

Distr.: General

6 December 2000

Arabic

Original: English

المجلس الاقتصادي



والاجتماعي

لجنة المخدرات

الدورة الرابعة والأربعون

فيينا، ٢٠-٢٩ آذار/مارس ٢٠٠١

البند ٥ (ب) من جدول الأعمال المؤقت*

خفض الطلب على العقاقير: الوضع العالمي فيما

يتعلق بتعاطي العقاقير، خصوصا بين صفوف

الأطفال والشباب

الوضع العالمي فيما يتعلق بتعاطي العقاقير، وخصوصا بين صفوف الأطفال والشباب

مذكورة من الأمانة

المحتويات

الفصل	المقدمة	الفقرات	الصفحة
أولا-	مقدمة	١-١٤	٣
ثانيا-	الوضع العالمي فيما يتعلق بالاتجاهات المستجدة في تعاطي العقاقير	١٥-٢١	٧
ألف-	المواد الأفيونية	١٧	٨
باء-	الكوكايين	١٨	٨
جيم-	القنب	١٩	٩
دال-	المنشطات الأمفيتامينية	٢٠-٢١	٩
ثالثا-	نظرة عامة على حالة تعاطي العقاقير بين صفوف الشباب: الاتجاهات العالمية لتعاطي	٢٢-٢٧	١٠

العقاقير خـلال التسعينات			
ألف - افريقي	١٢	٣٢-٢٩	الفقرات
باء - الأمريكتان	١٣	٥٠-٣٣	الصفحة
جيم - آسيا	١٩	٥٥-٥١	
دال - أوروبا	٢٠	٦٥-٥٦	
هاء - أوقيانوسيا	٢٤	٦٧-٦٦	
المسائل المتصلة	٢٥	٨٢-٦٨	الفصل
ألف - الاتجاهات الثقافية وتعاطى العقاقير: نحو تطبيع تعاطى العقاقير أو تقبلها اجتماعياً؟	٢٥	٧٢-٦٩	رابعاً -
باء - قابلية فئات معينة للتعرض الى تعاطي العقاقير	٢٦	٨٠-٧٣	
جيم - تيسير سبل وصول الشباب الى الخدمات الاستشارية والعلاجية	٢٨	٨٢-٨١	
خامساً - الاجراءات المتخذة من قبل الدول الأعضاء	٢٨	٨٧-٨٣	
سادساً - السياسات والاستراتيجيات: بداية سليمة للأطفال والشباب في الألفية الجديدة	٢٩	٩٠-٨٨	
ألف - النهج المضاعف	٣٠	٩٢-٩١	
باء - التوعية الخاصة بالوقاية من المخدرات في مرحلة مبكرة	٣١	٩٣	
جيم - المشاركة والنهج الخاصة بالأنداد	٣١	٩٦-٩٤	
دال - المهارات الحياتية	٣٢	٩٩-٩٧	
هاء - الآباء والأمهات والمشاركة المجتمعية	٣٢	١٠٠	
واو - النهج المستهدفة	٣٣	١٠١	
زاي - الاستثمارات الطويلة الأجل والمكثفة	٣٣	١٠٢	
سابعاً - السبيل نحو التقدّم	٣٣	١٠٣	

الجدول

٧ الاتجاهات المبلغ عنها في تعاطي العقاقير

الأشكال

- الأول- الاتجاهات في معدلات انتشار تعاطي أي من العقاقير غير المشروعة مدى الحياة بالنسبة لطلاب الصفوف الثامن والعاشر والثاني عشر في الولايات المتحدة، للفترة ١٩٩١-١٩٩٩
- ١٣
- الثاني- الاتجاهات في معدلات انتشار تعاطي القنب مدى الحياة بالنسبة لطلاب الصفوف الثامن والعاشر والثاني عشر في الولايات المتحدة، للفترة ١٩٩١-١٩٩٩
- ١٤
- الثالث- معدلات انتشار تعاطي مختلف أنواع العقاقير مدى الحياة فيما بين الطلاب الذين تتراوح أعمارهم من ١٠ الى ١٨ سنة في عواصم ١٠ ولايات في البرازيل
- ١٧
- الرابع- الاتجاهات في معدلات انتشار تعاطي القنب مدى الحياة فيما بين المراهقين في كل من بوليفيا وشيلي وكولومبيا
- ١٨
- الخامس- معدلات انتشار تعاطي القنب فيما بين الشباب ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٦ سنة في بعض دول أوروبا الغربية، للفترة ١٩٩٥-١٩٩٩
- ٢١
- السادس- معدلات انتشار تعاطي القنب مدى الحياة فيما بين الأشخاص ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٦ سنة في بعض دول أوروبا الشرقية، للفترة ١٩٩٥-١٩٩٩
- ٢٣
- السابع- معدلات انتشار تعاطي عقار الإكستاسي بين صفوف الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٦ سنة في بعض الدول الأوروبية، للفترة ١٩٩٥-١٩٩٩
- ٢٤
- الثامن- معدلات انتشار تعاطي مختلف أنواع العقاقير بين صفوف الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٤ و ١٩ سنة في أسبانيا، للفترة ١٩٩٥-١٩٩٨
- ٢٥

أولا - مقدمة

١ - اعتمدت لجنة المخدرات، في دورتها الثالثة والأربعين، مشروع القرار ٤/٤٣ المعنون "التعاون الدولي على وقاية الأطفال من تناول العقاقير". وقد طلب القرار إلى برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات "أن يقدم، استناداً إلى أدوات الإبلاغ الموجودة (...)، تقرير عن تنفيذ هذا القرار، وكذلك عن الحالة القائمة فيما يتعلق بتعاطي العقاقير ومواد التنشيق بين الأطفال، وعن برامج الوقاية والعلاج، يبين الاتجاهات العالمية ويكون مبنياً حسب المناطق الجغرافية ويتضمن اقتراحات بشأن أنشطة تعاون دولي تستهدف الوقاية". ويُقدّم هذا التقرير تنفيذاً لذلك القرار.

٢ - وقد أشارت الدول الأعضاء مراراً إلى أهمية مشكلة تعاطي العقاقير بين صفوف الشباب. وأبرز كل من الاعلان السياسي (د-٢٠/٢٠٠٠، المرفق) والاعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على العقاقير (د-٣/٢٠٠٠، المرفق) اللذين اعتمدهما الجمعية العامة في دورتها الاستثنائية العشرين والمكرّسة لمواجهة مشكلة العقاقير العالمية مع أهمية الاستثمار في الشباب والعمل معهم على معالجة مشاكل العقاقير. وقد ذكرت الدول الأعضاء في الاعلان السياسي، على وجه أكثر تحديداً أنها:

"ترحب بجهود الشريحة الواسعة من الأشخاص العاملين في مختلف ميادين مكافحة اساءة استعمال العقاقير، وتقرّر، وقد تشجعت بسبلوك الغالبية الساحقة من الشباب الذين لا يتناولون العقاقير غير المشروعة، إيلاء عناية خاصة لخفض الطلب، وخصوصاً بالاستثمار في الشباب والعمل معهم من خلال التعليم النظامي وغير النظامي والأنشطة الاعلامية وسائر التدابير الوقائية" (الفقرة ٦).

وبالمثل، فإن الاعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على العقاقير يشير إلى الشباب على وجه التحديد باعتبارهم فئة بحاجة إلى الاهتمام:

"طُرأت زيادة على العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تجعل الناس، ولا سيما النشء، أشد عرضة لها، وأكثر استعداداً لتناولها وللمخاطرة المرتبطة بها" (الفقرة ٣)؛

و "انه ينبغي لبرامج خفض الطلب أن تُصمّم بحيث تلي احتياجات السكان عموماً، وكذلك احتياجات فئات محدّدة من السكان، مع إيلاء عناية خاصة للشباب..." (الفقرة ١٣).

٣ - وتدعو خطة العمل المتعلقة بتنفيذ الاعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على العقاقير (القرار ١٣٢/٥٤) الدول إلى إنشاء ودعم الآليات، حسب الاقتضاء، بما في ذلك الشبكات التي تيسر مشاركة الشباب في تصميم وتنفيذ البرامج الموجّهة إليهم. كما أن الجمعية العامة أكدت على أهمية تشجيع مشاركة الشباب بصورة نشطة في أنشطة مكافحة المخدرات في قرارها ١١٥/٥٣ الذي ورد فيه:

"تذكّر برنامج العمل العالمي للشباب حتى سنة ٢٠٠٠ وما بعدها الذي اعتمدته الجمعية العامة في ١٤ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٥، وتلاحظ مع الارتياح المشاركة النشطة للمنظمات الشبابية وللشباب في أثناء انعقاد الدورة الاستثنائية، وتشدّد على أهمية أن يواصلوا الإسهام بتجارهم والمشاركة في عمليات اتخاذ القرارات، وخصوصاً فيما يتصل بصياغة خطة العمل لتنفيذ الاعلان المتعلق بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على العقاقير" (الفرع الثاني، الفقرة ١١).

٤ - ويتكوّن هيكل هذا التقرير مما يلي: أولاً، إعطاء نظرة عامة اقليمية عن تعاطي العقاقير بين صفوف الأطفال والشباب؛ ثانياً، إبراز المسائل المستجدة في هذا المجال؛ وثالثاً، تدارس التوصيات بشأن السياسات والاستراتيجيات الممكن اتباعها لمنع تعاطي العقاقير بين صفوف الأطفال والشباب. وسيقتصر الاهتمام، في معظم جوانب التقرير، على دراسة الاتجاهات السائدة منذ عام ١٩٩٠. وتُعتبر هذه نافذة مناسبة للتحليل، لأنها تمثل معاً أطرافاً زمنياً معقولاً للتأمل في التطورات المعاصرة ولأن معلومات كافية عن تعاطي العقاقير بين صفوف الشباب قد توفّرت خلال هذه الفترة بقصد تحليلها. وعلاوة على ذلك، كان العقد الماضي عقد الأمم المتحدة لمكافحة اساءة استعمال العقاقير (١٩٩١-٢٠٠٠)، الذي كان من معالمه البارزة اعتماد

اتفاقية حقوق الطفل (القرار ٢٥/٤٤) وتنفيذ خطة العمل لتنفيذ الاعلان العالمي لبقاء الطفل وحمايته ونمائه في التسعينات (القرار ٢٥/٤٤، المرفق) الذي اعتمد أثناء مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل الذي عُقد في عام ١٩٩٠.

٥- ويستند هذا التقرير الى المعلومات المحصلة من شتى المصادر بما في ذلك ما يلي: الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية المقدم من الدول الأعضاء الى برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات (البونديسيب)؛ والاستقصاءات المدرسية الاقليمية والوطنية (كالمشروع الاستقصائي للمدارس الأوروبية عن الكحول وسائر العقاقير ودراسة رصد المستقبل، التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية، والاستقصاءات المنزلية أو السكانية وغير ذلك من المنشورات البحثية المخصصة للغرض.

٦- وكشرط مسبق لمناقشة المسائل المتعلقة بالأطفال والشباب، ينبغي دراسة تعاريف هذين المصطلحين بصورة موجزة. اذا ان مشاكل قد تنشأ لأن استخدام المصطلحين ومعانيهما يختلفان اختلافا كبيرا من بلد الى آخر. فالأطفال يُعرفون في المادة ١ من اتفاقية حقوق الطفل بأنهم "كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة، ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه. أما الشباب "فقد عرّفهم أيضا الأمم المتحدة بأنهم الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ عاما. وتعتبر منظمة الصحة العالمية أن المراهقة هي الفترة الواقعة بين سن العاشرة والتاسعة عشرة. وكثيرا ما يُستخدم مصطلح "الشباب" على الفئة العمرية المركبة لمن تتراوح أعمارهم من العاشرة الى الرابعة والعشرين.

٧- وتعكس التعاريف العملية الواردة أعلاه درجة من التوافق في الآراء بشأن العوامل البارزة المتحركة (البيولوجية منها والاجتماعية والثقافية) المتعلقة بالأطفال والشباب في مختلف أنحاء العالم. غير أنه من الجدير بالذكر أن مفهومى الأطفال والشباب يختلفان بدرجة كبيرة بين شتى البلدان ويعبران عن سياقات اجتماعية واقتصادية وثقافية متباينة. وربما يكون الدخول الاجتماعي والثقافي في حياة المراهقة أو البلوغ، متماشيا مع مناسبات وطقوس الاحتياز من مرحلة الى أخرى التي يتميز بها هذا المجتمع أو ذاك.

٨- وتوخيا للوضوح فان مصطلح "الأطفال والشباب" سيستخدم في هذا التقرير للإشارة الى جميع الأشخاص الذين تصل أعمارهم الى الرابعة والعشرين.

٩- ويختلف السن الذي يتعرض فيه الشخص لتعاطي العقاقير وتجربتها لأول مرة من بلد الى آخر اعتمادا على الظروف والبيئة. وفي بعض حالات معينة، كحالة الأطفال الذين يعيشون في الشوارع أو الأطفال العاملين، فإن تعاطي مواد التنشيق شائع في عمر مبكر جدا (وغالبا ما يكون حتى بين فتيان في السادسة أو السابعة من العمر). وربما يكون هذا السلوك مرتبطا بتعاطي الكحول أو التبغ أو العقاقير الأخرى في وقت واحد أو أن هذا السلوك قد يهيئ الفرد للوقوع في مشاكل العقاقير مستقبلا. غير أنه بالنسبة الى غالبية الأطفال والشباب الذين يجربون تعاطي العقاقير عموما، فإن الحالة الأولى من التعرض للمخدرات تبدو كما لو كانت تحدث عادة في فترة المراهقة عموما وخلال منتصف هذه الفترة أو في أواخرها. كما تبين أن تعاطي العقاقير في سن مبكرة أنه أحد مؤشرات التنبؤ بالوقوع في مشاكل العقاقير مستقبلا وعادة ما يكون مرتبطا بمشاكل اجتماعية أخرى.

١٠- ومن المهم أن نتذكر أن الأطفال لا يتأثرون فحسب بتعاطي العقاقير بأنفسهم. فتعاطي العقاقير من قبل أحد الأبوين أو كليهما يرتبط، في بعض الحالات، بشبوهات خلقية أو قلة وزن الطفل عند الولادة وقد يفضي الى الانتقال العمودي (عن طريق الأم والولادة) للإصابة بفيروس القصور المناعي البشري. أما بعد الولادة، فإن تعاطي العقاقير من قبل أفراد الأسرة قد يؤثر سلبا على سلوك الأبوين، أو يكون مصحوبا بإساءة معاملة الطفل وإهماله أو يؤثر على الدخل المادي للأسرة واستقرارها. وفي بعض البلدان، قد يواجه الأطفال والشباب الذين يشاركون في إنتاج وتجهيز العقاقير والاتجار بها آثارا اجتماعية أو قانونية أو صحية ضارة.

١١- وتتميز الفترة الممتدة من الطفولة الى المراهقة بحدوث العديد من التغيرات البدنية والعاطفية الصعبة. ففي خلال هذه الفترة، يكتسب الأطفال والشباب بعض المهارات التي تُعتبر أساسية بالنسبة لتطورهم، وتكون لديهم في الوقت ذاته عادات وأنماط سلوكية كثيرا ما ترافقهم في مرحلة

البلوغ، وهكذا فإن هذه الفترة تكون، من حيث الوقاية من العقاقير، حافلة بالفرص والمخاطر على السواء. وبما أن هذه غالبا ما تكون هي الفترة التي يبدأ فيها الكثير من الشباب بتجربة تعاطي العقاقير فإن هناك سببا وجيها لوجوب التذكير في البدء بالعمل الوقائي من تعاطي العقاقير قبل أن تترسّخ هذه السلوكيات. ومع أنه من المهم التمييز نظريا بين أولئك الذين هم في طور تجريب العقاقير والعدد الأقل بكثير من الأشخاص الذين ينتهي بهم الأمر إلى الوقوع في مشاكل مزمنة في المدى الطويل، فإن اتخاذ التدابير من أجل كبح تجربة التعاطي يظل مع ذلك أمرا جديرا بالاهتمام. ومن الممكن أن يؤدي خفض تجريب تعاطي العقاقير إلى انخفاض مماثل في عدد الأشخاص الذين ينتهي بهم الأمر إلى الوقوع في مشاكل مستديمة ومستعصية تتعلق بهذا التعاطي. وقد يكون لتجريب تعاطي العقاقير بحد ذاته آثار سلبية، كردود الفعل الحادة وربما المميتة الناجمة عن تناول جرعة واحدة من الميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين (م د م أ MDMA). ولذلك، فإن الوقاية الناجمة من تعاطي العقاقير تُعتبر هامة بالنسبة للشباب طوال فترة الطفولة والمراهقة. وقد يعتمد استهداف برامج الوقاية وإعدادها على فهم أنماط واتجاهات في تعاطي العقاقير فيما بين الشباب والعوامل المرتبطة بتجريب التعاطي ومواصلته. ولذلك فإن المعلومات المتعلقة بأشكال تعاطي العقاقير واتجاهاته في صفوف الشباب ذات أهمية بالغة بالنسبة لصوغ البرامج الوقائية التي لا تؤدي إلى خفض تعاطي العقاقير فيما بين الشباب فحسب، بل تحول أيضا، في المدى الطويل دون وقوع البالغين من المتعاطين في مشاكل التعاطي المستعصية.

