UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime

UNODC Research

۲ مصرف مواد و پیامدهای آن برای سلامت انسان

گزارش جهانی مواد در سال ۲۰۲۰

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

شابک: ۹۷۸-۹۲-۱-۱۴۸۳۴۵-۱

978-92-1-005047-0 eISBN

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.

ستاد مبارزه با مواد مخدر

CUDRAS
Center for Universal Drug Researches Approaches & Studies

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[۱] 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.

---

[۱]. designer chemicals

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. 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

پیش‌گفتار ۳
نکات توضیحی ۴
دامنه کتابچه ۷
تأثیر مصرف مواد مخدر بر سلامت ۸
میزان مصرف مواد مخدر ۱۰
بیش از ۲۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان مواد مخدر مصرف می‌کنند ۱۰
بیش از ۳۵ میلیون نفر از اختلالات مصرف مواد مخدر رنج می‌برند ۱۲
کانابیس همچنان با اختلاف زیاد پرمصرف‌ترین ماده مخدر است ۱۲
اوپیوئیدها بیشترین آسیب را به سلامت مصرف‌کنندگان وارد می‌کنند ۱۷
افزایش مصرف آمفتامین‌ها به ویژه مت‌آمفتامین در بخش‌هایی از آسیا و آمریکای شمالی ۲۲
اشکال «اکستازی» و MDMA بالایی در بازارهای اصلی موجود و در دسترس قرار گرفته ۲۹
علائم افزایش مصرف کوکائین در غرب و مرکز اروپا و روندهای ترکیبی در قاره آمریکا ۳۰
افراد تحت درمان برای مصرف مواد مخدر ۳۹
پیامدهای مصرف مواد مخدر برای سلامت ۴۳
برآورد شده است که ۱۱٫۳ میلیون نفر در سراسر جهان مواد مخدر تزریق می‌کنند ۴۳
در سراسر جهان یک هشتم افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند مبتلا به اچ آی وی هستند ۴۷
تقریباً نیمی از افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند و تعداد آنها نفر در سراسر جهان حدود ۵/۵ میلیون نفر برآورد شده است با هپاتیت سی زندگی می‌کنند ۵۱
تقریباً یک میلیون نفر از تزریق‌کنندگان مواد مخدر به هپاتیت بی آلوده شده‌اند ۵۲
پیوست ۵۳
واژه‌نامه ۵۴
گروه‌بندی‌های منطقه‌ای ۵۶

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

نکات توضیحی

عنوان‌های به کار رفته و ارائه مطالب در گزارش جهانی مواد مخدر به معنای ابراز نظر و عقیده از طرف دبیرخانه سازمان ملل یا مقامات آن در رابطه با وضعیت حقوقی یک کشور، سرزمین، شهر یا منطقه، یا در مورد تعیین حدود یا مرزهای آن نیست.

در این گزارش کشورها و مناطق به نام‌هایی خوانده می‌شوند که در زمان جمع‌آوری داده‌های مربوطه به طور رسمی مورد استفاده قرار می‌گرفته‌اند.

از آنجا که درباره تمایز بین «مصرف مواد مخدر»، «مصرف نادرست مواد مخدر» و «سوء مصرف مواد مخدر» ابهام‌های علمی و قانونی وجود دارد، در گزارش جهانی مواد مخدر از یک اصطلاح خنثی یعنی «مصرف مواد مخدر» استفاده می‌شود. اصطلاح «مصرف نادرست» فقط برای نشان دادن مصرف غیر پزشکی مواد مخدر تجویز شده به کار می‌رود.

تمام کاربردهای کلمات «مواد مخدر» و عبارت «مصرف مواد مخدر» در گزارش جهانی مواد مخدر به موادی اشاره دارد که تحت کنوانسیون‌های بین‌المللی کنترل مواد مخدر کنترل می‌شوند و مصرف غیر پزشکی از آنها را نیز پوشش می‌دهد.

مبنای کل تحلیل‌های گنجانده شده در این گزارش داده‌های رسمی‌ای است که کشورهای عضو دفتر مقابله با جرائم و مواد مخدر سازمان ملل از طریق پرسشنامه گزارش سالانه ارائه کرده‌اند، مگر اینکه خلاف آن ذکر شود.

داده‌های مربوط به جمعیت که در گزارش جهانی مواد مخدر مورد استفاده قرار گرفته‌اند از چشم‌اندازهای جمعیت جهان: بازبینی سال ۲۰۱۹ (سازمان ملل، بخش امور اقتصادی و اجتماعی، قسمت جمعیت) به دست آمده‌اند.

هر جا به دلار ($) اشاره شده است منظور دلار ایالات متحده است، مگر اینکه خلاف آن ذکر شده باشد.

منظور از ارجاعات به تن (هزار کیلوگرم) واحد تن در سیستم متریک است، مگر اینکه خلاف آن ذکر شده باشد.

در این کتابچه از اختصارات زیر استفاده شده است:

AIDS:	ایدز سندرم نقص ایمنی اکتسابی
DALYs:	سال‌های تعدیل‌شده (از دست رفته) زندگی با ناتوانی
ECOWAS:	جامعه اقتصادی کشورهای غرب آفریقا
EMCDDA:	مرکز نظارت بر مواد مخدر و اعتیاد به مواد مخدر اروپا
HIV:	ویروس نقص ایمنی انسانی
MDMA:	۳،۴-متیلن دی‌اکسی مت‌آمفتامین
NPS:	مواد روانگردان جدید
PWID:	افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند
UNAIDS:	برنامه مشترک سازمان ملل در مورد اچ آی وی/ ایدز
UNODC:	دفتر مقابله با جرائم و مواد مخدر سازمان ملل
WHO:	سازمان بهداشت جهانی

دامنه کتابچه

این سند یعنی دومین کتابچه گزارش جهانی مواد مخدر سال ۲۰۲۰ به ارائه شواهدی کمک می‌کند که برای حمایت از جامعه بین‌الملل در اجرای توصیه‌های عملیاتی در زمینه کاهش تقاضای مواد مخدر و درمان مصرف آنها، و همچنین سایر نتایج مرتبط با سلامت از جمله نتایج مندرج در سند نتیجه جلسه ویژه مجمع عمومی در مورد مشکل جهانی مواد مخدر (برگزار شده در سال ۲۰۱۶) به کار خواهد رفت.

