UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime

UNODC Research

۶ دیگر مسائل مرتبط با سیاست‌گذاری در حیطه مواد مخدر

گزارش جهانی مواد در سال ۲۰۲۰

© سازمان ملل متحد ، ژوئن ۲۰۲۰. کلیه حقوق در سراسر جهان محفوظ است.

شابک: ۹۷۸-۹۲-۱-۱۴۸۳۴۵-۱

eISBN: 978-92-1-005047-0

نشریه سازمان ملل ، شماره فروش **E.20.XI.6**

این نشریه ممکن است به طور کامل یا جزئی و به هر شکلی، برای اهداف آموزشی یا غیر انتفاعی تکثیر شود. در این صورت منعی برای تکثیر و ترجمه آن وجود ندارد. دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرایم ملل متحد (**UNODC**) از هر گروه یا سازمانی که از یافته‌های این مجموعه به عنوان منبع استفاده می‌کند درخواست می‌کند یک نسخه از متن نهایی برای این دفتر ارسال شود.

نام اصلی برای درج به عنوان منبع:

World Drug Report 2020 (United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6.)

توجه:

محتوای این نشریه لزوماً منعکس کننده نظرات یا سیاست های **UNODC** یا سازمان های مشارکت کننده در آن نیست و هرگز به معنای تأیید کردن اقداماتی که در این مجموعه عنوان می شود نخواهد بود.

همچنین از اینکه نظرات خود را برای ما به آدرس های زیر بفرستید استقبال می کنیم:

بخش تجزیه و تحلیل سیاست و امور عمومی

دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل

صندوق پستی ۵۰۰- ۱۴۰۰ وین، اتریش

تلفن: (+۴۳) ۱ ۲۶۰۶۰ ۰

نمابر: (+۴۳) ۱ ۲۶۰۶۰ ۵۸۲۷

پست الکترونیکی: **wdr@un.org**

وب سایت: **www.unodc.org/wdr2020**

این مجموعه در ۶ جلد توسط موسسه هم‌اندیشی جهانی راه برتر (کادراس) و با حمایت ستاد مبارزه با مواد مخدر جمهوری اسلامی ایران به فارسی ترجمه شده است.

اسفند ۱۳۹۹

پیشگفتار

همان‌گونه که «آنتونیو گوترش»، دبیرکل سازمان ملل متحد گفته است اکنون زمانه علم و همبستگی است، این سخن اهمیت اعتماد به علم و همکاری برای پاسخ‌گویی به همه‌گیری جهانی کووید-۱۹ را برجسته می‌کند.

همین نکته در مورد پاسخ‌های ما به مشکل جهانی مواد مخدر نیز صادق است. راهکارهای متعادل مسئله تقاضا و عرضه مواد مخدر برای مؤثر و کارآمد بودن باید ریشه در شواهد واقعی و مسئولیت‌پذیری مشترک داشته باشند. این مسئله اکنون از هر زمان دیگری مهم‌تر است زیرا پیچیدگی چالش‌های مواد مخدر غیرقانونی به طور چشمگیری رو به افزایش است و تهدیدات ناشی از بحران کووید-۱۹ و رکود اقتصادی شدیدترین اثرات خود را بیش از همه بر فقرا، حاشیه‌نشینان و آسیب‌پذیران برجا خواهد گذاشت. در سراسر جهان نزدیک به ۳۵٫۶ میلیون نفر از اختلالات سوء مصرف مواد مخدر رنج می‌برند. در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته نسبت به کشورهای در حال توسعه تعداد بیشتری از افراد مواد مخدر مصرف می‌کنند و مصرف مواد شیوع بالاتری در قشرهای ثروتمندتر جامعه دارد، احتمال بروز اختلالات مصرف مواد مخدر در افرادی که از نظر اجتماعی و اقتصادی آسیب‌پذیرند، بیشتر است.

فقط یک نفر از هر هشت نفری که به درمان مرتبط با مواد مخدر نیاز دارند از چنین درمانی برخوردار می‌شود. در حالی که یک سوم مصرف‌کنندگان مواد مخدر را زنان تشکیل می‌دهند تنها یک پنجم افراد در حال درمان برای مصرف مواد زن هستند. افرادی که در زندان و محیط‌های مشابه به سر می‌برند، اقلیت‌ها، مهاجران و آوارگان نیز به دلیل تبعیض و انگ با موانع درمان رو به رو هستند. نیمی از ۱۱ میلیون نفری که مواد مخدر تزریق می‌کنند به هپاتیت سی و ۱٫۴ میلیون نفر از آنها به اچ.آی.وی مبتلا شده اند.

در سال ۲۰۱۸ حدود ۲۶۹ میلیون نفر مواد مخدر مصرف کردند که تا ۳۰ درصد بیشتر از سال ۲۰۰۹ است، و نوجوانان و جوانان بزرگ‌ترین بخش این مصرف‌کنندگان را تشکیل می‌دهند. امروز اما افراد بیشتری مواد مخدر مصرف می‌کنند و تعداد و تنوع این مواد از همیشه بیشتر شده است.

میزان کشف و ضبط آمفتامین‌ها بین سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۸ چهار برابر شد. حتی با وجود بهبود و پیشرفت کنترل پیش‌ماده این مواد در سطح جهانی، اکنون قاچاقچیان و تولیدکنندگان به منظور ساخت آمفتامین، مت‌آمفتامین و اکستازی از مواد شیمیایی طراحی شده[1] استفاده می‌کنند که برای دور زدن کنترل‌های بین‌المللی طراحی شده‌اند. در حال حاضر تولید هروئین و کوکائین در بالاترین سطح ثبت شده برای سراسر دوران مدرن قرار دارد.

رشد عرضه و تقاضای جهانی مواد مخدر چالش‌هایی را برای اجرای قانون ایجاد می‌کند، خطرات آنها را برای سلامت افزایش می‌دهد و موجب پیچیدگی تلاش برای پیشگیری و درمان اختلالات مصرف مواد مخدر می‌شود.

هم‌زمان، بیش از ۸۰ درصد جمعیت جهان که عمدتاً در کشورهای کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط زندگی می‌کنند از دسترسی به مواد مخدر کنترل‌شده برای تسکین درد و سایر مصارف پزشکی ضروری محروم‌اند.

دولت‌ها به طور مکرر تعهد داده‌اند که برای حل چالش‌های فراوان ناشی از مشکل جهانی مواد مخدر با هم همکاری کنند و این التزام را به عنوان بخشی از تعهدات خود برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار و اخیراً در بیانیه وزارتی ۲۰۱۹ مصوب کمیسیون مواد مخدر (CND) ارائه کرده‌اند. اما داده‌ها نشان می‌دهد که با گذشت زمان میزان کمک توسعه‌ای برای نیل به کنترل مواد مخدر افت کرده است.

پاسخ‌های متوازن، جامع و مؤثر به مواد مخدر وابسته به آن است که دولت‌ها به وعده‌های خود عمل کنند و پشتیبانی لازم را فراهم کنند تا هیچ فردی محروم نماند.

---

[1] . designer chemicals

رویکردهای سلامت‌محور، مبتنی بر حقوق و پاسخگویی جنسیت محور نسبت به مصرف مواد مخدر و بیماری‌های مرتبط با آن نتایج بهتری را برای سلامت و بهداشت عمومی به ارمغان می‌آورند. ما باید بیش از این بکوشیم تا این آموزه را به ویژه در کشورهای در حال توسعه به اشتراک بگذاریم و از پیاده‌سازی آن حمایت کنیم؛ تقویت همکاری با جامعه مدنی و سازمان‌های جوانان از جمله روش‌های انجام این کار است.

جامعه بین‌الملل چارچوبی قانونی مورد توافق و تعهداتی دارد که در بیانیه CND سال ۲۰۱۹ مطرح شده‌اند. دفتر مقابله با جرائم و مواد مخدر سازمان ملل متحد (UNODC) پشتیبانی کامل خود را برای ایجاد ظرفیت‌های ملی و تقویت همکاری بین‌المللی به منظور تبدیل تعهدات به اقدام مؤثر عملی در این حوزه فراهم می‌کند.

امسال موضوع روز جهانی مبارزه با سوء مصرف مواد مخدر و قاچاق غیرقانونی، «دانش بهتر برای مراقبت بهتر» است که بر اهمیت شواهد علمی برای تقویت پاسخ و واکنش به مشکل جهانی مواد مخدر و حمایت از افرادی که به ما نیاز دارند، تاکید می‌کند. این موضوع همچنین از هدف نهایی کنترل مواد مخدر، یعنی سلامت و بهزیستی نوع انسان سخن می‌گوید. ما از طریق یادگیری و درک، به شفقت و دلسوزی دست می‌یابیم و به جستجوی راهکارهایی برای همبستگی برمی‌آییم.

من با چنین نگرشی گزارش مواد مخدر جهانی UNODC را برای سال ۲۰۲۰ ارائه می‌کنم و از دولت‌ها و همه دست‌اندرکاران می‌خواهم به بهترین شکل از این منبع بهره گیرند.

غاده والی

مدیر اجرایی

دفتر مقابله با جرائم و مواد مخدر سازمان ملل متحد

فهرست

کتابچه ۱: خلاصه اجرایی، تأثیرات کوید – ۱۹ سیاست گذاری ها

کتابچه ۲: مصرف مواد مخدر و پیامدهای آن برای سلامت انسان

کتابچه ۳: عرضه مواد مخدر

کتابچه ۴: مسائل متقاطع: گرایش‌های نوظهور و چالش‌های نوین

کتابچه ۵ شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی و اختلالات مصرف مواد مخدر

کتابچه ۶ دیگر مسائل مرتبط با سیاست‌گذاری در حیطه مواد مخدر

پیشگفتار.....۳

نکات توضیحی.....۶

دامنه کتابچه.....۷

دسترسی به داروهای تحت نظارت به‌منظور تسکین درد.....۸

مقدار اوپیوئیدهای تجویزی قابل دسترس برای مصرف در سطح جهانی.....۸

موانع موجود بر سر راه قابلیت دسترسی به داروهای تحت نظارت برای مدیریت درد و مراقبت تسکینی.....۱۶

همکاری بین‌المللی.....۲۳

همکاری بین‌المللی به مدت بیش از یک قرن، در مرکز نظارت بین‌المللی بر مواد مخدر قرار داشته است.....۲۵

واژه‌نامه.....۳۱

گروه‌بندی‌های منطقه‌ای.....۳۳

نکات توضیحی

نام‌گذاری‌های به کار رفته و مطالب ارائه‌شده در گزارش جهانی مواد مخدر، به معنای اظهار نظر از طرف دبیرخانه سازمان ملل در مورد وضعیت حقوقی هیچ کشور، قلمرو، شهر یا منطقه، یا هر یک از مقامات قانونی و یا حدود و ثغور یا مرزبندی‌های تعیین‌شده توسط آن‌ها نیست.

کشورها و مناطق با نام‌هایی که در زمان جمع‌آوری داده‌های مربوطه مورد استفاده رسمی قرار گرفته‌اند، مورد اشاره قرار می‌گیرند.

از آنجا که در مورد تمایز بین «مصرف مواد مخدر»، «سوء مصرف داروهای تجویزی» و «سوء مصرف مواد مخدر» ابهام علمی و قانونی وجود دارد، در گزارش جهانی مواد مخدر از اصطلاح خنثی «مصرف مواد مخدر» استفاده شده است.

اصطلاح «سوء مصرف»[۲] فقط برای اشاره به استفاده غیرپزشکی از داروهای تجویزی استفاده می‌شود.

تمامی موارد استفاده از کلمه «مواد مخدر» و اصطلاح «مصرف مواد مخدر» در گزارش جهانی مواد مخدر، به مواد تحت نظارت کنوانسیون‌های بین‌المللی کنترل مواد مخدر و استفاده غیرپزشکی آن‌ها اشاره دارد.

تمام تحلیل‌های موجود در گزارش جهانی مواد مخدر، بر اساس داده‌های رسمی ارائه‌شده توسط کشورهای عضو از طریق پرسشنامه گزارش سالانه به UNODC است، مگر اینکه خلاف آن مشخص شده باشد.

داده‌های مربوط به جمعیت مورد استفاده در گزارش جهانی مواد مخدر از: چشم‌اندازهای جمعیت جهان: بازنگری سال ۲۰۱۹ (سازمان ملل، بخش امور اقتصادی و اجتماعی، بخش جمعیت) برگرفته شده است.

استفاده از عبارت «دلار» ($)، به دلار ایالات متحده اشاره دارد، مگر اینکه خلاف آن مشخص شده باشد.

استفاده از عبارت «تن»، به تن متریک اشاره دارد، مگر اینکه خلاف آن مشخص شده باشد.

اختصاراتی که در ادامه آمده، در کتابچه حاضر مورد استفاده قرار گرفته است:

AIDS	سندرم نقص ایمنی اکتسابی
ATS	محرک‌های نوع آمفتامین
EMCDDA	مرکز نظارت بر مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر اروپا
FARC	نیروهای مسلح انقلابی کلمبیا
ha	هکتار
HIV	ویروس نقص ایمنی انسان
INCB	هیئت بین‌المللی نظارت بر مواد مخدر
INTERPOL	سازمان پلیس جنایی بین‌الملل
OECD	سازمان همکاری و توسعه اقتصادی
REDD+	برنامه کاهش آلاینده‌های ناشی از جنگل‌زدایی و کاهش جنگل‌های سازمان ملل متحد
S-DDD	دوز روزانه تعریف‌شده به‌منظور مقاصد آماری
UNDP	برنامه توسعه سازمان ملل متحد
UNODC	دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد
WHO	سازمان بهداشت جهانی

[۲] misuse

دامنه کتابچه

ششمین کتابچه از گزارش جهانی مواد مخدر در سال ۲۰۲۰، به تعدادی از مسائل مربوط به سیاست مواد مخدر پرداخته است؛ که همگی بخشی از بحث بین‌المللی درباره معضل مواد مخدر و چگونگی حل آن هستند. اگرچه ممکن است داده‌ها و تحلیل جامعی برای برخی از این موارد در دسترس نباشد، اما فصل‌هایی که در ادامه ارائه شده است، نشان‌دهنده اولین تلاش در جهت ادغام مدارک موجود، با هدف حمایت از جامعه جهانی در اجرای چندین توصیه عملیاتی، ازجمله موارد موجود در سند مصوب جلسه ویژه مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۲۰۱۶ است.

کتابچه حاضر با در نظر گرفتن مسئله حصول اطمینان از دسترسی انحصاری به مواد تحت نظارت برای اهداف پزشکی و علمی، ضمن جلوگیری از انحراف آن‌ها، شروع می‌شود. بنابراین، این کتابچه به بررسی جدیدترین داده‌ها و گرایش‌ها در زمینهٔ قابل دسترس بودن مواد تحت نظارت، به‌ویژه اپیوئیدها، برای مصرف پزشکی در سطح جهانی و در سراسر مناطق می‌پردازد. همچنین، مروری بر آخرین یافته‌های حاصل از پیمایش در مورد موانع دسترسی به داروهای تحت نظارت برای اهداف پزشکی در کشورهای عضو ارائه شده است.

در ادامه، در زمینهٔ تقویت همکاری‌های بین‌المللی مبتنی بر اصل مسئولیت عمومی و مشترک، کتابچه حاضر داده‌های منتخب در مورد همکاری بین‌المللی را ارائه می‌دهد. دامنه تمرکز این فصل، با توجه به دامنه بالقوه وسیع موضوع مورد بحث، نسبتاً محدود است. در آغاز این فصل، تحلیلی از گرایش‌هایی تعداد منتخبی از مداخلات در زمینهٔ کاهش عرضه مواد مخدر که از طریق ارائه پرسشنامه گزارش سالانه به UNODC جمع‌آوری شده است، ارائه می‌شود. در پایان این فصل نیز کمک‌های مالی ارائه‌شده در جهت همکاری بین‌المللی در زمینهٔ مشکلات مرتبط با مواد مخدر توسط کشورهای اهداکننده مورد بررسی قرار می‌گیرد؛ و با تحلیلی از روندهای موجود در زمینهٔ جلوگیری از عرضه و مصرف مواد مخدر، یک شاخص احتمالی از موفقیت همکاری بین‌المللی ارائه می‌شود.

سپس این کتابچه شواهدی را برای حمایت از اجرای توصیه‌های عملیاتی در مورد توسعه جایگزین و سایر موضوعات مربوط به توسعه و مسائل اجتماعی-اقتصادی ارائه می‌دهد. این فصل یافته‌های تحقیقاتی که همواره با هدف ارزیابی تأثیر پروژه‌های توسعه جایگزین در تعدادی از کشورها و مناطق مختلف تحت تأثیر کشت غیرقانونی خشخاش یا بوته کوکائین انجام می‌گیرد را ارائه می‌دهد. همچنین ضمن برجسته‌سازی آسیب‌پذیری‌های خاص جوامع آسیب‌دیده و ارائه اولین برآورد انجام‌شده از اندازه بالقوه این آسیب‌ها، عوامل اجتماعی-اقتصادی ناشی از کشت محصولات غیرقانونی را مورد بررسی قرار می‌دهد.

