق حصة كبيرة من العلاج من تعاطي المخدرات في الأمريكتين، لا سيما في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وفي أمريكا اللاتينية - كما هو الحال في المناطق دون الإقليمية الأخرى - يميل الأشخاص الذين يتلقون العلاج من اضطرابات تعاطي الكوكايين إلى أن يكونوا في منتصف الثلاثينات من العمر، و30 إلى 40 في المائة يتلقون العلاج لأول مرة.

94 Jonathan Schettino and others, *Treatment of Cannabis-related Disorders in Europe*, EMCDDA Insights Series, No. 17 (Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2015).

95 For a detailed discussion on this, see *World Drug Report 2016* (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).

96 Based on analysis of data for treatment provision reported by countries in the annual report questionnaire for the years 2015–2018.

97 Anne Marie Carew and Catherine Chomsky, "Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 182, (2018), pp. 48–57.

98 Based on analysis of data for treatment provision reported by countries in the annual report questionnaire for the years 2015–2018.

99 UNODC, responses to the annual report questionnaire.

تحقيق الغاية 3.5 من أهداف التنمية المستدامة

"تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد، بما يشمل تعاطي مواد الإدمان وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك":
مراجعة للمؤشر العالمي بشأن تغطية التدخلات العلاجية لاضطرابات تعاطي المخدرات

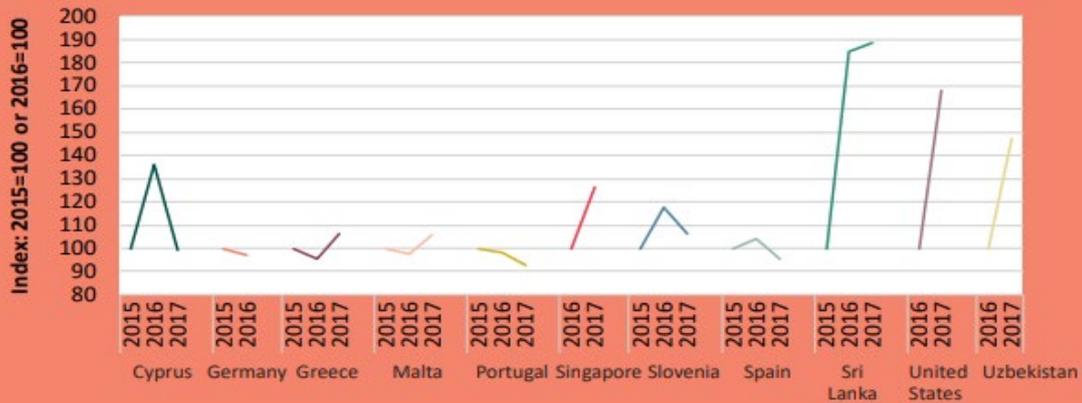
طُوّر إطار مؤشرات عالمي لرصد التقدم المحرز نحو خطة التنمية المستدامة لعام 2030. في إطار هدف التنمية المستدامة 3، المُخصص للصحة الجيدة والرفاهية، والغاية 3-5 "تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد، بما يشمل تعاطي مواد الإدمان وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك"، فإن أحد المؤشرين المعيّنين لرصد الهدف - ألا وهو المؤشر 3-5-1 - مُخصص لقياس تغطية التدخلات العلاجية (بما يشمل الخدمات الدوائية والنفسية والاجتماعية وخدمات إعادة التأهيل والرعاية اللاحقة) لاضطرابات تعاطي المخدرات. وقد فُعل هذا الإطار لأن نسبة الأشخاص الذين تلقوا العلاج من اضطرابات تعاطي المخدرات في عام معين أكثر من العدد الإجمالي المُقدر للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات. وخلال الفترة من 2015 إلى 2017، أبلغ 30 بلدًا في أفريقيا والأمريكيتين وآسيا وأوروبا مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة بيانات حول هذا المؤشر.

وتوضح البيانات المتاحة أن تغطية العلاج من تعاطي المخدرات تتفاوت إلى حد كبير بين أنواع المخدرات والبلدان، وتتراوح بين أقل من 1 في المائة إلى 86 في المائة. ويلزم توخي الحذر عند تفسير الاختلافات في تغطية العلاج من تعاطي المخدرات بين البلدان لأنها قد تنتج - جزئيًا على الأقل - من اختلافات في منهجيات تقدير عدد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات وفي تسجيل الأشخاص الذين يتلقون العلاج من اضطرابات تعاطي المخدرات والإبلاغ عنهم. وبصفة عامة، يظل من الصعب تحديد ما إذا كان هناك تقدم عام محرز نحو تحقيق الهدف أم لا.

فبعد التركيز على المؤثرات الأفيونية المسؤولة عن أعلى عدد مُقدّر من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة المعزوة إلى اضطرابات تعاطي المخدرات⁹ في جميع أنحاء العالم، نجد أن البيانات أوضحت أيضًا وجود تفاوت مشابه في تغطية العلاج من تعاطي المخدرات بين البلدان. إن التركيز على التقدم المحرز في تحقيق الهدف المتعلق باضطرابات تعاطي المؤثرات الأفيونية واضح في عدد قليل من البلدان. ففي الولايات المتحدة - على سبيل المثال - زادت هذه التغطية بنسبة 68 في المائة في الفترة من 2016 إلى 2017، ربما نتيجة لإصلاح النظام الصحي في عام 2017⁹ وردًا على أزمة المؤثرات الأفيونية التي أثرت على ذلك البلد في السنوات الأخيرة.

تأثرت تغطية العلاج من تعاطي المخدرات بعدد من العوامل المتعلقة بتوفر الخدمات وإمكانية الحصول عليها، بما يشمل: السياسة الوطنية لتوفير العلاج من تعاطي المخدرات وتكلفته (التأمين الصحي والعلاج المُقدم من الحكومة والنفقات من جيب الشخص الخاص) ومدى دمج خدمات العلاج من تعاطي المخدرات في نظام تقديم الرعاية الصحية، بما يشمل نظامًا للإحالات للعلاج على مختلف المستويات داخل النظام وفيما بين نظام العدالة الجنائية وعدد مرافق العلاج من تعاطي المخدرات المتوفرة وإعداداتها وتغطيتها الجغرافية وسعة أماكن العلاج من تعاطي المخدرات المتوفرة في أحد مرافق العلاج في وقت معين أو عددها وطبيعة التدخلات المقدمة ونطاقها، على سبيل المثال العلاج طويل الأجل بالمواد الناهضة ذات المفعول الأفيوني لاضطرابات تعاطي المؤثرات الأفيونية مقارنة بإدارة الانسحابات والتدخلات النفسية والاجتماعية المُقدمة ووجود نظام وطني للإبلاغ عن العلاج وتقديرات موثوق بها لكل من عدد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات (أو أولئك الذين يحتاجون إلى علاج من تعاطي المخدرات) وعدد الذين يتلقون العلاج من تعاطي المخدرات. وبالتالي فإن فهم هذه العوامل السياقية عامل رئيسي في تفسير البيانات حول تغطية خدمات العلاج من تعاطي المخدرات.

الاتجاهات السائدة في تغطية العلاج من تعاطي المخدرات للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المؤثرات الأفيونية في بلدان مُختارة، 2015-2017

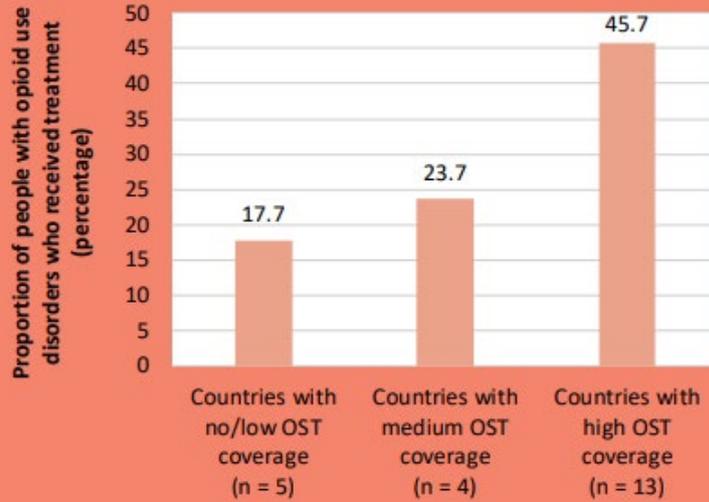


المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

ملاحظة: الاتجاهات مستقلة عن مستوى التغطية العلاجية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المؤثرات الأفيونية. ومن ثم، يلزم توخي الحذر عند تفسير هذه الاتجاهات، لأن الزيادات/النقصان الملحوظ في المؤشر قد ينتج عن تغييرات في تقديرات التغطية العلاجية المنخفضة جدًا.

متوسط تغطية العلاج من تعاطي المخدرات للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المؤثرات الأفيونية في بلدان مُجمعة

حسب مستوى توفير العلاج ببدائل المؤثرات الأفيونية، متوسط 2015-2017



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

ملاحظة: يستند مستوى العلاج ببدائل المؤثرات الأفيونية إلى التقييمات الكمية التي قدمت بها الدول الأعضاء تقارير: عُرفت التغطية المنخفضة بأنها أقل من 20 في المائة، والمتوسطة بأنها بين 20 و40 في المائة، والتغطية المرتفعة بأنها أعلى من 40 في المائة.