این کتابچه مروری جهانی بر میزان و روندهای مصرف مواد مخدر از جمله اختلالات مصرف این مواد و پیامدهای آنها برای سلامت ارائه می‌دهد. در این کتابچه جدیدترین برآوردها به عنوان مبنا به کار گرفته می‌شوند و وضعیت و روندهای کلی استفاده از هر نوع ماده مخدر در بازارهای مصرف‌کننده اصلی در سطح ناحیه‌ای بررسی می‌شود. سپس مسئله تأثیر مصرف مواد مخدر بر سلامت و بهداشت از جمله تعداد جهانی مرگ و میرها و سال‌های «سالم» زندگی که در اثر مصرف مواد مخدر از دست می‌رود مطرح خواهد شد. در قسمت پایانی تحلیلی از تعداد افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند و افرادی از این گروه که با اچ آی وی و هپاتیت زندگی می‌کنند ارائه خواهیم کرد.

تاثیر مصرف مواد مخدر بر سلامتی

تأثیر مصرف مواد مخدر بر توسعه به عنوان مهم‌ترین اثر آن بر سلامت و رفاه، و نیز بر دستیابی به اهداف توسعه پایدار را می‌توان در سطح فردی و اجتماعی و همچنین در سطح جهانی مشاهده کرد. افرادی که مصرف مواد مخدر را آغاز می‌کنند و متعاقباً به اختلالات مصرف این مواد دچار می‌شوند معمولاً گذاری بین چند مرحله دارند: از شروع مصرف تا تشدید، حفظ روند (تداوم مصرف) و در نهایت وابستگی یا اعتیاد[۲]. اختلالات مصرف مواد مخدر ارتباط مستحکمی با بیماری‌های روان‌پزشکیِ همراه دارد و برخی عوامل خطر مشترک به صورت توام در بروز اختلالات بهداشت روان و اختلالات مصرف مواد مخدر نقش دارند.[۴۵۶] [۳] به همین ترتیب، افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر عواقب نامطلوب مصرف را در سلامت خود تجربه می‌کنند که بیش‌مصرفی غیر کشنده، بیماری‌های عفونی مانند اچ آی وی و هپاتیت سی و مرگ زودرس از آن جمله‌اند.[۷]

مصرف مواد مخدر به ویژه وقتی به صورت اختلالات مصرف درآید می‌تواند بر رشد اجتماعی افراد مصرف‌کننده نیز تأثیر بگذارد. این اختلالات با محرومیت اجتماعی از جمله سطح تحصیلات پایین، افزایش دشواری در یافتن شغل و حفظ آن، و بی‌ثباتی مالی و فقر ارتباط دارند.[۹] [۸] علاوه بر این، مصرف آسیب‌رسان مواد مخدر[۱۰] می‌تواند فراتر از افراد بر سلامت و بهزیستی دیگران از جمله خانواده‌ها، همسایگان و به طور کلی جامعه تأثیر بگذارد؛ این تأثیر همان‌گونه

---

[۲] Denise B. Kandel, ed., *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis* (Cambridge, Cambridge University Press, 2002).

[۳] United States, National Institute on Drug Abuse, *Common Comorbidities with Substance Use Disorders* (2018), updated April 2020.

[۴] Stephen Ross and Eric Peselow, "Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis", *Clinical Neuropharmacology,* vol. 35, No. 5 (September/October 2012), pp. 235-243.

[۵] Tonya D. Armstrong and Jane E. Costello, "Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric cornorbidn y", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* vol. 70, No. 6 (2002), pp. 1224-1239.

[۶] 5 Kim T. Mueser and others, "Antisocial personality disorder in people with co-occurring severe mental illness and substance use disorders: clinical, functional, and family relationship correlates", *Psychosis,* vol. 4, No. 1 (January 2012), pp. 52-62.

[۷] 6 Kandel, ed., *Stages and Pathways of Drug Involvement.*

[۸] Nora D. Volkow and others, "Adverse health effects of marijuana use", *New England Journal of Medicine,* vol. 370, No. 23 (June 2014), pp. 2219-2227.

[۹] See also Booklet 5: *Socioeconomic characteristics and drug use disorders* in the present report.

[۱۰]-طبقه‌بندی آماری بین المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط (ICD ۱۱) اصطلاح «مصرف آسیب‌رسان مواد» را به عنوان الگویی از مصرف مواد/ مواد مخدر تعریف می‌کند که به سلامت جسمی یا روانی فرد آسیب رسانده است یا منجر به رفتاری شده است که حاصل آن آسیب رساندن به سلامت دیگران بوده است.

روی می‌دهد که والدین، خانواده و همسایگان/محله‌ها بر الگوهای آسیب‌رسان مصرف مواد مخدر و وابستگی به آنها اثر می‌گذارند.[۱۱۱۲۱۳۱۴۱۵۱۶]

دو اصل اساسی دستور کار توسعه پایدار ۲۰۳۰ عبارتند از «اطمینان از اینکه هیچ کس نادیده گرفته نشود» و «اولویت دسترسی به محروم‌ماندگان». مصرف‌کنندگان مواد مخدر و افراد مبتلا به اختلالات مصرف از اولین کسانی هستند که تقریباً در هر شرایطی نادیده گرفته می‌شوند و از هر هشت نفر آنها تنها یک تن به خدمات مورد نیاز برای درمان این اختلالات دسترسی دارد. علاوه بر این، همه‌گیری‌های جهانی اچ آی وی و هپاتیت سی همچنان از نگرانی‌های عمده بهداشت عمومی در سطح جهانی به حساب می‌آیند. یکی از آسیب‌پذیرترین جمعیت‌های متأثر از این بیماری‌های عفونی PWID یا افرادی هستند که مواد مخدر را تزریق می‌کنند. شیوع اچ آی وی و هپاتیت سی به گونه‌ای نامتناسب در میان این گروه زیاد است و این افراد بخش قابل توجهی از مبتلایان جدید عفونت‌های اچ آی وی و هپاتیت سی را در سطح جهان تشکیل می‌دهند.[۱۷۱۸]

---

[۱۱] Laura Lander, Janie Howsare and Marilyn Byrne, "The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice", *Social Work in Public Health*, vol. 28, Nos. 3-4 (May 2013), pp. 194-205.

[۱۲] Dustin T. Duncan, Joseph J. Palamar and James H. Williams, "Perceived neighbourhood illicit drug selling, peer illicit drug disapproval and illicit drug use among U.S. high school seniors", *Journal of Substance Abuse Treatment and Prevention Policy,* vol. 9, No. 35 (September 2014).

[۱۳] Catherine Spooner and Kate Hetherington, *Social Determinants of Drug Use,* Technical Report, No. 228 (Sydney, National Drug And Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 2004).

[۱۴] Suneerat Yangyuen, Manop Kanato and Udomsak Mahaweerawat, "Associations of the neighborhood environment with substance use: a cross sectional investigation among patients in compulsory drug detention centers in Thailand", *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, vol. 55, No. 11 (January 2018), pp. 23-32.