١٢ - وكثيرا ما يكون هناك افتقار إلى المعلومات المتعلقة بنطاق تعاطي العقاقير فيما بين شباب العالم كما أن البيانات المتوفرة لا تسمح بإجراء مقارنات منتظمة. وعادة ما تجري دراسات استقصائية في سنوات مختلفة غالبا ما تُستخدم فيها أساليب مختلفة تماما لأخذ العينات وجمع البيانات. وتعالى الدراسات الاستقصائية المنزلية، عند إجرائها، من جملة من القيود. فقد يعزف الشباب عن الاعتراف بتعاطي العقاقير بحضور أسرهم أو قد لا يدرجون ضمن العينة المأخوذة لأسباب أخلاقية أو إدارية أو على الأرجح أن يكونوا ببساطة غائبين عن المنزل عند أخذ العينات. كما أن الدراسات الاستقصائية المنزلية عن عامة السكان غير قابلة للتطبيق لا من الناحية المنهجية ولا من الناحية العملية في الكثير من بلدان العالم. وعادة ما يتعلق معظم المعلومات المتوفرة عموما بشأن تعاطي العقاقير فيما بين الشباب، بفئات معينة من السكان، ويتعلق في الأغلب بعينات من طلاب المدارس. وعلى الرغم من كون هذه المعلومات قيمة بالنسبة لتحديد الاتجاهات والمواقف فإنها لا تشمل نطاق تعاطي العقاقير في صفوف الطلاب الذين تركوا الدراسة أو فيما بين الطلاب المتسربين والمتغيّبين بدون إذن. وهذه مشكلة مهمة لأن معدلات انتشار تعاطي العقاقير ربما تكون أعلى بكثير فيما بين هذه الفئات منها في صفوف المواطنين على الدراسة عموما. وقد تكون هناك، مثلما هو الحال أيضا بالنسبة للدراسات الاستقصائية المنزلية، مشاكل تتعلق بالاستجابة، ولذلك ينبغي توخي جانب الحذر عند استقراء نتائج هذه الدراسات. مع ذلك، فإن الدراسات الاستقصائية المدرسية التي أُجريت على مدى السنوات العشر الماضية قد تطوّرت كثيرا من حيث المنهجية المستخدمة والشمول والقدرة على مقارنة النتائج. ويعكف العديد من البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية الآن على الاستثمار في هذا المجال الخاص بجمع البيانات، ويقدم برنامج اليونسيف الدعم لزيادة تطوير الوسائل المنهجية.

١٣ - وفي بعض البلدان، يجري استكمال نتائج الدراسات الاستقصائية بدراسات خاصة عن أطفال الشوارع أو الفئات الخاصة الأخرى من أجل إعطاء صورة أشمل عن حالة تعاطي العقاقير. كما استخدمت الدراسات البحثية المخصصة التي تستعين بالتقنيات النوعية والكمية إلى حد ما لفهم طبيعة تعاطي العقاقير فيما بين الشباب والديناميات التي تؤدي إلى ترسّخ السلوكيات العويصة. وهناك دور هام في هذا الخصوص أدته الأعمال المبذولة لدراسة حالة الذين هم عرضة لتعاطي العقاقير، حيث سعت إلى تحديد العوامل المتصلة بنشوء مشاكل تعاطي العقاقير. وقد اضطلع بالجانب الأعظم من هذا النشاط في البلدان المتقدمة النمو، بينما لا يزال تفهم المشكلة ضعيفا في المناطق الأخرى. غير أنه جرى التعرف على طائفة واسعة من العوامل المتصلة بازدياد احتمالات نشوء المشاكل وربما تصلح لدعم التذكير في استهداف الشباب الأكثر عرضة من سواهم لنشوء المشاكل مستقبلا وتقديم المساعدة اليهم.

١٤ - وخلال الدورة الثانية والأربعين للجنة المخدرات، قدّمت الأمانة تقريرا بعنوان "الشباب والمخدرات: نظرة عامة عالمية" (E/CN.7/1999/8) تضمّن تحليلا للاتجاهات العالمية لتعاطي العقاقير. أما هذا التقرير، فإنه يحاول، رغم استناده إلى المعلومات الواردة في التقرير السابق، تحديث تلك المعلومات وعرض تحليل إقليمي للاتجاهات التي سادت خلال التسعينات وذلك بناء على طلب اللجنة.

ثانياً- الوضع العالمي فيما يتعلق بالاتجاهات المستجدة في تعاطي العقاقير

١٥- قبل مناقشة مسألة تعاطي العقاقير فيما بين الأطفال والشباب بالذات، يلقي التقرير نظرة عامة موجزة عن الوضع العالمي فيما يتعلق بالاتجاهات المستجدة في تعاطي العقاقير، تستند إلى الردود على الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية لعام ١٩٩٩ (انظر الجدول).

الجدول

الاتجاهات المبلغ عنها في تعاطي العقاقير^{١)}

بشأن النسب المئوية المستندة إلى عدد الدول المستجيبة (العدد) وجميع الدول المتلقية للاستبيان (وعدها ١٩٣ دولة)

المختبر	عدد الدول المستجيبة (العدد)	النسبة المئوية للزيادة بالاستناد إلى		النسبة المئوية للاستقرار بالاستناد إلى		النسبة المئوية للنقصان بالاستناد إلى	
		الدول	العدد	الدول	العدد	الدول	العدد
المشروبات الألفيتامينية ^(ب)	٥٣	٢٠	٧١	٢٨	٨	١٥	٤
القنب	٦٨	٢٣	٦٦	٢٢	٨	١٢	٤
الكوكايين	٥٤	١٦	٥٧	٢٧	٨	١٥	٤
المهيروين	٥٧	١٨	٥٩	١٦	٥	٢٥	٧

(أ) تستند هذه البيانات إلى الإجابات المقدّمة حتى ١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٠، رداً على الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية.

(ب) بسبب الطريقة التي يعالج فيها الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية، الألفيتامينات، فإن الردود ربما تعكس الاتجاهات في مسارات مختلفة بالنسبة للألفيتامينات والميثامفيتامينات وغيرها من المنشطات الألفيتامينية. ولذلك فإن وجود اتجاهات متعددة لأي بلد من البلدان أمر محتمل ويعكس في النسب المئوية المعطاة.

١٦- وقد أدت جملة من المشاكل التقنية المرتبطة بتصميم الاستبيان إلى زيادة صعوبة تفسير الردود على الاستبيان والمتعلقة بالطلب على العقاقير. وهي مشاكل اعترفت بها اللجنة، ويجري حالياً إعداد استبيان منقح. ومما زاد التفسير تعقيداً هي نسبة عدد الدول التي لم ترد على الاستبيان. وكانت الاستبيانات الخاصة بالتقارير السنوية قد وزعت في عام ١٩٩٩ على ١٩٣ دولة وإقليمياً عضواً لأغراض التبليغ. ومن أصل هذا العدد أرسلت ١١٧ دولة وإقليمياً (٦١ في المائة) ردودها إلى اللجنة حتى ١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٠. ويتكوّن الاستبيان من ثلاثة أجزاء، يغطي الجزء الثاني منها المسائل المتعلقة بالطلب. ومن أصل الردود المرسلة وعددها ١١٧ اشتمل ٩٤ رداً فقط (٤٩ في المائة) على معلومات أدرجت في الجزء الخاص بالطلب. غير أن الردود الواردة في ذلك الجزء كانت جزئية في الغالب. ويبيّن الجدول معدلات الاجابات على الأسئلة المتعلقة بالاتجاهات الحالية في تعاطي العقاقير. ومما يلاحظ أن معدلات الردود على تلك الأسئلة تباينت بين ٥٣ و ٦٨ في المائة متوقفاً ذلك على العقار موضع النظر، أو بعبارة أخرى أن ما يقرب من ثلث عدد جميع الدول (أي ٢٧-٣٥ في

المائة) قدّم ردوده على هذه الأسئلة. ومن الواضح أن تفسير الاتجاهات مسألة صعبة مع هذا المستوى من الاستجابة ومن ثم فإنه ينبغي توخّي جانب الحذر من استنباط استنتاجات من هذه البيانات. فالنسب المئوية المعطاة تستند الى كل من العدد المحتمل للدول التي يمكنها الاستجابة (وهو ١٩٣ دولة) والعدد الفعلي للردود المقدّمة على السؤال المطروح.

ألف - المواد الأفيونية

١٧- أبلغ سبع وخمسون دولة، في معرض اجابتها على السؤال المتعلق بالاتجاهات، عن حدوث ارتفاع في تعاطي المواد الأفيونية. وأشار ما يقل عن ثلثي الردود تقريبا (١٨ في المائة من جميع الدول) الى حدوث زيادة، بينما أبلغ ما يزيد قليلا على الثلث (١٢ في المائة من جميع الدول) عن استقرار تعاطي هذه المواد أو انخفاضه. وكانت الزيادة المبلّغ عنها واضحة بشكل رئيسي في دول آسيا الوسطى وإفريقيا الجنوبية وأمريكا اللاتينية وأوروبا الشرقية والشرق الأوسط. وعلى العكس من ذلك، فقد جرى الإبلاغ عن صورة مستقرة عموما في الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي^(١) بينما أشارت إسبانيا والبرتغال وبلجيكا، في الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية، الى حدوث شيء من الانخفاض. أما الولايات المتحدة الأمريكية فقد أبلغت عن حالة مستقرة فيما يتعلق بتعاطي الهيروين، بينما ذكرت الصين حدوث بعض الانخفاض. ومما يدعو الى الإنشغال بصفة خاصة ما أبلغ عن نسبة عالية بشكل خاص من الانتشار في عدد قليل من البلدان (من بينها جمهورية إيران الإسلامية وباكستان وجمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية وبعض مناطق ميانمار). ومما يدعو الى القلق بنفس القدر، هو استمرار انتشار حقن المخدر كوسيلة لتناول المواد الأفيونية والأثر المحتمل والفعلي للحقن في انتشار الإصابة بفيروس القصور المناعي البشري.

باء - الكوكايين

١٨- أبلغ أربعة وخمسون بلدا عن الاتجاهات المتعلقة بالكوكايين. أما بالنسبة للهيروين، فقد أبلغ ما يقل عن الثلثين قليلا عن حدوث زيادة في تعاطيه وأبلغ ما يربو قليلا عن الثلث إما عن استقرار الحالة أو انخفاض نسبة التعاطي. وفيما يتعلق بالبيانات الأخرى الواردة في هذا التقرير، فإن عدد الدول غير المستجيبة يقتضي توخّي الحذر في استخدام البيانات لاستنباط استنتاجات عن الاتجاهات العالمية. كما أنه بالنظر الى أن معدلات الانتشار النسبية تتباين كثيرا من بلد الى آخر، فإن الأهمية النسبية لاتجاهات زيادة التعاطي أو انخفاضه من حيث عدد الأشخاص المتأثرين ستباين هي الأخرى أيضا. فلبعض البلدان، مثلا، عدد قليل جدا من متعاطي الكوكايين أو أنها تخلو منهم من الناحية الفعلية. وعموما، لا يزال تعاطي الكوكايين متركزا في الأمريكتين. أما من حيث الاتجاهات، فإن تعاطيه في الولايات المتحدة الأمريكية التي تعتبر أكبر سوق للكوكايين في العالم، لا يزال مستقرا بعد أن انخفض بصورة مفاجئة منذ منتصف الثمانينات. غير أن بلدانا أوروبية مختلفة وكذلك أستراليا وجنوب إفريقيا وكندا كانت من ضمن البلدان التي أبلغت عن حدوث زيادة في تعاطي العقاقير. وقد

تعلّقت معظم التقارير بمسحوق الكوكايين بدلا من "الكراك" (الكوكايين القاعدي) الذي يبدو أن تعاطيه محدود بدرجة أكبر بكثير.

جيم - القنب

١٩- لا يزال القنب أكثر المخدرات شيوعا من حيث تعاطيه على الصعيد العالمي حيث تبيّن أن تعاطيه يجري في جميع البلدان تقريبا بهذا المستوى أو ذاك. أما اتجاهات تعاطيه فيشوبها الخلط الى حد ما. وفي أوروبا، باستثناء اسبانيا والمملكة المتحدة، أُبلغ عن استقرار الحالة، أما في اليونان التي كانت قد أُبلغت عن انخفاض نسبة تعاطي المخدر، فالظاهر أن تعاطيه أخذ بالازدياد. وأبلغ عدد أكبر بقليل من البلدان عن حدوث زيادة في تعاطي القنب مقارنة بالعقاقير الأخرى موضع البحث، غير أن معدلات الاستجابة كانت أعلى قليلا ولا يتضح من البيانات ما هو الاستنتاج، إن وجد، الذي ينبغي استنباطه من هذه النتائج. كما أُبلغ عدد من بلدان غرب إفريقيا عن حدوث زيادة في تعاطي المخدر (منها كوت ديفوار وإن كانت نيجيريا ليست من ضمنها)، وكذلك عدد من بلدان أمريكا الجنوبية (كالأرجنتين والبرازيل وكولومبيا)، وأمريكا الوسطى ومنطقة الكاريبي وأمريكا الشمالية (كندا) وأوقيانوسيا (أستراليا ونيوزيلندا). وعلى العكس من ذلك، فقد أُبلغ عن انخفاض نسبة التعاطي في كل من أندورا وأوزبكستان وسنغافورة وطاجيكستان ولبنان وملديف والهند.

دال - المنشطات الأمفيتامينية

٢٠- لا يزال تعاطي المنشطات الأمفيتامينية متركزا في أمريكا الشمالية وشرق وجنوب شرقي آسيا وأوقيانوسيا وأوروبا الغربية. ومن الجدير بالذكر أن الأمفيتامينات والميتامفيتامينات ومجموعة عقاقير "الإكستاسي" يمكن الإبلاغ عنها جميعا تحت عنوان المنشطات الأمفيتامينية. ومن المحتمل أن تكون العقاقير المنتمية الى هذه المجموعة مختلفة من حيث طريقة تناولها والاتجاهات المتصلة بها وتأثيرها على الصحة وغير ذلك من المشاكل. وفي منطقة جنوب شرقي آسيا (اندونيسيا وتايلند وكمبوديا)، أُبلغ عن حدوث زيادة في تعاطي هذه المنشطات، في عام ١٩٩٩، وهناك قدر كبير من الإنشغال بشأن تعاطي الأمفيتامينات بصفة خاصة. والظاهر أن الزيادة المثيرة في تعاطي عقاقير الإكستاسي والأمفيتامينات التي حدثت خلال التسعينات في أوروبا الغربية قد استقرت أو أنها أخذت حتى بالانخفاض. غير أن استمرار انتشار تعاطي عقاقير الإكستاسي لا يزال ملحوظا في أماكن أخرى ولكن مستويات هذا الانتشار منخفضة عادة. كما أُبلغ بعض بلدان أمريكا اللاتينية وغرب إفريقيا عن مشاكل تتعلق بتعاطي المنشطات الأمفيتامينية، غير أنها تتصل على ما يبدو بمنتجات معدّة لأغراض المستحضرات الصيدلانية التي يجري الحصول عليها دون وصفة طبية.