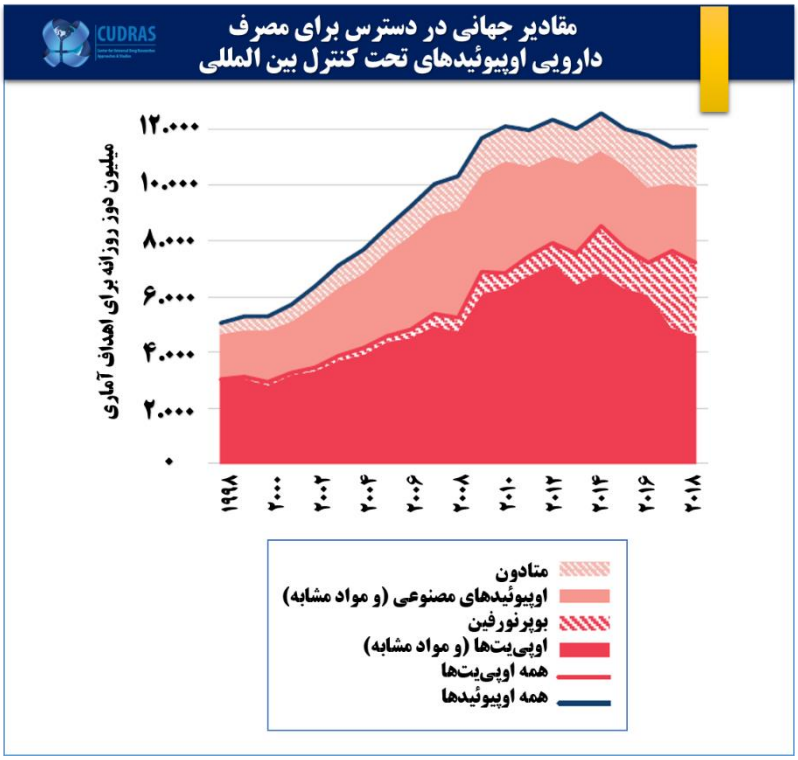
در ادامه، این کتابچه با اتکا به یک دیدگاه مفهومی و ارائه یافته‌های تحقیقاتی، سازوکارهای مختلفی را نشان می‌دهد، و به بحث در مورد رابطه بین مواد مخدر و خشونت می‌پردازد. سپس با تمرکزی کوتاه بر مواد مخدر و سیستم عدالت کیفری، شامل برآورد تعداد افراد دستگیر، محکوم و یا زندانی شده با جرائم مرتبط مواد مخدر، و مروری کوتاه بر پیامدهای بلندمدت حبس برای زنانی که به دلیل تخلف از قانون مواد مخدر زندانی شده‌اند، پایان می‌یابد.

برای نزدیک به شش دهه، اعلامیه‌های سطح بالایی صادر شده است که بر هدف مشترک جامعه جهانی در مورد رویکردی متعادل، یکپارچه، جامع، چند رشته‌ای و علمی مبتنی بر شواهد در زمینهٔ داروهای تحت نظارت تأکید می‌کند، به‌ویژه با توجه به دسترسی و در دسترس بودن این داروها برای اهداف پزشکی و علمی. علی‌رغم حمایت‌های رو به رشد در سطح جهانی، اظهارات سطح بالا در مورد اهداف و جنبش‌های موجود در نهادهای بین‌المللی و کشورهای خاص به‌منظور رسیدگی به مقوله در دسترس بودن داروهای تحت نظارت برای مدیریت درد، روند پیشرفت بسیار کند بوده و همچنان چالش‌ها و موانع قابل توجهی بر سر راه بهبود دسترسی به داروهای تحت نظارت وجود دارد.[۱، ۲، ۳، ۴]

مقدار اوپیوئیدهای تجویزی قابل دسترس برای مصرف در سطح جهانی

قابلیت دسترسی به داروهای تحت نظارت تسکین درد، به‌عنوان مثال، اوپیوئیدها، در مناطق جغرافیایی مختلف به‌طور نابرابر توزیع شده است و گرایش‌های گوناگونی در مناطق مختلف داشته است. مقدار اوپیوئیدهای (بیان‌شده در دوزهای روزانه) قابل دسترس برای مصارف پزشکی، در طی دوره ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۰ در سراسر جهان بیش از دو برابر شده است؛ که به دنبال آن، یک دوره تثبیت و کاهش در بازه زمانی ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۸ را مشاهده می‌کنیم.

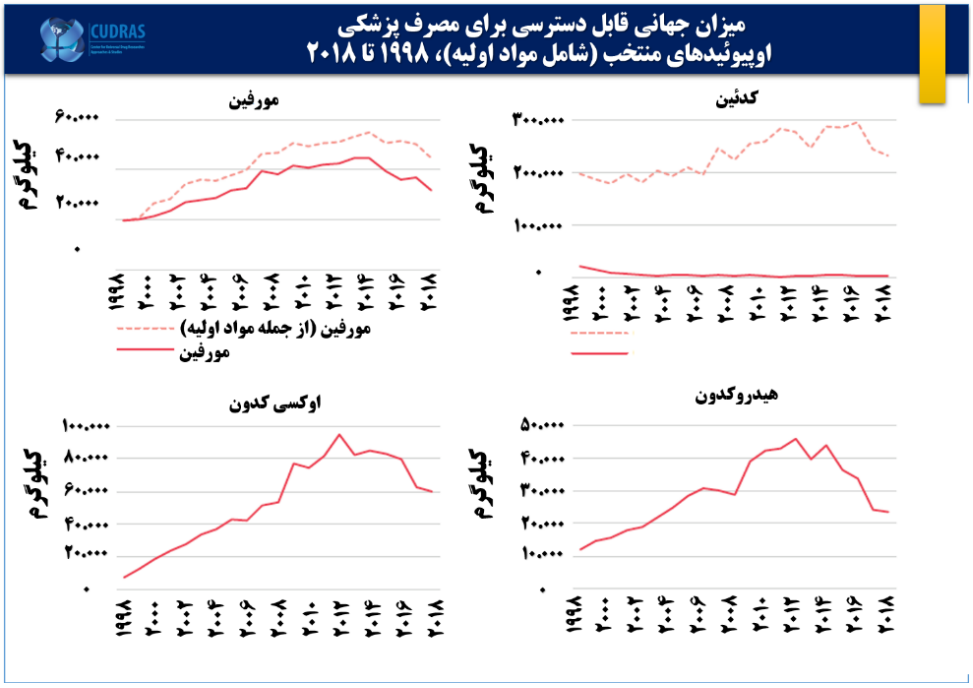
شکل ۱. میزان جهانی قابل دسترسی اوپیوئیدهای دارویی تحت نظارت بین‌المللی برای مصرف پزشکی، ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۸



Source: *Narcotic Drugs 2019: Estimated World Requirements for 2020 – Statistics for 2018* (E/INCB/2019/2).
Note: S-DDD refers to "defined daily doses for statistical purposes" as defined by INCB. S-DDDs are "technical units of measurement" for the purposes of statistical analysis and are not recommended daily prescription doses; actual doses may differ based on treatments required and medical practices. The statistics exclude prepara- tions of opioids listed in Schedule III of the 1961 Convention. Details of S-DDDs used for these calculations are provided in the methodological annex of the present report.
a Substances used as analgesics, i.e., excluding substances used in opioid substitu- tion treatment.
b Substances used in opioid substitution treatment and as analgesics.

بیشترین میزان رشد مصرف اوپیوئیدهای تجویزی قابل تهیه برای مصرف پزشکی در طی دوره زمانی ۱۹۹۸تا ۲۰۱۰، مربوط به اکسی‌کدون (رشد مصرف ۱۰ برابر طی ده سال)، هیدرومورفون (۵ برابر)، هیدروکدون (۳ برابر) و اکسی‌مورفون (۴۶۰۰۰ برابر) بوده است. متادون و بوپرنورفین، اوپیوئیدهای مورد استفاده در درمان اختلالات استفاده از مواد مخدر با کمک پزشکی نیز افزایش قابل توجهی را در مقادیر قابل دسترس برای مصرف پزشکی در سطح جهانی مشاهده کردند. میزان فنتانیل قابل دسترس برای مصرف پزشکی طی دوره ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۰، ۹ برابر افزایش یافته است.[۵] علاوه بر این، از سال ۲۰۰۰، گزارش شده است که تنها حدود ۱۰ درصد از مورفین قابل دسترس در جهان برای مراقبت تسکینی استفاده شده است و بیش از ۸۸ درصد آن به کدئین تبدیل شده است؛ اکثر میزان کدئین تولیدی (۸۹ درصد) نیز به‌منظور تولید داروهای ضد سرفه مورد استفاده قرار گرفته است.

شکل ۲. میزان جهانی قابل دسترسی برای مصرف پزشکی اوپیوئیدهای منتخب (شامل آماده‌سازی‌ها)، ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۸



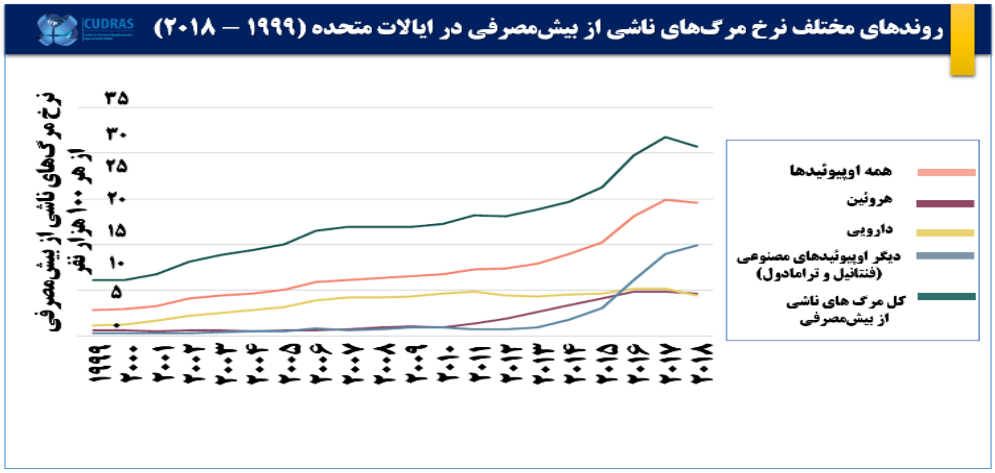
Source: *Narcotic Drugs 2018: Estimated World Requirements for 2019 – Statistics for 2017* (E/INCB/2018/2), and previous years. *Note: All these substances are controlled under the 1961 Convention.*

از سال ۲۰۱۴، به‌دنبال وضع قوانین سخت‌گیرانه‌تر با هدف کاهش انحراف در آمریکای شمالی، کاهش میزان اوپیوئیدهای قابل دسترس برای مصرف پزشکی به‌ویژه در مورد اکسی‌کدون، هیدروکدون و هیدرومورفون چشمگیر بوده است. پیش از سال ۲۰۱۴، به‌ویژه در آمریکای شمالی، این مواد به‌شدت به بازارهای مصرف غیرپزشکی هدایت می‌شدند. با این وجود، در سال ۲۰۱۸ این منطقه همچنان سهم عمده‌ای از مقادیر جهانی هیدرمورفون (۶۹ درصد)، اکسی‌کدون (۶۹ درصد) و هیدروکدون (۹۹ درصد) قابل دسترس برای مصرف پزشکی را در اختیار دارد.[۷]

مقادیر قابل دسترس برای مصرف پزشکی برخی دیگر از اوپیوئیدهای مصنوعی مورد استفاده در مدیریت درد، طی دو دهه گذشته کاهش یافته است. پتیدین، با کاهش ۷۰ درصدی در طول دوره ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۸، مثالی از چنین داروهایی است. در عین حال، مقادیر قابل دسترس برای مصرف پزشکی دکستروپروپوکسیفن که در دهه ۱۹۹۰ بسیار محبوب بود، طی دو دهه گذشته بیش از ۹۹ درصد کاهش یافته است. دکستروپروپوکسیفن، به دلیل نگرانی در مورد عوارض جانبی جدی، در تعدادی از کشورها ممنوع شد.[۸] مقدار فنتانیل قابل دسترسی برای مصرف پزشکی تا سال ۲۰۱۰ افزایش یافت، اما پس از آن تا حد زیادی پایدار ماند.[۹]

در مقابل، مقادیر بوپرنورفین و متادون قابل دسترسی برای مصرف پزشکی و استفاده در درمان دارویی اختلالات مصرف اوپیوئیدها، از سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است؛ به‌ویژه مصرف بوپرنورفین که در طول دوره ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۸ بیش از ۵۰ درصد افزایش یافته است.[۱۰] با این حال، به‌صورتی که در پوشش درمان آگونیست اوپیوئیدها برای افراد مبتلا به اختلالات مصرف اوپیوئیدها مشاهده می‌شود، همانند سایر مواد مخدر دارویی، تفاوت‌های زیادی در الگوی مصرف بوپرنورفین و متادون برای اهداف پزشکی میان کشورهای مختلف وجود دارد.[۱۱]

شکل ۳. توزیع میزان قابل دسترسی برای مصرف پزشکی کدئین، فنتانیل، مورفین، پتیدین و اوپیوئیدهای دیگر، نشان داده شده در دوزهای تعریف‌شده روزانه، بر اساس مناطق، ۲۰۱۸



Source: UNODC calculations based on *Narcotic Drugs 2019: Estimated World Requirements for 2020 – Statistics for 2018* (E/INCB/2019/2).

یادداشت: S-DDD به «دوز روزانهٔ تعریف‌شده برای مقاصد آماری» به‌صورتی که در INCB تعریف‌شده، اشاره دارد. S-DDD ها «واحدهای فنی اندازه‌گیری» برای مقاصد تحلیل آماری هستند و برای دوزهای روزانه تجویزی پیشنهاد نمی‌شوند؛ دوز تجویزی حقیقی می‌تواند بر اساس درمان مورد نیاز و روش درمانی متفاوت باشد. آمار ارائه‌شده آماده‌سازی اوپیوئیدهای فهرست‌شده در جدول زمانی ۳ مجمع ۱۹۶۱ را مستثنا کرده است. جزئیات S-DDD های مورد استفاده در این محاسبات، در پیوست روش‌شناختی گزارش حاضر ارائه شده است.

در قابلیت دسترسی به اوپیوئیدها برای مقاصد پزشکی بین کشورهای مختلف شکاف چشمگیری وجود دارد. بر اساس داده‌های موجود در مورد میزان قابل دسترسی اوپیوئیدها برای مقاصد پزشکی، تفاوت آشکاری بین کشورهای پردرآمد در مقایسه با کشورهای با درآمد پایین و متوسط [۱۲] در مورد تمامی اوپیوئیدها وجود دارد (به‌عنوان مثال، کدئین، فنتانیل، هیدرومورفون، مورفین، اکسی‌کدون، پتیدین و متادون).

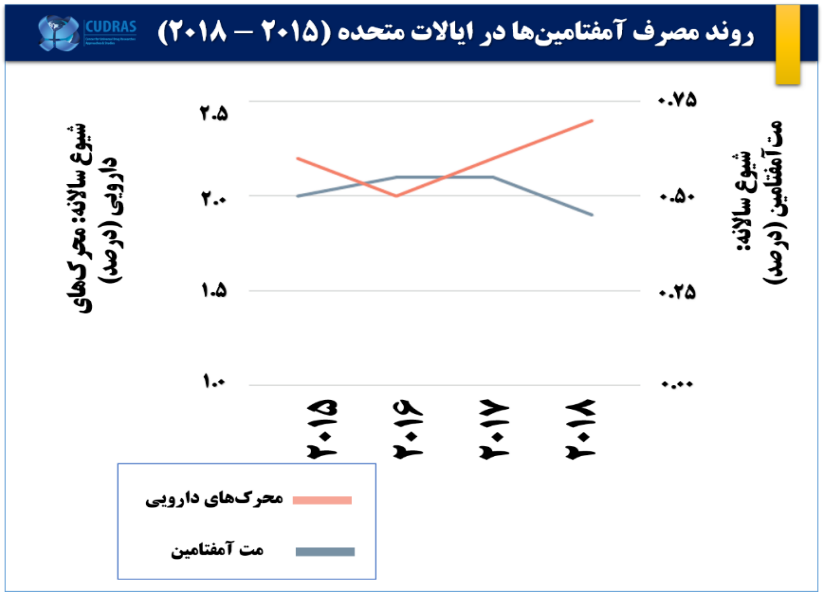
داده‌های سال ۲۰۱۸ نشان می‌دهد که بیش از ۹۰ درصد از کل اوپیوئیدهای دارویی که برای مصرف پزشکی در دسترس قرار دارند، در کشورهای با درآمد بالا هستند: ۵۰ درصد در آمریکای شمالی، حدود ۴۰ درصد در اروپا، اغلب در اروپای غربی و مرکزی و ۲ درصد در اقیانوسیه، اغلب در استرالیا و نیوزیلند. این کشورهای پردرآمد حدود ۱۲ درصد از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند. بنابراین، برآورد می‌شود که کشورهای با درآمد کم و متوسط که حدود ۸۸ درصد از جمعیت جهان را در خود جای داده‌اند، کمتر از ۱۰ درصد از مقدار جهانی اوپیوئیدهای قابل دسترسی برای مصرف پزشکی را مورد مصرف قرار می‌دهند.

شکل ۴.

منبع: محاسبات UNODC بر اساس مواد مخدر ۲۰۱۹: برآورد ملزومات جهانی سال ۲۰۲۰ – آمار سال ۲۰۱۸ (E/INCB/2019/2).

یادداشت: S-DDD به «دوز روزانهٔ تعریف‌شده برای مقاصد آماری» به‌صورتی که در INCB تعریف شده است، اشاره دارد. S-DDD ها «واحدهای فنی اندازه‌گیری» برای مقاصد تحلیل آماری هستند و برای دوزهای روزانه تجویزی پیشنهاد نمی‌شوند؛ دوز تجویزی حقیقی می‌تواند بر اساس درمان مورد نیاز و روش درمانی متفاوت باشد. آمار ارائه‌شده آماده‌سازی اوپیوئیدهای فهرست‌شده در جدول زمانی ۳ مجمع ۱۹۶۱ را مستثنا کرده است. جزئیات S-DDD های مورد استفاده در این محاسبات، در پیوست روش‌شناختی گزارش حاضر ارائه شده است.