من المهم أيضاً الاعتراف بأن طبيعة التدخلات العلاجية تختلف حسب نوع المخدر. وقد يكون لهذا تأثير على توفير العلاج من تعاطي المخدرات المختلفة والإحالات إليه وعلى الاستبقاء تحت العلاج، وكلها تؤثر مباشرة على تغطية العلاج من تعاطي المخدرات حسب نوع المخدر. وأما عن علاج الاضطرابات المتعلقة بتعاطي القنب والمنتشطات النفسية، لا توجد حالياً تدخلات دوائية متوفرة، وبالتالي فإن التدخلات السلوكية هي العلاج الوحيد المتوفر والفعال، وأما عن اضطرابات تعاطي المؤثرات الأفيونية، فإن العلاج الدوائي - بمواد ناهضة ومواد مناهضة ذات مفعول أفيوني - إلى جانب التدخلات النفسية والاجتماعية⁹. وتوضح البيانات - على سبيل المثال - أنه كلما ارتفع مستوى توفير العلاج ببدائل المؤثرات الأفيونية، كانت تغطية العلاج من اضطرابات تعاطي المؤثرات الأفيونية أفضل.

- Nicole Kravitz-Wirtz and others, "Association of Medicaid expansion with opioid overdose mortality in the United States", *JAMA Network Open*, vol. 3, No. 1 (January 2020).
- WHO and UNODC, *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders, Revised Edition Incorporating Results of Field-Testing* (Geneva; Vienna, 2020).

العواقب الصحية لتعاطي المخدرات

يمكن أن تشمل العواقب الصحية لتعاطي المخدرات مجموعة من النتائج السلبية مثل اضطرابات تعاطي المخدرات واضطرابات الصحة العقلية وعدوى فيروس نقص المناعة البشرية وسرطان الكبد وتليف الكبد المرتبط بالتهاب الكبد والجرعة المفرطة والوفاة المبكرة. وأكبر الأضرار على الصحة هي تلك المرتبطة بتعاطي المؤثرات الأفيونية وبتعاطي المخدرات بالحقن بسبب مخاطرة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو التهاب الكبد الوبائي من النوع ج من خلال ممارسات الحقن غير الآمنة.

الأمراض النفسانية المختلفة بين الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات

في العقود الأخيرة، تزايد الاعتراف باضطرابات الصحة العقلية المترابطة بين الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات. وعلى الرغم من أن اضطرابات تعاطي المخدرات يشيع حدوثها مع أمراض عقلية أخرى، فغالبًا ما يكون من غير الواضح ما إذا كان أحدها سببًا للآخر أو إذا كانت عوامل الخطر الأساسية الشائعة قد ساهمت في كلا الاضطرابين.

وترتبط العلاقة بين المرض المترابطين لتعاطي المخدرات واضطرابات الصحة العقلية ليس فقط بارتفاع معدل انتشار ذلك المرض المترابطين ولكن أيضًا بصعوبة إدارته، لا سيما عند النظر إلى عدم تكامل خدمات العلاج من تعاطي المخدرات والصحة العقلية في العديد من البلدان. ويبلغ الأشخاص أيضًا الذين يعانون من اضطرابات صحة عقلية مترابطة واضطرابات تعاطي المخدرات عن انخفاض معدلات نجاح العلاج وارتفاع معدل الإيداع في مستشفيات الطب النفسي وارتفاع معدل انتشار الانتحار أكثر من أولئك الذين لا يعانون من الاضطرابات العقلية المترابطة.^a

a. EMCDDA, *Comorbidity of Substance Use and Mental Health Disorders in Europe*, EMCDDA Insights Series, No. 19 (Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2015).

يُقدر عدد متعاطي المخدرات بالحقن علي مستوى العالم بـ 11.3 مليون

غالبًا ما يخضع متعاطو المخدرات بالحقن من التهميش والوصم، مما يشكل حواجز اجتماعية واقتصادية أمام الحصول على خدمات الصحة العامة لا سيما الخدمات المتعلقة بالوقاية من العواقب الصحية السلبية لتعاطي المخدرات بالحقن.¹⁰⁰

إن تعاطي المخدرات بالحقن مصدر قلق كبير على الصحة العامة ويسبب الاعتلال والوفاة نظرًا لمخاطرة الجرعة المفرطة والعدوى المنقولة عن طريق الدم (لا سيما فيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد الوبائي من النوعين "ب" و "ج")¹⁰¹ التي تنتقل من خلال مشاركة الإبر والمحاقن الملوثة وأدوات المخدرات الأخرى أو السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر في بعض المجموعات¹⁰²،¹⁰³،¹⁰⁴،¹⁰⁵،¹⁰⁶،¹⁰⁷ وما يلحقه من تشييط مناعي شديد وتليف كبدي ومرض ورمي وعقاييل التهاب. ويمكن أن تؤدي التأثيرات الاجتماعية والجسدية إلى تفاقم ظروف الصحة العقلية الكامنة المحتملة.

التقدير المشترك بين مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة/منظمة الصحة العالمية/برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز/البنك الدولي لعدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في جميع أنحاء العالم في عام 2018 هو 11.3 مليون (المعدل: 8.9 مليون إلى 15.3 مليون)، أي ما يعادل 0.23 في المائة (المعدل: بين 0.18 و 0.31 في المائة) من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15-64 عامًا. ويستند هذا التقدير إلى أحدث المعلومات المتاحة وتقييم منهجيات المصادر المختلفة.¹⁰⁸

100 D. Richardson and C. Bell, "Public health interventions for reducing HIV, hepatitis B and hepatitis C infections in people who inject drugs", *Public Health Action*, vol. 8, No. 4 (December 2018).

101 WHO, *Guidance on Prevention of Viral Hepatitis B and C among People Who Inject Drugs* (Geneva, 2012).

102 UNODC, *HIV Prevention, Treatment, Care and Support for People Who Use Stimulant Drugs :Technical Guide* (Vienna, 2019).

103 Vic Arendt and others, "Injection of cocaine is associated with a recent HIV outbreak in people who inject drugs in Luxembourg", *PLOS One*, vol.14, No. 5 (May 2019).

104 Naomi Braine and others, "HIV risk behavior among amphetamine injectors at U.S. syringe exchange programs", *AIDS Education and Prevention*, vol. 17, No. 6, (December 2005).

105 Catherine Mwangi and others, "Depression, injecting drug use, and risky sexual behavior syndemic among women who inject drugs in Kenya: a cross-sectional survey", *Harm Reduction Journal*, vol. 16, No.1 (May 2019).

106 Bach Xuan Tran and others, "Factors associated with substance use and sexual behavior among drug users in three mountainous provinces of Vietnam", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15, No. 9 (August 2018).

107 Erica Pufall and others, "Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men", *HIV Medicine*, vol. 19, No. 4 (April 2018).

108 See the online Methodology annex to the present report.

دراسة العبء العالمي للمرض لعام 2017: الاعتلال والوفاة المعزوتان إلى تعاطي المخدرات

توفر دراسة العبء العالمي للمرض^a مؤشرًا فيما يخص أي المواد المخدرة وأسباب الإصابة والمرض مسؤولة عن أكبر العواقب الصحية السلبية لتعاطي المخدرات^b من حيث الوفيات وسنوات الحياة "الصحية" المفقودة، التي يُطلق عليها أيضًا "سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة" أو DALYs. وتقيس سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة عبء المرض من خلال الجمع بين كل من عدد سنوات الحياة المفقودة نتيجة للوفاة المبكرة وعدد سنوات العمر التي يعيشها الشخص مع إعاقة (أي شكل من أشكال الإعاقة).

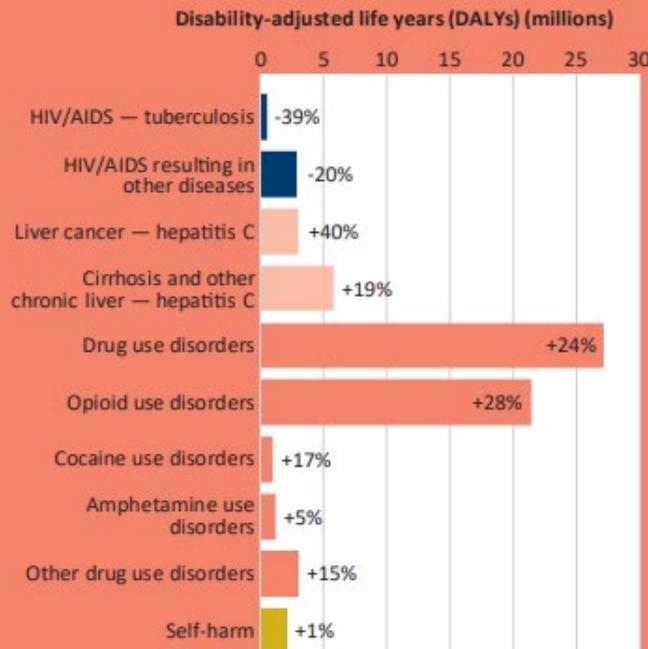
قَدَّرت الدراسة أنه على الصعيد العالمي، في عام 2017 كان هناك 42 مليون عام من سنوات العمر "الصحية" المفقودة نتيجة للإعاقة والوفاة المبكرة و585.000 حالة وفاة معزوة لتعاطي المخدرات. وكان نصف سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة بسبب الوفاة المبكرة والنصف الآخر بسبب الإعاقة. ومعظم عبء المرض بين الذكور الذين يمثلون 72 في المائة من الوفيات المتعلقة بالمخدرات و70 في المائة من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة. وتؤدي اضطرابات تعاطي المخدرات الأفيونية إلى أعلى عبء مرض من حيث سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة وتمثل نصف سنوات العمر "الصحية" المفقودة نتيجة للإعاقة والوفاة المبكرة المعزوة لتعاطي المخدرات.