[۱۵] Hanie Edalati and Marvin D. Krank, "Childhood maltreatment and development of substance use disorders: a review and a model of cognitive pathways", *Trauma, Violence, and Abuse,* vol. 17, No. 5 (December 2016), pp. 454---467.

[۱۶] Shanta R. Dube and others, "Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study", *Pediatrics*, vol. 111, No. 3 (March 2003), pp. 564-572.

[۱۷] UNAIDS, *Miles to Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices* (Geneva, 2018).

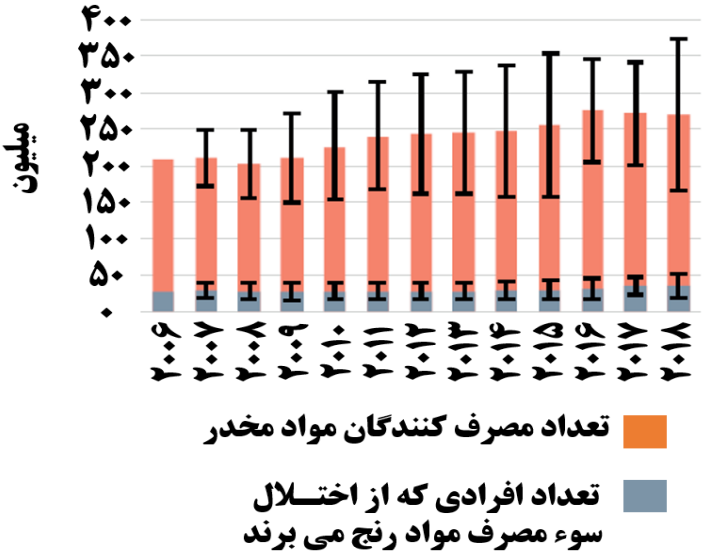
[۱۸] WHO, *Global Hepatitis Report 2017* (Geneva, 2017).

بیش از ۲۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان مواد مخدر مصرف می‌کنند.

بر اساس برآوردهای سال ۲۰۱۸، حدود ۲۶۹ میلیون نفر در سراسر جهان در سال پیش از آن حداقل یک بار مواد مخدر مصرف کرده بودند (دامنه: ۱۶۶ میلیون تا ۳۷۳ میلیون نفر). این تعداد معادل ۵٫۴ درصد (دامنه: ۳٫۳ تا ۷٫۵ درصد) از جمعیت جهان است که در بازه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال قرار دارند و تقریباً ۱ نفر از هر ۱۹ نفر جمعیت دنیا را تشکیل می‌دهند.

طی دوره ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۸، تعداد تخمینی مصرف‌کنندگان سال گذشته برای هر نوع ماده مخدر در سطح جهان از ۲۱۰ میلیون نفر (دامنه: ۱۴۹ تا ۲۷۲ میلیون) به ۲۶۹ میلیون نفر (دامنه: ۱۶۶ تا ۳۷۳ میلیون) افزایش یافت؛ به بیان دیگر، بیش از یک چهارم (۲۸ درصد) جمعیت جهان مصرف مواد را تجربه کرده بودند که بخشی از آن حاصل رشد جمعیت جهانی بود. در نتیجه، شیوع مصرف مواد مخدر افزایشی بیش از ۱۲ درصدی نشان داد و از ۴٫۸ درصد جمعیت بزرگسال در سال ۲۰۰۹ (دامنه: ۳٫۴ تا ۶٫۲ درصد) به ۵٫۴ درصد این جمعیت در سال ۲۰۱۸ (دامنه: ۳٫۳ تا ۷٫۵ درصد) رسید. با این حال، با توجه به فواصل عدم قطعیت گسترده این برآوردها و اینکه برآوردهای جهانی در هر سال معین بهترین داده‌های موجود را نشان می‌دهند، لازم است مقایسه هرگونه برآورد در طول زمان با احتیاط انجام شود.

در طول دهه گذشته مواد موجود در بازارهای مواد مخدر تنوع یافته‌اند. در دهه گذشته علاوه بر مواد سنتی مبتنی بر گیاهان (کانابیس، کوکائین و هروئین)، شاهد گسترش بازاری پویا برای مواد مخدر مصنوعی و مصرف غیر پزشکی مخدرهای دارویی و داروهای تجویزی بوده‌ایم.[۱۹] دسترس‌پذیری مواد مخدر قوی‌تر، تعداد روزافزون مواد و مصرف متوالی یا مداوم آنها در میان مصرف‌کنندگان تفننی یا منظم، پیشگیری از مصرف مواد مخدر و درمان اختلالات مصرف این مواد را با چالشی عظیم‌تر از گذشته رو به رو کرده است.

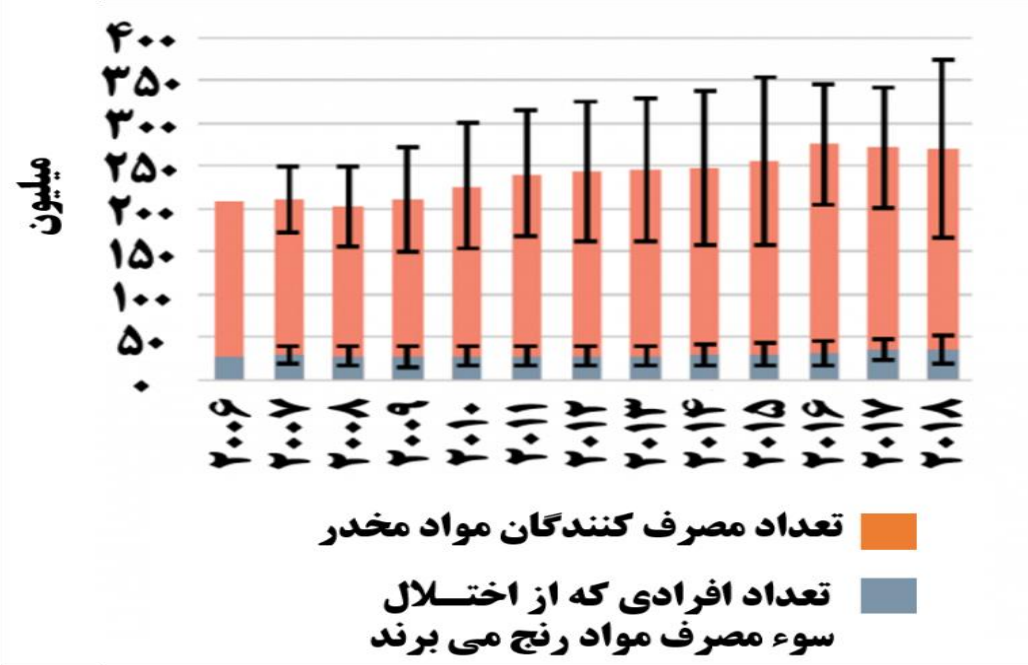


شکل ۱) شیوع جهانی مصرف مواد و اختلال سوء مصرف مواد

[۱۹] See also *World Drug Report 2020: Cross Cutting Issues - Opioid Crisis* (United Nations publication, Sales No. E.20. XI.6 (Booklet 4)).