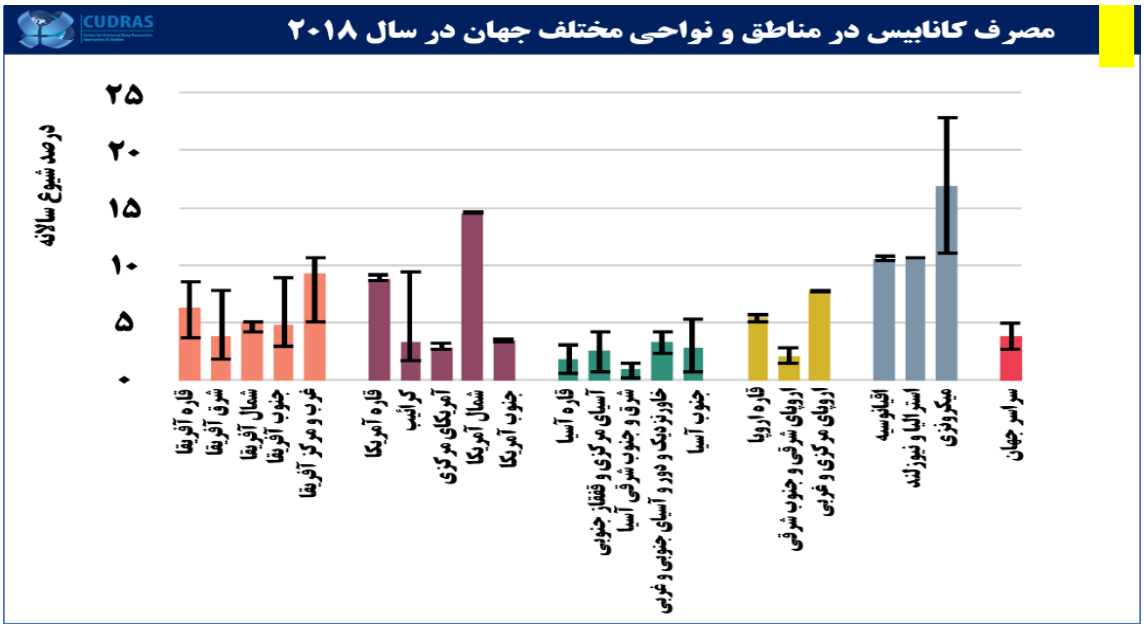
شکل ۵.



منبع: محاسبات UNODC بر اساس مواد مخدر ۲۰۱۹: برآورد ملزومات جهانی سال ۲۰۲۰ – آمار سال ۲۰۱۸ (E/INCB/2019/2).
یادداشت: S-DDD به «دوز روزانهٔ تعریف‌شده برای مقاصد آماری» به‌صورتی که در INCB تعریف‌شده، اشاره دارد. S-DDD ها «واحدهای فنی اندازه‌گیری» برای مقاصد تحلیل آماری هستند و برای دوزهای روزانه تجویزی پیشنهاد نمی‌شوند؛ دوز تجویزی حقیقی می‌تواند بر اساس درمان مورد نیاز و روش درمانی متفاوت باشد. آمار ارائه‌شده آماده‌سازی اوپیوئیدهای فهرست‌شده در جدول زمانی ۳ مجمع ۱۹۶۱ را مستثنا کرده است. جزئیات S-DDD های مورد استفاده در این محاسبات، در پیوست روش‌شناختی گزارش حاضر ارائه شده است.

حتی در داخل هر منطقه نیز تفاوت چشمگیری در مصرف اوپیوئیدها برای مقاصد پزشکی وجود دارد. طی دوره ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۸، متوسط مصرف اوپیوئیدها در کشورهای آمریکای شمالی از حدود ۱۰۰ دوز تعریف‌شده روزانه برای اهداف آماری (S-DDD) به ازای هر میلیون نفر در مکزیک تا ۳۲۷۰۰ S-DDD در هر میلیون نفر در ایالات متحده امریکا متغیر بوده است. به همین ترتیب، در اروپای غربی و مرکزی، برآوردها از حدود ۵۰۰ S-DDD به ازای هر یک‌میلیون نفر از ساکنین مالت تا ۲۵،۸۰۰ S-DDD به ازای هر یک‌میلیون نفر از ساکنین آلمان، متغیر است. در قاره اقیانوسیه، برآوردها به‌طور متوسط از ۱۵ S-DDD در هر میلیون نفر در وانواتو تا نزدیک به ۱۱،۶۰۰ S-DDD در هر میلیون نفر در استرالیا؛ و در آسیا، از ۰،۱ S-DDD در هر میلیون نفر در یمن تا نزدیک به ۱۱۳۰۰ S-DDD در هر میلیون نفر در اسرائیل، متغیر است.

شکل ۶. میزان قابل دسترسی برای مصرف پزشکی کدئین، فنتانیل، مورفین، پتیدین و اوپیوئیدهای دیگر، بر اساس منطقه و مناطق فرعی،[a] ۲۰۱۸



یادداشت: S-DDD به «دوز روزانهٔ تعریف‌شده برای مقاصد آماری» به‌صورتی که در INCB تعریف‌شده، اشاره دارد. S-DDD ها «واحدهای فنی اندازه‌گیری» برای مقاصد تحلیل آماری هستند و برای دوزهای روزانه تجویزی پیشنهاد نمی‌شوند؛ دوز تجویزی حقیقی می‌تواند بر اساس درمان مورد نیاز و روش درمانی متفاوت باشد. آمار ارائه‌شده آماده‌سازی اوپیوئیدهای فهرست‌شده در جدول زمانی ۳ مجمع ۱۹۶۱ را مستثنا کرده است. جزئیات S-DDD های مورد استفاده در این محاسبات، در پیوست روش‌شناختی گزارش حاضر ارائه شده است.

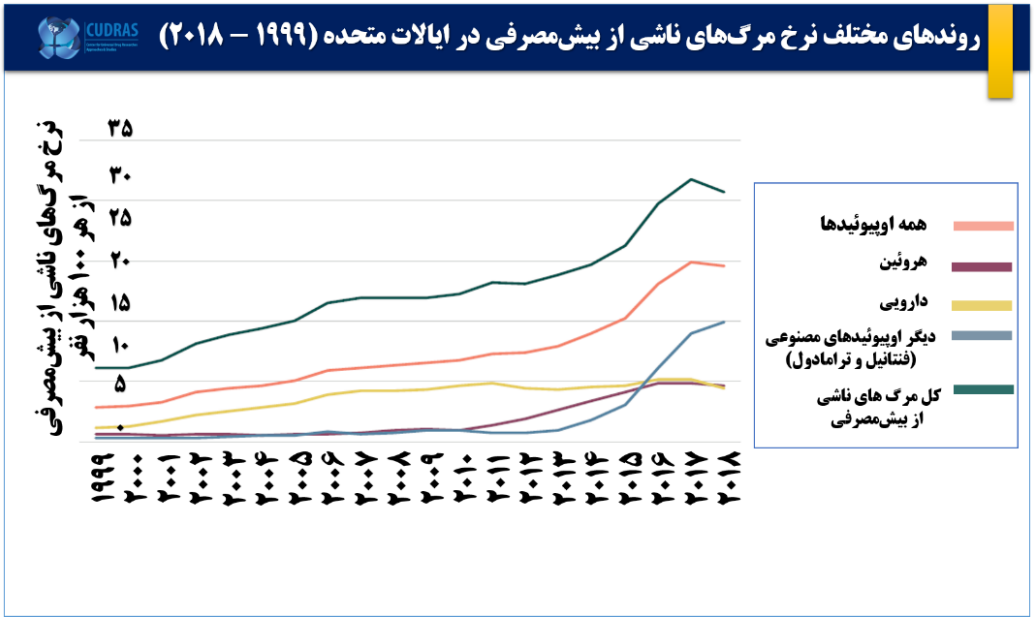
[a] این نواحی و مناطق فرعی، توسط UNODC در گزارش جهانی مواد مخدر دسته‌بندی شده‌اند؛ که ممکن است مقداری با دسته‌بندی ارائه شده در انتشارات INCB متفاوت باشد.

داده‌ها نشان می‌دهد که بین درآمد ناخالص ملی و قابلیت دسترسی به اوپیوئیدهای دارویی برای اهداف پزشکی همبستگی کلی مثبتی وجود دارد ($R = 0.67$) طی دوره ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۸). هرچند، در تعدادی از کشورها و سرزمین‌های آسیایی با درآمد سرانه ناخالص ملی بالا (مانند ماکائو، چین، هنگ‌کنگ، چین، قطر، سنگاپور، ژاپن و کویت) قابلیت دسترسی به اوپیوئیدها برای مقاصد پزشکی بسیار پایین است. این مسئله بیانگر این نکته است که سطح درآمد ملی تنها عامل توضیح‌دهنده توزیع نابرابر قابلیت دسترسی به اوپیوئیدها برای مقاصد پزشکی نیست. تعدادی از موانع دسترسی به اوپیوئیدها برای مدیریت درد، به قانون‌گذاری، فرهنگ، نظام‌های بهداشتی و دستورالعمل‌های تجویز دارو مربوط است.

داده‌های موجود، همچنین در نوع اوپیوئیدهای دارویی موجود در بازار پزشکی، تفاوت نشان می‌دهند. در حالی که داده‌های مربوط به آمریکای شمالی نشان می‌دهد که هیدروکلن بیشترین قابلیت دسترسی در میان اوپیوئیدهای دارویی را دارد (از نظر دوزهای روزانه به ازای هر نفر ساکن)، فنتانیل در دسترس‌ترین داروی اوپیوئیدی در اروپای غربی و مرکزی و استرالیا و نیوزیلند است. در استرالیا و نیوزیلند و آمریکای شمالی، قابلیت دسترسی به اکسی‌کدون برای مصرف پزشکی نیز نسبتاً زیاد است. در مقابل، به نظر می‌رسد دسترسی به کدئین برای مصرف پزشکی بسیار محدود باشد. اگرچه ممکن است این مسئله یک اثر تصنعی آماری باشد؛ زیرا اکثر کدئین تولیدی، به‌عنوان مواد اولیه محصولات جانبی به فروش می‌رسد که فروش آن تحت فهرست ۳ کنوانسیون منفرد ۱۹۶۱، در سطح پایین‌تری از نظارت بین‌المللی قرار دارد. بنابراین، نسبت به فروش سایر اوپیوئیدهای دارویی، در مورد کدئین مستندات کمتری وجود دارد.

در جهت رفع نابرابری در مصرف اوپیوئیدهای دارویی، تلاش‌های مشترکی در سطوح بین‌المللی و کشوری صورت گرفته است؛ [۱۳] به‌ویژه در مورد مورفین که به مدت نزدیک به دو دهه، در فهرست داروهای اساسی WHO برای مدیریت درد ناشی از سرطان، HIV/AIDS، سایر بیماری‌های مزمن، آسیب‌های تروماتیک، سوختگی و جراحی قرار دارد.[۱۴، ۱۵] علیرغم این موضوع، مورفین در مقادیر کافی، در دوزهای مناسب، با کیفیت اطمینان‌بخش و حاوی اطلاعات کافی و به قیمتی که افراد و جوامع بتوانند از عهده آن برآیند، در دسترس نبوده است.[۱۶، ۱۷]

شکل ۷. گرایش‌های موجود در قابلیت دسترسی به مسکن‌های اوپیوئیدی برای مصرف پزشکی، بر اساس منطقه/مناطق فرعی،[a] ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۸



یادداشت: S-DDD به «دوز روزانهٔ تعریف‌شده برای مقاصد آماری» به‌صورتی که در INCB تعریف‌شده، اشاره دارد. S-DDD ها «واحدهای فنی اندازه‌گیری» برای مقاصد تحلیل آماری هستند و برای دوزهای روزانه تجویزی پیشنهاد نمی‌شوند؛ دوز تجویزی حقیقی می‌تواند بر اساس درمان مورد نیاز و روش درمانی متفاوت باشد. آمار ارائه‌شده آماده‌سازی اوپیوئیدهای فهرست‌شده در جدول زمانی ۳ مجمع ۱۹۶۱ را مستثنا کرده است. جزئیات S-DDD های مورد استفاده در این محاسبات، در پیوست روش‌شناختی گزارش حاضر ارائه شده است.

[a] این نواحی و مناطق فرعی، توسط UNODC در گزارش جهانی مواد مخدر دسته‌بندی شده‌اند؛ که ممکن است مقداری با دسته‌بندی ارائه شده در انتشارات INCB متفاوت باشد. در مورد داده‌های مفقود، از تکنیک برون‌یابی استفاده شده است.

[b] شامل مناطق فرعی بالاتر از میانگین جهانی؛ به‌عنوان مثال، آمریکای شمالی، اروپای غربی و مرکزی، استرالیا و نیوزیلند.

[c] شامل نواحی و مناطق فرعی پایین‌تر از میانگین جهانی؛ به‌عنوان مثال، آفریقا، آسیا، اروپای شرقی، اروپای جنوب شرقی، کارائیب، آمریکای مرکزی و جنوبی و همچنین ملانزی، میکرونزی و پولینزی، مانند تمامی مناطق و مناطق فرعی خارج از آمریکای شمالی، اروپای غربی و مرکزی و استرالیا و نیوزیلند.

در سال ۲۰۱۸، برآورد شد که ۸۷ درصد از مقدار جهانی مورفین قابل دسترسی برای مصرف پزشکی، در کشورهای با درآمد بالا که ۱۲ درصد از جمعیت جهان را در خود جای داده‌اند، مصرف شده است. در حالی که اهمیت نسبی مقادیر مورفین موجود برای مصارف پزشکی در کشورهای با درآمد کم و متوسط از سال ۲۰۱۴ کمی افزایش یافته است (از ۹,۵ به ۱۳ درصد در سال ۲۰۱۸)، میزان مورفین قابل دسترسی به ازای هر نفر در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، به‌ویژه در آسیای جنوبی و آفریقا، بی‌نهایت پایین است.[۱۸، ۱۹] حتی با وجود اینکه ممکن است در این کشورها مورفین برای استفاده پزشکی وجود داشته باشد، دسترسی بسیاری از مردم هنوز محدود است.[۲۰، ۲۱]

نقش پزشکی مکمل و جایگزین بر مدیریت درد مزمن غیر سرطانی

استفاده از اوپیوئیدهای قوی، به‌ویژه مورفین، به‌طور کلی برای مدیریت درد در مراقبت تسکینی بیماران سرطانی، درمان اصلی محسوب می‌شود.[a] در اغلب موارد، مدیریت درد مزمن غیر سرطانی که در بسیاری از کشورها یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامتی است، دشوارتر از درد سرطانی تلقی می‌شود و درمان آن نیز گاهی بحث‌برانگیزتر است.[b] درد مزمن غیر سرطانی در ادبیات علمی به‌عنوان دردی که ناشی از جراحات یا بیماری‌هایی غیر از سرطان باشد و بیش از سه ماه طول بکشد، تعریف شده است.[c] همچنین، درد مزمن ناشی از ترکیبی از عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی در نظر گرفته شده است؛ و بنابراین، به‌منظور ارزیابی درد، نظارت و ارزیابی بیمار و مدیریت بلندمدت درد، به رویکردی چندعاملی نیاز دارد. برخی از شرایط رایج که باعث ایجاد درد نوروپاتیک می‌شود، شامل فیبرومیالژیا که ممکن است در اثر آسیب به سیستم عصبی پیرامون یا مرکزی به وجود بیاید، کمردرد و آرتروز می‌شود. با وجود اینکه اوپیوئیدها به‌طور گسترده در مدیریت درد مزمن غیر سرطانی در برخی کشورها و محیط‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند، در برخی دیگر از مناطق، در مدیریت دردهای مزمن، خواه مرتبط با سرطان باشند یا نه، از سایر داروها و همچنین داروهای مکمل و جایگزین، به‌طور مؤثر استفاده می‌شود.[d, e]

به غیر از اوپیوئیدها، داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی نیز در بیماران مبتلا به آرتروز، آرتریت روماتوئید و کمردرد استفاده می‌شود.