٢١- وختاماً، فإن اتجاهات التعاطي العالمية تعطي صورة مشوّشة. وهناك من الأسباب ما يدعو الى التفاؤل لأن اتجاهات التعاطي في بعض المناطق في البلدان المتقدمة خصوصا قد استقرت على ما يبدو وأنها أخذت بالانخفاض في بعض الحالات. ولا يزال الإنشغال قائما بشأن انتشار مشاكل العقاقير في

البلدان النامية. وينبغي، بصفة خاصة، ملاحظة انتشار حقن العقاقير وازدياد ما يرتبط بهذا من خطورة الإصابة بفيروس القصور المناعي البشري وغيره من الأمراض واستمرار الإنشغال بشأن تعاطي المنشطات الأمفيتامينية عموماً والميتامفيتامينات على وجه أكثر تحديداً في جنوب شرقي آسيا.

ثالثاً - نظرة عامة على حالة تعاطي العقاقير بين صفوف الشباب: الاتجاهات العالمية لتعاطي العقاقير خلال التسعينات

٢٢- تزيد معدلات انتشار العقاقير بين صفوف الشباب في العديد من البلدان بوجه عام على نسبتها بين عامة السكان. وترجع هذه الحالة إلى عوامل مختلفة شائعة في جميع البلدان تقريباً. ومثلما ذكر من قبل، لا يزال السبب الرئيسي لذلك متمثلاً في حقيقة كون المراهقة هي فترة لخوض التجارب والبحث عن هوية، وأن الشباب هم الأكثر احتمالاً لخوض التجربة مع مختلف الأشياء بما فيها العقاقير مما هو الحال مع البالغين. ومن ثم فإن معدلات الانتشار فيما بين الشباب قد تبلغ ثلاثة أو أربعة أضعاف ما هي عليه فيما بين عامة السكان.

٢٣- وخلال العقد الماضي كانت أنماط تعاطي العقاقير واتجاهاتها فيما بين الشباب تختلف من منطقة إلى أخرى. أما في البلدان المتقدمة النمو وفي أماكن أخرى بدرجة متزايدة، فإن بعض أشكال تعاطي العقاقير غالباً ما تكون متصلة بثقافات فرعية وأساليب حياتية معينة تخص الشباب. وتساعد معتقدات وقيم بعض جماعات الثقافات الفرعية على إضفاء المشروعية على التعاطي في أعين الأفراد المنتمين لهذه الجماعات. وفي هذه الحالات، قد يكون هناك ميل إلى الاستهانة بالمخاطر المرتبطة بالتعاطي أو حتى تجاهلها. وقد أدى ذلك، في العديد من البلدان المتقدمة النمو خلال العقد الماضي، إلى جعل تعاطي العقاقير مستحكماً في أسلوب المعيشة لأقلية صغيرة ولكنها مهمة من الشباب، مع ما رافق ذلك من زيادة عامة في تعاطي العقاقير في أوائل التسعينات. غير أن بعض الدلائل أخذت بالظهور في الآونة الأخيرة على استقرار الحالة وحتى على انخفاض تعاطي مخدرات معينة في بعض الحالات. ويتمثل أحد العوامل المهمة لذلك في الاستمرار بتطوير تدابير أكثر فعالية للوقاية من تعاطي العقاقير وخفض الطلب عليها. ومن المحتمل أن يكون للعوامل الأخرى تأثيرها أيضاً، بما في ذلك تشبع الفئات السكانية المعرضة لخطر التعاطي وتغير الظروف الاقتصادية والاجتماعية. وتوجد في البلدان المتقدمة النمو، على وجه الخصوص، دلائل على أن جهود الوقاية المتعلقة بفيروس القصور المناعي البشري ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) واستخدام الحقن بالعقاقير قد تركت أثرها من حيث انخفاض نسبة الحقن بالعقاقير فيما بين الشباب وما يتصل بذلك من سلوكيات خطيرة.

٢٤- أما تعاطي عقاقير "الإكستاسي" الذي تصاعد في العديد من البلدان الأوروبية في مطلع التسعينات، فتشير الدلائل إلى استقراره وانخفاضه، حسبما ذكرت الدراسات الاستقصائية التي أجريت في عام ١٩٩٩. وفي الولايات المتحدة، تشير دراسة رصد المستقبل لعام ١٩٩٩،^(٢) إلى أنه لم تطرأ للسنة الثالثة على التوالي أي زيادة ذات شأن في تعاطي العقاقير وأن تعاطي أنواع معينة من العقاقير أخذ بالانخفاض بين صفوف الشباب.

٢٥- غير أنه في المناطق الأخرى، حيث لا تتوفر بيانات كثيرة، فإن الزيادة في تعاطي العقاقير التي بدأت في التسعينات لا تزال متواصلة كما يبدو. فقد ازداد تعاطي العقاقير زيادة مذهلة في أوروبا الوسطى وأوروبا الشرقية

منذ عام ١٩٨٩ وخصوصاً بين صفوف الشباب بحيث وصلت معدلات التعاطي في بعض الحالات الى مستويات مماثلة لتلك المسجلة في البلدان الغربية المتقدمة النمو.

٢٦- أما في أمريكا اللاتينية، فإن معدلات الانتشار لا تزال دون المستويات المسجلة في الولايات المتحدة وأوروبا الغربية غير أنه كانت هناك زيادة اجمالية في تعاطي العقاقير فيما بين الشباب. وفي افريقيا، تشير البيانات المحدودة المتوفرة الى حدوث زيادة في تعاطي العقاقير وبخاصة القنب وظهور أنواع مختلفة من العقاقير الاصطناعية وكذلك الكوكايين والهروين.

٢٧- وفي آسيا، تجعل المعلومات المتوفرة من المتعذر التعليق بالتفصيل على معدلات انتشار تعاطي العقاقير بين صفوف الأطفال والشباب. وعموماً فإن المنشطات الأمفيتامينية تأتي بعد القنب كعقاقير رئيسية غير مشروعة تُتعاطى في عدد من بلدان شرق وجنوب شرقي آسيا. ولا يزال تعاطي الهروين يمثل مشكلة في بعض المناطق غير أنه أقل شيوعاً بين صفوف الشباب. وفي جنوب وجنوب غربي آسيا، يأتي القنب أيضاً كأكثر العقاقير شيوعاً من حيث التعاطي بين صفوف الشباب تليه، في بعض الحالات، منتجات المستحضرات الصيدلانية والهروين في حالات أخرى.

٢٨- ومجمل القول، فإن انتشار تعاطي القنب مدى الحياة بين صفوف الشباب مرتفع في العديد من البلدان وينتشر تعاطيه في بعض المناطق بينما يستقر أو حتى ينخفض في مناطق أخرى. وتعاطي المنشطات الأمفيتامينية منتشر على نطاق واسع في آسيا. أما تعاطي عقار الإكستاسي فإنه على الرغم من استقراره أو انخفاضه في بعض بلدان أوروبا الغربية، فإنه يتزايد في أوروبا الشرقية وينتشر أيضاً الى مناطق أخرى. وهناك اختلافات كبيرة في معدل انتشار تعاطي الكوكايين. فعقب حالات الانخفاض المسجلة في أواخر الثمانينات وبعض الزيادات التي طرأت على تعاطيه في أوائل التسعينات، استقر تعاطي الكوكايين على ما يبدو بين صفوف الشباب في الولايات المتحدة. وفي أوروبا الغربية طرأت زيادات في تعاطي الكوكايين وإن كانت بمستويات أقل بكثير من تلك المسجلة في الولايات المتحدة. وانخفض الحقن بالهروين بصورة مثيرة في البلدان المتقدمة ولكنه أخذ بالازدياد فيما بين شباب أوروبا الشرقية، في حين توجد دلائل على ازدياد تعاطي الهروين عن طريق التدخين في الولايات المتحدة. أما تعاطي مواد التنشيق غير الخاضعة للرقابة الدولية، فهو شائع ولا يزال يمثل مشكلة خطيرة للعديد من الأطفال والشباب في العلم قاطبة.

ألف - افريقيا

٢٩- المعلومات المتعلقة بتعاطي العقاقير في افريقيا هي معلومات محدودة. ومع ذلك، فهناك مؤشرات على أن القنب هو أكثر المخدرات غير المشروعة شيوعاً من حيث تعاطيه في مختلف أنحاء القارة، ويليه، في بعض بلدان افريقيا الجنوبية، الميثاكالون أو مختلف المستحضرات الصيدلانية (كالبنزوديازيبينات والباربيتورات والمنشطات الأمفيتامينية وغيرها). وينتشر تعاطي القات على نطاق واسع في بعض بلدان شرقي افريقيا. وقد ظهر عقار الإكستاسي مؤخراً في افريقيا والظاهر أن تعاطيه أخذ بالازدياد بينما لا يبدو أن مخدرات كالهروين والكوكايين شائعة بين صفوف الشباب في المنطقة. وتعتبر معدلات انتشار تعاطي العقاقير غير المشروعة بين صفوف الأطفال والشباب في افريقيا منخفضة نسبياً بوجه عام عن تلك المسجلة في مناطق أخرى من العالم. غير أن هناك مؤشرات

على أن تعاطي العقاقير قد ازداد خلال التسعينات بصورة بطيئة ولكنها مطّردة في مختلف بلدان المنطقة. ومما يدعو الى الإنشغال بصفة خاصة هو تعاطي العقاقير في المناطق الحضرية الآخذة بالتوسّع بوتائر سريعة والروابط بين هذا التعاطي والسلوك الإجرامي.

٣٠- والظاهر أن مواد التنشّق هي أكثر العقاقير تعاطيا فيما بين الشباب والأطفال في افريقيا. فنسبة انتشار التعاطي مدى الحياة، مثلا، التي سجّلت في سنوات مختلفة خلال التسعينات كانت ١٩ في المائة في كينيا وحوالي ١٢ في المائة في كل من سوازيلند وزمبابوي. وبأقي القنب بعد مواد التنشّق من حيث أعلى معدلات الانتشار. وقد ذكرت دراسة أجريت في كينيا في عام ١٩٩٣ أن نسبة انتشار تعاطي القنب مدى الحياة كانت ١٢ في المائة. أما في ناميبيا فكانت نسبة انتشار تعاطيه مدى الحياة فيما بين طلاب المدارس ٧ في المائة (في عام ١٩٩١) وفي سوازيلند كانت النسبة ٩ في المائة (في عام ١٩٩٧).

٣١- وفي جنوب افريقيا، يزداد تعاطي العقاقير بين صفوف الأطفال والشباب الذين يُعتبرن الأكثر تأثرا. وتفيد ثلاث دراسات عن مدارس محلية أُجريت في المناطق الحضرية من كيب تاون ودوربان وغوتينغ أن معدلات انتشار تعاطي القنب مدى الحياة التي تتباين بين ٣٥ في المائة و٣٢ في المائة هي الأعلى بالنسبة للذكور المنتظمين في الصف الدراسي ١١ في كيب تاون. وتبيّن من الدراسة التي أُجريت في كيب تاون أن تعاطي القنب قد تضاعف تقريبا بين صفوف الطلاب في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و١٩٩٧. ويُعتبر القنب، وبدرجة أقل المندراكس (الميناكوالون) من العقاقير الشائعة غير أن عقار الإكستاسي وعقار الهلوسة ل س د (LSD) قد أخذوا بالظهور فيما يسمى بخفلات الهذيان الراقصة وصلات موسيقى الديسكو. كما ظهر الهيروين الذي ذُكر أن متوسط عمر الأشخاص الذين يتلقّون العلاج بسبب تعاطيه كمخدر رئيسي هو ٢٣ سنة وأنه آخذ بالتناقص. كما ان تعاطي مواد التنشّق مرتفع أيضا وتتراوح نسب انتشاره بين ٤ في المائة و١٦ في المائة.

٣٢- وفي جمهورية تنزانيا المتحدة، أُفيد عن تعاطي الهيروين بين صفوف الشباب العاطلين عن العمل. كما أفادت دراسة أُجريت في عام ١٩٩٧ فيما بين تلاميذ المدارس الابتدائية والثانوية من تتراوح أعمارهم بين السادسة والحادية والعشرين بوجود ما نسبته ٠,٣ في المائة من انتشار تعاطي المواد الأفيونية. وقد تبدو تلك نسبة انتشار منخفضة غير أن الفئات العمرية التي شملتها الدراسة واسعة جدا والقصد من ادراج الأطفال الأصغر سنًا فيها هو عمويه هذه البيانات. وأفادت الدراسة نفسها بأن نسبة انتشار تعاطي القنب تبلغ ٢,٢ في المائة بينما تبلغ نسبة انتشار تعاطي الكوكايين ٠,٥ في المائة.

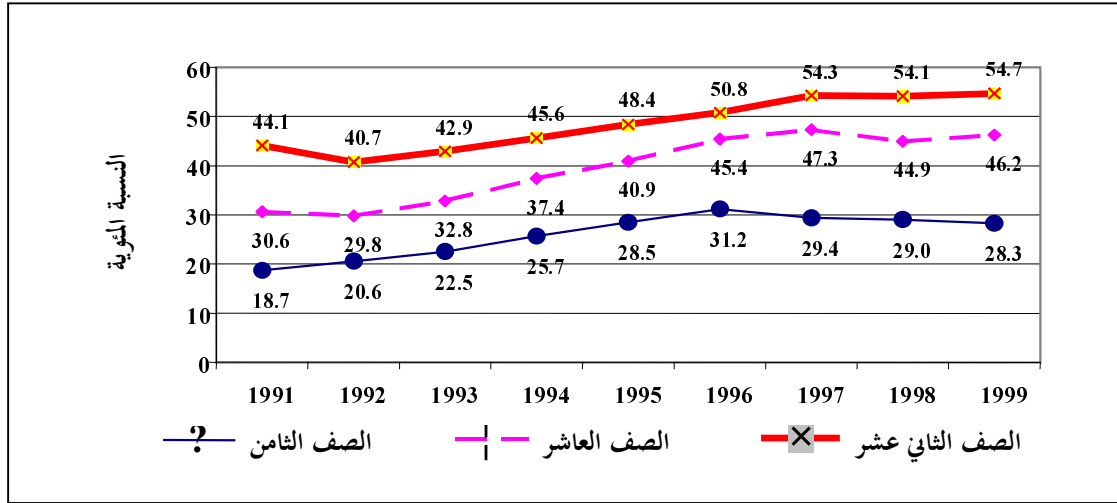
باء- الأمريكتان

١- أمريكا الشمالية

٣٣- في عام ١٩٧٥، كانت غالبية طلاب الصف الثاني عشر في الولايات المتحدة (أي ما نسبته ٥٥,٢ في المائة) تتعاطي العقاقير غير المشروعة. وقد ارتفع هذا العدد الى الثلثين (٦٥,٦ في المائة) في عام ١٩٨١، قبل هبوط طويل وتدرجي وصلت نسبته الى ٤٠,٧ في المائة في عام ١٩٩٢. ومنذ ذلك الحين، ازداد التعاطي ثانية ليصل الى مستويات قياسية في منتصف التسعينات. أما معدلات الانتشار الإجمالية لتعاطي العديد من العقاقير بين صفوف المراهقين في الولايات المتحدة فقد تراجعت ببطء بين عامي ١٩٩٧ و١٩٩٨ وظلّت مستقرة في عام ١٩٩٩ (انظر الشكل الأول).