در سال‌های اخیر صدها ماده روانگردان جدید (NPS) ساخته شده است که بیشتر آنها محرک هستند؛ آگونیست‌های مصنوعی گیرنده کانابینوئید در مقام بعدی قرار می‌گیرند، در حالی که تعداد فزاینده‌ای از این روانگردان‌ها اوپیوئیدها (آنالوگ‌های فنتانیل یا اوپیوئیدهای تحقیقاتی) هستند. مواد روانگردان جدیدی که در گروه اثر مشابه مثلاً محرک‌ها جای می‌گیرند طیف گسترده‌ای از مواد شیمیایی را در بر دارند؛ بنابراین تأثیرات آنها همچنان غیرقابل پیش‌بینی است و گاهی عواقب بسیار وخیمی برای سلامت مصرف‌کننده در پی دارند که مرگ از آن جمله است. بیشتر مواد روانگردان جدید موقتی و زودگذرند و غیر از مصرف در میان برخی گروه‌های حاشیه‌نشین مصرف‌کننده مواد مخدر، جایگاه خاصی در بازار مواد مخدر برای خود نیافته‌اند. با این حال، الگوهای مصرف این مواد به ویژه آگونیست‌های مصنوعی گیرنده کانابینوئید در میان گروه‌های حاشیه‌نشین، آسیب‌پذیر و دچار محرومیت اجتماعی از جمله افراد بی‌خانمان و کسانی که در زندان یا دوره عفو مشروط هستند، مشاهده شده است.[۲۰]

شکل ۲) تعداد مصرف کنندگان و مواد مخدر و افرادی که از اختلال سوء مصرف مواد در جهان رنج می برند



اما مصرف غیر پزشکی اوپیوئیدهای دارویی و سایر اوپیوئیدهای مصنوعی در ناحیه‌های مختلف همچنان یکی از نگرانی‌های اصلی است. در آمریکای شمالی مصرف اوپیوئیدهای مصنوعی از قبیل فنتانیل (و آنالوگ‌های آن) که عمدتاً از منابع مجاز به دست آمده‌اند به افزایش مداوم مرگ‌های ناشی از بیش‌مصرفی اوپیوئیدها در سال ۲۰۱۸ انجامیده است. به نظر می‌رسد بازار مصرف غیر پزشکی ترامادول در مناطق دیگر مانند غرب، مرکز و شمال آفریقا نیز رشد چشمگیری داشته است.[۲۱]

---

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

[۲۱] See also *World Drug Report 2020* (Booklet 4).

بیش از ۳۵ میلیون نفر از اختلالات مصرف مواد مخدر رنج می‌برند

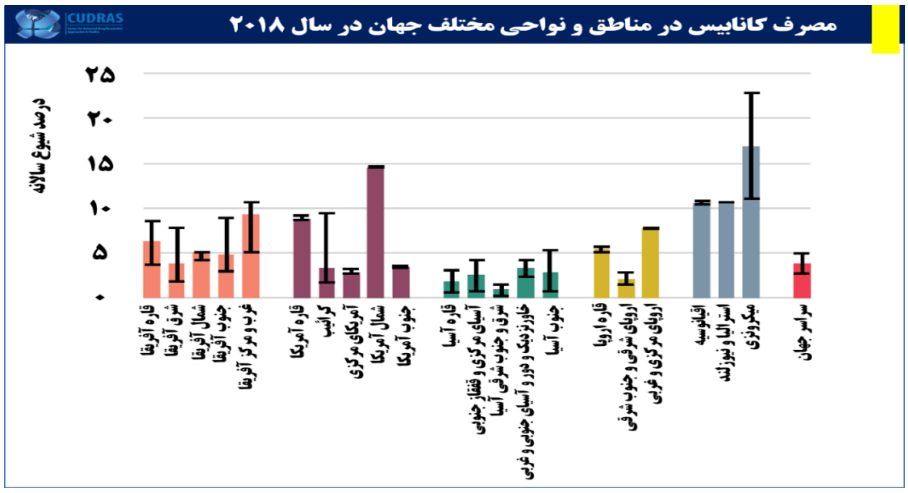
برآورد شده است که در میان ۲۶۹ میلیون نفری که در سال گذشته مواد مخدر مصرف کرده‌اند حدود ۳۵,۶ میلیون نفر (دامنه: ۱۹,۰ میلیون تا ۵۲,۲ میلیون نفر) از اختلالات مصرف مواد مخدر رنج می‌برند؛ این بدان معنا است که الگوی مصرف مواد مخدر توسط افراد آسیب‌رسان است، همچنین ممکن است آنها وابستگی به مواد مخدر را تجربه کنند و/ یا نیازمند درمان باشند. این رقم معادل شیوع جهانی ۰,۷ درصدی اختلالات مصرف مواد مخدر (دامنه: ۰,۴ تا ۱,۰ درصدی) در میان جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله است.

کانابیس همچنان با اختلاف پرمصرف‌ترین ماده مخدر در سراسر جهان است

بر اساس برآوردهای سال ۲۰۱۸، حدود ۱۹۲ میلیون نفر در سال پیش از آن کانابیس مصرف کرده بودند که معادل ۳,۹ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله جهان است. این رقم در آمریکای شمالی (۱۴,۶ درصد)، استرالیا و نیوزیلند (۱۰,۶ درصد) و غرب و مرکز آفریقا (۹,۳ درصد) بسیار بالاتر از میانگین جهانی است.

در سال ۲۰۰۹ گزارش شد که مصرف کانابیس در کشورهایی که بازارهای ثابت کانابیس دارند مثلاً در غرب و مرکز اروپا، آمریکای شمالی و استرالیا و نیوزیلند در حال تثبیت یا کاهش است، اما افزایش مصرف در بسیاری از کشورهای آفریقا و آسیا این روند را جبران کرد.[۲۲] اکنون که یک دهه از آن زمان می‌گذرد مصرف کانابیس در غرب و مرکز اروپا به طور کلی ثابت مانده است و در آمریکای شمالی، آفریقا و آسیا افزایش قابل توجهی داشته است.[۲۳]

شکل ۳)



---

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

[۲۳] در صورت عدم وجود اطلاعات نظرسنجی جامع از آفریقا و آسیا، اطلاعات بر اساس شاخص درک مصرف کانابیس است که کشورها در پرسشنامه گزارش سالانه گزارش کرده‌اند. طی دوره ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۸ بیشتر کشورهای آفریقا و آسیا که به پرسشنامه گزارش سالانه پاسخ داده‌اند افزایش مصرف کانابیس را گزارش کرده‌اند.