گزارش شده است که داروهای ضد افسردگی نیز، برای کنترل درد نوروپاتیک، فیبرومیالژیا، کمردرد و سردرد، اثرگذار است. کاربرد داروهای ضد تشنج، مانند گاباپنتین، پرگابالین و کاربامازپین نیز در درمان درد مزمن غیر سرطانی اثبات شده است.[f]

دست‌کاری ستون فقرات، متداول‌ترین روش درمانی برای کمردرد، در درمان مکمل و جایگزین است.[g] ماساژ نیز روش دیگری است که معمولاً به‌عنوان یک درمان مکمل برای بیماران مبتلا به درد مزمن غیر سرطانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به همین ترتیب، شواهدی نیز از اثرگذاری طب سوزنی در درمان کمردرد مزمن پشتیبانی می‌کند؛ در حالی که نتایج در مورد اثرگذاری طب سوزنی در کاهش درد ناشی از فیبرومیالژیا و درد گردن، امیدوارکننده است.[h]

مداخلات روان‌شناختی، مانند درمان شناختی-رفتاری، آموزش آرامیدگی و هیپنوتیزم، از متداول‌ترین روش‌ها در مدیریت درد مزمن هستند.[i] هدف از این مداخلات، به‌جای از بین بردن دلایل جسمی درد، کمک به بیمار در جهت کنار آمدن با علائم درد، یادگیری مهارت‌های سازگاری و خودمدیریتی و کاهش ناتوانی ناشی از علائم درد است.[j]

a WHO, Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances: Guidance on Availability and Accessibility of Controlled Medicines (Geneva, 2011).
b Nora D. Volkow and A. Thomas McLellan, "Opioid abuse in chronic pain: misconceptions and mitigation strategies", New England Journal of Medicine, vol. 374, No. 13 (March 2016), pp. 1253–1263.
c Dennis C. Turk, Hilary D. Wilson and Alex Cahana, "Treatment of chronic non-cancer pain", Lancet, vol. 377, No. 9784 (June 2011), pp. 2226–2235.
d Ibid.
e Priyanka Singh and Aditi Chaturvedi, "Complementary and alternative medicine in cancer pain management: a systematic review", Indian Journal of Palliative Care, vol. 21, No. 1 (2015), pp. 105–115 (2015).
f Turk, Wilson and Cahana, "Treatment of chronic non-cancer pain".
g Ibid.
h Ibid.
i Singh and Chaturvedi, "Complementary and alternative medicine in cancer pain management".
j Turk, Wilson and Cahana, "Treatment of chronic non-cancer pain".

WHO تخمین می‌زند که در سطح جهانی، هر سال ۵/۵ میلیون بیمار سرطانی در حال مرگ و ۱ میلیون بیمار در مرحله نهایی HIV /AIDS، به درمان مناسب برای درد متوسط تا شدید دسترسی ندارند.[۲۲]

در سال‌های اخیر، اختلاف چشمگیر موجود در میان کشورهای مختلف در زمینهٔ دسترسی به اوپیوئیدها برای اهداف پزشکی، اندکی کاهش یافته است: در آمریکای شمالی، گزارش شده است که میزان اوپیوئیدهای قابل دسترسی برای مصرف پزشکی کاهش یافته است؛ در حالی که در چندین منطقه دیگر، به‌ویژه آمریکای جنوبی و در نزدیکی خاورمیانه و جنوب غربی آسیا که در گذشته میزان دسترسی به این داروها پایین بوده است، افزایش کلی مشاهده می‌شود. این مسئله نشان‌دهنده افزایش کلی در قابلیت دسترسی به اوپیوئیدها در کشورهای در حال توسعه وجود است؛ اگرچه میزان دسترسی همواره پایین بوده و هم‌اکنون نیز در سطح پایینی قرار دارد. سرانه قابلیت دسترسی روزانه به اوپیوئیدهای دارویی در نواحی و مناطق فرعی که قابلیت دسترسی در آن‌ها زیر میانگین جهانی بوده، بیش از دو برابر افزایش یافته است (به‌عنوان مثال، آفریقا، آسیا، آمریکای جنوبی و مرکزی، حوزه کارائیب، اروپای شرقی و جنوب شرقی، ملانزی، میکرونزی و پولینزی). در مجموع، قابلیت دسترسی در این مناطق و مناطق فرعی از میانگین ۷۰ S-DDD به ازای هر یک‌میلیون نفر در سال ۲۰۱۰، به ۱۸۰ S-DDD در سال ۲۰۱۸ افزایش یافته است (۷ درصد از میانگین سرانه جهانی).[۲۳]

در مقابل، قابلیت دسترسی به اوپیوئیدهای دارویی برای اهداف پزشکی در آمریکای شمالی، تقریباً ۵۰ درصد کاهش یافته است؛ و از ۳۲،۵۵۰ S-DDD در هر روز به ازای هر یک‌میلیون نفر در سال ۲۰۱۰، به ۱۶،۹۱۰ S-DDD در سال ۲۰۱۸ رسیده است. در نتیجه، در سال ۲۰۱۸، به سطوح گزارش شده در اروپای غربی و مرکزی (۱۲،۶۶۰ S-DDD) و استرالیا و نیوزیلند (۱۰،۵۳۰ S-DDD)، نزدیک شده است. با این وجود، دسترسی سرانه به اوپیوئیدهای

دارویی برای اهداف پزشکی در آمریکای شمالی، نسبت به دیگر مناطق، به‌ویژه در مقایسه با سطوح بسیار پایین دسترسی در آفریقا و آسیای جنوبی و همچنین در آسیای مرکزی و ماوراء قفقاز که هیچ نشانه‌ای از افزایش قابلیت دسترسی در آن‌ها وجود ندارد، همچنان بالا است (حدود هشت برابر میانگین جهانی).[۲۴]

INCB خاطرنشان می‌کند، افزایش استفاده از اوپیوئیدهای مصنوعی گران‌قیمت طی دو دهه گذشته در برخی از کشورهای پیشرفته که در مصرف بیش از حد و شیوع «اپیدمی اوردوز» در این کشورها نقش داشته است، با میزان افزایش استفاده از مورفین مقرون‌به‌صرفه، به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط، مطابقت ندارد.[۲۵]

موانع موجود بر سر راه قابلیت دسترسی به داروهای تحت نظارت برای مدیریت درد و مراقبت تسکینی

دلایل نابرابری در قابلیت دسترسی به اوپیوئیدها برای کنترل درد بسیار پیچیده است؛ و شامل اثرات تاریخی در نظام‌های مختلفی مانند دولت، مراقبت‌های بهداشتی و جامعه و همچنین چالش‌های مدرن، ازجمله نگرانی‌های ناشی از بحران اوردوز اوپیوئید است.

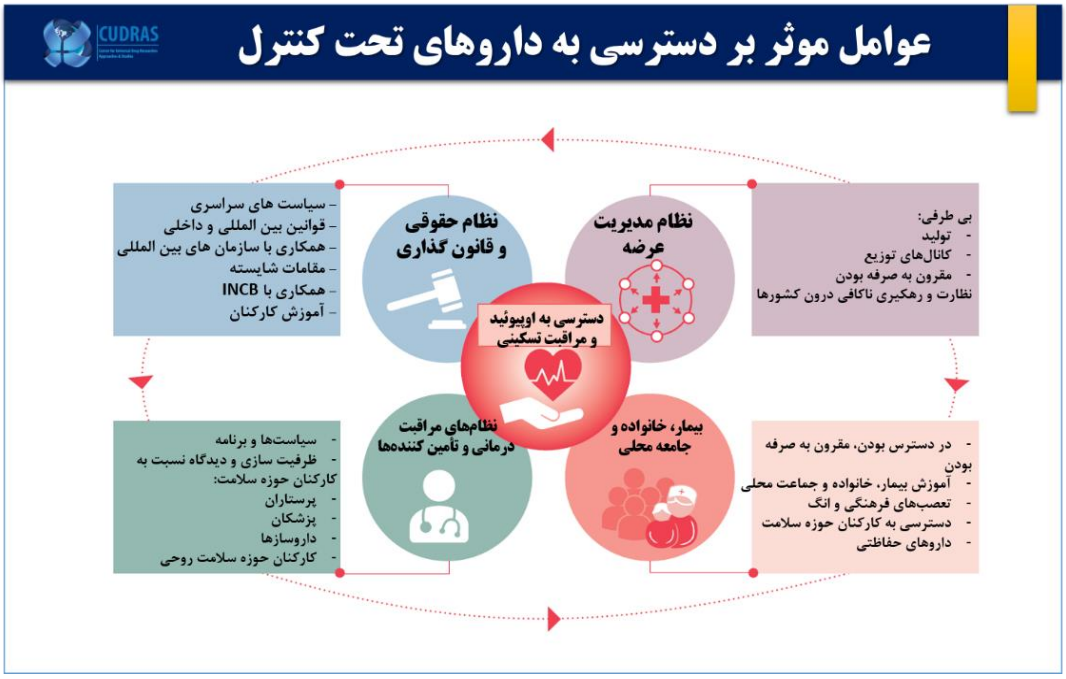
چالش‌ها و موانع مختلفی بر سر راه دسترسی به داروهای تحت نظارت برای کنترل درد وجود دارد؛ که همه آن‌ها پیچیده، چندلایه و مرتبط با یکدیگر هستند. این چالش‌ها و موانع، شامل نظام‌های تجاری، آموزشی، قضایی، امور خارجه، نیروی کار و توسعه می‌شود، اما محدود به موارد ذکر شده نیست. شاید بتوان نظام‌های قانون‌گذاری و نظارتی، مدیریت ملی تأمین منابع و نظام‌های بهداشتی را به‌عنوان شناخته‌شده‌ترین و برجسته‌ترین موانع در نظر گرفت. هر یک از موارد مذکور، به‌طور مستقیم و غیرمستقیم موانع موجود بر سر راه قابلیت دسترسی به داروهای تحت نظارت برای مدیریت درد و مراقبت‌های تسکینی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.[۲۶] این چالش‌ها و موانع و همچنین پیشرفتی که در سطح جهانی برای رفع آن‌ها حاصل شده است، در ادامه مورد بحث گرفته است.

نظام‌های قانون‌گذاری و نظارتی

در سال ۲۰۱۸، INCB به‌منظور بررسی موانع و ارزیابی پیشرفت‌های صورت‌گرفته در بهبود قابلیت دسترسی به مواد تحت نظارت برای کنترل درد در سطح ملی، نسبت به پیمایش‌های پیشین در سال‌های ۱۹۹۵، ۲۰۱۰ و ۲۰۱۴، یک پیمایش[۲۷] از مقامات ملی انجام داد. از ۱۳۰ کشوری (شامل ۷۸ درصد جمعیت جهان) که به پیمایش پاسخ دادند، ۴۰ درصد بیان کردند که طی ۵ سال گذشته، به‌منظور اثرگذاری بر قابلیت دسترسی به داورهای تحت نظارت، قوانین و یا سیستم‌های نظارتی مورد بررسی یا تغییر قرار گرفته‌اند. برخی از کشورها «تغییرات کلی» نامشخصی را گزارش کردند؛ برخی دیگر اظهار داشتند که تغییراتی در وضعیت مواد تحت نظارت ایجاد شده است. دی عین حال، برخی دیگر از کشورها گزارش کرده‌اند که تدابیری الکترونیکی را برای تسهیل تجویز و یا خرید داروهای تحت نظارت اتخاذ کرده‌اند.

اگرچه از سال ۱۹۹۵ تا کنون، مقرراتی که دسترسی به داروهای تحت نظارت را محدود می‌کند در بسیاری از کشورها کاهش یافته است، همچنان چالش‌هایی وجود دارد. در سال ۲۰۱۸، ۲۶ درصد از کشورهایی که به این پیمایش پاسخ داده‌اند، به وجود مجازات قانونی برای اشتباهات ناخواسته در مدیریت مسکن‌های اوپیوئیدی اشاره کرده‌اند. گزارش شده است که تهدید قانونی عامل مهمی در تصمیم‌گیری برخی از پزشکان مبنی بر عدم تهیه، ذخیره یا تجویز اوپیوئیدها است؛ که موجب محدود شدن دسترسی به آن‌ها می‌شود. داروخانه‌هایی که مایل به توزیع اوپیوئیدها هستند نیز با چالش‌هایی مشابه روبه‌رو هستند.[۲۸] به‌صورتی که توسط کشورهای پاسخ‌دهنده به پیمایش گزارش شده است، سه مانع

عمده بر سر راه قابلیت دسترسی به اوپیوئیدها در سال ۲۰۱۸، عدم آموزش و آگاهی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، ترس از اعتیاد و مشکلات موجود در تهیه داروهای اوپیوئیدی بوده است.[۲۹]



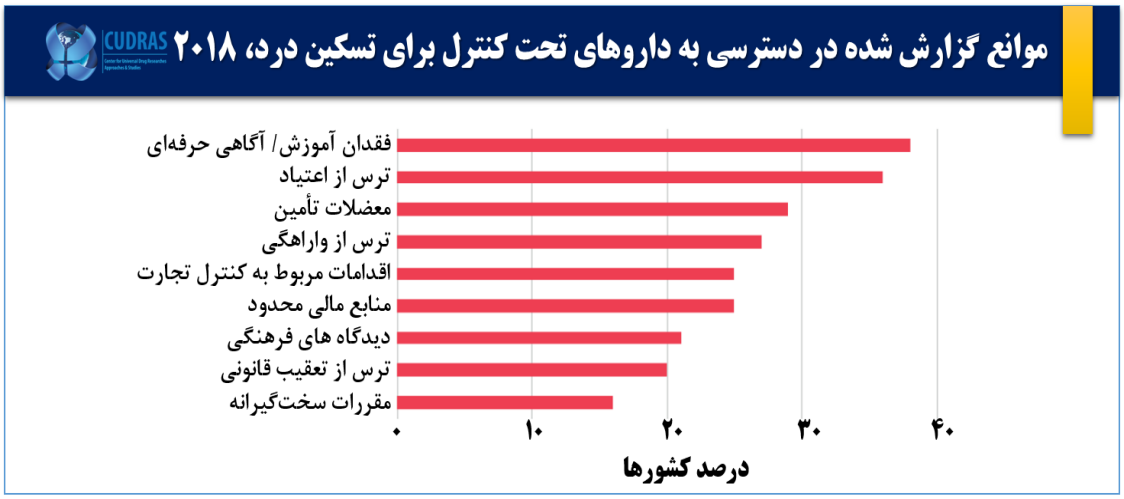
در کشورهایی که گزارش کرده‌اند به‌منظور گسترش دامنه متخصصان مراقبت‌های بهداشتی مجاز به تجویز مواد تحت نظارت، تغییراتی در قوانین و مقررات ایجاد کرده‌اند، شواهدی مبنی بر پیشرفت جزئی در زمینهٔ بهبود قابلیت دسترسی به داروهای تحت نظارت برای مدیریت درد (۱۶ درصد)، مشاهده شده است. به‌طور کلی، ۱۲۳ کشور گزارش دادند که به متخصصان پزشکی اجازه می‌دهند مواد تحت نظارت را برای مدیریت درد و مراقبت تسکینی تجویز کنند؛ ۹۸ کشور به پزشکان عمومی نیز اجازه تجویز چنین داروهایی را می‌دهند. از آنجا که فقط ۹ کشور حاضر در این پیمایش گزارش دادند که قوانین آن‌ها به پرستاران، ازجمله پرستاران تخصصی، اجازه می‌دهد که این داروها را تجویز کنند، چالش‌های موجود، همچنان دامنه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که می‌توانند مسکن‌های اوپیوئیدی تجویز کنند را محدود می‌کنند.[۳۰] وجود چنین محدودیت‌هایی در قانون‌گذاری مبنی بر اینکه چه کسی می‌تواند مواد تحت نظارت را تجویز کند، به‌ویژه در کشورهایی با درآمد کم و متوسط که خدمات مراقبت‌های بهداشتی غیرمتمرکز ندارند و یا تعداد پزشکان یا متخصصان محدود است، موجب تداوم موانع موجود در برابر دسترسی به داروهای اوپیوئیدی می‌شود. در سال ۲۰۱۸، INCB سازمان‌های جامعه مدنی را نیز مورد بررسی قرار داد و از ۳۰ سازمان مستقر در ۲۳ کشور آسیایی، آفریقایی، اروپایی و آمریکایی پاسخ دریافت کرد.[۳۱] بیش از نیمی از سازمان‌هایی که به پرسشنامه پاسخ داده بودند، گزارش دادند به‌منظور ساده‌سازی و تسهیل فرآیندها و حذف مقررات محدودکننده غیرضروری برای اطمینان از دسترسی به مواد

تحت نظارت و حفظ نظام‌های نظارتی مناسب، تغییرات یا بررسی‌هایی در قانون‌گذاری کشورهای متبوع آن‌ها صورت گرفته است. اگرچه این بررسی با استفاده از نمونه‌های محدودی از سازمان‌های جامعه مدنی صورت گرفته است، اما نشان‌دهنده درک نسبتاً مثبت برخی کشورها در جهت اتخاذ اقداماتی به‌منظور تغییر یا ساده‌سازی قوانین و مقرراتی است که قابلیت دسترسی به داروهای تحت نظارت را محدود می‌کند.

نظام‌های ملی مدیریت منابع

برای دستیابی به توازن بین جلوگیری از انحراف و اطمینان از دسترسی کافی به داروهای تحت نظارت برای مدیریت درد و مراقبت‌های تسکینی، وجود سیستم‌های ملی کاربردی، مؤثر و کارآمد که بر اساس کنوانسیون‌های بین‌المللی نظارت بر دارو هدایت می‌شوند، از اهمیت بسزایی برخوردار هستند. در داخل زنجیره‌های تأمین و نظام‌های مدیریت ملی، حوزه‌های مختلفی بر صادرات، واردات، تهیه و نظارت بر قابلیت دسترسی به داروهای تحت نظارت تأثیر می‌گذارد. در این زنجیره، عوامل اصلی که بر دسترسی به مواد تحت نظارت در یک کشور تأثیر می‌گذارند عبارت‌اند از: (۱) فرآیندهای تهیه برآورد ملی از داروهای تحت نظارت برای مدیریت درد و مراقبت‌های تسکینی؛ (۲) ارزیابی قابلیت دسترسی به مواد تحت نظارت؛ و (۳) توسعه معیارها (در مقایسه با آستانه استفاده زیاد و کم مواد تحت نظارت).