الشكل الأول

الاتجاهات في معدلات انتشار تعاطي أي من العقاقير غير المشروعة مدى الحياة بالنسبة لطلاب الصفوف
الثامن والعاشر والثاني عشر في الولايات المتحدة، للفترة ١٩٩٩-١٩٩١

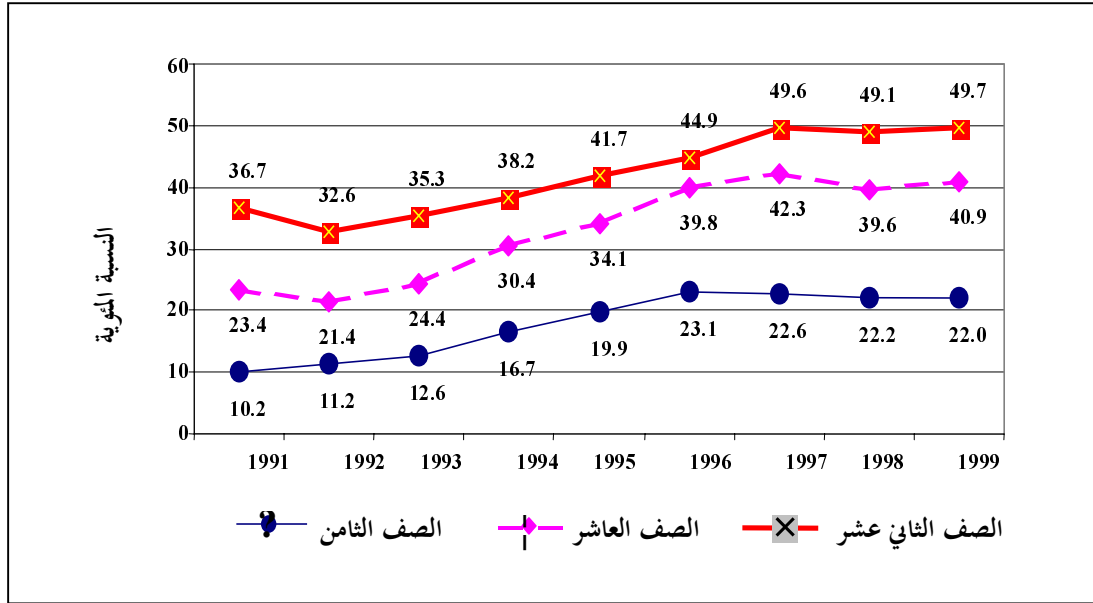


المصدر: [٢].

٣٤- ويتعلق الاستثناءان الملحوظان بتعاطي الكوكايين والكوكايين القاعدي. اذ هبط تعاطي هذين العقارين بين صفوف الطلاب بدرجة كبيرة بين عامي ١٩٨٥ و ١٩٩٢، غير أن الاتجاه انعكس بين عامي ١٩٩٢ و ١٩٩٩، في حين أنه لا يزال دون مستوياته القياسية المسجلة في الثمانينات. وقد أدت ظروف كثيرة الى دعم هذه التطورات. فقد وُظفت، من جهة، استثمارات كبيرة في مجال الوقاية من تعاطي العقاقير في العقد الماضي والظاهر أنها أخذت تأتي ثمارها. كما ان سلسلة من العوامل الخارجية في البلد (كالتنمية الاقتصادية غير المسبوقة وانخفاض معدلات البطالة وتدني معدل الجريمة الخ) ربما تكون قد أدت الى نشوء حلقة فعالة ساهمت في تحقيق هذه النتائج الايجابية. ومع ذلك، رغم أن تعاطي العقاقير ظل مستقرا وفقا لما جاء في آخر دراسة من سلسلة دراسات رصد المستقبل، فإن التقييم العام الذي أجري في نهاية القرن العشرين أظهر أن مشكلة تعاطي العقاقير لا زالت منتشرة على نطاق واسع بين صفوف الشباب في الولايات المتحدة، واليوم، ما يزيد على نصف عدد الشباب (٥٥ في المائة) يجربون عقارا معيناً غير مشروع قبل اتمام تعليمهم في المدارس الثانوية.

٣٥- ولا يزال القنب أكثر العقاقير غير المشروعة المتعاطاة انتشارا حيث سجل معدلات انتشار عالية بين جميع الصفوف التي شملتها الدراسة المذكورة أعلاه (انظر الشكل الثاني). وعلى الرغم من أن تعاطي عدد من العقاقير ظل مستقرا في عام ١٩٩٩، فإن تعاطي عقار الإكستاسي سجل زيادة كبيرة خصوصا في المناطق الحضرية من شمال شرقي الولايات المتحدة. ورغم بقاء تعاطي الهيروين مستقرا في عام ١٩٩٩، فإنه أخذ بالازدياد منذ عام ١٩٩١، ومما يدعو الى القلق بصفة خاصة هو أن المعدل العمري لتعاطيه أول مرة هبط من ٢١ سنة في عام ١٩٩٤ الى ١٧ سنة في عام ١٩٩٧. أما تعاطي مواد التنشيق فقد واصل هبوطه الطويل الأجل.

الشكل الثاني
الاتجاهات في معدلات انتشار تعاطي القنب مدى الحياة بالنسبة لطلاب الصفوف الثامن والعاشر والثاني عشر في الولايات المتحدة، للفترة ١٩٩١-١٩٩٩



المصدر: [٢].

٣٦- وكانت الاتجاهات في تعاطي العقاقير في كندا خلال التسعينات مماثلة الى حد كبير لتلك المسجلة في الولايات المتحدة. وتظهر الدراسة الاستقصائية عن تعاطي العقاقير فيما بين طلاب أونتاريو في عام ١٩٩٩، أنه بعد انخفاض التعاطي بدرجة كبيرة خلال الثمانينات عن معدلات انتشاره القياسية المسجلة في أواسط السبعينات وأواخرها، فإنه أخذ بالتصاعد منذ عام ١٩٩٣ رغم أنه لا يزال دون المستويات القياسية المسجلة في عام ١٩٧٩. وكانت نسبة تعاطي القنب في عام ١٩٩٩، ٢٩.٢ في المائة مقابل ١٢.٧ في المائة في عام ١٩٩٣. وأبلغ عن حدوث زيادات كبيرة في تعاطي ثمانية عقاقير رئيسية خصوصا منذ عام ١٩٩٧. وكانت معدلات انتشارها مدى الحياة في عام ١٩٩٩ هي ٣٤.٧ في المائة للقنب و١٦.٣ في المائة لعقاقير الهلوسة و١٠.٩ في المائة للمواد التنشيق و٧.١ في المائة للأمفيتامينات و٥ في المائة للكوكايين و٣.٥ في المائة للمسكنات و٢.٨ في المائة للمواد الأفيونية. وتظهر الدراسة الاستقصائية عن تعاطي العقاقير بين صفوف طلاب نيفاسكوتيا في عام ١٩٩٨ أن معدلات الانتشار مماثلة لتلك المسجلة في أونتاريو. وقد أصبحت عقاقير (الإكستاسي) وغاما هيدروكسي بيوتيرات من العقاقير المفضلة عموما لدى الشباب بسبب تكلفتها البسيطة وتوفرها على نطاق واسع. ومن المحتمل أن يزداد تعاطي هذه المواد في كندا مستقبلا.

٣٧- وتظهر الدراسات المتعلقة بتعاطي العقاقير فيما بين الطلاب التي أجريت في مكسيكوسيتي، أن الفتيان، شأنهم شأن أقرانهم في العديد من البلدان الأخرى، هم أكثر من الفتيات من حيث تجريب تعاطي العقاقير. غير أن عدد الفتيات اللاتي يتعاطين العقاقير أخذ بالازدياد، والظاهر أنهن يفضلن المهدئات (حيث يبلغ معدل انتشار تعاطيها مدى الحياة ٣.٨ في المائة مقابل ٢.٥ في المائة للفتيان). وتظهر الدراسات أياها

أن نسبة المراهقين الذين كانوا يتعاطون الكوكايين في الفترة من ١٩٩٣ إلى ١٩٩٧ قد تضاعفت وأن تعاطي القنب ازداد من ٣ في المائة إلى ٥ في المائة بينما ظل تعاطي مواد التنشق مستقرًا، مع حدوث انخفاض طفيف في تعاطيها فيما بين الفتيان (من ٤ في المائة إلى ٣ في المائة).

٢- أمريكا الوسطى

٣٨- تقل معدلات انتشار التعاطي عموماً في أمريكا الوسطى عما هي عليه في بقية أنحاء الأمريكتين. غير أن هناك درجة ملحوظة من تعاطي المهدئات وزيادة كبيرة في مواد التنشق.

٣٩- وقد أفادت دراسة وطنية أجريت في غواتيمالا في عام ١٩٩٨ فيما بين المراهقين من الطلاب (للفئة العمرية ١٢ إلى ١٨ سنة) أن معدلات انتشار تعاطي العقاقير مدى الحياة كانت ٣ في المائة للقنب و٢٤ في المائة للمنشطات و٢٢ في المائة للكوكايين و١٩ في المائة لمواد التنشق. أما معدل انتشار تعاطي المهدئات فكان ٣٨ في المائة. وتبين من دراسة أجريت في عام ١٩٩٩ عن تعاطي العقاقير فيما بين طلاب غواتيمالا (من الفئة العمرية ١٢ إلى ١٨ سنة) أن معدل الانتشار للسنة التي سبقتها كانت كالتالي: ٠.٤ في المائة للكوكايين و٢.٠ في المائة للقنب و٢.٠ في المائة لمواد التنشق، بينما كانت نسبة انتشار تعاطي المهدئات عالية جداً للسنة السابقة إذ بلغت ٣٧ في المائة.

٤٠- وفي بنما، أجريت دراستان مختلفتان في عام ١٩٩٦ (دراسة استقصائية وطنية خاصة بالشباب) ودراسة أخرى في عام ١٩٩٨ (دراسة استقصائية فيما بين الطلاب في المناطق الواقعة على ساحل المحيط الأطلسي). وقد أفادت كل من الدراستين بوجود نسبة عالية من انتشار التعاطي مدى الحياة للمهدئات (٧ في المائة و٤٨ في المائة) وأقل من ذلك لمواد التنشق (٣ في المائة و١٨ في المائة) وللاُمفيتامينات (٢ في المائة و٩.٠ في المائة).

٣- منطقة الكاريبي

٤١- لا تتوفر، بالنسبة لمنطقة الكاريبي، سوى بيانات قليلة عن تعاطي العقاقير وخصوصاً فيما بين الأطفال والشباب. وقد أفادت دراستان أجريتا في أوائل التسعينات في جامايكا وبربادوس أن معدل انتشار تعاطي القنب مدى الحياة فيما بين الشباب بلغ نحو ١٧ في المائة تقريباً، بينما أفيد أن النسبة بلغت في الجمهورية الدومينيكية ١٨ في المائة في عام ١٩٩٢. ويقدر أن تعاطي الكوكايين والكراك أخذ بالتزايد، غير أنه لا تتوفر بيانات خاصة عن تعاطيهما فيما بين الشباب.

٤- أمريكا الجنوبية

٤٢- على الرغم من أن مستويات تعاطي القنب هي أقل بكثير من تلك المسجلة في أوروبا وأمريكا الشمالية، فإنه المخدر غير المشروع الرئيسي الذي يتعاطاه الشباب في أمريكا الجنوبية. ويعتبر الكوكايين

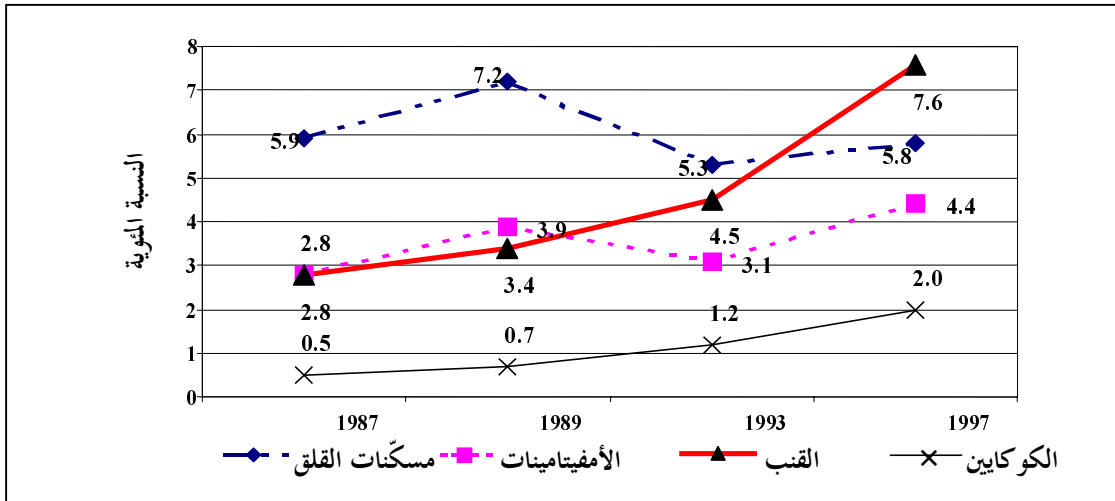
وعجينة الكوكا، بعد القنب، العقارين غير المشروعين الأكثر شيوعاً من حيث التعاطي من جانب الأطفال والشباب. كما يشيع، في المنطقة، انتشار تعاطي مواد التنشق غير الخاضعة للمراقبة الدولية.

٤٣- وفي بوليفيا، ازداد خلال التسعينات تعاطي العقاقير فيما بين الطلاب (من الفئة العمرية ١٢ الى ٢١ سنة). وكان معدل التعاطي مدى الحياة ٢٦ في المائة للقنب في عام ١٩٩٣ وازداد الى ٣٥ في المائة في عام ١٩٩٩. وبالمثل، فقد ازداد أيضاً معدل تعاطي العقاقير الأخرى مدى الحياة وهي الكوكايين من ٧ في المائة الى ١٧ في المائة وعجينة الكوكا من ٨ في المائة الى ١٧ في المائة وعقاقير الهلوسة من ١ في المائة الى ٢٩ في المائة ومواد التنشق من ٥ في المائة الى ٣١ في المائة.

٤٤- وقد أجريت دراستان استقصائيتان في عامي ١٩٩٣ و١٩٩٧ عن تعاطي العقاقير فيما بين طلبة تتراوح أعمارهم بين ١٠ و١٩ سنة في عشر مدن رئيسية في البرازيل (انظر الشكل الثالث). وتظهر المقارنة بين هاتين الدراستين حدوث زيادة كبيرة في تعاطي جميع العقاقير باستثناء مواد التنشق. ومن بين العقاقير الرئيسية المتعاطاة، أبلغ عن حدوث زيادات كبيرة من الناحية الاحصائية في تعاطي القنب والأمفيتامينات والكوكايين. فقد ازداد تعاطي القنب مدى الحياة مرة واحدة على الأقل من ٥ في المائة في عام ١٩٩٣ الى ٧ في المائة في عام ١٩٩٧. وسجلت العقاقير الأخرى زيادات مماثلة ولكنها ظلت دون معدل تعاطي الكوكايين، إذ تراوحت من ٨ في المائة بالنسبة للمسكنات و٢ في المائة بالنسبة للباربيتورات بينما تراوح بين هاتين النسبتين انتشار تعاطي الكوكايين.

الشكل الثالث

معدلات انتشار تعاطي مختلف أنواع العقاقير مدى الحياة فيما بين الطلاب الذين تتراوح أعمارهم من ١٠ الى ١٨ سنة في عواصم ١٠ ولايات في البرازيل

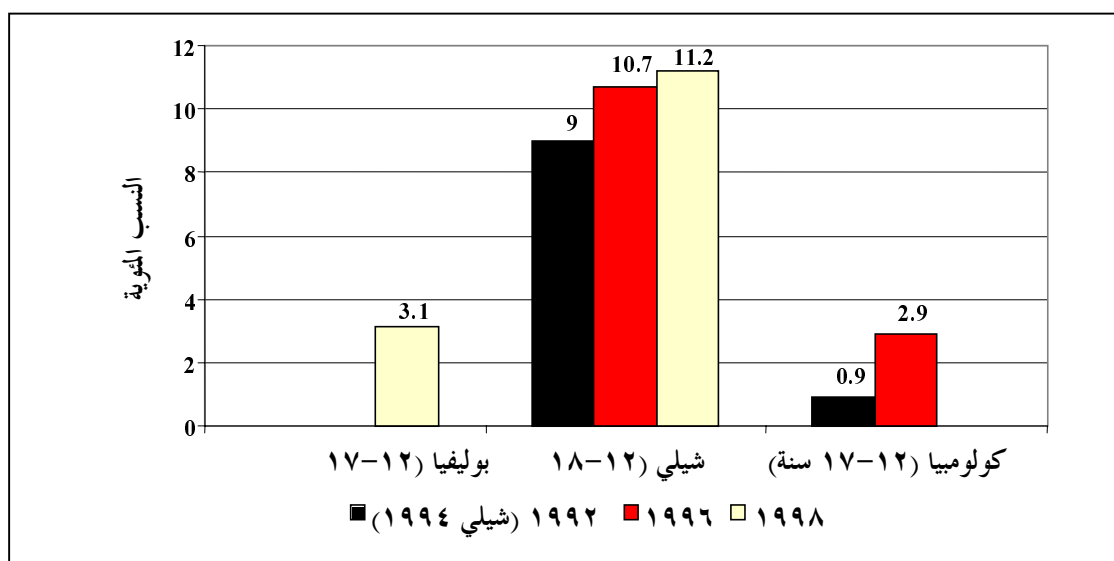


المصدر: Boletim CEBRID.