مصرف کانابیس در قاره آمریکا طی دهه گذشته افزایش یافته است

قاره آمریکا همچنان منطقه‌ای است که بالاترین شیوع سالانه مصرف کانابیس را دارد (۸٫۸ درصد در میان جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله). در ایالات متحده آمریکا از سال ۲۰۰۷ مصرف کانابیس به طور پیوسته در حال افزایش بوده است، به ویژه در میان بزرگسالان جوان (۱۸ تا ۲۵ ساله) و بزرگسالان مسن‌تر (۲۶ سال به بالا).[۲۴]

البته افزایش اصلی در میان مصرف‌کنندگان منظم کانابیس مشاهده شده است؛ مثلاً در طول دوره ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۸ شیوع مصرف روزانه یا تقریباً روزانه کانابیس دو برابر شد. در سال ۲۰۱۸ برآورد شد که ۴٫۷ درصد از جمعیت ۱۸ ساله و بالاتر (یعنی حدود ۱۱٫۶ میلیون نفر) مصرف‌کنندگان روزانه یا تقریباً روزانه کانابیس بوده‌اند.[۲۵] در مقایسه با این میزان، برآوردها نشان داد که در غرب و مرکز اروپا تقریباً ۱ درصد از جمعیت بزرگسال مصرف روزانه یا تقریباً روزانه کانابیس دارند و این نرخ در دهه گذشته کم و بیش ثابت مانده است.[۲۶]

علاوه بر این، در آن دسته از کشورهای آمریکای جنوبی که داده‌های پیمایش جدید ارائه داده‌اند نیز افزایش نرخ مصرف کانابیس سال گذشته گزارش شده است. مثلاً بر اساس گزارش پیمایش انجام‌شده در سال ۲۰۱۸ در اروگوئه ۱۲٫۱ درصد از مردان و ۵٫۸ درصد از زنان در ماه پیش از آن کانابیس مصرف کرده بودند که در مجموع ۸٫۹ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۵ ساله کشور را تشکیل می‌دادند.[۲۷] در حالی که تمام اندازه‌گیری‌های مصرف کانابیس از سال ۲۰۱۱ افزایش آن را نشان داده است، مصرف ماه گذشته با تغییری دو برابری بیشترین افزایش را داشته است که نشان می‌دهد افزایش اصلی از سال ۲۰۱۱ در میان مصرف‌کنندگان منظم و مکرر کانابیس روی داده است. بالاترین میزان شیوع مصرف کانابیس در ماه گذشته در میان جوانان ۱۹ تا ۲۵ ساله (۲۰/۸ درصد) و پس از آن ۲۶ تا ۳۵ ساله (۱۶/۴ درصد) گزارش شد.[۲۸] حدود ۹٫۹ درصد از افرادی که مصرف کانابیس در یک سال گذشته را گزارش کرده بودند مصرف‌کنندگان روزانه یا تقریباً روزانه کانابیس بوده‌اند (۱۳٫۱ درصد مرد در مقابل ۵٫۲ درصد زن). در این گزارش بیش از یک سوم مصرف‌کنندگان منظم کانابیس وابسته به این ماده مخدر محسوب می‌شدند.

---

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

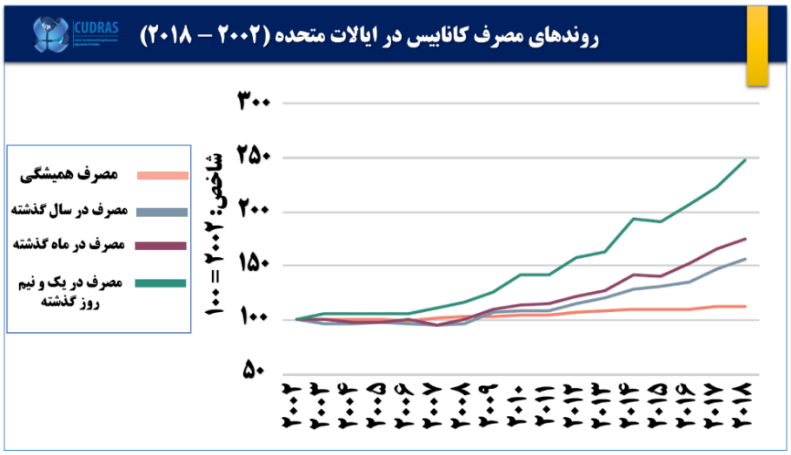
[۲۵] United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results ftom the 2018 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, Center for Behavioral Health Statistics and Quality,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

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

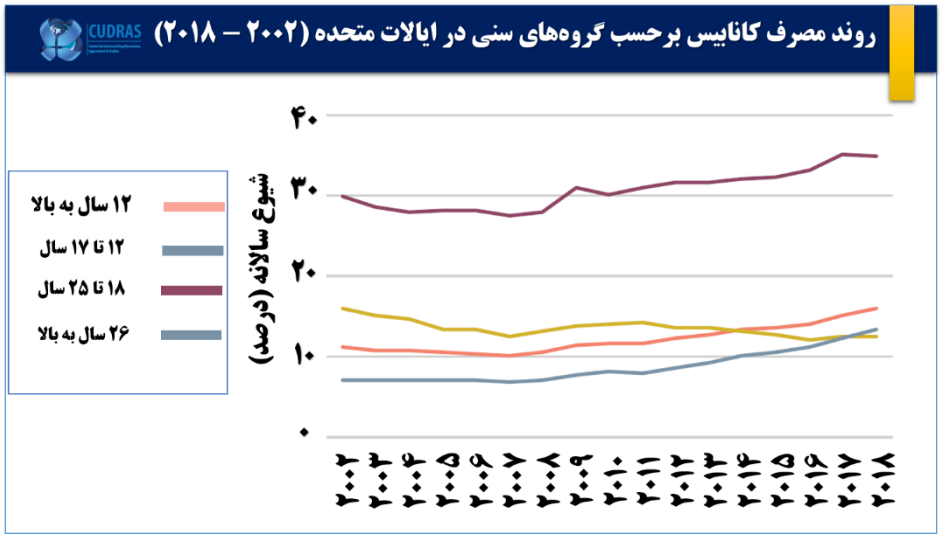
[۲۷] Uruguay, Observatorio Uruguayo de Drogas and Junta Nacional de Drogas, *VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas en Poblaci6n General: Informe de Investigaci6n* (December 2019)..

[۲۸] همان.