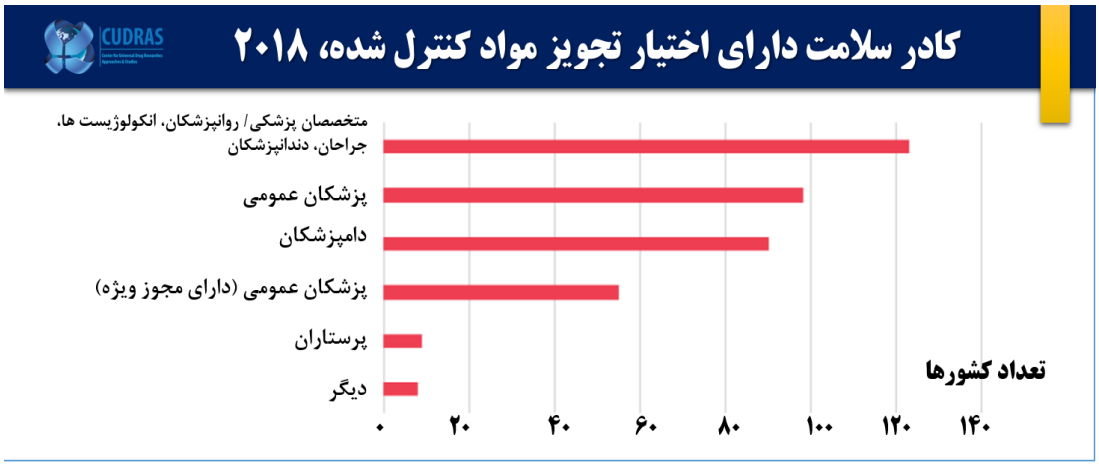
شکل ۸.



منبع: پیشرفت در حصول اطمینان از دسترسی مناسب به مواد تحت نظارت در سطح جهانی، برای اهداف دارویی و علمی (E/INCB/2018/Supp.1).

یادداشت: درصد ارائه شده بیانگر نسبت کشورهای پاسخ‌دهنده‌ای است که به هر یک از عوامل مانع بر قابلیت دسترسی به داروهای مسکن اشاره کرده‌اند. پاسخ‌های متعدد امکان‌پذیر بوده است.

شکل ۹

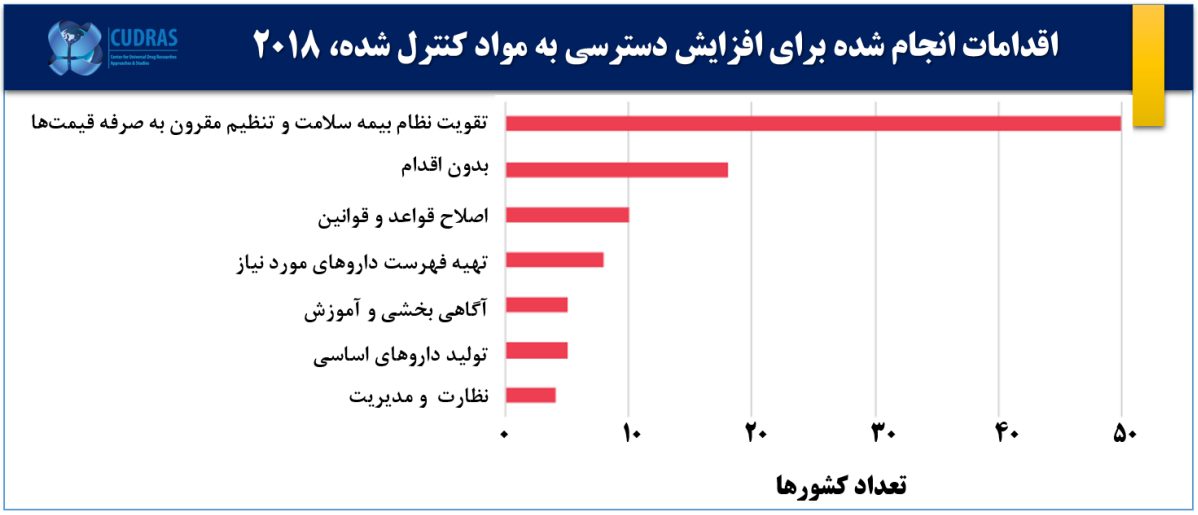


منبع: پیشرفت در حصول اطمینان از دسترسی مناسب به مواد تحت نظارت در سطح جهانی، برای اهداف دارویی و علمی (E/INCB/2018/Supp.1).

یادداشت: داده‌های ارائه شده، نماینده تعداد کشورهایی است که به پیمایش پاسخ دادند؛ و نوع ارائه‌دهندگان مراقب‌های بهداشتی که مجاز به تجویز مواد تحت نظارت (شامل اوپیوئیدها برای مدیریت درد و مراقب تسکینی) بوده‌اند را مشخص کرده‌اند. پاسخ‌های متعدد امکان‌پذیر بوده است.

کشورها گزارش کرده‌اند که اقدامات یا محدودیت‌های نظارتی اعمال شده بر روی واردات و صادرات، از عمده‌ترین موانع ایجاد اطمینان از قابلیت دسترسی به مواد تحت نظارت است. برای حل این مسئله، INCB تعدادی نظام آنلاین و الکترونیکی برای ساده‌سازی و تسهیل فرآیندهای واردات و صادرات کشورها معرفی کرده است.[۳۲] یکی از پیشرفت‌های صورت‌گرفته در طول سال‌های اخیر در این زمینه، استقرار ابزارهایی برای صدور مجوز واردت و صادرات به‌صورت الکترونیکی بوده است؛ که ۵۰ کشور گزارش داده‌اند که در سال ۲۰۱۸ از چنین ابزارهایی استفاده می‌کنند. علاوه بر این، با هدف تسهیل در تهیه برآورد قابل اعتماد از مقادیر مورد نیاز مواد تحت نظارت در سطح ملی، در سال‌های اخیر رهنمودهایی برای برآورد نیازهای ملی به مواد تحت نظارت، ارائه شده است.[۳۳] با این وجود، بسیاری از کشورها، به دلایل بی‌شماری، همچنان به INCB گزارش می‌دهند که قادر به برآورد صحیح یا نظارت بر مصرف مواد تحت نظارت نیستند؛ و همچنان برآوردی ناکارآمد یا ناکافی از مقدار مورد نیاز اوپیوئیدها دارند.

شکل ۱۰



منبع: پیشرفت در حصول اطمینان از دسترسی کافی به مواد تحت کنترل بین المللی برای اهداف پزشکی و علمی (E/INCB/2018/Supp.1).

یادداشت: این داده ها نشان دهنده تعداد کشورهایی است که در پیمایش شرکت کرده اند و گام های برداشته شده برای بهبود دسترسی به مواد کنترل شده ، از جمله مواد افیونی برای مدیریت درد و مراقبت های تسکینی را نشان می دهد.

نظام‌های سلامت

بهبود قابلیت دسترسی به مواد تحت نظارت، ازجمله دسترسی به اوپیوئیدها برای کنترل درد و مراقبت‌های تسکینی، نیازمند بهبود نظام‌های سلامت است؛ تا اطمینان حاصل شود که مواد تحت نظارت به روشی منطقی و کارآمد تجویز و ارائه می‌شوند.[۳۴] به‌طور کلی، اقدامات اصلی کشورهایی که به پیمایش INCB در سال ۲۰۱۸ پاسخ دادند، شامل بهبود در نظام بیمه درمانی و تعیین قیمت‌های مقرون‌به‌صرفه، به‌منظور بهبود قابلیت دسترسی به مواد تحت نظارت، ازجمله دسترسی به اوپیوئدها برای مدیریت درد و مراقبت‌های تسکینی بوده است.

آموزش و ظرفیت‌سازی

آموزش و ظرفیت‌سازی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در تمامی حوزه‌ها، به‌منظور اطمینان از قابلیت دسترسی به اوپیوئیدها برای مدیریت درد، مسئله‌ای کلیدی است. در همین راستا، ۷۱ کشور (یا ۶۲ درصد از کشورهایی که به پیمایش INCB پاسخ دادند) گزارش دادند که مراقبت تسکینی در برنامه‌های آموزشی دانشکده‌های پزشکی گنجانده

شده است. به‌طور مشابه، ۷۶ کشور گزارش دادند که آموزش مداوم و ارائه اطلاعات در مورد مراقبت‌های تسکینی، ازجمله در مورد استفاده منطقی و اهمیت کاهش سوء مصرف داروهای تجویزی، در اختیار متخصصان مراقبت‌های بهداشتی قرار گرفته است. با این حال، ۱۱ کشور گزارش دادند که آموزش مراقبت‌های تسکینی، تنها برای تعداد محدودی از تخصص‌های پزشکی، مانند آنکولوژی، ارائه شده است؛ و ۴۳ کشور دیگر گزارش داده‌اند که مراقبت تسکینی، در برنامه آموزش پزشکی آن‌ها به‌عنوان یک رشته لحاظ نشده است. در حالی که ۹ کشور گزارش دادند که دانشکده پزشکی ندارند، ۴ کشور اظهار داشتند که به‌محض تأسیس دانشکده پزشکی، مراقبت تسکینی را در برنامه آموزش پزشکی قرار خواهند داد. این مسئله نشان‌دهنده آگاهی و تلاش هماهنگ از جانب حرفه پزشکی، در مورد اهمیت آموزش مراقبت تسکینی در طول دوره آموزش پزشکی است.

به‌علاوه، ۴۱ کشور اظهار داشتند که مقامات ذی‌صلاح ملی، برنامه‌های آموزشی در زمینهٔ استفاده منطقی از مواد تحت نظارت را مد نظر ندارند؛ و این امر به دلیل کمبود منابع یا قرار نداشتن این مسئله در «اولویت‌بندی» دولت بوده است. در کنار سایر زمینه‌های تخصصی، تعامل با بیماران، به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط که قابلیت دسترسی به پزشکان محدود است، در ارائه خدمات بهداشتی نقش مهمی ایفا می‌کند. حرفه پرستاری، نه‌تنها در زمینهٔ برنامه درسی پرستاران، بلکه از جهت آموزش پرستاران به سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در جامعه گسترده‌تر مراقبت‌های بهداشتی، گام‌های قابل توجهی در ترکیب مراقبت‌های تسکینی و آموزش مراقبت پایان عمر برداشته است.[۳۵، ۳۶، ۳۷] به‌عنوان مثال، بسیاری از سازمان‌های غیردولتی در آفریقا، برنامه‌هایی را برای آموزش کارکنان عمومی مراقبت‌های بهداشتی در زمینه مراقبت‌های تسکینی آغاز کرده‌اند که لزوماً به مجوز نیاز ندارند و دوره‌های آموزشی گسترده‌ای را در زمینهٔ پزشکی، داروسازی یا پرستاری نمی‌گذرانند.[۳۸] در خارج از مناطق شهری، روستاها و سایر مناطق جامعه که دسترسی محدودی به خدمات و امکانات رسمی مراقبت‌های بهداشتی دارند، استفاده از کارکنان عمومی در تأمین مراقبت از بیماران، امری بسیار کاربردی تلقی می‌شود.[۳۹]

با توجه به نقش اصلی داروخانه‌ها در دسترسی به اوپیوئیدها برای بیماران، آموزش داروسازی در حال جلب توجه روزافزون است. آموزش مراقبت تسکینی برای دانشجویان داروسازی اجباری نیست، اما بسیاری از برنامه‌های آموزشی، ازجمله مواردی که توسط سازمان‌های غیردولتی و سایر سازمان‌های حمایتی ارائه می‌شوند، آموزش مراقبت‌های تسکینی به متخصصان داروسازی را هدف قرار می‌دهند.[۴۰]

آموزش و ارتقاء سطح آگاهی

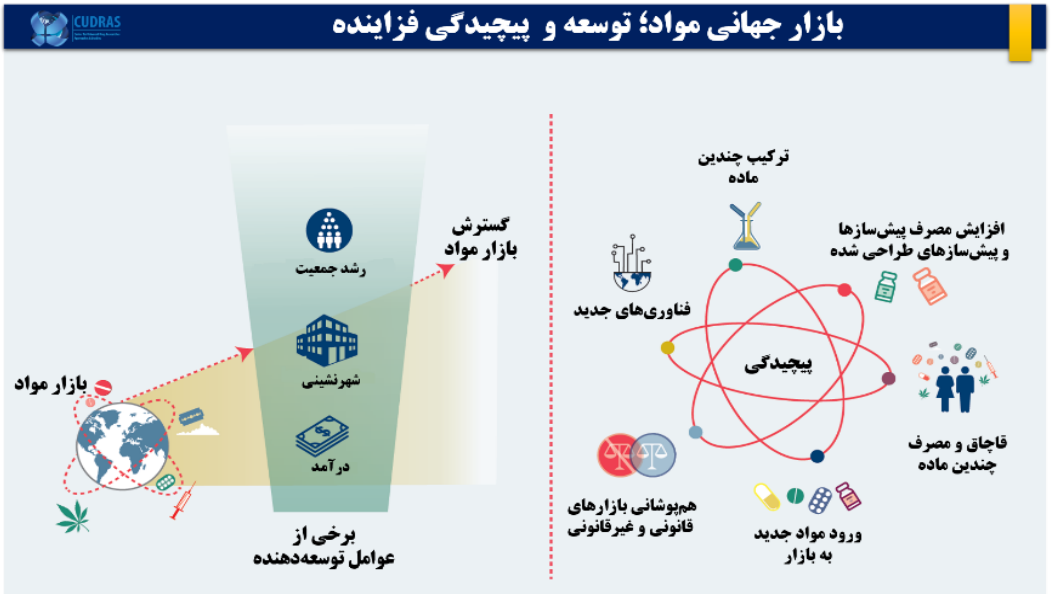
عدم آگاهی و «ترس از اعتیاد»، به‌عنوان مثال، نگرانی از این مسئله که بیمارانی که اوپیوئیدهای قوی برای آن‌ها تجویز می‌شود، احتمالاً به وابستگی یا اعتیاد یاتروژنیک مبتلا می‌شوند،[۴۱] در گزارش ۱۳۰ کشور، از مهم‌ترین موانع دسترسی به مواد تحت نظارت گزارش شده‌اند.[۴۲] به نظر می‌رسد ترس از اعتیاد، به عدم آگاهی و آموزش و نگرش‌های فرهنگی مربوط می‌شود.[۴۳] این موانع بر تمامی نظام‌ها و افراد موجود در آن‌ها، ازجمله سیاست‌گذاران ملی و بین‌المللی، نهادهای نظارتی، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، حمایتگران اجتماعی، بیماران و به‌طور کلی بر عموم مردم تأثیر می‌گذارد.

علاوه بر این، نگرانی در مورد مصرف غیر دارویی اوپیوئیدهای دارویی که از بحران اوپیوئید در آمریکای شمالی، آفریقای شمالی، غربی و مرکزی نشأت گرفته است، به دلیل تداخل این دو نیاز مخالف، چالشی برای افزایش قابلیت دسترسی به اوپیوئیدها برای کنترل درد و مراقبت تسکینی در سطح جهانی ایجاد کرده است. در نتیجه، کشورهای با درآمد کم و متوسط که دسترسی محدودی به اوپیوئیدها دارند، نه‌تنها در آفریقا، بلکه در سرتاسر جهان، اکنون با قابلیت دسترسی کمتری روبرو هستند؛ و باید با افزایش ترس از اعتیاد مقابله کنند. ترس موجود، ممکن است ناشی از کمبود دانش در

مورد اختلالات مصرف مواد و علم پیشگیری و درمان در میان سیاست‌گذاران، مقامات ملی، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و حتی در میان عموم مردم باشد.[۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷]

کشورهایی که به نظرسنجی سال ۲۰۱۸ INCB پاسخ دادند، به اقدامات ویژه‌ای اشاره کرده‌اند که مقامات ذی‌صلاح ملی برای افزایش درک، آگاهی و آموزش در مورد اوپیوئیدها و مقابله با مقاومت فرهنگی در برابر استفاده از اوپیوئیدها و سایر مواد تحت نظارت به کار گرفته‌اند: آموزش نمایندگان جامعه دارویی، متخصصان و گروه‌های مصرف‌کننده؛ و ارتقاء نگرش‌های اخلاقی در میان پزشکان و شرکت‌های دارویی، به‌ویژه در جهت کاهش بازاریابی افراطی اوپیوئیدها.[۴۸]

شکل ۱۱



مقرون به صرفه بودن

قابلیت دسترسی به داروهای مسکن، توسط عواملی شامل قابلیت دسترسی فیزیکی و کاربردی آن‌ها تعیین می‌شود. این عوامل، به نوبه خود به میزان تهیه داروهای مسکن و وجود یک نظام سلامت مناسب و کاربردی بستگی دارد. علاوه بر این، مقرون‌به‌صرفه بودن این داروها، در کلیه عناصر دخیل حائز اهمیت است؛ به‌ویژه در زمینهٔ پوشش بهداشت فراگیر. از روش‌های حصول اطمینان از مقرون‌به‌صرفه بودن اوپیوئیدها، می‌توان به تخصیص بودجه به‌منظور خرید داروهای اوپیوئیدی و همچنین توسعه و بهبود طرح‌های بیمه درمانی و بازپرداخت که دسترسی به داروهای مسکن را تضمین می‌کنند، اشاره کرد.[۴۹] در سال ۲۰۱۸، ۵۰ کشور به INCB گزارش دادند که گام‌هایی در جهت بهبود نظام‌های بیمه درمانی و تعیین قیمت‌های مقرون‌به‌صرفه برای داروهای ضروری، ازجمله اوپیوئیدها، برداشته‌اند. با این حال، محدودیت منابع، می‌تواند مانع حسن نیت دولت در زمینهٔ خرید یا ارائه یارانه برای داروهای تحت نظارت مدیریت درد واقع شود. سایر سائلی که ممکن است بر صرفه‌پذیری داروهای مسکن تأثیرگذار باشد، شامل صدور مجوز، مالیات، نظام‌های توزیع ضعیف یا ناکارآمد، عدم بازپرداخت و عدم قابلیت دسترسی به فرمول‌های ارزان‌قیمت است. حتی در مورد دولت‌هایی که به‌شدت متعهد به حل چالش‌ها و موانع موجود بر سر راه دسترسی به این داروها هستند، ممکن است منابع مالی مورد نیاز برای ایجاد تغییرات نظام‌مند، در دسترس نباشد. علاوه بر این، به دلیل هزینه بالای داروهای مسکن، در بسیاری از کشورهای پردرآمد و در اکثر کشورهای با درآمد کم و متوسط که تعداد زیادی از افراد تحت

پوشش بیمه درمانی یا نظام ملی مراقبت‌های بهداشتی نیستند، احتمال دارد بسیاری از افراد در دسترسی به داروهای مسکن مورد نیاز خود با مشکل روبرو شوند.[۵۰]

همکاری و هماهنگی بین‌المللی

برای سال‌های متمادی، دولت‌ها، مؤسسات دانشگاهی و سازمان‌های غیردولتی در سراسر کشورها و در داخل نظام‌های ملی و بین‌المللی بر روی اصل اساسی برقراری تعادل میان دسترسی به مواد تحت نظارت به‌منظور اهداف علمی و دارویی و در عین حال، جلوگیری از انحراف در مصرف این داروها، تلاش کرده‌اند. طی ۲۰ سال گذشته، در بیش از ۳۰ کشور، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در این زمینه صورت گرفته است.[۵۱] به همین ترتیب، همکاری بین طرفین ذینفع در سطح بین‌المللی، با هدف بهبود چارچوب قانونی، ایجاد ظرفیت لازم در زمینهٔ متخصصان مراقب بهداشتی و همکاری با بیماران، خانواده‌ها و عموم جامعه، به‌منظور بهبود قابلیت دسترسی به مواد تحت نظارت توسط مردم، اهمیت کار در این دامنه‌های اصلی را نشان داده است. هر یک از عوامل ذکر شده، می‌تواند در سطح ملی، به‌عنوان یک مانع، یا در جهت بهبود دسترسی به اوپیوئیدها برای مدیریت درد و مراقبت‌های تسکینی عمل کند.