٤٥ - وفي كولومبيا، يتزايد باطراد انتشار تعاطي القنب مدى الحياة فيما بين الشباب (من الفئة العمرية ١٢ الى ٢٤ سنة) حيث ازداد، وفقا لبيانات الدراسة الاستقصائية الوطنية، من ٣ر٢ في المائة في عام ١٩٩٢ الى ٤ر٦ في المائة في عام ١٩٩٦ ثم الى ٩ر٢ في المائة في عام ١٩٩٩. ويؤخذ من بيانات ١٩٩٩ أن تعاطي القنب يليه الكوكايين (٣ في المائة) والمهدئات (٢ر٤) في المائة وعجينة الكوكا (٢ر١ في المائة). وعلى الرغم من أن تعاطي الهيروين لا يزال منخفضا نسبيا (٠ر٨ في المائة) فانه ظاهرة جديدة تعتبر مدعاة للقلق بصفة خاصة. ولا يزال عدد حالات الجرعات المفرطة محدودا ولكن المرضى هم ممن تتراوح أعمارهم بين ١٣ و ٢٦ سنة.

٤٦ - أما في شيلي، فان تعاطي القنب فيما بين الطلاب مرتفع بصفة خاصة (انظر الشكل الرابع). وقد سجلت الدراسات الاستقصائية الوطنية زيادة مطردة في تعاطي القنب في الفترة من عام ١٩٩٤ الى عام ١٩٩٨. وفي عام ١٩٩٤، وصل انتشار تعاطي القنب مدى الحياة فيما بين من تتراوح أعمارهم من ١٢ الى ١٨ سنة الى ٩ في المائة، وفي عام ١٩٩٦، وصل الى ١٠ر٧ في المائة ثم ازداد ثانية في عام ١٩٩٨ ليصل الى ١١ر١ في المائة. وقد سجلت اتجاهات مماثلة بالنسبة للكوكايين (١ر٣ في المائة في عام ١٩٩٨) وعجينة الكوكا (١ر٦ في المائة في عام ١٩٩٨)، غير أن هاتين النسبتين المئويتين هما أدنى بكثير من تلك المسجلة بالنسبة للقنب. وتفيد دراسة استقصائية مدرسية أجريت في عام ١٩٩٥ بحدوث ارتفاع طفيف في معدلات تعاطي معظم العقاقير، غير أن العقاقير الرئيسية المتعاطاة ظلت هي القنب وعجينة الكوكا والكوكايين. أما نسبة انتشار تعاطي الهيروين مدى الحياة فكانت ٠ر٦ في المائة.

الشكل الرابع
الاتجاهات في معدلات انتشار تعاطي القنب مدى الحياة فيما بين المراهقين في كل من بوليفيا وشيلي وكولومبيا



المصادر: مركز البحوث العلمية لأمريكا اللاتينية، بوليفيا؛ والمجلس الوطني لمراقبة المخدرات، شيلي؛ والمديرية الوطنية للمخدرات.

٤٧- وأجرت اكوادور في عام ١٩٩٨ أول دراسة استقصائية وطنية عن تعاطي العقاقير فيما بين الطلاب. وقد سجل تعاطي المهدئات أعلى معدل انتشار مدى الحياة (٦٦ في المائة) يليه القنب (٣٩ في المائة) والمنشطات (٣٦ في المائة) وعجينة الكوكا (٢٨ في المائة) والكوكايين (٢٤ في المائة) ومواد التنشق (٢٢ في المائة) وعقاقير الهلوسة (١٩ في المائة) ثم الهيروين (١٦ في المائة).

٤٨- وفي بيرو، تظهر الدراسة الاستقصائية الوطنية حدوث انخفاض في تعاطي العقاقير خلال الفترة ١٩٩٧-١٩٩٩. وكان انتشار تعاطي القنب للسنة السابقة منخفضا نسبيا في صفوف عامة السكان ولكن نسبته كانت أعلى (١٨ في المائة) في الفئة العمرية التي تتراوح بين ١٧ و ١٩ سنة. أما العقاقير الأخرى ذات النسبة الكبيرة من انتشار تعاطيها فهي المهدئات وعجينة الكوكا والكوكايين ومواد التنشق.

٤٩- وفي فنزويلا، أفادت دراسة استقصائية مدرسية أجريت في عام ١٩٩٦، أن معدلات انتشار تعاطي العقاقير مدى الحياة كانت أقل بكثير من تلك المسجلة في بلدان أخرى من المنطقة. فقد كان معدل انتشار تعاطي القنب مدى الحياة هو ١٨ في المائة يليه الكوكايين (١٣ في المائة) وعجينة الكوكا (٩ في المائة) ثم الهيروين (٦ في المائة).

٥٠- وفي أوروغواي، أفادت دراسة استقصائية وطنية أجريت في عام ١٩٩٨، بوجود معدلات عالية من تعاطي المهدئات مدى الحياة (٧٢ في المائة) فيما بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم من ١٢ الى ١٩ سنة. وأفادت الدراسة بوجود معدلات أدنى من تعاطي القنب مدى الحياة (٣٧ في المائة) والكوكايين (٨ في المائة).

جيم - آسيا

٥١- لا تزال الأمفيتامينات واحدة من العقاقير الرئيسية التي يجري تعاطيها في العديد من البلدان الآسيوية وهو تعاط آخذ بالازدياد، أيضا في صفوف الأطفال والشباب. وقد تبين من دراسة أجريت في تايلند في عام ١٩٩٩ فيما بين الطلاب من المرتبة السادسة الى المدارس الثانوية أن نسبة ١٢٤ في المائة منهم قد جربوا تعاطي العقاقير. ومن بين الذين يتعاطونها حاليا هناك ٥٤٨ في المائة يتعاطون الميثامفيتامينات و ٢٠ في المائة يتعاطون القنب و ١٨١ في المائة يتعاطون المذيبات الطيارة. أما الانتشار التقديري لتعاطي الميثامفيتامينات مدى الحياة فيما بين الشباب التايلانديين فقد بلغ نسبة ٥٦ في المائة في عام ١٩٩٨. وفي الفلبين، أفادت دراسة أجريت في منطقة العاصمة الوطنية أن نسبة انتشار تعاطي الأمفيتامينات مدى الحياة في عام ١٩٩٩ كانت ٤٣ في المائة في صفوف طلاب المدارس العليا و ٣٩ في المائة فيما بين طلاب الكليات. أما في اليابان، فقد ذكر أن نسبة انتشار تعاطي الميثامفيتامينات مدى الحياة فيما بين الشباب كانت ٥ في المائة (في عام ١٩٩٨).

٥٢- وأظهرت دراسة أجريت في عام ١٩٩٦ لثمان مدن في سبع مقاطعات من الصين أن ما يربو على نصف متعاطي الهيروين هم دون سن الخامسة والعشرين. وبالإضافة الى ذلك فقد أفيد أن تعاطي عقار الإكستاسي آخذ بالتزايد بصورة حادة، خصوصا فيما بين الشباب. وقد ازداد العدد المبلغ عنه لمتعاطي العقاقير بنسبة ٤٠ في المائة في الربع الأول من عام ٢٠٠٠. وكان نصف هؤلاء يتعاطون عقار الإكستاسي مقابل ٢٥ في المائة في الربع الأخير من عام ١٩٩٩. وفي هونغ كونغ، وهي الاقليم الإداري الخاص التابع للصين، ازدادت معدلات انتشار تعاطي العقاقير مدى الحياة وفي الشهر الماضي من مختلف العقاقير فيما بين الطلاب خلال التسعينات. وفي عام ١٩٩٦ جرب ما نسبته ٢١ في المائة من الطلاب تعاطي الهيروين مقابل ٣ في المائة في عام ١٩٩٢، بينما جرب ١٦ في المائة القنب مقابل ٨ في المائة في عام ١٩٩٢.

٥٣- وذكرت دراسة استقصائية مدرسية، أجريت في فيانتيان في عام ١٩٩٩ بين صفوف طلاب تتراوح أعمارهم بين ١٢ و ٢١ سنة، أن نسبة ٤٨ في المائة يتعاطون المنشطات الأمفيتامينية مدى الحياة ونسبة ٤٧ في المائة يتعاطون مخدرات بناء على وصفات طبية ونسبة ٥٤ في المائة يتعاطون المذيبات. أما في كمبوديا، فقد ذكر أن تعاطي أي من العقاقير غير المشروعة فيما بين الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٦ و ٢١ سنة تبلغ نسبته ٢٨ في المائة (١٩٩٧).

٥٤- وفي نيبال، تظهر بيانات جمعت في كاتمندو في عام ١٩٩٢ وجود نسبة عالية من انتشار تعاطي القنب مدى الحياة (٦١ في المائة) والهيروين (٢٥ في المائة). كما تظهر دراسات محلية أجريت في جنوبي

الهند (١٩٩٣) وجود نسبة عالية من انتشار تعاطي القنب (٢٧ في المائة) فيما بين الطلاب. غير أنه ينبغي التعامل مع هذه المعلومات بالحذر لأنها تشير إلى منطقة معينة في البلد ولا يمكن أن تمثل أنماط الحالة على الصعيد الوطني.

٥٥- وفي آسيا الوسطى، يتزايد تعاطي العقاقير والظاهر أن عدد الشباب المتورطين فيه كبير. ففي قيرغيزستان، كان ما يربو على ٤٠٠ من أصل ٥٠٠ مدمن سجلوا في عام ١٩٩٨ من المراهقين. وأفادت دراسة أجريت في إلماآتا في عام ١٩٩٨ بحدوث زيادة في عدد المراهقين ممن يتعاطون العقاقير حقناً بين عامي ١٩٩٥ و١٩٩٨. وهناك حالياً نسبة ١٤ في المائة من متعاطي العقاقير بالحقن تتراوح أعمارهم بين ١٦ و٢٠ سنة. وفي أوزبكستان، ذكرت دراسة أجريت في طشقند في عام ١٩٩٩ وشملت أشخاصاً تتراوح أعمارهم بين ١٤ و٣٠ سنة أن نسبة ٢٥٩ في المائة منهم قد تعاطوا العقاقير مرة واحدة في حياتهم. ومن بين هؤلاء نسبة ٧٨٥ في المائة كانوا قد تعاطوا الهيروين و١٤ في المائة تعاطوا القنب.

دال - أوروبا

١ - أوروبا الغربية

٥٦- لا يزال القنب أكثر العقاقير شيوعاً بين تلاميذ المدارس في بلدان الاتحاد الأوروبي (انظر الشكل الخامس). وقد ازداد تعاطي القنب إبان التسعينات ثم استقر عند مستويات أعلى نسبياً من مواد الإدمان الأخرى. كما يشيع تعاطي المذيبات ومواد التنشق، في عدة بلدان. وقد ذكر أن معدل تعاطي الأمفيتامينات من قبل تلاميذ المدارس مرة واحدة في الحياة على الأقل يتراوح بين ١ في المائة و٧ في المائة وأن معدل تعاطي عقاقير الإكستاسي يتراوح بين ٢ و٨ في المائة، بينما ذكر أن نسبة تعاطي القنب مدى الحياة تتراوح بين ١ في المائة و٤ في المائة. كما ازداد تعاطي المذيبات والأمفيتامينات والإكستاسي والكوكايين خلال التسعينات، غير أن انتشار تعاطي العقاقير مدى الحياة لا يزال دون المستويات التي وصل إليها تعاطي القنب.

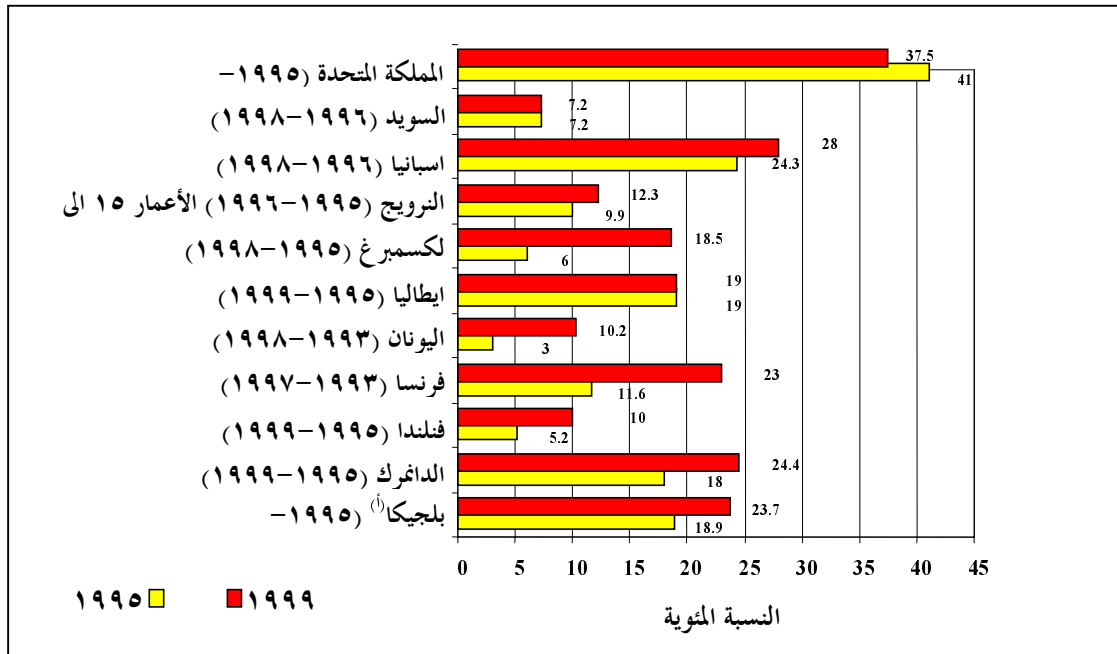
٥٧- وتظهر مقارنة البيانات التي جرى جمعها بين صفوف طلاب تتراوح أعمارهم بين ١٥ و١٦ سنة في مختلف البلدان في عامي ١٩٩٥ و١٩٩٩ (من خلال المشروع الاستقصائي المدرسي الأوروبي بشأن الكحول والعقاقير الذي استهله فريق بومبيدو ضمن إطار مجلس أوروبا، ومصادر أخرى) أن تعاطي القنب قد استقر في بعض البلدان (كإيطاليا والسويد) وأنه أخذ حتى بالتناقص في بلدان تعاني من معدلات انتشار عالية. وهذه هي الحالة في المملكة المتحدة حيث وصلت نسبة تعاطي القنب مدى الحياة ٤١ في المائة في عام ١٩٩٥ ثم انخفضت إلى ٣٧٥ في المائة في عام ١٩٩٧.

٥٨- كما تظهر دراسة استقصائية أجريت في هولندا حدوث انخفاض طفيف في عدد الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ و١٨ سنة ممن تعاطوا القنب مرة واحدة في حياتهم. وخلال الفترة ١٩٩٠ إلى ١٩٩٦، ازداد تعاطي العقاقير بصورة عامة فيما بين الطلاب، غير أن الاتجاه المتزايد استقر في عام ١٩٩٨ وأخذ حتى بالهبوط في بعض الحالات. وكانت نسبة انتشار تعاطي القنب في عام ١٩٩٢ هي ١٤٥ في

المائة قفرت في عام ١٩٩٦ الى ٢٠٠٨ في المائة، ولأول مرة منذ ١٦ عاما لم تسجل أي زيادة أخرى في تعاطي القنب من قبل الطلاب وظل مستقرا عند نسبة تعاطيه مدى الحياة وهي ١٩.٥ في المائة. غير أنه من الأهمية الإشارة الى أنه منذ منتصف التسعينات وحتى نهايتها سجل تعاطي القنب زيادة كبيرة في عدد من البلدان. فقد ازداد في فرنسا (من ١١.٦ في المائة الى ٢٣ في المائة)، وفي لكسمبرغ (من ٦ في المائة الى ١٨ في المائة) أي زيادة تفوق ١٠ نقاط مئوية. أما في البلدان والمناطق الأخرى كالجزء الذي يتكلم اللغة الفلمنكية من بلجيكا، فقد ازداد تعاطيه (من ١٨.٩ في المائة الى ٢٣.٧ في المائة)، وفي الدانمرك (من ١٨ في المائة الى ٢٤.٤ في المائة)، وفي فنلندا (من ٥.٢ في المائة الى ١٠ في المائة)، وفي اليونان (من ٣ في المائة الى ١٠.٢ في المائة)، وفي النرويج (من ٩.٩ في المائة الى ١٢.٣ في المائة)، وفي اسبانيا (من ٢.٤ في المائة الى ٢٨ في المائة)، وكانت الزيادة من حيث النسبة المئوية أقل. والظاهر أن نسبة انتشار تعاطي القنب مدى الحياة في معظم بلدان أوروبا الغربية تتراوح بين ١٠ في المائة و ٢٥ في المائة.