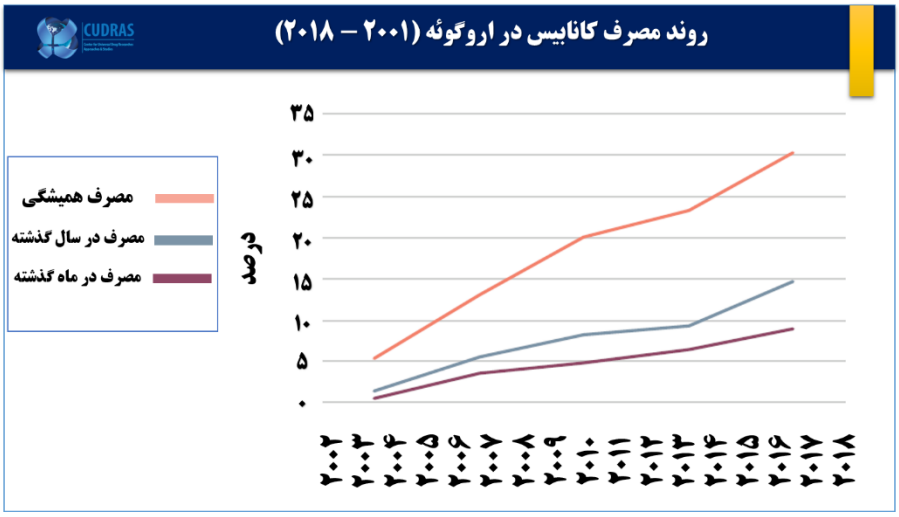
شکل ۴)



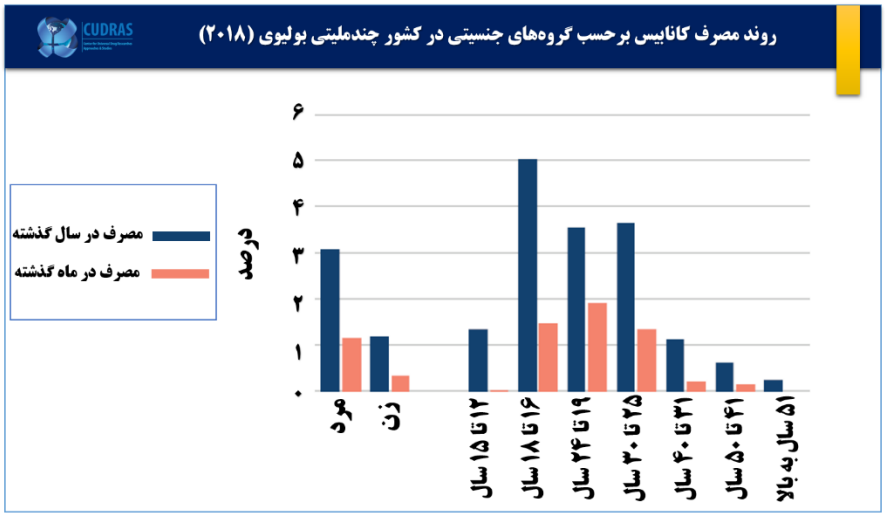
شکل ۵)



شکل ۶)



شکل ۷)



یک پیمایش مصرف مواد مخدر که در سال ۲۰۱۸ در کشور چند ملیتی بولیوی انجام شد افزایش شیوع مصرف سال گذشته و ماه گذشته کانابیس را در میان جمعیت بزرگسال نشان داد و بر اساس آن برآورد شد که ۲ درصد از جمعیت کشور در سال پیش از آن کانابیس مصرف کرده بوده‌اند؛ این رقم در سال ۲۰۱۴ ۱٫۳ درصد بود.[۲۹،۳۰] شیوع مصرف کانابیس در سال و ماه گذشته در مردان بیشتر از زنان بود، در میان جوانان ۱۶ تا ۳۰ ساله بالاتر از افراد مسن‌تر بود، و در میان گروه‌هایی که سطح اقتصادی-اجتماعی «متوسط رو به پایین» داشتند (شیوع ۱٫۱ درصدی مصرف ماه گذشته) و گروه‌های دارای سطح اقتصادی-اجتماعی «پایین» (شیوع ماه گذشته ۱٫۰ درصد) رقم بالاتری را نشان داد. حدود یک سوم از مصرف‌کنندگان ماه گذشته به صورت روزانه یا تقریباً روزانه کانابیس مصرف کرده بودند و گزارش شد که تقریباً نیمی از این افراد از اختلالات مصرف کانابیس رنج می‌برند.

مصرف کانابیس در غرب و مرکز اروپا به ویژه در کشورهایی با جمعیت زیاد رو به افزایش است

در طول دهه گذشته شیوع مصرف سال گذشته کانابیس در غرب و مرکز اروپا در میان جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله از ۶ تا ۷ درصد نوسان داشته است.[۳۱] با این حال برخی از کشورهای واقع در این ناحیه به ویژه کشورهایی با جمعیت زیاد مانند آلمان، ایتالیا و بریتانیا (انگلستان و ولز)، در پیمایش‌های اخیر مصرف مواد مخدر افزایش مصرف کانابیس را گزارش کرده‌اند.

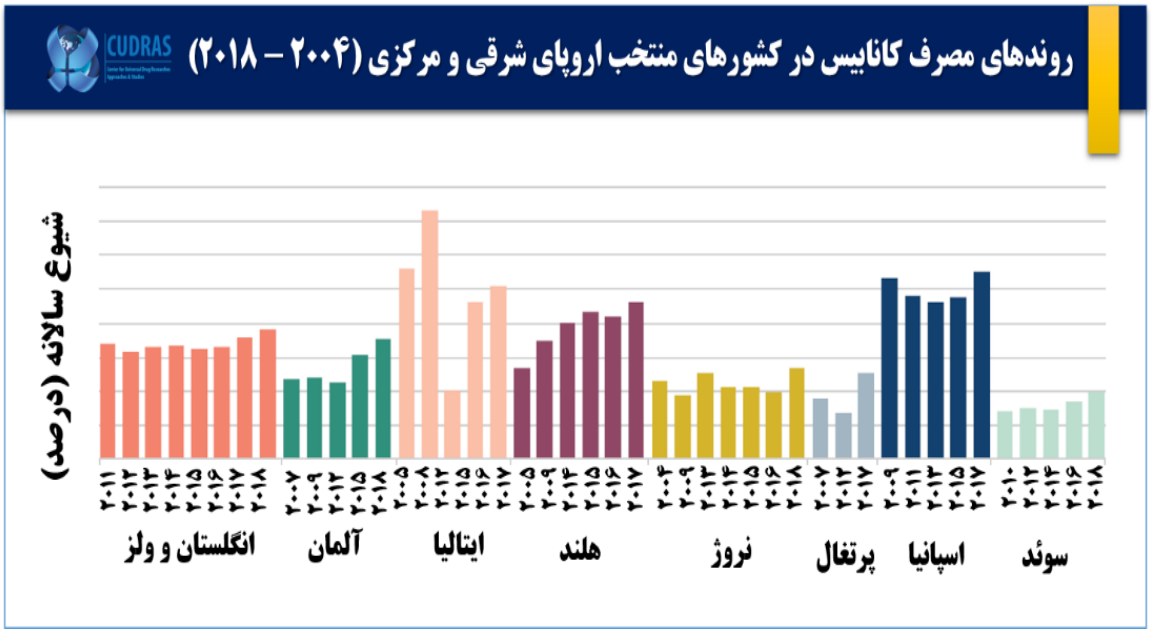
---

[۲۹] Plurinational State of Bolivia, Consejo Nacional de Lucha Contra el 'Irafico Ilicito de Drogas (CONALTID) and Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD), *3er Estudio Nacional de Prevalencia y Caracteristicas de Consumo de Drogas en Hogares de Ciudades Capita/es de Departamento y el Alto* (2018).