به‌طور کلی، در مورد اینکه مشکل مواد مخدر تنها به یک کشور محدود نمی‌شود و اغلب کشورها را به شکلی تحت تأثیر قرار می‌دهد، اتفاق نظر وجود دارد. واکنش‌هایی که در سطح ملی در مورد مسئله مواد مخدر صورت می‌گیرد، امری ضروری است؛ اما در صورتی که این واکنش‌های بین کشورهای مختلف به‌خوبی هماهنگ نشود، برای مقابله با مشکل مواد مخدر در سطح جهانی کافی نیست. به‌عنوان مثال، مداخلاتی که در یک کشور منجر به کاهش عرضه مواد مخدر می‌شود، ممکن است با افزایش فزاینده عرضه مواد مخدر در کشورهای دیگر، موجب ایجاد اثر جایگزینی شود. به همین ترتیب، تلاش‌های موفقیت‌آمیز کاهش تقاضا تنها در یک کشور، ممکن است گروه‌های جرائم سازمان‌یافته را وادار کند تا راهبردهایی را برای هدف قرار دادن سایر کشورها طراحی کنند و موجب افزایش تقاضای مواد مخدر در سطح منطقه‌ای یا جهانی شود. به‌طور خلاصه، بازارهای جهانی مواد مخدر، به‌خصوص در برابر تلاش در سطح ملی برای حل مشکل مواد مخدر، بسیار مقاوم هستند.

تقویت همکاری‌های بین‌المللی، با هدف بهبود هماهنگی سیاست‌ها و مداخلات و کمک به کشورهای دارای منابع و ظرفیت‌های محدود در انجام مداخلات لازم، همواره یکی از رویکردهای اصلی در پرداختن به ماهیت فراملیتی مسئله مواد مخدر بوده است. همکاری‌های بین‌المللی می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد؛ ازجمله چارچوب‌ها و سازوکارهای همکاری بین دولت‌ها، تدوین استانداردها و دستورالعمل‌هایی که بهترین روش‌ها در زمینه‌های کاهش تقاضا ۵۲ یا عرضه مواد مخدر را ارتقا می‌دهند و ابتکارات ایجاد ظرفیت که توانایی کشورها برای مقابله با مشکل مواد مخدر را تقویت می‌کنند.

اجرای یک تجزیه و تحلیل جامع از همکاری بین‌المللی در مورد موضوعات مرتبط با مواد مخدر که می‌تواند از نظر جغرافیایی یا موضوعی، متشکل از سازوکارها و بازیگران سطوح مختلف (حتی اگر فقط به‌صورت مفهومی انجام شود) باشد، از محدوده این نسخه از گزارش جهانی مواد مخدر بسیار فراتر خواهد رفت. در هر صورت، با وجود اینکه بحث تفصیلی در این مورد در فصل حاضر انجام نخواهد شد، این طیف گسترده از فعالیت‌ها در حوزه همکاری بین‌الملل، باید مد نظر قرار داده شود.

هدف فصل حاضر، ارائه و بررسی اطلاعاتی است که کشورها به‌طور منظم در زمینهٔ همکاری بین‌المللی به UNODC ارسال کرده‌اند. دامنه فصل حاضر نسبتاً محدود است و وانمود نمی‌کند ماهیت پیچیده عواملی که بر اجرای اقدامات همکاری بین‌المللی و نتایج آن‌ها تأثیر می‌گذارند تحت پوشش قرار می‌دهد.

گستره اجرای همکاری‌های بین‌المللی، عمدتاً از جنبه اقدامات صورت‌گرفته در زمینهٔ عرضه مواد مخدر توسط نهادهای اجرای قانون تعیین می‌شود

ارائه گزارش در مورد اجرای همکاری‌های بین‌المللی در سطح جهانی، به این دلیل که همکاری‌های بین‌المللی می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد که اندازه‌گیری آن‌ها دشوار است، چالش‌برانگیز است. به‌عنوان مثال، به اشتراک گذاشتن اطلاعات، احتمالاً رایج‌ترین شکل همکاری در جهت رسیدگی به موضوعات مرتبط با مواد مخدر است؛ که به‌صورت روزمره در داخل و بین نهادهای مختلف اجرای قانون انجام می‌گیرد. این شکل از همکاری، در اکثر کشورها به روشی نظام‌مند در سطح ملی ثبت نمی‌شود. در مورد اشکال معدودی از اشتراک اطلاعات در سطح بین‌الملل، سوابق محدودی موجود است؛ اما اطلاعات مربوط به چنین همکاری‌هایی، لزوماً به‌صورت جداگانه توسط کشورها گزارش نمی‌شود.

کشورها به‌صورت سالانه در مورد فعالیت‌های کلیدی مربوط به همکاری‌های بین‌المللی درزمینه عرضه مواد مخدر، ازجمله در مورد عملیات مشترک با سایر کشورها، ارائه مواد تحت نظارت، تبادل افسران رابط و تبادل اطلاعات، به UNODC گزارش می‌دهند. گزارش ارائه شده، شامل اطلاعاتی در این مورد است که آیا چنین فعالیت‌هایی در طول سال مرجع انجام شده است یا خیر. در اکثر کشورها و در سطح بین‌المللی، هیچ اطلاعاتی در زمینهٔ ارزیابی کیفیت واقعی یا میزان اثربخشی چنین همکاری‌هایی جمع‌آوری نمی‌شود.

با وجود اینکه نسبت کشورهایی که حداقل بخشی از قسمت همکاری بین‌المللی موجود در پرسشنامه ارسال داده‌های سالانه خود را تکمیل می‌کنند، بسیار زیاد است (تقریباً ۱۰۰ درصد از کل کشورهایی که به UNODC گزارش اطلاعاتی ارائه می‌دهند)، تعداد قابل توجهی از کشورها هیچ اطلاعاتی در مورد همکاری بین‌المللی به UNODC ارائه نمی‌دهند. به‌عنوان مثال، از ۱۹۶ پرسشنامه گزارش سالانه که هرساله به‌طور متوسط ارسال می‌شود، در سال ۲۰۱۸، تنها ۷۲ کشور در مورد این مسئله پاسخی ارائه دادند و ۱۲۴ کشور و قلمروی دیگر، در این زمینه اطلاعاتی ارائه ندادند. این نرخ گزارش‌دهی، قابلیت تفسیر اطلاعات گزارش شده مختص به هر سال و همچنین قابلیت مقایسه در طول زمان را محدود می‌کند؛ زیرا کشورهای پاسخ‌دهنده، هر سال دچار تغییراتی می‌شوند.

تفسیر داده‌های گزارش شده توسط کشورهای عضو، در مورد همکاری بین‌المللی

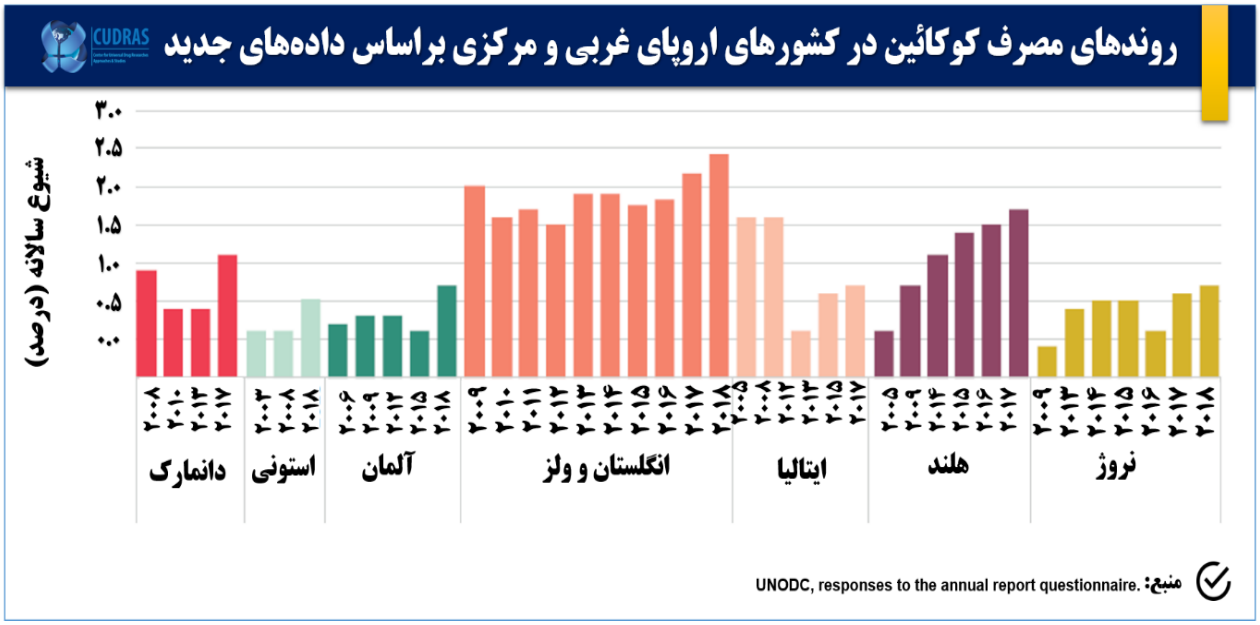
کشورهای عضو از طریق پرسشنامه گزارش سالانه در مورد همکاری بین‌المللی به UNODC گزارش ارائه می‌دهند. با این حال، تنها در حدود ۴۰ درصد از کشورهایی که به تکمیل پرسشنامه گزارش سالانه دوره ۲۰۱۷ تا ۲۰۱۸ دعوت شده بودند، به سؤالات مربوط به همکاری بین‌المللی پاسخ دادند. کشورهای اروپایی که معمولاً سطح بالایی از همکاری‌های برون‌مرزی را گزارش می‌کنند، در این نمونه آماری حضور بیش از حد دارند (۶۱ درصد از کل کشورهای اروپایی در مورد همکاری بین‌المللی گزارش داده‌اند)؛ در حالی که سایر مناطق (به‌ویژه آفریقا و اقیانوسیه) حضور آماری جزئی دارند. این مسئله موجب محدودسازی تفسیرپذیری داده‌های دریافت شده در سطح جهانی می‌شود؛ زیرا ممکن است از طریق سوگیری گزارش‌دهی نسبت به مناطقی که ظرفیت بالایی برای همکاری بین‌المللی دارند، دچار انحراف آماری شده باشد.

مسئله اصلی ناشناخته این است که در صورت ارائه گزارش توسط کشورهایی که در حال حاضر گزارش نمی‌دهند، آیا به پرسش‌های مربوط به همکاری بین‌المللی پاسخ‌هایی مشابه گزارش دهندگان ارائه می‌دادند؟ با وجود اینکه این امر مشخص نخواهد شد، مگر اینکه مطالعه خاصی از کشورهایی که پاسخی در این زمینه ارائه نداده‌اند انجام شود؛ اما به احتمال زیاد نسبت واقعی کشورهای دخیل در همکاری برون‌مرزی در محدوده‌ای بین (الف) تعداد کشورهایی که فعالیت در زمینهٔ همکاری‌های خاص برون‌مرزی را گزارش می‌دهند، به‌عنوان نسبتی از کلیه کشورهایی که پرسشنامه گزارش سالانه را دریافت کرده‌اند، بیان‌شده باشد (متشکل از کمینهٔ مطلق)؛ و (ب) تعداد کشورهایی که فعالیت‌های ویژه همکاری برون‌مرزی را گزارش می‌دهند، به‌صورت نسبتی از کشورهایی که به سؤالات مربوط به اینکه آیا چنین فعالیت‌های عملیاتی ویژه برون‌مرزی را انجام داده‌اند یا نه، پاسخ مثبت یا منفی داده‌اند، بیان شود؛ قرار می‌گیرد. مورد اخیر بر این فرضیه استوار است که کشورهایی که گزارش ارائه نمی‌دهند، در صورت پاسخ‌دهی، الگوهای همکاری بین‌المللی مشابه گزارش‌ها را نشان می‌دهند که احتمالاً تعداد حداکثری را تشکیل خواهد داد.

در حقیقت، بعید به نظر می‌رسد که کشورهایی که گزارش ارائه نمی‌دهند، به‌طور متوسط بیشتر از کشورهای گزارش‌دهنده در همکاری‌های بین‌المللی مشارکت داشته باشند؛ زیرا کشورهای گزارش‌دهنده اغلب در مناطقی مانند اروپا واقع شده‌اند، جایی که احتمالاً ظرفیت همکاری بین‌المللی بیشتری وجود دارد و چارچوب این همکاری بهتر نهادینه شده است.

به علت دلایل ذکر شده، تجزیه و تحلیل پاسخ به پرسشنامه گزارش سالانه در این فصل، در محدوده‌ای بر اساس نسبت (الف) و نسبت (ب) که در بالا مورد ذکر قرار گرفته، ارائه شده است. گرچه این دامنه‌ها ممکن است گاهی گسترده باشند، اما باید از محاسبه نقاط میانی خودداری کرد؛ زیرا گمراه‌کننده است. خصوصاً به این دلیل که این احتمال وجود دارد که در اغلب موارد، نسبت (b) در مقایسه با نسبت (الف) (کمینهٔ مطلق) به نسبت‌های واقعی نزدیک‌تر باشد.

تعداد کشورهایی که در مورد همکاری بین‌المللی در پرسشنامه گزارش سالانه، اطلاعاتی ارائه داده‌اند؛ و نسبت آن‌ها در میان کل کشورهایی که پرسشنامه گزارش سالانه را دریافت کرده‌اند، بر اساس منطقه، ۲۰۱۷ تا ۲۰۱۸



منبع: UNODC، پاسخ‌های ارائه شده در پرسشنامه گزارش سالانه.

یادداشت: به‌منظور انجام محاسبات حاضر، در صورتی که کشوری اطلاعاتی در مورد اینکه حداقل در یکی از مواردی که در ادامه عنوان‌شده را ارائه داده باشد، در نظر گرفته شده است که در مورد همکاری بین‌المللی گزارش داده است: عملیات مشترک، عرضه نظارت‌شده، تبادل افسران رابط، تبادل اطلاعات یا استرداد قاچاقچیان مواد مخدر، در هر یک از سال‌های ۲۰۱۷ یا ۲۰۱۸.

همکاری بین‌المللی به مدت بیش از یک قرن، در مرکز نظارت بین‌المللی بر مواد مخدر قرار داشته است

تقویت همکاری بین‌المللی از زمان تشکیل کمیسیون تریاک شانگهای در سال ۱۹۰۹ در مرکز نظارت بین‌المللی بر مواد مخدر قرار داشته است. به دنبال این کمیسیون، اولین کنوانسیون بین‌المللی تریاک که در سال ۱۹۱۲ در لاهه امضا شد؛ سه کنوانسیون مواد مخدر اتحادیه لیگ ملل (۱۹۲۵، ۱۹۳۱، ۱۹۳۶)؛ و سه کنوانسیون مواد مخدر مصوب سازمان ملل (۱۹۶۱، ۱۹۷۱ و ۱۹۸۸) نیز به وقوع پیوست.