الشكل الخامس

معدلات انتشار تعاطي القنب فيما بين الشباب من تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٦ سنة في بعض دول أوروبا الغربية، للفترة ١٩٩٥-١٩٩٩



المصادر: الاستبيانات الخاصة بالتقارير السنوية، ومركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها، والمشروع الاستقصائي للمدارس الأوروبية عن الكحول والمخدرات.

(أ) الجزء الناطق باللغة الفلمنكية من بلجيكا.

٥٩- أما الصورة فيما يخص عقار الإكستاسي فهي مختلفة الى حد ما. فمقارنة البيانات المستقاة من الدراسات الاستقصائية فيما بين أشخاص تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٦ سنة التي أجريت في منتصف وأواخر التسعينات تظهر أن تعاطي عقار الإكستاسي قد انخفض عن المستويات القياسية التي وصل اليها في أواسط التسعينات. ففي المملكة المتحدة، انخفض تعاطي الإكستاسي مدى الحياة من ٨ في المائة الى ٣ في المائة. أما في بلدان كالمانيا، فقد انخفض (من ٥٩ في المائة الى ٤٢ في المائة)، وهولندا (من ٥٦ في المائة الى ٣٨ في المائة)، واسبانيا (من ٤٦ في المائة الى ٢٩ في المائة)، وكانت نسبة الانخفاض كبيرة أيضا بحدود ٢ في المائة. وفي إيطاليا، ظلت نسبة تعاطي الإكستاسي مدى الحياة مستقرة عند ٤ في المائة. وأفيد بحدوث زيادة كبيرة في تعاطي هذا العقار في الدانمرك (من ٥٠ في المائة الى ٣١ في المائة)، بينما سجلت زيادات محدودة في الجزء الناطق بالفلمنكية من بلجيكا (من ٥٥ في المائة الى ٦٢ في المائة)، وفي لكسمبرغ (من ٠٩ في المائة الى ١٥ في المائة)، وفي النرويج (من ٠٩ في المائة الى ١٧ في المائة)، وفي السويد (من ٠٤ في المائة الى ١ في المائة). وعموما، يبدو أن تعاطي عقار الإكستاسي أخذ بالتناقص أو الاستقرار بعد سنوات من تزايد انتشاره.

٦٠- والظاهر أن الاتجاهات المبينة في أوروبا الغربية توحى بأن أنماط تعاطي العقاقير واتجاهاتها مشوشة. ففي البلدان التي توجد فيها معدلات عالية نسبيا من انتشار تعاطي القنب والإكستاسي، هناك دلائل على استقرار هذه المعدلات وحتى انخفاضها. ومن جهة أخرى، فقد طرأت زيادة، في البلدان التي فيها معدلات أقل من انتشار التعاطي، مما يبدو معه، بالتالي، أن بلدان أوروبا الغربية تقترب تدريجيا، من خلال حالات النقصان أو الزيادة، نحو مستويات متساوية نسبيا من تعاطي العقاقير.

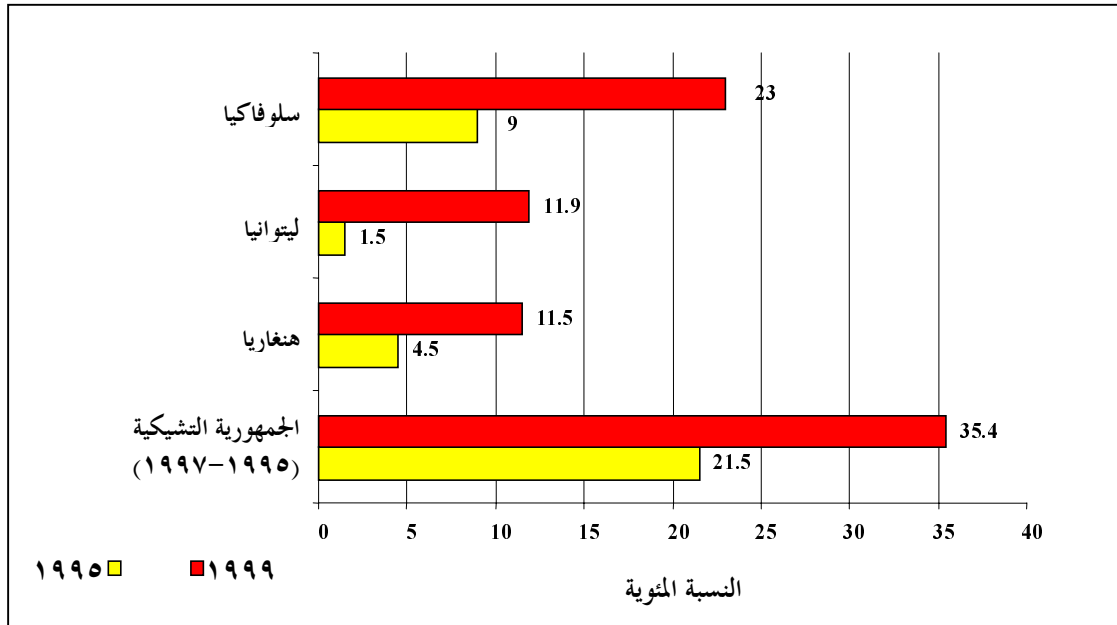
٢- أوروبا الوسطى والشرقية

٦١- في أوروبا الوسطى والشرقية، ازدادت معدلات انتشار التعاطي مدى الحياة، التي هي أقل عادة من مثيلاتها في أوروبا الغربية، زيادة مثيرة خلال التسعينات وهي تقترب بسرعة من مستويات التعاطي المسجلة في أوروبا الغربية.

٦٢- وتظهر الدراسات الاستقصائية لتلاميذ المدارس أن نسبة انتشار تعاطي العقاقير بين صفوف من تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٦ سنة، ازدادت بصورة كبيرة بين عامي ١٩٩٤ و ١٩٩٥ (انظر الشكل السادس). وتشير البيانات المستقاة من الدراسات الاستقصائية المدرسية بين صفوف من تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٦ سنة، الى أن القنب هو أشيع العقاقير تعاطيا في المنطقة وأن تعاطيه أخذ بالازدياد. وفي بعض البلدان، ازداد معدل انتشار تعاطي القنب مدى الحياة زيادة كبيرة بين عامي ١٩٩٥ و ١٩٩٩. ففي الجمهورية التشيكية قفز من نسبة ٢١ في المائة الى ٣٥ في المائة. وفي سلوفاكيا، بلغت نسبة انتشار تعاطيه مدى الحياة ٩ في المائة في عام ١٩٩٥ ثم قفزت الى ٢٣ في المائة في عام ١٩٩٩. أما في هنغاريا، فقد ازدادت هذه النسبة من ٤ في المائة الى ١١ في المائة، وفي ليتوانيا ازدادت من ١ في المائة الى ١١ في المائة.

الشكل السادس

معدلات انتشار تعاطي القنب مدى الحياة فيما بين الأشخاص ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٦ سنة في بعض دول أوروبا الشرقية، للفترة ١٩٩٥-١٩٩٩



المصادر: الاستبيانات الخاصة بالتقارير السنوية، ومركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها، والمشروع الاستقصائي للمدارس الأوروبية عن الكحول وسائر العقاقير.

٦٣- وقد تسنى، بالنسبة لثلاثة بلدان، عقد مقارنة عن تعاطي عقار الإكستاسي (انظر الشكل السابع). ففي هنغاريا، ازداد تعاطي الإكستاسي مدى الحياة من ٠.٨ في المائة في عام ١٩٩٥ الى ٣ في المائة في عام ١٩٩٩. وفي ليتوانيا ازداد من ٠.٤ في المائة الى ٤ في المائة، وفي سلوفاكيا من ٠.٣ في المائة الى ١.٣ في المائة.

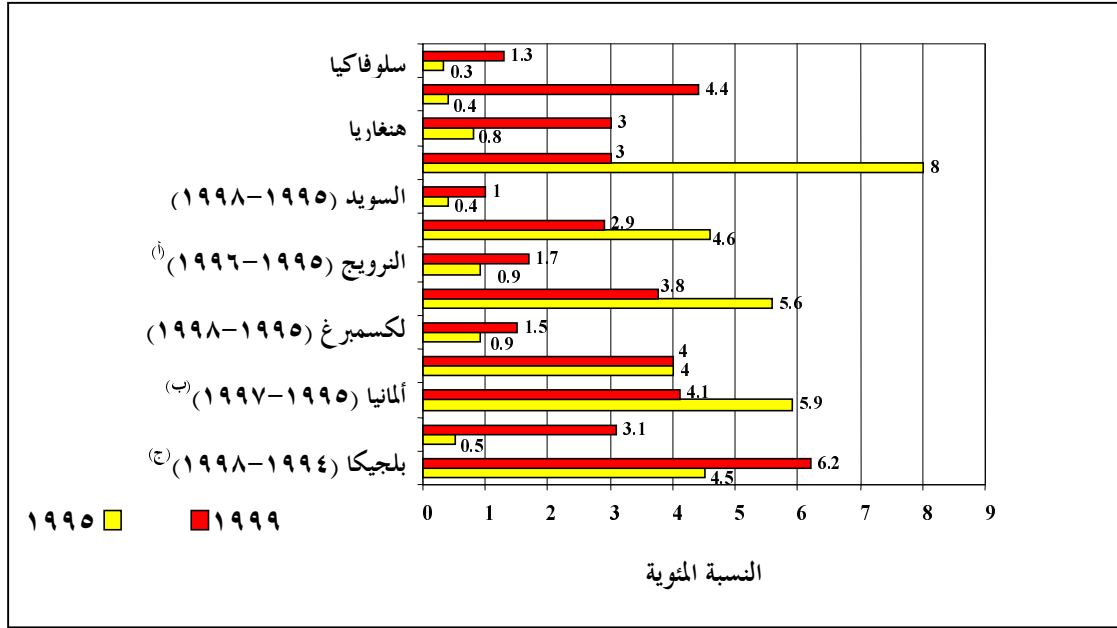
٦٤- وقد أفادت ليتوانيا بأن تعاطي العقاقير (بما فيها الهيروين والكوكايين) بين صفوف الشباب قد ازداد بصورة كبيرة في السنوات الأخيرة. وأبلغت هنغاريا بدورها عن حدوث زيادات في الطلب على العقاقير (خصوصا القنب والأمفيتامينات) فيما بين طلاب المدارس الثانوية.

٦٥- وأظهرت دراسة، تتضمن مقارنة لبيانات مستقاة من الأعوام ١٩٩٤ و ١٩٩٧ و ١٩٩٩ في الجمهورية التشيكية، حدوث زيادة في عدد تلاميذ المدارس الذين يتعاطون العقاقير. وقد سجلت الزيادات بالنسبة لستة من أصل عشرة عقاقير جرى رصدها. وهذه شملت الباربيتورات والبيرفيتين (وهو واحد من الميثامفيتامينات) والهيروين. وعموما، فقد أفادت الدراسات أيضا بحدوث زيادة في عدد المشاحنات التي تشهددها المدارس والناجحة عن تعاطي العقاقير. كما تزايدت إمكانية الحصول على العقاقير. وانخفض المستوى العمري لأول تجربة مع العقاقير وازداد عدد الأشخاص الذين لا يرون ضررا في تعاطي القنب والمذيبات.

وفي عام ١٩٩٩، كانت ما نسبته ٤٦٧ في المائة من متعاطي العقاقير المثيرين للمشاكل ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٩ سنة.

الشكل السابع

معدلات انتشار تعاطي عقار الإكستاسي بين صفوف الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٦ سنة في بعض الدول الأوروبية، للفترة ١٩٩٥-١٩٩٩



المصادر: الاستبيانات الخاصة بالتقارير السنوية، ومركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها، والمشروع الاستقصائي للمدارس الأوروبية عن الكحول وسائر العقاقير.

(أ) البيانات الخاصة بالأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٦ سنة.

(ب) البيانات الخاصة بالأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ و ٢٠ سنة.

(ج) الجزء الناطق بالفلمنكية من بلجيكا.

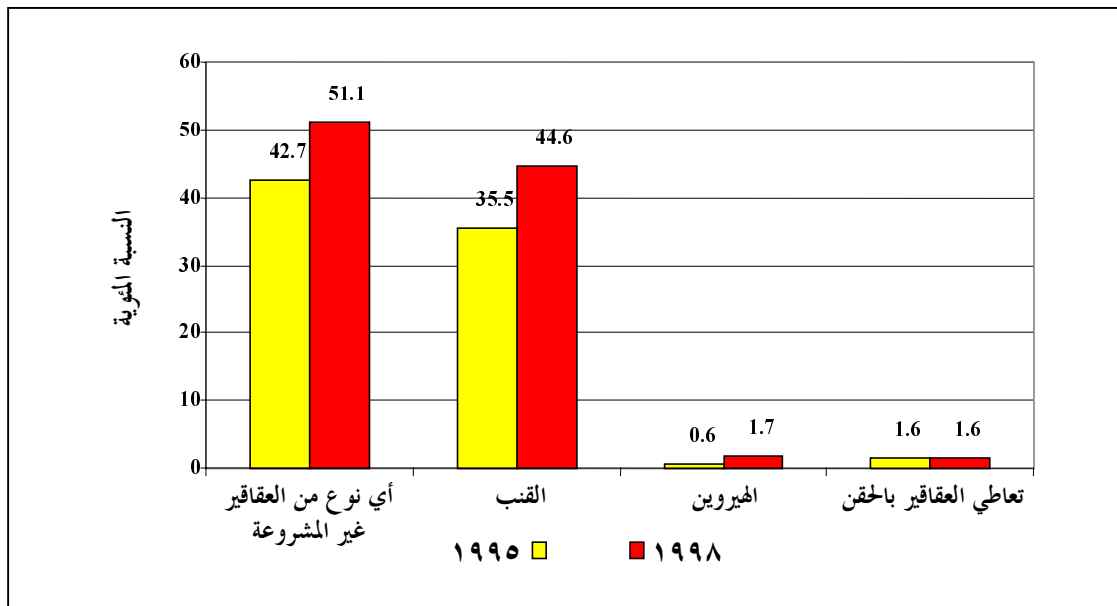
هاء- أوقيانوسيا

٦٦- ازداد تعاطي العقاقير في نيوزيلندا خلال التسعينات زيادة كبيرة بالنسبة لجميع فئات الأعمار. فبعد الكحول والتبغ، يأتي القنب كأشيع العقاقير تعاطيا في البلد. وتظهر دراسة مقارنة لاستقصاءين أجرياً في عامي ١٩٩٠ و ١٩٩٨ أن نسب انتشار تعاطي القنب مدى الحياة بين صفوف الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة ازدادت من ٤٤ر٨ في المائة في عام ١٩٩٠ الى ٤٧ر٤ في المائة في عام ١٩٩٨ على التوالي.

٦٧- أما في أستراليا، تظهر الدراسات الاستقصائية المتزلية الوطنية أن تعاطي أي من العقاقير غير المشروعة من قبل الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٤ و ١٩ سنة قد ازداد بين عامي ١٩٩٥ و ١٩٩٨. وفي عام ١٩٩٥، كانت هناك نسبة ٤٢.٧ في المائة ممن تعاطوا أي نوع من العقاقير غير المشروعة على مدى حياتهم مقابل ما يزيد على النصف^(١) (٥١.١ في المائة) في عام ١٩٩٨. وسجلت زيادات مماثلة فيما يخص القنب الذي لا يزال أشيع المخدرات تعاطيا بين صفوف الشباب الأستراليين (من ٣٥.٥ في المائة في عام ١٩٩٥ إلى ٤٤ في المائة في عام ١٩٩٨)، وفيما يخص الهيروين (من ٠.٦ في المائة في عام ١٩٩٥ إلى ١.٧ في المائة في عام ١٩٩٨).