وعلى الصعيد العالمي، خلال العقد الماضي (2008-2017)، زاد عدد سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة المعزوة إلى تعاطي المخدرات بنسبة 17 في المائة، بزيادة كبيرة شهدت سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة المعزوة إلى سرطان الكبد الناتج عن التهاب الكبد الوبائي من النوع ج (زيادة بنسبة 40 في المائة)، تليها اضطرابات تعاطي المخدرات الأفيونية (28 في المائة) والتليف الكبدي وغيرها من الأمراض المزمنة المتعلقة بالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج (زيادة بنسبة 19 في المائة). الزيادة في سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة المعزوة إلى سرطان الكبد والتليف الكبدي ناتجة أساساً عن التهاب الكبد الوبائي من النوع ج غير المعالج بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن كما لوحظ في معظم المناطق دون الإقليمية.

من بين 585.000 حالة وفاة مُقدَّرة معزوة إلى تعاطي المخدرات في عام 2017، يُعزى نصفها إلى سرطان الكبد والتليف الكبدي وأمراض الكبد الأخرى المزمنة المتعلقة بالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج، الذي يظل غالباً دون علاج بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن. وتمثل الوفيات المعزوة إلى اضطرابات تعاطي المخدرات (167.000) نسبة 28 في المائة من جميع الوفيات الناتجة عن تعاطي المخدرات و110.000 أو 66 في المائة من تلك الوفيات معزوة إلى المخدرات الأفيونية. وخلال العقد الماضي، زاد العدد الإجمالي للوفيات المعزوة إلى تعاطي المخدرات بمقدار الربع، بزيادة كبيرة في الوفيات الناتجة عن اضطرابات تعاطي المخدرات الأفيونية (زيادة بنسبة 71 في المائة)، يليها التليف الكبدي وغيرها من أمراض الكبد المزمنة (زيادة بنسبة 55 في المائة) وسرطان الكبد (46 في المائة) الناتج عن التهاب الكبد الوبائي من النوع ج.

وتوضح المقارنة بين الوفيات المعزوة إلى تعاطي المخدرات بين الرجال والنساء خلال العقد الماضي أن عدد الوفيات المعزوة إلى اضطرابات تعاطي المخدرات - لا سيما اضطرابات تعاطي المخدرات الأفيونية - زادت زيادة غير متناسبة بين النساء، بزيادة تُقدَّر بنحو 92 في المائة في الوفيات المعزوة إلى اضطرابات تعاطي المخدرات الأفيونية بين النساء مقارنة بزيادة تُقدَّر بنحو 63 في المائة بين الرجال.

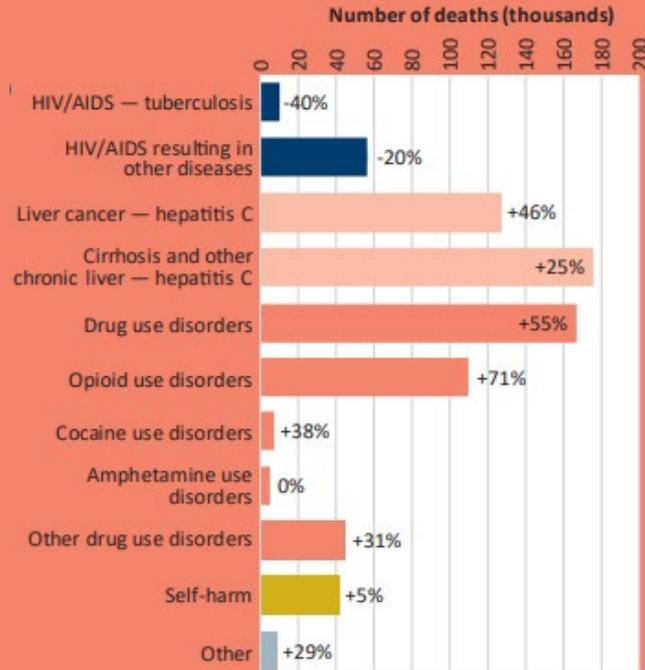
سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة في عام 2017 والتغيرات خلال الفترة من 2008 إلى 2017



المصدر: Institute for Health Metrics and Evaluation, "Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Data Resources: GBD Results Tools", 2018.

ملحوظة: تشمل سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة بسبب اضطرابات تعاطي المخدرات جميع المخدرات.

الوفيات المتعلقة بالمخدرات في عام 2017 والتغيرات خلال الفترة من 2008 إلى 2017



المصدر: Institute for Health Metrics and Evaluation, "Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Data Resources: GBD Results Tools", 2018.

ملاحظة: تشمل الوفيات الناتجة عن اضطرابات تعاطي المخدرات جميع المخدرات.

- Institute for Health Metrics and Evaluation, "Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Data Resources: GBD Results Tools".
- In the study, the use of drugs is defined as dependency upon opioids, cannabis, cocaine or amphetamines, or a history of injecting drug use.

لا يوجد تغيير بين تقديرات عام 2017 و عام 2018 للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن؛ ومع ذلك، يلزم النظر إلى أي بيانات عن الاتجاهات السائدة بحذر، لأن المنهجيات ربما تكون قد تغيرت. ويستند التقدير العالمي للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في عام 2018 إلى 122 بلدًا، مما يمثل تقريبًا 90 في المائة من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 64، مقارنة بـ 110 بلدان في 2017. ومن بين جميع المصادر المتاحة في عام 2018، كانت تقديرات 74 بلدًا على الأقل (61 في المائة) تستند إلى "منهجية من الفئة أ" مثل أساليب تقدير معدل الانتشار غير المباشر (على سبيل المثال أسلوب المعاينة والمقارنة وأسلوب توسيع نطاق الشبكة وأسلوب المضاعف).¹⁰⁹ نظرًا لتجريم تعاطي المخدرات والقوانين العقابية والوصم والتمييز ضد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات أو يحقنوها في أجزاء كثيرة من العالم، فقد اتضح أن أساليب الاستقصاء التقليدية تقلل من تقدير حجم السكان الفعلي بسبب الطبيعة الخفية للشخص الذي يتعاطي المخدرات بالحقن؛^{110، 111، 112} ولذلك، اتضح أن الأساليب غير المباشرة فقط هي التي تعكس وضع الشخص الذي يتعاطي المخدرات بالحقن بدقة شديدة. وبصفة عامة، كانت التقديرات الجديدة أو المُحدثة للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن متاحة لـ 40 بلدًا في عام 2018.

على الرغم من أن المدى الدقيق لتعاطي المخدرات بالحقن غير معروف، فإن التقديرات أكثر دقة في بعض المناطق عن غيرها نتيجة لتغطية البيانات و/أو المنهجيات الأفضل واستخدام بيانات أحدث. وتفاوتت البيانات حول الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن بين المناطق من حيث تغطية العدد الإجمالي للسكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 64، حيث تغطي آسيا بأعلى تغطية بنسبة 95 في المائة وأفريقيا بأقل تغطية بنسبة 68 في المائة. وعلى المستوى الإقليمي، تخضع أمريكا الشمالية وجنوب غرب آسيا وأوروبا الشرقية وجنوب شرق أوروبا لتغطية كاملة، في حين لا تغطي البيانات حول الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في منطقة البحر الكاريبي إلا ما يزيد قليلاً عن ثلث إجمالي السكان؛ ولذلك يجب تفسير البيانات الواردة من تلك المنطقة دون الإقليمية بحذر. بالمقارنة مع عام 2017، زادت تغطية السكان في أفريقيا زيادة كبيرة عمومًا، من 58 إلى 68 في المائة في عام 2018.

109 Ibid.

110 Bradley M. Mathers and others, "Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review", *Lancet*, vol. 372, No. 9651 (November 2008), pp. 1733–1745.

111 Matthew Hickman and Colin Taylor, "Indirect methods to estimate prevalence", in *Epidemiology of Drug Abuse*, Zili Sloboda, ed). Boston, Massachusetts, Springer, 2005 112. (UNAIDS, *The GAP Report* (Geneva 2014).

112 UNAIDS, *The GAP Report* (Geneva 2014).

يظل معدل انتشار الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 هو الأعلى في أوروبا الشرقية (1.26 في المائة) وآسيا الوسطى وما وراء القوقاز (0.63 في المائة). وتلك النسب على التوالي أعلى 5.5 و2.8 مرة من المتوسط العالمي. ويقيم أكثر من ربع جميع الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في شرق وجنوب شرق آسيا، على الرغم من أن معدل الانتشار نفسه منخفض نسبياً (0.19 في المائة). وتمثل الثلاث مناطق دون الإقليمية التي لديها أعلى أعداد من الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن (شرق وجنوب شرق آسيا وأمريكا الشمالية وأوروبا الشرقية) معاً أكثر من نصف (58 في المائة) العدد العالمي للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن. ومن الجدير بالذكر أنه - كما هو الحال في الأعوام السابقة - في حين أن ثلاثة بلدان - هي الصين والاتحاد الروسي والولايات المتحدة - تمثل فقط 27 في المائة من السكان العالميين الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64، فإنها تضم تقريباً نصف (43 في المائة) من جميع الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن.