همکاری بین‌المللی، در اسناد سیاسی اخیر نیز همچنان نقشی اساسی بازی می‌کنند. در بیانیه سیاسی و برنامه عملیاتی در زمینهٔ همکاری بین‌المللی در جهت دستیابی به راهبردی یکپارچه و متعادل برای مقابله با معضل جهانی مواد مخدر که در بخش سطح بالای پنجاه و دومین نشست کمیسیون مواد مخدر در سال ۲۰۰۹[a] تصویب شد، در مجموع ۳۲ مرتبه بر لزوم همکاری بیشتر و بهتر بین‌المللی تأکید شده است؛ که آن را هم‌تراز سایر راهبردهای ذکر شده در بیانیه سیاسی، ازجمله کاهش تقاضا و عرضه قرار می‌دهد.[b]

به همین ترتیب، در سند نتیجه جلسه ویژه مجمع عمومی در سال ۲۰۱۶، با عنوان «تعهد مشترک ما در جهت رسیدگی و مقابله مؤثر با معضل جهانی مواد مخدر»، نیاز به تقویت و افزایش همکاری برای مقابله با چالش‌های مختلف در ارتباط با مسئله مواد مخدر، ازجمله نیاز به افزایش و تقویت همکاری بین‌المللی، صراحتاً چندین بار مورد تأکید قرار گرفته است.[c]

در نهایت، بیانیه وزیران در سال ۲۰۱۹ در مورد «تقویت اقدامات ما در سطح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی، در جهت تسریع اجرای تعهدات مشترک ما برای رسیدگی و مقابله با معضل جهانی مواد مخدر»، به تقویت بیشتر همکاری و هماهنگی بین مقامات ملی، به‌ویژه در بخش‌های بهداشت، آموزش، اجتماعی، عدالت و اجرای قانون و بین نهادهای دولتی و سایر ذینفعان مربوطه، ازجمله بخش خصوصی، در تمامی سطوح، ازجمله از طریق کمک‌رسانی فنی و همچنین تقویت همکاری‌های دوجانبه، منطقه‌ای و بین‌المللی و ارتقاء به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات، متعهد شد.

a See, for example, paragraph 1 of the Political Declaration: "We, the States Members of the United Nations … 1. *Reaffirm* our unwavering commitment to ensure that all aspects of demand reduction, supply reduction and international cooperation are addressed…" (E/2009/28, chap. I, sect. C (Political Declaration, para. 1)).
b See *Official Records of the Economic and Social Council, 2009, Supplement No. 8* (E/2009/28), chap. I, sect. C.
c General Assembly resolution S-30/1, annex.

عملیات مواد مخدر برون‌مرزی مشترک

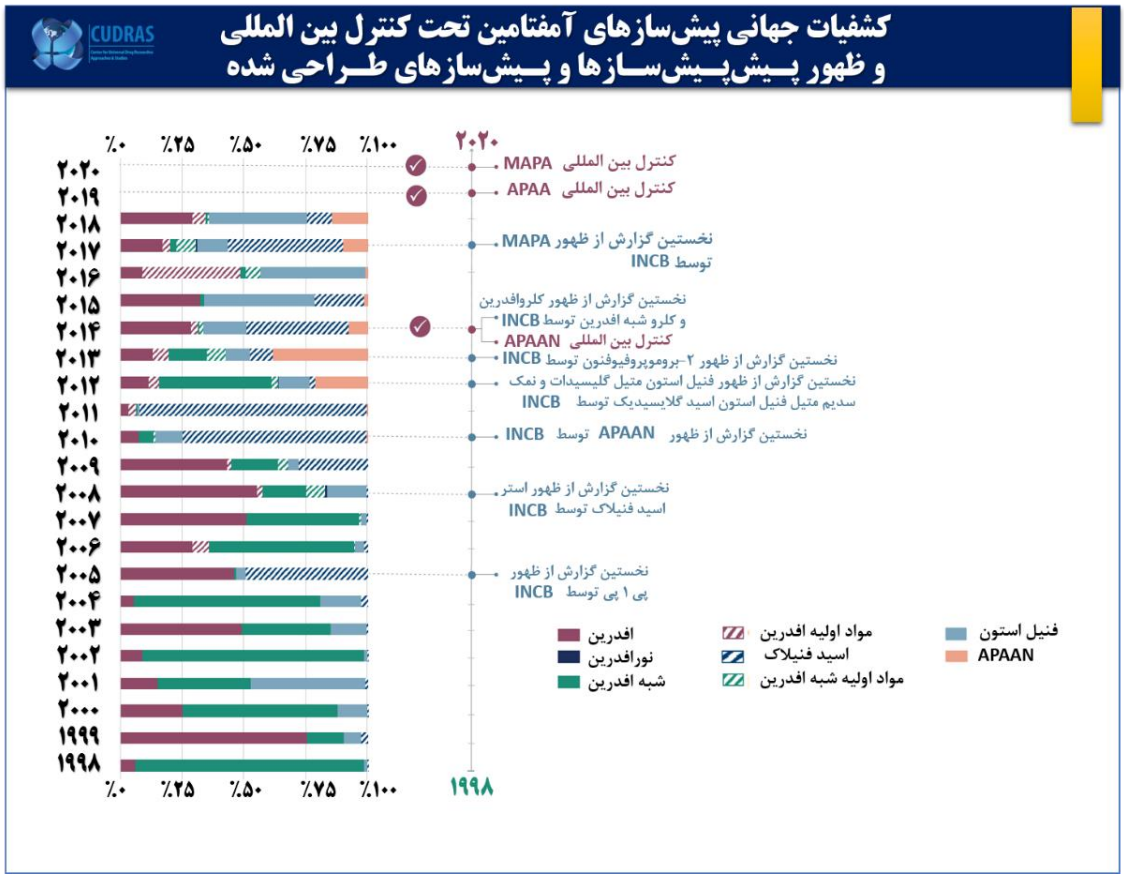
داده‌ها نشان می‌دهد که به‌طور متوسط ۶۷ کشور (۳۵ درصد) از کل کشورهایی که پرسشنامه‌ها به آن‌ها ارسال شده‌اند (۱۹۶ کشور)، یا ۹۰ درصد از کشورهایی که گزارش ارائه داده‌اند، در بازه زمانی بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸، در عملیات مواد مخدر برون‌مرزی مشترک، دخالت داشته‌اند. دامنه این اطلاعات بسیار وسیع است و باعث می‌شود میزان اهمیت عملیات مشترک بین سازمان‌های مجری قانون کشورهای مختلف تا حد زیادی به تفسیر شخصی بستگی پیدا کند.

در سال ۲۰۱۸، هفت کشور که اغلب در آفریقا و برخی در آمریکای جنوبی و مرکزی واقع هستند، هیچ‌گونه عملیات مشترکی را گزارش نکرده‌اند؛ در حالی که ۵۹ کشور که اغلب در اروپا (۲۴ کشور)، آسیا (۱۵)، قاره آمریکا (۱۰)، آفریقا (۸) و اقیانوسیه (۲) واقع هستند، در عملیات مشترک برون‌مرزی شرکت داشته‌اند.

به نظر می‌رسد مشارکت نهادهای مجری قانون در عملیات مشترک بین کشورهایی که چنین اطلاعاتی را در طول دوره ۲۰۱۰-۲۰۱۸ ارائه داده‌اند، در سال‌های اخیر اندکی کاهش یافته است. اگر تنها کشورهایی که در طول دوره ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸ گزارش داده‌اند در نظر گرفته شوند، میزان مشارکت کشورها در عملیات مشترک، از ۶۸ کشور در دوره ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۱، به ۵۷ کشور در بازه زمانی ۲۰۱۷ تا ۲۰۱۸ کاهش یافته است.

دلایل این روند نزولی در عملیات مشترک طی سال‌های اخیر مشخص نیست. می‌توان حدس زد که در میان دلایل متعدد، ممکن است مشکلات مربوط به بودجه ناشی از بحران مالی سال ۲۰۰۸، در این مسئله نقش داشته باشد.

به‌علاوه، طی سال‌های اخیر، کشورهای عضو گزارش داده‌اند که در عملیات مشترک با چالش‌های زیادی روبرو شده‌اند که ممکن است در کاهش این آمار، نقش مضاعف داشته باشد. چالش‌های ذکر شده، شامل «رویه‌های رسمی کند» (۳۷ کشور در طول دوره ۲۰۱۷ تا ۲۰۱۸)، «عدم توافق در مورد همکاری عملیاتی» (۱۵ کشور)، «عدم توانایی در شناسایی شرکای مناسب» (۱۴ کشور) و مشکلات مربوط به «عدم وجود زبان مشترک» مورد استفاده در میان مقامات مجری قانون کشورهای مختلف (۱۱ کشور) است. هرچند، داده‌های گزارش شده همچنین به شکل متناقضی حاکی از آن است که موانع ذکر شده، در همکاری بین‌المللی موفق بین دوره‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۱ و ۲۰۱۷ تا ۲۰۱۸، از اهمیت کمی برخوردار بوده است.[۵۳]



منبع: E/CN.7.2020/6

یادداشت: تحلیل ذکر شده بر مبنای پرسشنامه گزارش‌دهی سالانه ۱۹۶ کشور و ۷۵ کشور که طی دوره زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸ (با پاسخ‌دهی به سؤالات، یا خالی گذاشتن پاسخ‌ها) گزارش ارسال کرده‌اند، انجام گرفته است. درصدهای ارائه شده بیانگر نسبت کشورهایی است که در میان تمامی کشورهایی که چنین اطلاعاتی را ارائه داده‌اند، مشارکت خود در هر فعالیت را طی دوره‌های دوسالانه گزارش داده‌اند (به‌عنوان مثال، کشورهایی که به سؤالات مطرح‌شده با «بله» یا «خیر» پاسخ داده‌اند).

عرضه تحت نظارت

ماده ۱ کنوانسیون سال ۱۹۸۸ علیه قاچاق غیرقانونی مواد مخدر و روان‌گردان، عرضه تحت نظارت را به‌عنوان «تکنیک اجازه تردد از قلمرو سرزمینی یکی یا چند کشور به محموله‌های غیرقانونی یا مشکوک به مواد مخدر، روان‌گردان، مواد

موجود در جدول ۱ و جدول ۲ از ضمیمه این کنوانسیون، یا مواد جایگزین شده آن‌ها، با اطلاع و تحت نظارت مقامات ذیصلاح، با هدف شناسایی افرادی که در ارتکاب جرائم مشخص شده در ماده ۳ از بند ۱ کنوانسیون» تعریف می‌کند. سپس، ماده ۱۱ کنوانسیون به‌طور کامل به این تکنیک اختصاص داده شده است و از همه طرف‌های کنوانسیون خواسته است تا تمام اقدامات لازم «برای استفاده مناسب از عرضه تحت نظارت در سطح بین‌المللی» را اتخاذ کنند. تکنیک عرضه تحت نظارت نیز در ابزارهای بعدی سیاست بین‌المللی مواد مخدر، ازجمله بیانیه سیاسی و برنامه عملیاتی ۲۰۰۹، مورد حمایت قرار گرفت.

ارائه تحت نظارت مواد

مشارکت فعال نهادهای ملی اجرای قانون در ارائه مواد به‌صورت نظارت‌شده، یکی دیگر از زمینه‌های مهم همکاری بین‌المللی است. چنین اقداماتی معمولاً عملیات پیچیده و طولانی‌مدتی را هدف قرار می‌دهد و به‌منظور از بین بردن شبکه‌های بین‌المللی قاچاق مواد مخدر که در سراسر کشورها فعالیت می‌کنند، انجام می‌گیرند. این‌چنین اقدامات، بر کشورهایی که با مقادیر کمی مواد مخدر درگیر هستند و توقیف مقادیر کمی مواد مخدر را کنترل می‌کنند تمرکز نمی‌کنند، بلکه تلاش می‌کنند شبکه‌های عظیم پخش مواد مخدر موجود در سراسر کشورها را از بین ببرند.

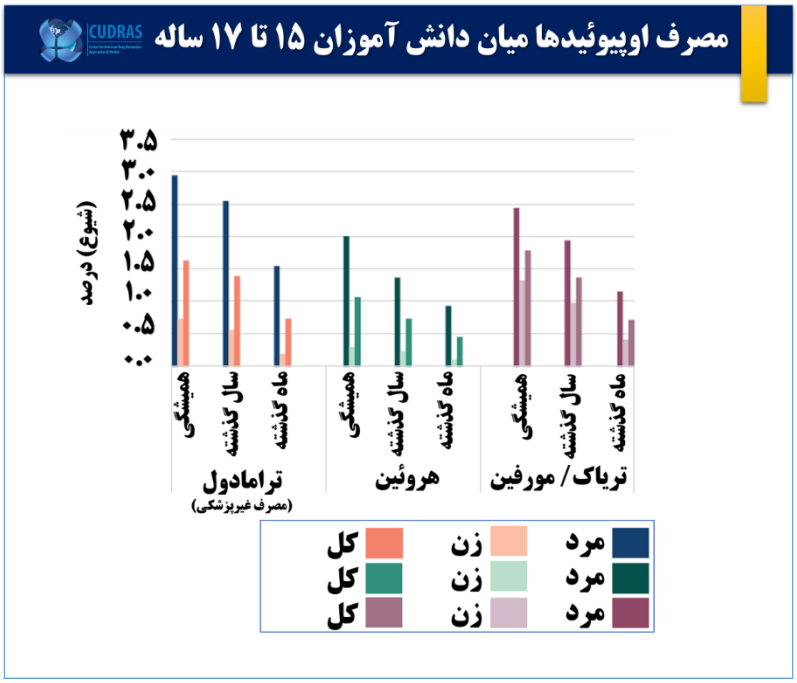
به‌طور متوسط، طی دوره ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸، سالانه ۶۹ کشور مشارکت خود در ارائه تحت نظارت محموله‌های مواد تأیید کرده‌اند؛ که ۳۶ درصد از کل کشورهای پرسشنامه گزارش سالانه را دریافت می‌کنند و ۸۶ درصد از کل کشورهایی که در دوره ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸ به سؤال در مورد ارائه تحت نظارت پاسخ داده‌اند را شامل می‌شود. برخی از نوسانات در این داده‌ها محسوس است، اما روند مشخصی در تعداد کشورهایی که در طی دوره ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸ گزارشی مبنی بر ارائه تحت نظارت مواد را گزارش کرده‌اند شناسایی کرد. در سال ۲۰۱۸، در مجموع ۶۴ کشور گزارش داده‌اند که حداقل در یک عملیات ارائه تحت نظارت نقش داشته‌اند، ازجمله ۲۶ کشور واقع در اروپا (اغلب در اروپای غربی و مرکزی)، ۱۶ کشور در آسیا، ۱۱ در آمریکا (اغلب در آمریکای لاتین و حوزه کارائیب)، ۹ مورد در آفریقا و ۲ مورد در اقیانوسیه. پنج کشوری که گزارش کرده‌اند هیچ‌گونه مشارکتی در ارائه تحت نظارت نداشته‌اند، همه در خارج از اروپا واقع شده‌اند: سه کشور در آفریقا، یک کشور در حوزه کارائیب و یک مورد در آسیای جنوب شرقی.

در حالی که احتمالاً تعداد کمی از متخصصان اجرای قانون شایستگی لازم ارائه تحت نظارت مواد را زیر سؤال می‌برند، اطلاعاتی که کشورها به UNODC ارائه داده‌اند نشان می‌دهد که به‌جز در تعداد محدودی از کشورها، انجام چنین کاری لزوماً بخشی از وظایف پیش‌بینی‌شده مقامات اجرای قانون نیست. ارائه تحت نظارت، نیاز به مشارکت طولانی‌مدت بین نهادهای ملی و ارتباطاتی دارد که در صورت نیاز فوری به همکاری در حین عملیات، به‌راحتی به جریان بیفتد. انجام چنین عملیاتی همچنین می‌توانند نیازمند منابع گسترده‌ای باشند؛ و در مواردی که منابع لازم در شاخص‌های موفقیت نهادهای اجرای قانون در سطح ملی لحاظ نشده باشند، ممکن است انگیزه نهادهای ملی برای انجام عملیات ارائه تحت نظارت مواد محدود باشد.

تبادل افسران رابط

مثال دیگری از همکاری برون‌مرزی، تبادل افسران رابط است؛ که تبادل غیررسمی اطلاعات بین کشورها را تسهیل می‌کند و در نتیجه محیط لازم برای همکاری زمان‌بندی‌شده و مؤثرتر را ایجاد می‌کند. مواردی وجود دارد که به‌جای تعلل تا رسیدن مواد مخدر به کشورهای مقصد نهایی، افسران رابط توانسته‌اند با کمک شبکه‌های اطلاعاتی خود، از خروج محموله‌های مواد مخدر از کشورهای محل استقرار خود جلوگیری کنند؛ که می‌تواند خطر تغییر مسیر برخی از محموله‌های مواد مخدر به مقصدی دیگر، پیش از ضبط در کشورهای مقصد نهایی را افزایش دهد.

شکل ۱۳



منبع: UNODC، پاسخ‌های ارائه شده در پرسشنامه گزارش‌دهی سالانه.

با این حال، ارزیابی اینکه بهبود همکاری‌های بین‌المللی، ازجمله تبادل افسران رابط تا چه حدی در افزایش میزان رهگیری و ضبط مواد مخدر در کشورهای مبدأ و ترانزیت سهیم بوده است، دشوار است.[۵۴]

طی دوره ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸، در حالی که به‌طور متوسط ۵۷ کشور تبادل افسران رابط را گزارش کرده‌اند، هیچ الگوی مشخصی در تعداد کشورهایی که مبادله افسران رابط را گزارش می‌دهند، قابل شناسایی نیست. این احتمال وجود دارد که نسبت کشورهای مبادله کننده افسر رابط، در محدوده‌ای بین ۲۹ درصد از کل کشورهایی که پرسشنامه به آن‌ها ارسال شده است تا ۷۴ درصد از کل کشورهایی که طی دوره ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸ گزارشی ارائه داده‌اند، قرار داشته باشد.