الشكل الثامن

معدلات انتشار تعاطي مختلف أنواع العقاقير بين صفوف الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٤ و ١٩ سنة في أستراليا، للفترة ١٩٩٥-١٩٩٨



المصادر: الدراسات الاستقصائية المنزلية الوطنية في إطار استراتيجية العقاقير، أستراليا.

رابعاً- المسائل المستجدة

٦٨- يشير تحليل البيانات الواردة أعلاه بخصوص انتشار تعاطي العقاقير بين صفوف الأطفال والشباب إلى ظهور سلسلة من المسائل التي تحتاج إلى المزيد من البحث. ويرد أدناه عرض موجز لهذه المسائل.

ألف- الاتجاهات الثقافية وتعاطي العقاقير: نحو تطبيع تعاطي العقاقير أو تقبلها اجتماعياً؟

٦٩- تتمثل إحدى المسائل المطلوب دراستها في انتشار تجريب تعاطي مختلف أنواع العقاقير غير المشروعة على نطاق واسع بين صفوف الأطفال والشباب. وتوحي الأرقام التي تشير إلى ارتفاع نسبة انتشار تعاطي القنب بين صفوف الشباب في بعض أنحاء العالم إلى القبول بالدور الذي يؤديه هذا المخدر في حياة عدد لا يستهان به من الشباب وتجاربهم. ومع أن الدلائل تشير إلى انخفاض واستقرار تعاطي عقار الإكستاسي في بعض بلدان أوروبا الغربية، فإن تزايد انتشار عقاقير من قبيل الأمفيتامين والإكستاسي والميتامفيتامينات وغيرها من المنشطات الأمفيتامينية في أوروبا الشرقية وأمريكا الشمالية وبلدان معينة في شرق وجنوب شرقي آسيا أمر يدعو إلى القلق بصفة خاصة.

٧٠- وربما لم يعد تعاطي أنواع معينة من العقاقير، في عدة بلدان وخصوصا البلدان المتقدمة النمو، مقصورا على عدد محدود من الشباب المهمشين، بل أنه أخذ يصبح جزءا من صميم الاتجاه السائد في حياة الثقافة الفرعية الشبابية. وربما أصبح تعاطي العقاقير، على سبيل المثال، مادة تتردد في أبيات الأغاني الشعبية وفي سلوك البعض من المطربين وفي دور السينما والاعلانات التجارية الموجهة إلى الشباب. ومع أنه من الخطأ المبالغة في هذا الأمر، فإن مما يدعو إلى الانشغال هو أن البعض من الشباب قد أصبحوا أكثر تسامحا، على ما يبدو، حيال تعاطي العقاقير على سبيل التجربة. وبالإضافة إلى ذلك فإن هناك من الدلائل ما يوحي بأن بعض أنماط تعاطي العقاقير تصور في بعض الأحيان كما لو كانت متصلة بأساليب عيش ناجحة وحديثة ومترفة. وعلى ذلك فقد تزايد انجذاب الشباب إليها. وبالتالي فإنه من المهم بالنسبة للبرامج الخاصة بالوقاية من العقاقير من تنمية نماذج ذات أدوار ايجابية وتشجيع اعتماد أساليب حياتية صحيحة.

٧١- ويواجه الأطفال والشباب في العديد من البلدان تغيرات اجتماعية وتكنولوجية سريعة ومجتمعات أكثر قدرة على التنافس، حيث يشتد التزوع إلى النجاح والتأكيد على تحقيق الفرد لحاجاته الشخصية. كما يعانون من ضعف القيم التقليدية والروابط الأسرية وازدياد الحاجة للوصول إلى مستويات أعلى من التحفيز.

٧٢- وتُظهر البيانات أن هناك، في كثير من البلدان، أقلية لا يستهان بها من الشباب يجربون تعاطي العقاقير غير المشروعة ثم يقلعون عنها عفويا عند بلوغهم مرحلة معينة من النضوج دون أن يكونوا قد تعرضوا لأي ضرر دائم ظاهر. غير أن الدلائل توحي بأنه حتى تعاطي العقاقير بصورة تجريبية ربما يكون مضرا. وقد ينطبق ذلك خصوصا على الأطفال والمراهقين ممن لا يزالون يمرون في مرحلة من التطور البدني والعقلي. كما أن تعاطي العقاقير قد يتداخل مع المواظبة على الدروس والتطور الاجتماعي. وبالتالي فإن المبادرات الرامية إلى الوقاية من العقاقير بحاجة إلى استهداف تعاطي العقاقير التجريبي منه والراسخ.

باء- قابلية فئات معينة للتعرض إلى تعاطي العقاقير

٧٣- بخلاف تعاطي العقاقير فيما بين الشباب العاديين، فإن هناك من الدلائل ما يوحي بشدة بوجود عوامل معينة تجعل البعض من الشباب عرضة بصفة خاصة للوقوع في مشاكل مزمنة وطويلة الأجل.

٧٤- وتشمل بعض الفئات السكانية التي يمكن اعتبارها معرضة للخطر: الأطفال المشردين والأطفال والشباب المشمولين بالعناية عن طريق الجمعيات والمنظمات والمجندين من الصبيان والمعتدى عليهم جنسيا

والمستغلين وأولئك الذين هم على صلة بنظام العدالة الجنائية والمستبعدين من المدارس والأشخاص المهمشين أو المستبعدين اجتماعيا. وربما كان تعاطي العقاقير يعتبر أمرا فعالا بالنسبة للبعض من أفراد هذه الفئات (كالبقاء يقظا للعمل والخلود الى النوم ولتخفيف الآلام البدنية والعاطفية أو للتغلب على الخوف أو سد الرمق).

٧٥- وهناك جملة من العوامل المشتركة بين سائر الفئات القابلة للتعرض من الشباب خصوصا وأنها محاطة بتغيرات اجتماعية واقتصادية وثقافية متسارعة وكثيرا ما تفتقر الى العناية والدعم الأسري والمجتمعي المناسب. وهي تعاني من ازدياد احتياجاتها في أغلب الأحيان بل أن تمتعها بالخدمات والبرامج وقنوات الاتصال هو أقل احتمالا كذلك.

٧٦- وبالإضافة الى ذلك وبمناسبة الحديث عن تعاطي العقاقير، هناك عوامل خطر أخرى بحاجة لأن تؤخذ في الاعتبار كازدياد الإصابة مثلا بفيروس القصور المناعي البشري الذي يتركز في البلدان النامية وبين صفوف الأطفال والشباب، وقابلية التعرض للاستغلال الجنسي أو السلوك الخطر جنسيا كنتيجة لتعاطي العقاقير.

٧٧- وهناك جانب آخر لقابلية التعرض للمخاطر وهو تجنيد واستخدام الصبيان الذين هم دون سن الثامنة عشرة كجنود. فهناك أعداد كبيرة من الصبيان تقوم بتجنيدهم وتدريبهم مختلف الميليشيات والقوات العسكرية المشاركة في كثير من النزاعات الجارية في العالم. وهناك حاليا ما يربو على ٣٠٠ ٠٠٠ صبي دون سن الثامنة عشرة يُستخدمون في نزاعات مسلحة في أكثر من ٣٠ بلدا حول العالم من قبل القوات المسلحة الحكومية وجماعات المعارضة المسلحة على السواء.

٧٨- وبحكم تعرضهم للعقاقير وتلقين الأفكار المغرضة، يتحول الكثير من هؤلاء الصبيان الى قتلة لا يعرفون الرحمة فيرتكبون فظائع من أجل قضايا هم أصغر من أن يفهموها. وبذلك يقع هؤلاء المجندون من اليافعين الذين غالبا ما يُنتقون من فئات محرومة اجتماعيا واقتصاديا ومن المحرومين من التعليم ومن تخلت عنهم أسرهم، في شرك شبيه بالأشكال الأخرى من تشغيل الأطفال واستغلالهم. وهم، في كثير من الحالات، ممن لا تتعدى أعمارهم الرابعة عشرة وأغلبهم ممن يكونون تحت تأثير العقاقير والكحول مثلما يقال. أما حصولهم على العقاقير فغالبا ما يكون سهلا لأن العديد من الميليشيات قد تلجأ الى تمويل عملياتها عن طريق الاتجار بالعقاقير الى جانب اضطلاعها بأنشطة أخرى.

٧٩- وهناك من الدلائل أيضا ما يوحي بتزايد عدد الأطفال والشباب الذين يعيشون في أوضاع متسمة بالاستضعاف. وينطبق ذلك بصفة خاصة على المناطق الحضرية من البلدان النامية حيث يصبح العيش في الأزقة بكافة جوانبه بما فيها تعاطي العقاقير والاتجار بها سلوكا معتادا لعدد متزايد من الأطفال والشباب.

٨٠- ويواجه معدو البرامج ومقدمو الخدمات تحديا متواصلا في تلبية الاحتياجات الصحية والائتمانية للفئات المذكورة أعلاه وللحيلولة دون المشاكل المتصلة بحالة استضعافهم. ولا يزال إيصال الخدمات الى

هؤلاء الأطفال وتحديد وتنفيذ استراتيجيات فعالة وتعبئة الموارد الكافية لضمان حقوق اليافعين يشكل تحدياً رئيسياً أمام الحكومات والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية وقطاعات المجتمع المدني الأخرى. وفي هذا السياق، من الضروري العمل مع متطوعين وعمال من الشباب وعمال الشوارع ممن لهم صلة بهؤلاء اليافعين ولهم القدرة على الوصول اليهم والقيام أيضاً بتوفير الوسائل المناسبة والتدريب لهؤلاء العمال من أجل تمكينهم من ايصال التوعية الوقائية الفعالة من تعاطي العقاقير الى الأطفال المعرضين للخطر.

جيم- تيسير سبل وصول الشباب الى الخدمات الاستشارية والعلاجية

٨١- من الأمور المتصلة بتهميش الشباب قضية توفير سبل الوصول الى الخدمات الاستشارية والعلاجية الخاصة بتعاطي العقاقير. وعموماً فإن الأطفال والشباب نادراً ما يراجعون الادارات الصحية القائمة. وينطبق ذلك أيضاً على الخدمات الاستشارية والعلاجية الخاصة بتعاطي العقاقير. ومن أسباب ذلك هو أن الخدمات الصحية عموماً والخدمات العلاجية والاستشارية موجهة خصوصاً نحو البالغين أو لمتعاطي العقاقير شديدي الارتهان. وهي ليست موجهة نحو تلبية احتياجات الشباب الذين غالباً ما يكونون في المراحل الأولى من تعاطي العقاقير ولا يعتبرون أنفسهم من المدمنين عليها.

٨٢- ومن ثم فإن هناك حاجة لتوفير الخدمات الصحية والاستشارية الملائمة للأطفال والشباب التي تلي الاحتياجات البدنية والنفسية والاجتماعية الخاصة بهم مع الاهتمام خصوصاً بتعاطي العقاقير غير المشروعة والمؤثرات العقلية الأخرى كمواد التنشق والكحول والتبغ.

خامساً- الاجراءات المتخذة من قبل الدول الأعضاء

٨٣- كانت ردود مختلف الدول تصدياً للحالة المبينة أعلاه مختلفة الى حد كبير ولم تستهدف الاحتياجات الخاصة بالشباب دائماً. وقد جاءت المصادر الرئيسية للمعلومات المتعلقة باعداد هذا التقرير من الردود التي تلقتها الأمانة في عام ٢٠٠٠ على استبيان الابلاغ عن خطط العمل والتدابير التي اعتمدها الجمعية العامة في دورتها الاستثنائية العشرين. وبالإضافة الى ذلك فقد روعيت الردود الخاصة بالجزء الثاني من الفرع ٢ من الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية للفترة من ١٩٩٣ الى ١٩٩٩. غير أن الردود عادة ما كانت تشير فقط الى ما اذا كانت بعض الأنشطة قائمة أم لا ولم توفر دائماً معلومات بشأن نوعية هذه الأنشطة وتأثيرها.

٨٤- وقد أشارت معظم الدول، في معرض ردها على التدخلات الوقائية، الى وجود معلومات وتوعية خاصة بالعقاقير وتعاطيها في المدارس. وقد تحول ذلك، في معظم الحالات، الى أنشطة مكثفة تنفذ على مستويات مختلفة من النظام التعليمي، بينما كانت الأنشطة المضطلع بها في حالات أخرى منعزلة ومتفرقة على ما يبدو. وتختلف الأنشطة المبلغ عنها اختلافاً كبيراً، اذ تتراوح بين كونها ندوة سنوية عن تعاطي العقاقير لطلاب المدارس الثانوية الى برامج شاملة تجمع ما بين مختلف النهج، بما في ذلك تدخلات وتعلون يتولاه النظراء مع القطاعات الأخرى من المجتمع (كالآباء والأمهات والشرطة والأندية الرياضية وفي أماكن

العمل). وتتركز معظم الأنشطة في المدارس الثانوية وبدرجة أقل في المدارس الابتدائية، وهي تميل إلى التضاؤل في المستويات الأعلى من التعليم.

٨٥- أما فيما يخص توفير بدائل لتعاطي العقاقير، فكثيراً ما استشهد بالجمعيات والمنظمات الشبابية وممارسة الرياضة وقضاء أوقات الفراغ وغير ذلك من الأنشطة التي يجري معظمها على الصعيد المحلي كأمثلة عليها في مختلف البلدان.

٨٦- ولم يبلغ عموماً عن التدخلات العلاجية والتأهيلية المكرسة خصيصاً للأطفال والشباب. فهذه الخدمات موجهة في معظمها لتلبية احتياجات البالغين.

٨٧- ومع ذلك، فكثيراً ما أُشير إلى الأطفال والشباب باعتبارهم يندرجون ضمن الفئات السكانية المعرضة للخطر ممن وضعت لها برامج خاصة. وتوصف هذه الفئات بأنها تشمل المسيئين من الشباب والشباب المحليين والأطفال الذين يتعاطى آباؤهم وأمهاتهم العقاقير وأطفال الأزقة ورواد صالات الديسكو والفئات الأخرى المعرضة للخطر لمختلف الأسباب. غير أن المعلومات المتوفرة تفيد أن درجة أكبر من الأولوية تعطى للأنشطة الموجهة إلى الأطفال والشباب عموماً بدلاً من توجيهها إلى فئات معينة معرضة للخطر.

سادساً- السياسات والاستراتيجيات: بداية سليمة للأطفال والشباب في الألفية الجديدة

٨٨- هناك، على النحو المبين أعلاه، نسبة عالية من تعاطي العقاقير عموماً في صفوف الشباب في العديد من البلدان. وعلاوة على ذلك، فهناك اتجاه ما نحو عرض بعض العقاقير على أنها أقل ضرراً مما هي عليه بالفعل. غير أن نتائج إيجابية أخذت بالظهور تدريجياً في المجالات التي اضطلع فيها بتدخلات وقائية متناسقة ومدعومة. وتعتبر دلائل الاستقرار وحتى الانخفاض في أنماط تعاطي العقاقير المبلغ عنها من الولايات المتحدة وأوروبا الغربية مؤشراً واضحاً على أن الاستراتيجيات الوقائية الشاملة الموجهة نحو الشباب يمكن أن تنجح بالفعل. غير أنه من الضروري استثمار ما يكفي من الموارد، والتهيؤ لانتظار مرور بعض الوقت قبل أن تصبح النتائج ملموسة، والاستعانة بمبادئ ونهج مجربة وسليمة في تصميم وتنفيذ الاستراتيجيات والبرامج الوقائية.

٨٩- والظاهر أن أنماط واتجاهات تعاطي العقاقير بين صفوف الشباب والأطفال في مختلف المناطق تعكس وجود اختلافات مهمة ولكنها تعبر أيضاً عن بعض أوجه الشبه. ورغم أن الأولويات المتعلقة بالعقاقير قد تختلف، هناك اتجاهات عامة معينة يبدو أنها مدفوعة بثقافة شبابية أخذت تصبح عالمية شيئاً فآخر. ولذلك، فإن التعاون الدولي في مجال الوقاية يعتبر أمراً أساسياً. ومن المهم أن تقوم الدول بتبادل الخبرات بشأن ما حققتة مختلف النهج الوقائية من نجاحات وما عانتها من إخفاقات وتوفير المعارف المتعلقة بذلك. ولتحقيق هذا الهدف، ترد أدناه سلسلة من المبادئ التي برهنت إلى حد ما على فعاليتها في الحد من تعاطي العقاقير فيما بين الأطفال والشباب.