[۳۰] نتایج این نظرسنجی نشان می‌دهد که وقتی در نظر بگیریم که برآوردهای شیوع در سال های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۸ در حاشیه خطا بوده است شیوع بین سال های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۸ ثابت می‌ماند.

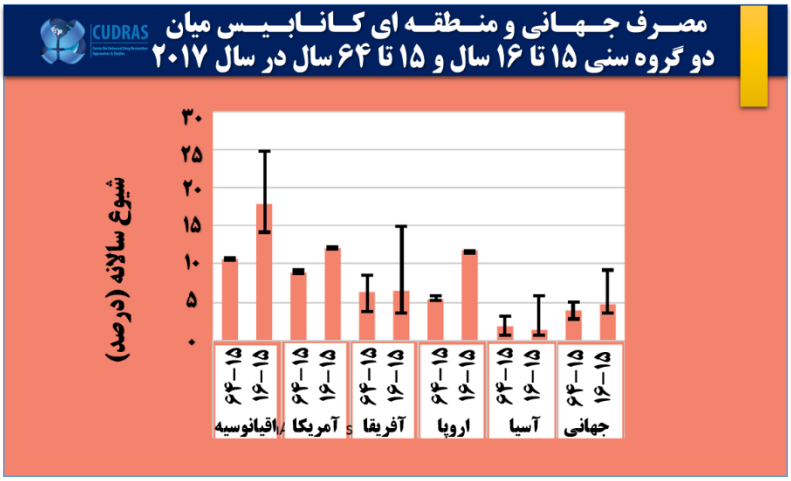
[۳۱] Based on cannabis use prevalence in Western and Central Europe across different years; see also *World Drug Report 2019* (Booklet 5).

شکل ۸)



مصرف مواد مخدر در میان نوجوانان و جوانان

نوجوانی و اوایل بزرگسالی دوره‌های گذار بسیار مهمی به حساب می‌آیند چون زمان رشد جسمی و روانی هستند و با تغییراتی در مغز و رشد شناختی و عاطفی فرد همراه‌اند. این دوران برای برخی افراد زمان افزایش آسیب‌پذیری نسبت به شروع مصرف مواد مخدر نیز هست. نوجوانی (۱۲ تا ۱۷ سالگی) دوره خطرناک ابتلا به مصرف مواد است. در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله، سطوح اوج مصرف مواد مخدر در میان افرادی دیده می‌شود که ۱۸ تا ۲۵ سال سن دارند[A].این وضعیت در کشورهای بیشتر مناطق و برای بیشتر انواع مواد مخدر نیز مشاهده می‌شود.[b]



کانابیس پرمصرف‌ترین ماده مخدر در میان جوانان است. برآورد می‌شود که در سال ۲۰۱۸ در سطح جهان ۱۳ میلیون مصرف‌کننده سال گذشته همه انواع مواد مخدر در میان دانش‌آموزان ۱۵ تا ۱۶ ساله وجود داشته است و ۱۱,۶ میلیون نفر آنها در سال پیش از آن کانابیس مصرف کرده بوده‌اند. این میزان معادل شیوع سالانه ۴,۷ درصدی مصرف کانابیس در میان این گروه سنی است و این نرخ شیوع بالاتر از جمعیت عمومی ۱۵ تا ۶۴ ساله (۳,۹ درصد) است. مصرف سال

گذشته کانابیس در میان جوانان ۱۵ تا ۱۶ ساله در اقیانوسیه، قاره آمریکا و اروپا بالا است (به ترتیب ۱۷,۸، ۱۲,۱ و ۱۱,۷ درصد).

بر اساس مطالعات انجام شده در ایالات متحده، خطر ایجاد وابستگی به کانابیس در بین کسانی که تاکنون (حتی یک بار) از این مخدر استفاده کرده‌اند ۹ درصد برآورد شده است.[c] مطالعات انجام شده در ایالات متحده، نیوزیلند و استرالیا نشان می‌دهد که این نرخ در میان مصرف‌کنندگان مادام العمری که مصرف کانابیس را از نوجوانی شروع کرده بوده‌اند به ۱۷ درصد می‌رسد.[d]

اوپیوئیدها بیشترین آسیب را به سلامت مصرف‌کنندگان وارد می‌کنند

اوپیوئیدها که شامل اوپی‌یت‌ها (هروئین و تریاک) و اوپیوئیدهای دارویی و سایر اوپیوئیدهای مصنوعی هستند، به دلیل پیامدهای شدید مصرف‌شان برای سلامت افراد در بسیاری از کشورها یک نگرانی عمده به حساب می‌آیند. مثلاً در سال ۲۰۱۷ مصرف اوپیوئیدها تقریباً عامل ۸۰ درصد از ۴۲ میلیون سال زندگی «سالم» از دست رفته در نتیجه ناتوانی و مرگ زودرس (سال‌های از دست رفته زندگی با ناتوانی یا دالی) بود و ۶۶ درصد از حدود ۱۶۷۰۰۰ مرگ نسبت داده شده به اختلالات مصرف مواد مخدر را به خود اختصاص می‌داد.[۳۲]

بر اساس ارقام سال ۲۰۱۸، ۵۷,۸ میلیون نفر در سراسر جهان در سال پیش از آن اوپیوئید مصرف کرده بودند؛ این رقم شامل مصرف‌کنندگان اوپی‌یت‌ها (۳۰,۴ میلیون نفر) و نیز کسانی بود که اوپیوئیدهای دارویی را به صورت نادرست مصرف کرده بودند.[۳۳] این عدد معادل شیوع ۱/۲ درصدی مصرف سال گذشته اوپیوئیدها در میان جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله جهان است. مصرف اوپیوئیدها در آمریکای شمالی (۳,۶ درصد)، استرالیا و نیوزیلند (۳,۳ درصد)، خاور نزدیک، خاورمیانه و آسیای جنوب غربی (۲,۶ درصد) و جنوب آسیا (۲,۰ درصد) و بالاتر از میانگین جهانی است. جمعیت جنوب آسیا تقریباً ۲۰ درصد از جمعیت جهانی افراد ۱۵ ۶۴ ساله را تشکیل می‌دهد و بیش از یک سوم تعداد برآورد شده مصرف‌کنندگان مواد مخدر سراسر جهان در این ناحیه زندگی می‌کنند.