الخريطة 3 معدل الانتشار دون الإقليمي المقدر للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن وفيروس نقص المناعة البشرية بينهم، 2018



المصدر: UNODC, responses to the annual report questionnaire, supplemented by other data sources.

لا تعني الحدود والأسماء الموضحة والتسميات المستخدمة في هذه الخريطة الإقرار أو القبول الرسمي من جهة الأمم المتحدة. يوجد نزاع بين حكومات الأرجنتين والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية بشأن جزر فوكلاند (مالفيناس).

على مستوى العالم يحمل واحد من كل ثمانية أشخاص يتعاطون المخدرات بالحقن فيروس نقص المناعة البشرية

يُقدّر تعاطي المخدرات بالحقن بأنه يمثل حوالي 10 في المائة من الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية حول العالم و30 في المائة من جميع حالات فيروس نقص المناعة البشرية خارج أفريقيا،¹¹³ في حين أن في البلدان الشرقية من المنطقة الأوروبية التابعة لمنظمة الصحة العالمية¹¹⁴ أكثر من 80 في المائة من جميع الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية تحدث بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن.¹¹⁵ وتشير التقديرات إلى أن الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن معرضون للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أكثر من 22 مرة من الأشخاص من عموم السكان.¹¹⁶

التقدير المشترك بين مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة/منظمة الصحة العالمية/برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز/البنك الدولي لعام 2018 لمعدل الانتشار العالمي لفيروس نقص المناعة البشرية بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن هو 12.6 في المائة، أي 1.4 مليون شخص يتعاطي المخدرات بالحقن مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية. ويستند هذا التقدير إلى إبلاغ 121 بلداً عن معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن، مما يغطي 96 في المائة من العدد الإجمالي المقدر للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن. وكانت البيانات

113 WHO, HIV/AIDS, "People who inject drugs." Available at www.who.int/hiv/topics/idu/en/.

114 These countries are :Armenia, Azerbaijan, Belarus, Estonia, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Republic of Moldova, Russian Federation, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine, Uzbekistan.

115 WHO, Regional Office for Europe, "People who inject drugs (PWID)".

116 UNAIDS, "Injecting drug use IDU." Available at www.unaids.org/en/keywords/injecting-drug-use-idu.

حول معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية متاحة لجميع الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في أمريكا الشمالية وجنوب غرب آسيا وأوروبا الشرقية وجنوب شرق أوروبا، ولكن لـ 33 و32 في المائة فقط من جميع الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في أمريكا الوسطى ومنطقة البحر الكاريبي، على التوالي. ومن بين جميع البلدان التي قدمت تفاصيل المنهجية المستخدمة لجمع بياناتها وتقدير معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، يمكن تصنيف ثلاثة أرباع تقريباً (تقارير من 89 بلداً) على أنها "منهجية من الفئة أ" (دراسة الانتشار المصلي).¹¹⁷ في عام 2018، كانت التقديرات الجديدة أو المُحدّثة للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن متاحة لـ 40 بلداً.

يظل معدل الانتشار دون الإقليمي لفيروس نقص المناعة البشرية بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن هو الأعلى إلى حدٍ بعيد في جنوب غرب آسيا (29.5 في المائة) وأوروبا الشرقية (25.2 في المائة)، يليهما جنوب أفريقيا (21.4 في المائة). وفي أفريقيا، كان معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 بنحو 11.3 في المائة، مقارنةً بـ 3.9 في المائة بين عموم السكان (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49) للعام نفسه. وفي أوروبا، كان معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن 20.2 في المائة، مقارنةً بـ 0.4 في المائة بين عموم السكان.¹¹⁸ كان معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في شرق أفريقيا ومنطقة البحر الكاريبي أيضاً أعلى من المتوسط العالمي، بنسبة 17.4 و14.0 في المائة على التوالي.

يقيم أكبر عدد من الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية في شرق وجنوب شرق آسيا وجنوب غرب آسيا، اللذين يمثلان معاً 67 في المائة من الإجمالي العالمي. وعلى الرغم من أن معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن (9.3 في المائة) أقل من المتوسط العالمي، فإن خمس العدد العالمي من الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية يقيم في شرق وجنوب شرق آسيا. وما زال عدد صغير من البلدان يمثلون نسبة كبيرة من العدد الإجمالي العالمي للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. وفي عام 2018 - على سبيل المثال - مثل الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية في الصين وباكستان والاتحاد الروسي تقريباً نصف الإجمالي العالمي (49 في المائة)، في حين لا يشكل الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في تلك البلدان الثلاثة سوى ثلث جميع الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في جميع أنحاء العالم.

تغطية التدخلات للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد الوبائي من النوع ج وإدارته بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن

أوضحت مراجعة منهجية أجريت في عام 2017 لتغطية التدخلات للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد الوبائي من النوع ج وإدارته بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن أن برامج الإبر والمحاقن كانت متاحة في 52 في المائة فقط من البلدان التي أبلغ فيها عن تعاطي المخدرات بالحقن، في حين تم تأكيد أن العلاج ببدائل المؤثرات الأفيونية كان متاحاً في 48 في المائة من البلدان حول العالم. وبالإضافة إلى ذلك، حُدّد 34 بلداً على أنها توفر برامج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن.¹¹⁹ وبالإضافة إلى توفير فرصة لتوصيل رسائل الوقاية وربط المرضى بالرعاية الصحية وخدمات الدعم، فإن خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشرية نقطة دخول مهمة إلى علاج الفيروسات القهقرية وبالتالي فإنه مكون بالغ الأهمية في برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية. تتسم البيانات العالمية حول تغطية علاج الفيروسات القهقرية بندرتها. ويتفاوت الحصول على علاج الفيروسات القهقرية تفاوتاً كبيراً، ولكن التقارير أفادت أن التغطية منخفضة باستمرار، حيث يتلقى 8 في المائة فقط من الأشخاص المحتاجين علاج الفيروسات القهقرية الفعال في المنطقة الأوروبية التابعة لمنظمة الصحة العالمية ويمثل الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن فقط 20 في المائة من الأشخاص الذين يتلقون ذلك العلاج.¹²⁰

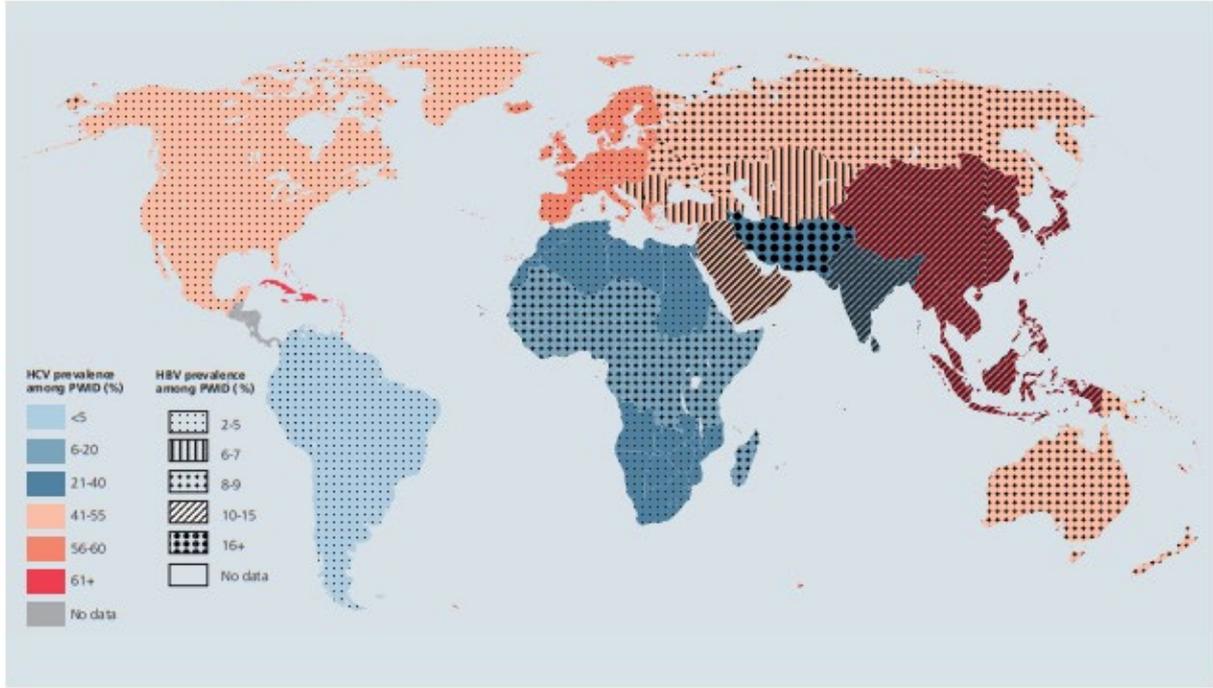
117 Bradley M. Mathers and others, "Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review", *Lancet*, vol. 372, No. 9651 (November 2008), pp. 1733–1745.