در سال ۲۰۱۸، ۵۲ کشور تبادل افسران رابط را گزارش کردند؛ که بیشتر آن‌ها در اروپا (۲۰) و پس از آن آسیا (۱۲)، قاره آمریکا (۹)، آفریقا و اقیانوسیه (۲) واقع شده‌اند. برای مقایسه، ۱۴ کشور واقع در تمامی مناطق جهان، گزارش دادند که در سال ۲۰۱۸ هیچ افسر رابطی مبادله نکرده‌اند.

هرچند، تعداد کشورهایی که گزارش‌هایی مبنی بر «تبادل اطلاعات از طریق افسران رابط» داده‌اند، در واقع بیشتر بود (۶۲ کشور در دوره ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸، یا ۶۶ کشور در سال ۲۰۱۸). این مسئله نشان می‌دهد که همه کشورهایی که افسران رابط خارجی در آن‌ها مستقر بوده‌اند، مشارکت خود در تبادل افسران رابط را گزارش نداده‌اند.

با تلفیق پاسخ‌های ارائه شده به دو سؤال مربوط به مشارکت در مبادله افسران رابط و تبادل اطلاعات با افسران رابط، مشخص می‌شود که در حقیقت مجموع ۶۸ کشور (۳۵ درصد از کل کشورهایی که پرسشنامه گزارش سالانه به آن‌ها ارسال شده است)، در سال ۲۰۱۸ با افسران رابط ارتباط داشته‌اند. این تعداد شامل ۲۷ کشور واقع در اروپا، ۱۶ کشور در آسیا، ۱۳ کشور در قاره آمریکا، ۱۰ کشور در آفریقا و ۲ کشور در اقیانوسیه است.

تبادل اطلاعات

به نظر می‌رسد که همه کشورهای ارائه‌دهنده گزارش سالانه، در تبادل اطلاعات با شرکایی در سایر کشورها و یا با سازمان‌های بین‌المللی، مشارکت دارند. به‌طور متوسط، ۸۲ کشور گزارش داده‌اند که در طول دوره ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸ در مورد مسائل مربوط به مواد مخدر با کشورهای دیگر تبادل اطلاعات داشته‌اند (۴۲ درصد از کل کشورهایی که پرسشنامه‌ها به آن‌ها ارسال شده است، یا بیش از ۹۹ درصد از کل کشورهای گزارش دهنده).[۵۵] در سال ۲۰۱۸، تنها دو کشور هیچ‌گونه تبادل اطلاعاتی را گزارش نداده‌اند (یک مورد در جنوب صحرای آفریقا و دیگری در آمریکای لاتین)؛ در حالی که ۷۰ کشور گزارش داده‌اند که در مورد مسائل مربوط به مواد مخدر اطلاعاتی را تبادل کرده‌اند، به‌ویژه کشورهای اروپایی (۲۶) و به دنبال آن کشورهای واقع در آسیا (۱۷)، آفریقا (۱۳)، قاره آمریکا (۱۲) و اقیانوسیه (۲).[۵۶] تبادل اطلاعات بیشتر در چارچوب جلسات بین‌المللی (به‌طور متوسط ۶۴ کشور در طول دوره ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸)، ارتباط مستقیم (۶۴ کشور) و تبادل اطلاعات از طریق پلیس بین‌المللی (۶۴ کشور) و به دنبال آن تبادل اطلاعات از طریق افسران رابط (۶۲ کشور)، سازمان‌های منطقه‌ای (۵۸ کشور)، کانال‌های دیپلماتیک (۵۲ کشور) و سازمان جهانی گمرک‌ها (۴۸ کشور) انجام گرفته است.[۵۷]

محرک‌های نوع آمفتامین: گروهی از مواد متشکل از محرک‌های مصنوعی تحت نظارت کنوانسیون مواد روان‌گردان سال ۱۹۷۱ و از گروه موادی به نام آمفتامین‌ها که شامل آمفتامین، متامفتامین، متکاتینون و مواد گروه «اکستازی» (۳، ۴-متیل‌اندیوکسیم-اتامفتامین (MDMA) و مشابه آن) است.

آمفتامین: گروهی از محرک‌های نوع آمفتامین که شامل آمفتامین و متامفتامین است.

شیوع سالانه: تعداد کل افراد در یک محدوده سنی معین که حداقل یک‌بار در سال گذشته مواد معینی را استفاده کرده‌اند، تقسیم بر تعداد کل افراد در آن محدوده سنی؛ و به‌صورت درصد بیان می‌شود.

خمیر کوکائین (یا پایه کوکائین): عصاره برگ بوته کوکائین. خالص‌سازی خمیر کوکائین باعث تولید کوکائین (باز و هیدروکلراید) می‌شود.

«**کراک**»: پایه کوکائین حاصل از هیدروکلراید کوکائین که از طریق فرآیندهای تبدیلی مناسب دود کردن می‌شود.

نمک کوکائین: هیدروکلراید کوکائین.

مصرف مواد مخدر: مصرف مواد روان‌گردان تحت نظارت به مقاصد غیرپزشکی و غیرعلمی، جز در حالتی که خلاف آن مشخص شده باشد.

فنتانیل‌ها: فنتانیل و مواد مشابه آن.

مواد روان‌گردان نوظهور: موادی که خواه در شکل خالص، یا با طی فرایند آماده‌سازی مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند و تحت نظارت کنوانسیون منفرد سال ۱۹۶۱ در زمینهٔ مواد مخدر یا کنوانسیون سال ۱۹۷۱ قرار ندارند؛ اما ممکن است تهدیدی اجتماعی تلقی شوند. در این زمینه، اصطلاح «نوظهور»، لزوماً به ابداعات جدید اشاره نمی‌کند؛ منظور موادی هستند که اخیراً در دسترس قرار گرفته‌اند.

اوپی‌یت‌ها: زیرمجموعه‌ای از خانواده اوپیوئیدها، متشکل از محصولات مختلفی که از گیاه خشخاش تولید می‌شود، ازجمله تریاک، مورفین و هروئین.

اوپیوئیدها: اصطلاحی کلی که هم به اوپی‌یت‌ها و به مشتقات مصنوعی آن (عموماً اوپیوئیدهای تجویزی و دارویی) و ترکیبات تولید شده در داخل بدن اشاره دارد.

مصرف‌کنندگان مشکل‌دار مواد مخدر: افرادی که در مصرف پرخطر مواد مشارکت می‌کنند. به‌عنوان مثال، افرادی که مواد تزریق می‌کنند، افرادی که به‌صورت روزمره مواد مصرف می‌کنند و یا افرادی که بر اساس معیارهای بالینی آورده شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم) انجمن روان‌پزشکی آمریکا، یا طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات سلامتی مرتبط (تجدید نظر دهم) سازمان بهداشت جهانی، تشخیص اختلالات مصرف مواد مخدر (مصرف خطرناک یا وابستگی به مواد) دریافت کرده‌اند.

افرادی که از اختلالات مصرف مواد رنج می‌برند/افراد دارای اختلالات مصرف مواد: زیرمجموعه‌ای از افرادی که مواد مصرف می‌کنند. مصرف آسیب‌زای مواد و وابستگی، از ویژگی‌های اختلالات مصرف مواد هستند. افراد دارای اختلالات مصرف مواد، نیازمند درمان، مراقبت بهداشتی و اجتماعی و بازپروری هستند.

مصرف آسیب‌زای مواد: در طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات سلامتی مرتبط (تجدید نظر دهم)، به‌عنوان الگویی در مصرف مواد که موجب آسیب رساندن به سلامت جسمی و روانی می‌شود، تعریف شده است.

وابستگی: در طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات سلامتی مرتبط (تجدید نظر دهم)، به‌عنوان مجموعه پدیده‌های روان‌شناختی، رفتاری و شناختی که در پی مصرف مکرر مواد ایجاد می‌شوند و معمولاً شامل تمایلی قوی به مصرف مواد، دشواری در کنترل مصرف مواد، پافشاری بر مصرف مواد بر خلاف عواقب آسیب‌زا، دادن اولویت بالاتر به مصرف مواد نسبت به دیگر فعالیت‌ها و وظایف و گاهی اوقات تجربه حالت بازگیری جسمانی تعریف شده است.

اختلالات مصرف مواد یا دارو: در طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات سلامتی مرتبط (تجدید نظر دهم)، به‌عنوان الگویی از علائم که از مصرف مکرر مواد بر خلاف تجربه مشکلات یا ناتوانی دی نتیجه مصرف مواد در زندگی روزمره ناشی می‌شود، تعریف شده است. بسته به تعداد علائم شناسایی‌شده، اختلال مصرف مواد می‌تواند خفیف، متوسط یا وخیم باشد.

پیشگیری از مصرف مواد و درمان اختلالات مصرف مواد: هدف «پیشگیری از مصرف مواد»، جلوگیری یا به تعویق انداختن شروع مصرف مواد و همچنین گذار به اختلالات مصرف مواد است. به‌محض اینکه فردی به اختلال مصرف مواد مبتلا شود، نیازمند درمان، مراقبت و بازپروری خواهد بود.

گروه بندی های منطقه ای

گزارش جهانی مواد مخدر از تعدادی نام‌گذاری منطقه‌ای و فرا منطقه‌ای استفاده می‌کند. این موارد رسمی نیستند و به شرح زیر تعریف می‌شوند:

• آفریقای شرقی: بوروندی، کومور، جیبوتی، اریتره، اتیوپی، کنیا، ماداگاسکار، موریس، رواندا، سیشل، سومالی، سودان جنوبی، اوگاندا، جمهوری متحد تانزانیا و مایوت

• شمال آفریقا: الجزایر، مصر، لیبی، مراکش، سودان و تونس

• آفریقای جنوبی: آنگولا، بوتسوانا، اسواتینی، لسوتو، مالاوی، موزامبیک، نامیبیا، آفریقای جنوبی، زامبیا، زیمبابوه و اتحاد ریونیون

• آفریقای غربی و مرکزی: بنین، بورکینافاسو، کابو ورده، کامرون، جمهوری آفریقای مرکزی، چاد، کنگو، ساحل عاج، جمهوری دموکراتیک کنگو، گینه استوایی، گابن، گامبیا، غنا، گینه، گینه بیسائو، لیبریا، مالی، موریتانی، نیجر، نیجریه، سائو تومه و پرینسیپ، سنگال، سیرالئون، توگو و سنت هلنا

• کارائیب: آنتیگوا و باربودا، باهاما، باربادوس، کوبا، دومنیکا، جمهوری دومنیکن، گرنادا، هائیتی، جامائیکا، سنت کیتس و نویس، سنت لوسیا، سنت وینسنت و گرنادین ها، ترینیداد و توباگو، آنگویلا، آروبا، بونیر، هلند، جزایر ویرجین انگلیس، جزایر کیمن، کوراسائو، گوادلوپ، مارتینیک، مونتسرات، پورتوریکو، صبا، هلند، سنت اوستاتیوس، هلند، سنت مارتن، جزایر تورکس و کایکوس و جزایر ویرجین ایالات متحده

• آمریکای مرکزی: به لیز، کاستاریکا، السالوادور، گواتمالا، هندوراس، نیکاراگوئه و پاناما

• آمریکای شمالی: کانادا، مکزیک و ایالات متحده آمریکا، برمودا، گرینلند و سنت پیر و میکلون

• آمریکای جنوبی: آرژانتین، بولیوی (کشور چندملیتی)، برزیل، شیلی، کلمبیا، اکوادور، گویان، پاراگوئه، پرو، سورینام، اروگوئه، ونزوئلا (جمهوری بولیواری)، جزایر فالکلند (مالویناس) و گویان فرانسه

• آسیای میانه و ماوراء قفقاز: ارمنستان، آذربایجان، گرجستان، قزاقستان، قرقیزستان، تاجیکستان، ترکمنستان و ازبکستان

• آسیای شرقی و جنوب شرقی: برونئی داروسلام، کامبوج، چین، جمهوری خلق دموکراتیک کره، اندونزی، ژاپن، جمهوری دموکراتیک خلق لائو، مالزی، مغولستان، میانمار، فیلیپین، جمهوری کره، سنگاپور، تایلند، تیمور لست، ویتنام، هنگ کنگ، چین، ماکائو، چین و استان تایوان چین

• جنوب غربی آسیا: افغانستان، ایران (جمهوری اسلامی) و پاکستان

• خاور نزدیک و میانه: بحرین، عراق، اسرائیل، اردن، کویت، لبنان، عمان، قطر، عربستان سعودی، فلسطین، جمهوری عربی سوریه، امارات متحده عربی و یمن

• جنوب آسیا: بنگلادش، بوتان، هند، مالدیو، نپال و سریلانکا

• اروپای شرقی: بلاروس، جمهوری مولداوی، فدراسیون روسیه و اوکراین

• اروپای جنوب شرقی: آلبانی، بوسنی و هرزگوین، بلغارستان، کرواسی، مونته نگرو، مقدونیه شمالی، رومانی، صربستان، ترکیه و کوزوو ۱۴۸

• اروپای غربی و مرکزی: آندورا، اتریش، بلژیک، قبرس، چک، دانمارک، استونی، فنلاند، فرانسه، آلمان، یونان، مجارستان، ایسلند، ایرلند، ایتالیا، لتونی، لیختن‌اشتاین، لیتوانی، لوکزامبورگ، مالت، موناکو، هلند، نروژ، لهستان، پرتغال، سان مارینو، اسلواکی، اسلوونی، اسپانیا، سوئد، سوئیس، پادشاهی بریتانیا و ایرلند شمالی، جزایر فارو، جبل‌الطارق و سلطنت مقدس

اقیانوسیه (شامل چهار منطقه فرعی):

• استرالیا و نیوزیلند: استرالیا و نیوزیلند

• پلی نزیا: جزایر کوک، نیوئه، ساموآ، تونگا، توالو، پلی نزی فرانسه، توکلائو و جزایر والیس و فوتونا

• ملانزی: فیجی، پاپوآ گینه نو، جزایر سلیمان، وانواتو و کالدونیای جدید

• میکرونزی: کریباتی، جزایر مارشال، میکرونزی (ایالت‌های فدرال)، نائورو، پالائو، گوام و جزایر ماریانای شمالی

این مجموعه که متشکل از ۶ کتابچه با عنوان کلی *«گزارش جهانی مواد مخدر در سال ۲۰۲۰»* است، طیفی ارزشمند از اطلاعات و تحلیل‌هایی که می‌تواند به جامعه جهانی در اجرای توصیه‌های عملیاتی مشخصی کمک کند، از جمله تعهدات دولت‌های عضو در سند نهایی نشست ویژه مجمع عمومی در خصوص مواد مخدر که در سال ۲۰۱۶ برگزار شد.

کتابچه نخست خلاصه ای از ۵ کتابچه بعدی را با اشاره به یافته‌های کلیدی و برجسته ساختن توصیه‌های اجرایی آنها به دست می‌دهد. کتابچه دوم بر تقاضای مواد تمرکز کرده و نگاهی جهانی به حجم و روند مصرف مواد می‌اندازد، از جمله اختلال های مصرف مواد و پیامدهای آن برای سلامتی افراد. سومین کتابچه به زنجیره عرضه مواد می‌پردازد و آخرین برآوردها و روندها درباره تولید و قاچاق، اوپی‌یت‌ها، کوکائین، محرک‌های آمفتامینی، و کانابیس را به دست می‌دهد. در کتابچه چهارم گروهی از مسائل چندوجهی، همچون ماکرودینامیک‌هایی که گسترش و افزایش پیچیدگی بازار مواد را درپی داشته مورد بررسی قرار می‌گیرد و همچنین نگرانی‌هایی که به طور فزاینده در این زمینه در حال زیادتر شدن است نیز از نظر گذرانده می شود: از جمله این نگرانی ها می توان به بحران جهانی و چند وجهی اوپیوئیدها، تغییرات سریع بازار، شکل گیری بازار مواد روانگردان جدید، استفاده از دارک نت برای عرضه مواد و نیز تحولاتی که در مناطق مختلف به سمت قانونی کردن مصرف غیرپزشکی کانابیس رفته است. کتابچه پنجم ارتباط شاخصه های اجتماعی – اقتصادی را با اختلال‌های مصرف مواد مورد بررسی قرار می دهد، از جمله در سطوح کلان، جماعتی و فردی. نهایتاً کتابچه ششم به دیگر مسائل مرتبط با مواد مخدر از جمله مناظره بین المللی درباره مسئله مواد که عمق شواهد درباره آن بسیار کم است، از جمله دسترسی به داروهای تحت کنترل، همکاری بین المللی در زمینه های مخدری، توسعه جایگزین در مناطق عمده کشت مواد و زنجیره مواد مخدر و جرایم می پردازد.

همچون سال‌های گذشته، *«گزارش جهانی مواد مخدر در سال ۲۰۲۰»* هدف ارتقای سطح درک جهان از معضل مواد مخدر و مشارکت بیشتر و بهینه‌تر در زمینه همکاری های بین المللی به منظور مقابله با پیامدهای سوء آن برای سلامتی، حکمرانی و امنیت، را دنبال می‌کند. ضمیمه‌های آماری را می‌توانید همچنین در وب‌سایت UNODC دنبال کنید:

wdr.unodc.org

Vienna International Centre, PO Box 500, 1400 Vienna, Austria Tel: +(43) (1) 26060-0, Fax: +(43) (1) 26060-5866,
www.unodc.org