٩٠- ولم يبرهن أي نهج بمفرده أو استراتيجية بمفردها عن كونها فعالة بشكل ثابت في الحد من تعاطي العقاقير بين صفوف الشباب. ولا يساعد تقييم مختلف البرامج على تحديد الوصفة الواجب اتباعها في كافة البلدان والسياسات. فهناك الكثير جدا من العوامل المتحركة بتعاطي العقاقير، ومن الصعب فصل بعضها عن البعض الآخر. غير أن هناك نوعا من التوافق في الآراء فيما بين الخبراء والمهنيين والشباب أنفسهم بشأن العوامل اللازمة مراعاتها عند صوغ البرامج الوقائية الموجهة الى الشباب.

ألف - النهج المضاعف

٩١- يتعذر على أي برنامج أو نهج بمفرده أن يحقق التغير. فتعاطي العقاقير يرجع الى سلسلة متشابكة من العوامل ومن الضروري من أجل معالجة هذا التعاطي بصورة فعالة أن تجري الاستعانة بطائفة واسعة من التدخلات. وينبغي لكل برنامج بمفرده أن يصبح جزءا من نهج أعم كما ينبغي تصميم التدخلات بحيث تكمل احداها الأخرى.

٩٢- ونادرا ما تستعين البرامج الخاصة بالوقاية الفعالة من تعاطي العقاقير باستراتيجية وقائية واحدة على وجه التحديد. وعموما، فإن الدروس المستخلصة والخبرات المتراكمة عبر عدة عقود من العمل على الوقاية من تعاطي العقاقير توحى بأنه ينبغي إدراج ثلاثة عناصر عامة في البرامج الوقائية:

(أ) معالجة القيم والمدرجات والتوقعات والمعتقدات التي ينسبها الشباب الى العقاقير وتعاطيها؛

(ب) تطوير المهارات الحياتية والكفاءات الاجتماعية لزيادة القدرة على اتخاذ خيارات مستنيرة وسليمة؛

(ج) خلق بيئة تمكن الأطفال والشباب من المشاركة في أنشطة سليمة وحيثما لا يجد تعاطي مواد الادمان من يروجه من الأنداد والأسر ووسائل الاعلام والأطراف المؤثرة الأخرى في المجتمع.

وتحتوي البرامج المنطوية على نهج متعدد الجوانب عادة على طائفة من النهج والاستراتيجيات الوقائية التي قد تضم واحدا أو أكثر مما يلي:

(أ) تعزيز العوامل الوقائية والعمل على ابطال عوامل المخاطرة المعروفة أو الحد منها؛

(ب) توفير معلومات عن جميع أشكال تعاطي العقاقير بما فيها الكحول ومواد التنشق والتبغ وكذلك معلومات وقائية عن العقاقير وتعاطيها وما الى ذلك؛

(ج) التدريب على المهارات الحياتية بما في ذلك التدريب على مهارات مقاومة العقاقير وانماء المهارات الاجتماعية والشخصية والكفاءات الاجتماعية (في مجالات الاتصال والعلاقات مع الأنداد والقدرة على البت في الأمور وغيرها)، بما في ذلك أيضا اجراء تمارين على زيادة الاعتداد والثقة بالنفس؛

- (د) اعتماد أساليب تعليمية تواصلية تشرك الشباب في برامج التوعية الخاصة بالعقاقير؛
- (هـ) إيجاد بدائل لتعاطي العقاقير كممارسة الرياضة والرقص وارتداء المسارح وتعزيز الجوانب الروحية والثقافية؛
- (و) التنمية الأسرية بما في ذلك تدريب الآباء والأمهات والدعوة إلى المناصرة؛
- (ز) توعية الأنداد واسداء المشورة لمجموعات الأنداد؛
- (ح) نشر اعلانات ورسائل اعلامية عن الوقاية من تعاطي العقاقير لا تستند الى تكتيكات مفرغة بل تركز على البدائل الايجابية لتعاطي العقاقير.

باء- التوعية الخاصة بالوقاية من المخدرات في مرحلة مبكرة

٩٣- توحى المعلومات التي توفرت أخيراً بشأن تعاطي العقاقير فيما بين الأطفال والشباب بالحاجة إلى البدء في التوعية الوقائية من العقاقير في مرحلة حياتية مبكرة ومواصلة هذه التوعية بتدخلات مطورة بشكل مناسب. وقد أثبتت البحوث أنه كلما كانت البداية مبكرة في تعاطي العقاقير غير المشروعة لأول مرة، عظمت شدة مشكلتها فيما بعد. وفي العديد من مناطق العالم أخذ ينخفض السن الذي يجرب فيه تعاطي العقاقير لأول مرة. وربما كان التأخير في تعاطي العقاقير مفيداً حتى وإن كان من الصعوبة الوقاية التامة من تعاطي العقاقير. ولذلك، فإنه يبدو من المهم بالنسبة لنجاح البرامج الوقائية وجوب البدء في التوعية الخاصة بالوقاية من تعاطي العقاقير في المدارس الابتدائية. وهناك دلائل متزايدة على الحاجة إلى توفير التوعية الوقائية عندما تكثر احتمالات تأثيرها على المواقف والسلوكيات. ومن الواضح أن التوعية الخاصة بالعقاقير لا تشمل مجرد إعطاء معلومات ومعارف عن العقاقير ولكنها تنطوي أيضاً على تطوير المهارات على استبانة المشاعر والتمكن من إيصال هذه المشاعر إلى الآخرين. ويتوقف نجاح هذه الاستراتيجية وسواها من الاستراتيجيات أيضاً على استهداف جميع أشكال تعاطي العقاقير بما فيها الكحول والتبغ. وتقتضي الحاجة مواصلة التوعية الخاصة بالعقاقير في المدارس الثانوية واستمرارها لفترة طويلة من الزمن لكي تكون فعالة، لأن آثارها قد تتلاشى بسرعة بمرور الوقت ما لم تكن مدعومة.

جيم- المشاركة والنهج الخاصة بالأنداد

٩٤- يعتبر الشباب في الكثير من الحالات فئة سكانية مستهدفة ومشكلة بدلاً من كونهم أيضاً مورداً من موارد الوقاية من تعاطي العقاقير. ويمثل اذكاء الوعي بين الشباب عن طريق تزويدهم بالمعلومات الضرورية والدقيقة والموثوقة الخطوة الأولى في استنفار همتهم. وبإمكان مشاركتهم الفعالة أن تحدث التغير المطلوب في الوقاية من تعاطي العقاقير. وعلاوة على ذلك، فإنه من الضروري أن يكون صوتهم مسموعاً في محاولة لاذكاء الوعي فيما بين مقرري السياسات وعامة الناس وأن يجري النظر بجديّة في الاقتراحات المطروحة من الشباب بشأن الإجراءات المطلوب اتخاذها. وينبغي إشراك الشباب في جميع المراحل المتعلقة بوضع البرامج

الوقائية. وهناك أيضا مؤشرات قوية على أن اشراك الشباب كعناصر وقائية في المبادرات التي يتخذها الأنداد قد يؤدي الى تحقيق نتائج طيبة.

٩٥- وتعتبر توعية الأنداد من الابتكارات الجديدة نسبيا في منهجية التعليم وفي الوقاية من تعاطي العقاقير. وتشير البحوث المتعلقة بمختلف البرامج الى أن النهج المستندة الى الأنداد مفيدة في منع الآثار الصحية السلبية لتعاطي العقاقير والحد منها. ومن المرجح أن يُصغي الشباب ويأخذوا بمشورة من له تجربة مماثلة أكثر من اصغائهم الى ما يصدر عن معلم أو مرشد اجتماعي. غير أن التدخلات القائمة على الأنداد ينبغي أن تخطط بعناية. فمن المهم توجيه هذه التدخلات وضمان اختيار المعلمين من الأنداد بصورة دقيقة. فكون المرء شابا لا يؤهله لكي يكون معلما فعالا من الأنداد.

٩٦- والمبدأ الذي تستند اليه توعية الأنداد هو أن الرسالة التي قد لا يُلتفت اليها بهذا الشكل أو ذاك هي الأكثر موثوقية لأنها تصدر عن لديه بعض القواسم المشتركة مع الشباب المستهدفين. كما ان الحاجة لا تقتضي تزويد المعلمين من الأنداد بالمعلومات والمعارف فحسب بل أن يكونوا أيضا من أصحاب مهارات التدريس وسواها من المهارات.

دال - المهارات الحياتية

٩٧- يوحى استعراض تقييمات خبرات المدارس الابتدائية والثانوية في مختلف البلدان بأن النهج الوقائية المستندة الى المهارات الحياتية هي أكثر النهج فعالية. وتعتبر هذه المهارات بمثابة قدرات للسلوك الموائم والايجابي الذي يمكن الأفراد من التعامل بطريقة فعالة مع المتطلبات والتحديات الحياتية اليومية. ومن المفترض أن يؤدي التعليم على المهارات الحياتية المطبق على الوقاية من تعاطي العقاقير الى تيسير ممارسة وتعزيز المهارات الاجتماعية النفسية ليسهم بذلك في تشجيع النماء الشخصي والاجتماعي ويحول دون حدوث مشاكل صحية واجتماعية خصوصا فيما يتعلق بتعاطي العقاقير.

٩٨- وتعتبر المهارات الحياتية ذات أهمية لصحة ورفاه الأطفال والشباب: الوعي الذاتي والأحاسيس المتبادلة ومهارات التخاطب ومهارات التعامل فيما بين الأشخاص ومهارات اتخاذ القرارات وتلك المتعلقة بحل المشاكل والتفكير الخلاق والتفكير الانتقادي والتغلب على الانفعالات والاجهاد. والمقصود بذلك، في مجال الوقاية من تعاطي العقاقير، هو اكتساب مهارات في مقاومة العقاقير والتفكير الانتقادي والتخصص الاجتماعي ومهارات التخاطب اللازمة لشرح وتعزيز الالتزامات الشخصية المناهضة للعقاقير.

٩٩- وعادة ما يكون أفضل طريق لتعليم المهارات الحياتية هو الأسلوب التواصلي الذي يساعد على ايصال المعارف الجديدة واكتساب مهارات جديدة ثم ممارستها وتطبيقها.

هاء - الآباء والأمهات والمشاركة المجتمعية

١٠٠- ينبغي دمج البرامج الوقائية ضمن المؤسسات والمنظمات الأكثر قربا من الأطفال والشباب ومن أسرهم أيضا. وينبغي إشراك الأسرة والمجتمع عموما من أجل تعزيز ما ينقل الى الشباب من معلومات في سياق الأنشطة الوقائية. وينبغي للمشاركة أن تسعى لإشراك الآباء والأمهات والمجتمعات لأن البرامج التي تشمل الآباء والأمهات في التوعية المدرسية الخاصة بالعقاقير هي الأكثر فعالية على ما يبدو. وربما تكون مشاركة هؤلاء طريقا نحو تعزيز مجتمعي أوسع لمجهود التوعية الخاصة بالعقاقير وجانبا من جوانبها.

واو- النهج المستهدفة

١٠١- الشباب ليسوا سواسية جميعا كما أنهم غير متساوين من حيث التعرض للوقوع في حمأة العقاقير. ولذلك فإنه ينبغي توجيه الاستراتيجيات بدقة نحو فئات مستهدفة محددة بوضوح. وينبغي أن تكون البرامج موجهة الى عمر وجنس معين ومناسبة من حيث نماء الشخص وحساسة من الناحية الثقافية. والمقصود بذلك هو أن تكون الخدمات الاستشارية والعلاجية ملائمة للأطفال والشباب. وينبغي للهيئات الحكومية والمنظمات غير الحكومية والعاملين من الشباب التحلي بدرجة من المرونة تكون كافية للوصول الى الشباب حيثما وجدوا وإشراكهم في حوار بناء بشأن اختياراتهم وخياراتهم فيما يتعلق بتعاطي مواد الادمان. وهذا ما معناه نقل الوقاية من تعاطي العقاقير الى الشوارع وصالات الديسكو وحفلات الهذيان الراقية وأي مكان آخر يلزم الوصول اليه من أجل إيصال رسائل الوقاية الفعالة.

زاي- الاستثمارات الطويلة الأجل والمكثفة

١٠٢- وختاما، فإن السلوكيات المتعلقة بتعاطي مواد الادمان لا تتغير عادة الا ببطء شديد. ولذلك، فإن برامج الوقاية بحاجة لأن تستمر لفترة طويلة من الزمن لكي تكون فعالة. وقد رصد عدد من الدراسات مواقف الشباب حيال العقاقير والاحساس بالخطر والأذى المتصل بأنواع معينة من العقاقير وأنماط تعاطيها. وتوحي بعض الدراسات، مثلا، أن تغير الاحساس بالخطر والأذى المتصل بأنواع معينة من العقاقير يستغرق ثلاث سنوات لكي يتحول اما الى ازدياد أو نقصان في تعاطي ذلك العقار. والادراك الحسي للطفل أو الشاب بالعقاقير يتغير كثيرا مع مرور الوقت. وقد تؤثر ظروف مختلفة سلبا أو ايجابا على فرص نجاح برامج الوقاية التي قد يبدو أنها كانت ناجحة في حالات معينة. والوقاية من تعاطي العقاقير هي عملية متواصلة، بحاجة لأن تعزز في مراحل مختلفة من نماء الأطفال والمراهقين، وخصوصا في المراحل الحرجة من التحول الحياتي.

سابعا- السبيل نحو التقدم

١٠٤- مثلما سبق ذكره، فإن العقود الماضية قد تميزت باتجاهات متباينة في تعاطي العقاقير بين صفوف الأطفال والشباب. وفي العديد من الحالات، تزايد تعاطي العقاقير بهذا الشكل أو ذاك. وهناك، في الوقت ذاته، مؤشرات على أن الجهود الوقائية ستنتج فيما لو نفذت وفقا للمبادئ الرئيسية المستندة الى تجارب معتمدة ومتوافرة. ومع أن العديد من البرامج المنتشرة في مختلف أنحاء العالم تنفذ بالطبع أنشطة وقائية مبتكرة

وفعالة، فإنها في الغالب عبارة عن جهود مبعثرة ولا يمكن سوى لبلدان قليلة الاستفادة من هذه التجارب. أما إذا تسنى توثيق أمثلة للبرامج الفعالة وتحليلها ونشرها (وهو ما يطلق عليه بالممارسة الطيبة) فستكون لها فوائد جمة على جميع المعنيين بالحد من الطلب العام على العقاقير بين صفوف الشباب، بمن فيهم ليس فقط الشباب أنفسهم والبرامج الموجهة اليهم بل الدول الأعضاء والمنظمات الدولية أيضا. وقد بلغ العقد الماضي، الذي صادف كونه عقد الأمم المتحدة لمكافحة اساءة استعمال العقاقير، ذروته بانعقاد الدورة الاستثنائية العشرين للجمعية العامة. كما تميز العقد الماضي باعتماد اتفاقية حقوق الطفل وخطة العمل التي اعتمدها مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل الذي عقد في عام ١٩٩٠. والأهداف التي وضعت على هذا النحو لم تتحقق بعد تماما وهي بحاجة لأن توضع ضمن منظورها المعين. والالتزامات التي قطعها المجتمع الدولي خلال العقد الماضي فهي بحاجة للتجديد الى جانب اغتنام الفرص ومواجهة التحديات من أجل احداث التغيير المطلوب في حياة الأطفال والشباب في الألفية الجديدة.

الحواشي

- (١) المركز الأوروبي لرصد العقاقير والادمان عليها، التقرير السنوي عن حالة مشكلة العقاقير في الاتحاد الأوروبي لعام ٢٠٠٠ (لشبونة، ٢٠٠٠).
- (٢) معهد البحوث الاجتماعية، "دراسة رصد المستقبل" لعام ١٩٩٩، (معهد آن أربور للبحوث الاجتماعية، ميشيغان، ٢٠٠٠).