118 WHO, Data, Global Health Observatory, Indicator Metadata Register List, "Prevalence of HIV among adults aged 15-49 (%)".

119 Sarah Larney and others, "Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review", *Lancet Global Health*, vol. 5, No. 12 (December 2017), pp. 1208–1220.

120 WHO, Regional Office for Europe "People who inject drugs (PWID)".

الخطة 4 معدل الانتشار دون الإقليمي المُقَدَّر لالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج (HCV) والتهاب الكبد الوبائي من النوع ب (HBV) بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن، 2018



المصدر: UNODC, annual report questionnaire supplemented by other data sources.

ملاحظة: لم تُقدَّم التقديرات دون الإقليمية إذا كانت تغطية بيانات التهاب الكبد الوبائي من النوع ب/التهاب الكبد الوبائي من النوع ج أقل من 20 في المائة أو إذا كان إجمالي السكان الممثلين من البلدان التي تقدم بيانات عن التهاب الكبد الوبائي من النوع ب/التهاب الكبد الوبائي من النوع ج أقل من 10 في المائة من إجمالي السكان دون الإقليميين. لا تعني الحدود والأسماء الموضحة والتسميات المستخدمة في هذه الخريطة الإقرار أو القبول الرسمي من جهة الأمم المتحدة. يوجد نزاع بين حكومات الأرجنتين والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية بشأن جزر فوكلاند (مالفيناس).

اختبار فيروس نقص المناعة البشرية لدى الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن

من الناحية التاريخية، كان اختبار فيروس نقص المناعة البشرية منخفضاً بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن، مما أدى إلى التأخر في تشخيص الإصابة والتأخر في بدء العلاج. وعلى الرغم من عدم وجود بيانات عالمية حول الاختبار الشامل، توفر المعلومات المتاحة على نحو متقطع مؤشراً على الصعوبة. وفي أوروبا، توضح البيانات من عام 2018 أن حساب خلايا سي دي 4 في وقت تشخيص فيروس نقص المناعة البشرية كان أقل من 350/ملم³ (مقارنةً بـ 500/ملم³ في الأشخاص المؤهلين مناعياً) في 53 في المائة من الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن الذين خضعوا للاختبار، مما يشير إلى التأخر في تقديم تلك الحالات.¹²¹ وبالمثل، بين عامي 2012 و2016 في إقليم غوانشي زوانغ المستقل ذاتياً، وهي مقاطعة في غرب الصين كان بها ثاني أعلى عدد من الحالات الجديدة من فيروس نقص المناعة البشرية المبلغ عنها في البلاد،^{122، 123، 124، 125} من بين 45.118 مريضاً شُخصوا حديثاً بفيروس نقص المناعة البشرية، تم تشخيص 55 في المائة من الرجال و61 في المائة من النساء الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في مرحلة متأخرة.¹²⁶

وبالمثل، اكتشفت دراسة في أوروبا لخصت البيانات المُحصلة من 33 مجموعة في جميع أنحاء المنطقة تأخراً في التقديم في 58 في المائة من الرجال و51 في المائة من النساء الذين يتعاطون المخدرات بالحقن بين عامي 2000 و2011.¹²⁷ وبصفة عامة، كان التأخر في التقديم مرتبطاً بزيادة كبيرة في الإصابة بالإيدز أو الوفيات المتعلقة بالإيدز، لا سيما في العام الذي يلي تشخيص فيروس نقص المناعة البشرية، ويتفاوت من زيادة أكثر من 13 ضعفاً في جنوب أوروبا إلى زيادة أكثر من 6 أضعاف في أوروبا الشرقية.¹²⁸

121 European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe, *HIV/AIDS Surveillance in Europe: 2019–2018 Data* (Stockholm, 2019).

122 Jianjun Li and others, "HIV-1 transmissions among recently infected individuals in Southwest China are predominantly derived from circulating local strains", *Scientific Report*, vol. 8, No. 12831 (August 2018).

123 X. E. Ge and others, "Epidemiological characteristics of HIV/AIDS in Guangxi, 2009–2011", *South China Journal of Preventive Medicine*, vol. 39, (2013).

124 World Bank, East Asia and Pacific Region, Human Development Unit, *China: The Epidemiological and Behavioral Dynamics of the HIV Epidemic in Guangxi Province – Synthesis Report* (February 2007).

125 Xi Hu and others, "HIV late presentation and advanced HIV disease among patients with newly diagnosed HIV/AIDS in Southwestern China: a large-scale cross-sectional study", *AIDS Research and Therapy*, vol. 16, No. 1 (March 2019).

126 Ibid.

127 Amanda Mocroft and others, "Risk factors and outcomes for late presentation for HIV-positive persons in Europe: results from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe Study (COHERE)", *PLOS Medicine*, vol. 10, No. 9 (September 2013).

128 Ibid.

على الرغم من عدم جمع البيانات المتعلقة بالأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن بطريقة منهجية، فقد كانت هناك تقارير حديثة عن زيادة السلوك المحفوف بالمخاطر مما أدى إلى ارتفاع الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين الشباب الذين يتعاطون المخدرات بالحقن، الذين هم أيضاً أقل عرضة من الأشخاص الأكبر سناً الذين يتعاطون المخدرات بالحقن لاختبار فيروس نقص المناعة البشرية. وفي دراسة أجريت على 14.381 شخصاً يتعاطون المخدرات بالحقن موظفين في بلدان متعددة في المناطق الشمالية الشرقية والشرقية/الوسطى من الهند، كان "البالغون الناشئون" (الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 24) أكثر عرضة لمشاركة الإبر وأن يكون لهم علاقات جنسية متعددة وأن يمارسوا الجنس دون وقاية من الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات إلى حد كبير، وأبلغوا أيضاً عن معدلات أكثر انخفاضاً لاختبار نقص المناعة البشرية.¹²⁹

نصف الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن تقريباً المقدر عددهم بـ 5.5 مليون شخص حول العالم مصابون بالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج

الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن هم مجموعة سكانية رئيسية متأثرة بالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج. وتشير التقديرات العالمية إلى أن 71 مليون شخص حول العالم أصيبوا إصابة مزمنة بالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج في عام 2017 وأن 23 في المائة من الإصابات الجديدة بالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج وواحد من كل ثلاث وفيات متعلقة بالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج معزوة إلى تعاطي المخدرات بالحقن.¹³⁰ وتواصل معدلات الاعتلال والوفاة المتعلقة بالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج في الارتفاع، ويرجع هذا أساساً إلى التليف الكبدي وسرطان الخلايا الكبدية والوفاة في حالات التهاب الكبد الوبائي من النوع ج غير المعالج.¹³¹

وقد قدر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والبنك الدولي معاً معدل انتشار التهاب الكبد الوبائي من النوع ج بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن حول العالم في عام 2018 بنسبة 48.5 في المائة أو 5.5 مليون (المعدل: 4 مليون إلى 7.8 مليون) شخص تتراوح أعمارهم بين 15 إلى 64. يستند هذا التقدير إلى تقديرات في 108 بلدان، ويغطي 94 في المائة من العدد العالمي المقدر للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن. وكانت البيانات حول معدل انتشار التهاب الكبد الوبائي من النوع ج متاحة لجميع الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن المقدرين في أوروبا الشرقية وجنوب شرق أوروبا، وأمريكا الشمالية وجنوب غرب آسيا وجنوب آسيا والشرق الأوسط وما وراء القوقاز، ولكن ليس لأي بلد في أمريكا الوسطى، و 31 و 32 في المائة فقط من جميع الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في منطقة البحر الكاريبي وغرب ووسط أفريقيا، على التوالي. وبصفة عامة، يمكن تصنيف التقارير الواردة من 69 في المائة من البلدان (74 من 108 بلدان) على أنها "منهجية من الفئة أ" (دراسة الانتشار المصلي)،¹³² وكانت التقديرات الجديدة أو المحدثة لالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن متاحة لـ 53 بلداً إجمالاً في عام 2018.

على الرغم من أن تغطية البيانات كانت منخفضة في منطقة البحر الكاريبي، فإن أعلى معدل انتشار لالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن وُجد في تلك المنطقة دون الإقليمية، بمعدل 76 في المائة، يليها شرق وجنوب شرق آسيا وأوروبا الغربية والوسطى وأمريكا الشمالية وآسيا الوسطى وما وراء القوقاز، حيث تراوح بين 61 و 54 في المائة. وفي شمال أفريقيا، وُجد معدل انتشار لالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج بنسبة 25 في المائة بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن، مقارنة بمعدل انتشار مُجمع بين عموم السكان (<15 عاماً) في شمال أفريقيا والشرق الأوسط مقدر بنحو 3.1 في المائة.¹³³ وفي آسيا الوسطى، وُجد معدل انتشار لالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج بنسبة 54 في المائة بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن، مقارنة بمعدل 0.5 إلى 13.1 في المائة بين عموم السكان.

يتمشى التقدير المشترك بين مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة/منظمة الصحة العالمية/برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز/البنك الدولي لعام 2018 لمعدل انتشار التهاب الكبد الوبائي من النوع ج بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في آسيا الوسطى مع نسبة 52 في المائة بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن الموجودة في تحليل تلوي حديث في آسيا الوسطى.¹³⁴ وُجد أكبر عدد دون إقليمي للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن المصابين بالتهاب الكبد الوبائي من النوع ج في شرق وجنوب شرق آسيا، بإجمالي 1.9 مليون شخص، بما يمثل ثلث الإجمالي العالمي.

يُصاب مليون من الأشخاص المتعاطين للمخدرات بالحقن تقريباً بالتهاب الكبد الوبائي من النوع ب

التقدير العالمي المشترك بين مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة/منظمة الصحة العالمية/برنامج الأمم المتحدة المشترك

129 Lakshmi Ganapathi and others, "Young people who inject drugs in India have high HIV incidence and behavioural risk: a cross-sectional study", *Journal of International AIDS Society*, vol. 22, No. 5 (May 2019).

130 WHO, Access to hepatitis C testing and treatment for people who inject drugs and people in prisons: a global perspective – policy brief (WHO/CDS/HIV/19.6). systematic review", *Lancet Global Health*, vol. 5, No. 12 (December 2017), pp. 1208–1220.

131 Jeffrey D. Stanaway and others, "The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013", *Lancet*, vol. 388, No. 10049 (September 2016), pp. 1081–1088.

132 Bradley M. Mathers and others, "Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review", *Lancet*, vol. 372, No. 9651 (November 2008), pp. 1733–1745.

133 Erin Gower and others, "Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection", *Journal of Hepatology*, vol. 61, No. 1 (November 2014), pp. S45–S57.

134 Botheju S. P. Welathanthrige and others, "The epidemiology of hepatitis C virus in Central Asia: systematic review, meta-analyses, and meta-regression analyses", *Scientific Reports*, vol. 9, No. 1 (February 2019).

المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز/البنك الدولي لعام 2018 هو 8.3 في المائة؛ وبعبارة أخرى يُقدَّر أن 940.000 من الأشخاص المتعاطين للمخدرات بالحقن مصابين بعدوى التهاب الكبد الوبائي من النوع ب النشطة.¹³⁵ يستند هذا التقدير إلى بيانات خاصة بـ 93 بلدًا، ويغطي 71 في المائة من جميع الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 64 حول العالم. تم التوصل إلى تغطية كاملة للبيانات في أوروبا الشرقية وجنوب آسيا وجنوب غرب آسيا، في حين أن في جنوب أفريقيا والشرق الأدنى والأوسط وشرق وجنوب شرق آسيا وغرب ووسط أفريقيا وأمريكا الجنوبية ومنطقة البحر الكاريبي وأمريكا الوسطى، كانت البيانات حول التهاب الكبد الوبائي من النوع ب بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن محدودة أكثر.

كان معدل انتشار التهاب الكبد الوبائي من النوع ب أعلى في جنوب غرب آسيا (19.2 في المائة)، في حين مثلت الثلاثة بلدان في تلك المنطقة دون الإقليمية؛ ألا وهي أفغانستان وإيران (جمهورية إيران الإسلامية) وباكستان أقل من 16 في المائة من جميع حالات التهاب الكبد الوبائي من النوع ب بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن عالميًا. وعلى النقيض من ذلك، أبلغ عن معدل انتشار بنسبة 4.3 في المائة بين عموم السكان في باكستان.¹³⁶ وبالمثل، كان معدل انتشار التهاب الكبد الوبائي من النوع ب بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن مرتفعًا بنسبة 14.6 في المائة في الشرق الأدنى والأوسط.

135 The HBV prevalence estimate is intended to refer to active infection (HBsAg), rather than anti-HBc, which indicates previous exposure. However, it is not always possible to differentiate that in the data reported to UNODC.

136 Muhammad Ali and others, "Hepatitis B virus in Pakistan: a systematic review of prevalence, risk factors, awareness status and genotypes", *Virology Journal*, vol. 8, No. 102 (March 2011).

الجدول 1 معدل الانتشار السنوي لتعاطي القنب والمواد الأفيونية والمؤثرات الأفيونية حسب المنطقة وعلى الصعيد العالمي، 2018

المواد الأفيونية			المؤثرات الأفيونية (المواد الأفيونية والمواد الأفيونية الصيدلانية)						القنب						المنطقة أو المنطقة دون الإقليمية			
معدل الانتشار (النسبة المئوية)			العدد (بالآلاف)			معدل الانتشار (النسبة المئوية)			العدد (بالآلاف)			معدل الانتشار (النسبة المئوية)			العدد (بالآلاف)			
أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	أفضل	
1.08	0.20	0.49	7,690	1,410	3,490	1.66	0.87	1.04	11,800	6,190	7,440	8.51	3.75	6.32	60,600	26,720	45,010	أفريقيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	شرق أفريقيا
1.40	0.71	1.06	2,060	1,040	1,550	1.40	0.71	1.06	2,060	1,040	1,550	5.11	4.23	5.08	7,500	6,200	7,450	شمال أفريقيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جنوب أفريقيا
0.34	0.05	0.18	950	140	500	-	-	-	-	-	-	10.63	5.09	9.27	29,380	14,070	25,630	غرب وشمال أفريقيا
0.49	0.27	0.38	3,260	1,840	2,530	2.27	1.64	1.86	15,210	10,990	12,470	9.16	8.65	8.80	61,290	57,900	58,880	الأمريكتان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9.38	1.77	3.39	2,650	500	960	منطقة البحر الكاريبي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أمريكا الوسطى
0.87	0.52	0.70	2,790	1,680	2,270	3.90	3.31	3.64	12,600	10,670	11,760	14.62	14.51	14.56	47,160	46,820	46,990	أمريكا الشمالية
0.10	0.04	0.07	300	130	210	0.76	0.08	0.19	2,200	240	530	3.64	3.39	3.49	10,460	9,750	10,030	أمريكا الجنوبية
0.96	0.29	0.70	29,210	8,890	21,290	1.47	0.45	1.11	44,670	13,620	33,550	3.10	0.63	1.86	93,950	19,200	56,340	آسيا
1.11	0.83	0.97	650	490	570	1.12	0.85	0.97	650	500	570	4.24	0.77	2.58	2,480	450	1,510	آسيا الوسطى وما وراء القوقاز
0.25	0.14	0.21	4,080	2,250	3,320	0.25	0.14	0.21	4,080	2,250	3,320	1.43	0.24	0.91	23,180	3,940	14,740	شرق وجنوب شرق آسيا
2.50	1.27	1.77	7,890	4,020	5,590	3.17	2.24	2.65	10,030	7,080	8,380	4.19	2.37	3.38	13,250	7,480	10,690	جنوب غرب آسيا/ الشرق الأدنى والأوسط
1.59	0.21	1.13	16,590	2,140	11,820	2.86	0.36	2.04	29,910	3,800	21,280	5.27	0.70	2.82	55,040	7,330	29,410	جنوب آسيا
0.59	0.53	0.56	3,240	2,880	3,050	0.74	0.63	0.68	4,020	3,450	3,730	5.74	5.13	5.39	31,300	27,990	29,400	أوروبا
0.69	0.62	0.66	1,570	1,410	1,490	0.83	0.76	0.79	1,880	1,710	1,790	2.81	1.47	2.04	6,360	3,330	4,600	شرق وجنوب شرق أوروبا
0.52	0.46	0.49	1,670	1,470	1,560	0.67	0.54	0.60	2,140	1,740	1,930	7.80	7.72	7.76	24,940	24,660	24,800	أوروبا الغربية والوسطى
0.27	0.14	0.16	70	40	40	2.78	2.17	2.47	740	580	660	10.83	10.42	10.57	2,880	2,770	2,810	أوقيانوسيا
0.22	0.18	0.18	42	36	36	-	-	-	-	-	-	10.64	10.64	10.64	2,050	2,050	2,050	أستراليا ونيوزيلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ميلانيزيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ميكرونيزيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بولينيزيا
0.87	0.30	0.61	43,460	15,050	30,410	1.53	0.70	1.16	76,430	34,820	57,850	5.01	2.70	3.86	250,010	134,580	192,440	التقدير العالمي

الجدول 2 معدل الانتشار السنوي لتعاطي الكوكايين والأمفيتامينات³ و"الاكستاسي" حسب المنطقة وعلى الصعيد العالمي، 2018

"الاكستاسي"			الأمفيتامينات ³ والمنشطات الصيدلانية									الكوكايين			المنطقة أو المنطقة دون الإقليمية			
معدل الانتشار (النسبة المئوية)			العدد (بالآلاف)			معدل الانتشار (النسبة المئوية)			العدد (بالآلاف)			معدل الانتشار (النسبة المئوية)				العدد (بالآلاف)		
الأعلى	الأدنى	أفضل تقدير	الأعلى	الأدنى	أفضل تقدير	الأعلى	الأدنى	أفضل تقدير	الأعلى	الأدنى	أفضل تقدير	الأعلى	الأدنى	أفضل تقدير		الأعلى	الأدنى	أفضل تقدير
1.13	0.01	0.26	8,030	100	1,840	0.82	0.10	0.41	5,810	690	2,930	0.58	0.07	0.27	4,140	510	1,900	أفريقيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	شرق أفريقيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.32	0.21	0.27	474	305	399	شمال أفريقيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جنوب أفريقيا
-	-	-	-	-	-	0.66	0.02	0.36	1,810	50	1,000	0.34	0.02	0.15	937	69	418	غرب ووسط أفريقيا
0.55	0.51	0.53	3,680	3,440	3,550	1.41	1.22	1.30	9,460	8,190	8,710	1.60	1.38	1.49	10,680	9,240	9,990	الأمريكتان
0.36	0.10	0.23	100	30	60	2.48	0.05	0.90	700	10	260	1.15	0.29	0.63	320	80	180	منطقة البحر الكاريبي
0.33	0.07	0.17	100	20	50	1.41	0.61	0.98	440	190	310	1.02	0.34	0.66	320	110	210	أمريكا الوسطى
0.89	0.89	0.89	2,880	2,880	2,880	2.30	2.27	2.29	7,420	7,330	7,380	2.17	2.08	2.13	7,000	6,720	6,860	أمريكا الشمالية
0.21	0.18	0.19	600	520	560	0.31	0.23	0.27	900	650	770	1.06	0.81	0.96	3,040	2,330	2,750	أمريكا الجنوبية
0.69	0.06	0.37	20,860	1,890	11,370	0.45	0.38	0.42	13,690	11,430	12,670	0.09	0.04	0.06	2,620	1,160	1,820	آسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	آسيا الوسطى وما وراء القوقاز
0.53	0.08	0.31	8,640	1,240	4,940	0.65	0.56	0.62	10,570	9,100	9,940	0.07	0.01	0.04	1,080	90	580	شرق وجنوب شرق آسيا
1.22	0.13	0.67	3,850	400	2,130	0.29	0.11	0.17	920	350	640	0.14	0.01	0.05	440	30	160	جنوب غرب آسيا/الشرق الأدنى والأوسط
-	-	-	-	-	-	0.18	0.18	0.18	1,880	1,880	1,880	0.10	0.10	0.10	1,040	1,040	1,040	جنوب آسيا
0.83	0.51	0.61	4,510	2,780	3,330	0.53	0.41	0.47	2,870	2,230	2,550	0.93	0.86	0.89	5,070	4,670	4,870	أوروبا
0.77	0.09	0.29	1,730	200	660	-	-	-	-	-	-	0.31	0.14	0.22	690	330	510	شرق وجنوب شرق أوروبا
0.87	0.81	0.84	2,770	2,580	2,670	0.67	0.59	0.63	2,130	1,880	2,010	1.37	1.36	1.36	4,380	4,350	4,360	أوروبا الغربية والوسطى
1.71	1.55	1.67	460	410	440	1.41	1.16	1.35	380	310	360	1.67	1.56	1.64	440	410	440	أوقيانوسيا
2.23	2.12	2.17	430	410	420	1.38	1.30	1.34	270	250	260	2.23	2.15	2.20	430	410	420	أستراليا ونيوزيلندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ميلانيزيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ميكرونيزيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بولينيزيا
0.75	0.17	0.41	37,530	8,620	20,540	0.65	0.46	0.55	32,220	22,850	27,220	0.46	0.32	0.38	22,950	16,000	19,020	التقدير العالمي

المصدر: UNODC estimates based on annual report questionnaire data and other official sources.

أ. يشمل الكوكايين ملح الكوكايين وكوكايين "الكراك" وأنواع أخرى مثل عجينة الكوكا والكوكايين القاعدي و"الباسوكو" و"الباكو" و"الميرلا".
ب. تشمل الأمفيتامينات كلاً من الأمفيتامين والميثامفيتامين.

الجدول 3 العدد المقدّر ومعدل انتشار (النسبة المئوية) الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ضمن هذه المجموعة حسب المنطقة، 2018

فيروس نقص المناعة البشرية بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن					الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن						المنطقة أو المنطقة دون الإقليمية	
تغطية بيانات العدد المقدّر للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن	معدل الانتشار (%) أفضل تقدير	العدد المقدّر			تغطية بيانات السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64	معدل الانتشار (%)			العدد المقدّر			
		مرتفع	أفضل	منخفض		مرتفع	أفضل	منخفض	مرتفع	أفضل		منخفض
83%	11.3	514,000	105,000	48,000	68%	0.38	0.13	0.08	2,700,000	930,000	560,000	أفريقيا
88%	17.4	342,000	47,000	10,000	59%	0.88	0.15	0.05	1,650,000	270,000	80,000	شرق أفريقيا
89%	4.7	29,000	16,000	13,000	77%	0.18	0.12	0.10	500,000	340,000	270,000	غرب ووسط أفريقيا
59%	21.4	60,000	30,000	19,000	63%	0.17	0.14	0.09	170,000	140,000	90,000	جنوب أفريقيا
84%	6.7	84,000	12,000	6,000	66%	0.26	0.12	0.08	380,000	170,000	110,000	شمال أفريقيا
93%	7.4	272,000	176,000	111,000	87%	0.44	0.36	0.28	2,970,000	2,380,000	1,910,000	أمريكا
100%	6.9	159,000	124,000	93,000	100%	0.63	0.56	0.48	2,030,000	1,800,000	1,560,000	أمريكا الشمالية
32%	14.0	27,000	14,000	4,000	31%	0.78	0.34	0.15	220,000	100,000	40,000	منطقة البحر الكاريبي
83%	8.1	84,000	38,000	13,000	82%	0.24	0.16	0.10	690,000	470,000	290,000	أمريكا الجنوبية
33%	3.4	1,400	600	300	58%	0.09	0.06	0.04	30,000	20,000	10,000	أمريكا الوسطى
98%	11.6	866,000	604,000	384,000	95%	0.22	0.17	0.13	6,630,000	5,220,000	3,900,000	آسيا
94%	7.0	31,000	26,000	23,000	94%	0.68	0.63	0.59	400,000	370,000	350,000	آسيا الوسطى وما وراء القوقاز
99%	9.3	460,000	284,000	137,000	95%	0.25	0.19	0.12	4,060,000	3,040,000	1,980,000	شرق وجنوب شرق آسيا
100%	29.5	297,000	229,000	165,000	100%	0.46	0.38	0.30	950,000	780,000	610,000	جنوب غرب آسيا
56%	3.8	10,300	3,300	1,800	42%	0.23	0.08	0.03	90,000	90,000	40,000	الشرق الأدنى والأوسط
100%	6.5	67,000	62,000	57,000	100%	0.09	0.09	0.09	960,000	950,000	930,000	جنوب آسيا
100%	20.2	568,000	530,000	508,000	90%	0.53	0.48	0.44	2,900,000	2,630,000	2,400,000	أوروبا
100%	25.2	443,000	435,000	427,000	100%	1.27	1.26	1.24	1,750,000	1,730,000	1,700,000	أوروبا الشرقية
100%	4.0	6,000	3,900	2,800	100%	0.16	0.11	0.09	140,000	100,000	80,000	جنوب شرق أوروبا
100%	11.4	119,000	91,000	78,000	83%	0.32	0.25	0.19	1,010,000	800,000	620,000	أوروبا الغربية والوسطى
73%	1.6	1,900	1,600	1,300	73%	0.41	0.38	0.37	110,000	100,000	100,000	أوقيانوسيا
96%	12.59	2,220,000	1,420,000	1,050,000	90%	0.31	0.23	0.18	15,310,000	11,260,000	8,860,000	عالمي

المصدر: Responses to the annual report questionnaire; progress reports of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) on the global AIDS response (various years); the former Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use; published peer-reviewed articles; and government reports.

ملاحظة: معدل انتشار الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بالحقن هو النسبة المئوية للسكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 إلى 64 عامًا.

amphetamine-type stimulants — a group of substances composed of synthetic stimulants controlled under the Convention on Psychotropic Substances of 1971 and from the group of substances called amphetamines, which includes amphetamine, methamphetamine, methcathinone and the “ecstasy”-group substances (3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) and its analogues).

amphetamines — a group of amphetamine-type stimulants that includes amphetamine and methamphetamine.

annual prevalence — the total number of people of a given age range who have used a given drug at least once in the past year, divided by the number of people of the given age range, and expressed as a percentage.

coca paste (or coca base) — an extract of the leaves of the coca bush .Purification of coca paste yields cocaine (base and hydrochloride).

“crack” cocaine — cocaine base obtained from cocaine hydrochloride through conversion processes to make it suitable for smoking.

cocaine salt — cocaine hydrochloride.

drug use — use of controlled psychoactive substances for non-medical and non-scientific purposes, unless otherwise specified.

fentanyls - fentanyl and its analogues.

new psychoactive substances — substances of abuse, either in a pure form or a preparation, that are not controlled under the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 or the 1971 Convention, but that may pose a public health threat .In this context, the term “new” does not necessarily refer to new inventions but to substances that have recently become available.

opiates — a subset of opioids comprising the various products derived from the opium poppy plant, including opium, morphine and heroin.

opioids — a generic term that refers both to opiates and their synthetic analogues (mainly prescription or pharmaceutical opioids) and compounds synthesized in the body.

problem drug users — people who engage in the high-risk consumption of drugs .For example, people who inject drugs, people who use drugs on a daily basis and/or people diagnosed with drug use disorders (harmful use or drug dependence), based on clinical criteria as contained in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fifth edition) of the American Psychiatric Association, or the *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (tenth revision) of WHO.

people who suffer from drug use disorders/people with drug use disorders — a subset of people who use drugs . Harmful use of substances and dependence are features of drug use disorders .People with drug use disorders need treatment, health and social care and rehabilitation.

harmful use of substances — defined in the *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (tenth revision) as a pattern of use that causes damage to physical or mental health.

dependence — defined in the *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (tenth revision) as a cluster of physiological, behavioural and cognitive phenomena that develop after repeated substance use and that typically include a strong desire to take the drug, difficulties in controlling its use, persisting in its use despite harmful consequences, a higher priority given to drug use than to other activities and obligations, increased tolerance, and sometimes a physical withdrawal state.

substance or drug use disorders — referred to in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fifth edition) as patterns of symptoms resulting from the repeated use of a substance despite experiencing problems or impairment in daily life as a result of using substances .Depending on the number of symptoms identified, substance use disorder may be mild, moderate or severe.

prevention of drug use and treatment of drug use disorders — the aim of “prevention of drug use” is to prevent or delay the initiation of drug use, as well as the transition to drug use disorders .Once a person develops a drug use disorder, treatment, care and rehabilitation are needed.

المجموعات الإقليمية

يستخدم تقرير المخدرات العالمي عددًا من التسميات الإقليمية ودون الإقليمية غير الرسمية والتي يرد تعريفها فيما يلي:

- شرق أفريقيا: بوروندي وجزر القمر وجيبوتي وإريتريا وإثيوبيا وكينيا ومدغشقر وموريشيوس ورواندا وسيشل والصومال وجنوب السودان وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة ومايوت
 - شمال أفريقيا: الجزائر ومصر وليبيا والمغرب والسودان وتونس
 - جنوب أفريقيا: أنغولا وبوتسوانا وإسواتيني وليسوتو ومالاوي وموزمبيق وناميبيا وجنوب أفريقيا وزامبيا وزمبابوي وريونيون
 - غرب ووسط أفريقيا: بنين وبوركينا فاسو وكابو فيردي والكاميرون وجمهورية أفريقيا الوسطى وتشاد والكونغو وكوت ديفوار وجمهورية الكونغو الديمقراطية وغينيا الاستوائية والغالون وغامبيا وغانا وغينيا وغينيا - بيساو وليبيريا ومالي وموريتانيا والنيجر ونيجيريا وسان تومي وبرينسيبي والسنگال وسيراليون وتوغو وسانت هيلينا
 - منطقة البحر الكاريبي: أنتيغوا وبربودا وجزر البهاما وبربادوس وكوبا ودومينيكا والجمهورية الدومينيكية وغرينادا وهايتي وجامايكا وسانت كيتس ونيفس وسانت لوسيا سانت فنسنت وجزر غرينادين وترينيداد وتوباغو وأنغويلا وأروبا وبونير وهولندا وجزر فيرجين البريطانية وجزر كايمان وكوراساو وغوادالوب والمارتينيك ومونتسيرات وبورتوريكو وسابا وهولندا وسان يوستاتيو وهولندا وسنت مارتن وجزر تركس وكايكوس وجزر فيرجن الأمريكية
 - أمريكا الوسطى: بليز وكوستاريكا والسلفادور وغواتيمالا وهندوراس ونيكاراغوا وبنما
 - أمريكا الشمالية: كندا والمكسيك والولايات المتحدة الأمريكية وبرمودا وجرينلاند وسانت بيير وميكلون
 - أمريكا الجنوبية: الأرجنتين وبوليفيا (الدولة متعددة القوميات) والبرازيل وتشيلي وكولومبيا والإكوادور وغيانا وباراغواي وبيرو وسورينام وأوروغواي وفنزويلا وجمهورية فنزويلا البوليفارية) وجزر فوكلاند
 - آسيا الوسطى وما وراء القوقاز: أرمينيا وأذربيجان وجورجيا وكازاخستان وقيرغيزستان وطاجيكستان وتركمانستان وأوزبكستان
 - شرق وجنوب شرق آسيا: بروني دار السلام وكمبوديا والصين وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية وأندونيسيا واليابان وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وماليزيا ومنغوليا وميانمار والفلبين وجمهورية كوريا وسنغافورة وتايلاند وتيمور - ليشتي وفيتنام وهونغ كونغ والصين وماكاو والصين ومقاطعة تايوان الصينية
 - جنوب غرب آسيا: أفغانستان وإيران (جمهورية إيران الإسلامية وباكستان
 - الشرق الأدنى والأوسط: البحرين والعراق وإسرائيل والأردن والكويت ولبنان وعمان وقطر والسعودية ودولة فلسطين والجمهورية العربية السورية والإمارات العربية المتحدة واليمن
 - جنوب آسيا: بنغلاديش وبوتان والهند وجزر المالديف ونيبال وسريلانكا
 - أوروبا الشرقية: بيلاروسيا وجمهورية مولدوفا والاتحاد الروسي وأوكرانيا
 - جنوب شرق أوروبا: ألبانيا والبوسنة والهرسك وبلغاريا وكرواتيا والجبل الأسود ومقدونيا الشمالية ورومانيا والصرب وتركيا وكوسوفو¹³⁷
 - أوروبا الغربية والوسطى: أندورا والنمسا وبلجيكا وقبرص والتشيك والدنمارك وإستونيا وفنلندا وفرنسا وألمانيا واليونان والمجر وأيسلندا وأيرلندا وإيطاليا ولافتيا وليختنشتاين ولبنان ولوكسمبورغ ومالطا وموناكو وهولندا والنرويج وبولندا والبرتغال وسان مارينو وسلوفاكيا وسلوفينيا وإسبانيا والسودان وسويسرا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية وجزر فارو وجبل طارق والكرسي الرسولي
- أوقيانوسيا (تتألف من أربع مناطق دون فرعية):
- أستراليا ونيوزيلندا: أستراليا ونيوزيلندا
 - بولينيزيا: جزر كوك ونيوي وساموا وتونغا وتوفالو وبولينيزيا الفرنسية وتوكيلاو جزر اليس وفوتونا
 - ميلانيزيا: فيجي وبابوا غينيا الجديدة وجزر سليمان وفانواتو وكاليدونيا الجديدة
 - ميكرونيزيا: كيريباتي وجزر مارشال وميكرونيزيا (ولايات - الموحدة) وناورو وبالاو ومجموعة جورجيا وأوكرانيا وأذربيجان وجمهورية مولدوفا وجزر ماريانا الشمالية

137 All references to Kosovo in the *World Drug Report* should be understood to be in compliance with Security Council resolution 1244 (1999). (ISBN 978-92-1-148345-1 Vienna International Centre, PO Box 500, 1400 Vienna, Austria Tel: +(43) (1) 26060-0, Fax: +(43) (1) 26060-5866, www.unodc.org



يتألف تقرير المخدرات العالمي 2020 من ستة كتيبات منفصلة ويقدم وفرة من المعلومات والتحليل لدعم المجتمع الدولي في تنفيذ التوصيات العملية حول عدد من الالتزامات التي تعهدت بها الدول الأعضاء، لا سيما التوصيات الواردة في الوثيقة الختامية للدورة الاستثنائية للجمعية العامة بشأن مشكلة المخدرات العالمية، المنعقدة في عام 2016.

يوفر الكتيب الأول ملخصاً للكتيبات الخمسة اللاحقة باستعراض النتائج الرئيسية التي توصلت إليها وتسليط الضوء على تبعاتها السياسية. ويركز الكتيب الثاني على الطلب على المخدرات ويتضمن استعراضاً عاماً بشأن مدى تعاطي المخدرات واتجاهاتها بما في ذلك الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وعواقبها الصحية. ويتناول الكتيب الثالث عرض المخدرات ويقدم أحدث التقديرات والاتجاهات المتعلقة بإنتاج المواد الأفيونية والكوكايين والمنشطات الأمفيتامينية والقنب والاتجار فيها. في حين يتطرق الكتيب الرابع إلى عدد من القضايا متعددة الجوانب، لا سيما الديناميات الكلية التي تقود توسع أسواق المخدرات وزيادة تعقيدها، ويصف بعض المخاوف سريعة التطور المتعلقة بالمخدرات: أحدث أزمة عالمية متعددة الأوجه للمواد الأفيونية والتغيرات السريعة في السوق وسوق المؤثرات النفسانية الجديدة واستخدام شبكة الإنترنت الخفية لعرض المخدرات والتطورات في الولايات القضائية التي تتخذ تدابير تسمح باستخدام القنب لأغراض غير طبية. ويتناول الكتيب الخامس العلاقة بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية واضطرابات تعاطي المخدرات، لا سيما على المستويات الكلية والمجتمعية والفردية، مع التركيز خاصة على المجموعات الفرعية السكانية التي قد تتأثر بطريقة مختلفة بسبب تعاطي المخدرات واضطرابات تعاطي المخدرات. وأخيراً، يتناول الكتيب السادس عددًا من القضايا السياسية الأخرى المتعلقة بالمخدرات التي تشكل جميعها جزءاً من النقاش الدولي القائم حول مشكلة المخدرات والتي يندر إيجاد أدلة متعمقة عليها، لا سيما الحصول على الأدوية الخاضعة للرقابة والتعاون الدولي في المسائل المتعلقة بالمخدرات والتنمية البديلة في مناطق زراعة المخدرات والعلاقة بين المخدرات والجريمة.

وعلى غرار السنوات السابقة، يهدف تقرير المخدرات العالمي إلى تحسين فهم مشكلة المخدرات العالمية والمساهمة في تعزيز تعاون دولي أكبر للتصدي إلى تأثيرها على الصحة وشؤون الحكم والأمن.

الملحق الإحصائي المصاحب منشور على الموقع الإلكتروني لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة:
wdr.unodc.org