شیوع مصرف سال گذشته اوپیوئیدها در خاور نزدیک، خاورمیانه و آسیای جنوب غربی ۰,۶ درصد و در جنوب آسیا ۱,۱ درصد و بالاتر از میانگین جهانی است؛ این دو ناحیه در مجموع تقریباً ۶۰ درصد از تعداد برآورده شده مصرف‌کنندگان اوپیوئیدها در سراسر جهان را تشکیل می‌دهند.

---

[۳۲] Institute for Health Metrics and Evaluation, "Global Burden of Disease Study.

a. *World Drug Report 2018: Drugs and Age - Drugs and Associated Issues among Young People and Older People* (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9 (Booklet 4)), p. 11.

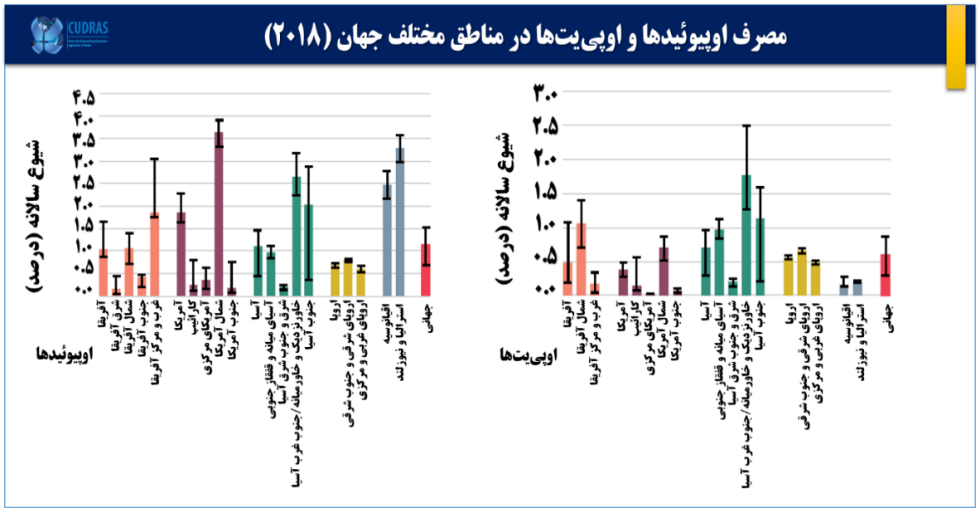
b. See also World Drug Report 2019: Global Overview of Drug Demand and Supply (United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8 (Booklet 2))

c. Catalina Lopez-Quintero and others, "Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)", Drug and Alcohol Dependence, vol. 115, Nos. 1-2 (May 2011), pp. 120--130.

d. a) James C. Anthony, "The epidemiology of cannabis dependence", in Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment, Roger A. Roffman and Robert S. Stephens, eds. (Cambridge, Cambridge University Press, 2006), pp. 58-105.

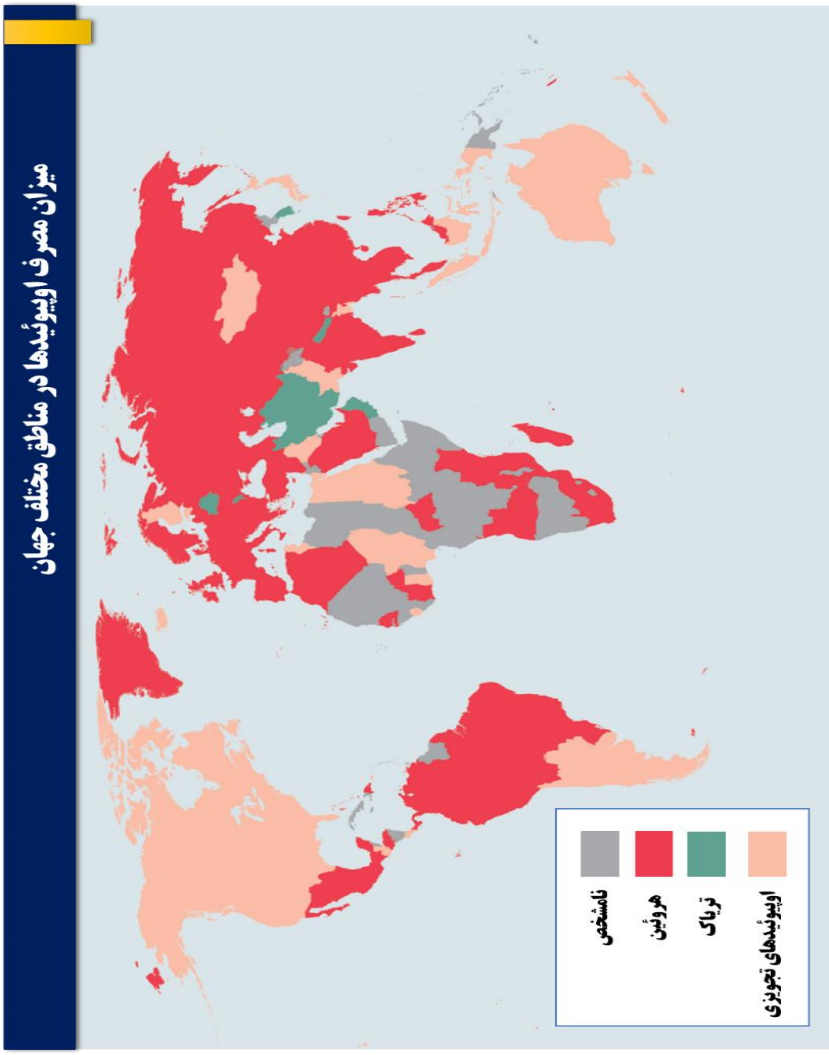
[۳۳] The term "misuse" is used here only to denote the non-medical use of prescription drugs

شکل ۹)



اگرچه برآوردهای جهانی در این زمینه در دسترس نیست ولی مصرف غیر پزشکی اوپیوئیدهای دارویی در بسیاری از کشورها به ویژه در کشورهای غرب و شمال آفریقا و خاور نزدیک و خاورمیانه (ترامادول) و آمریکای شمالی (هیدروکدون، اکسی کدون، کدئین، ترامادول و فنتانیل) گزارش شده است

نقشه ۱)[۳۴]

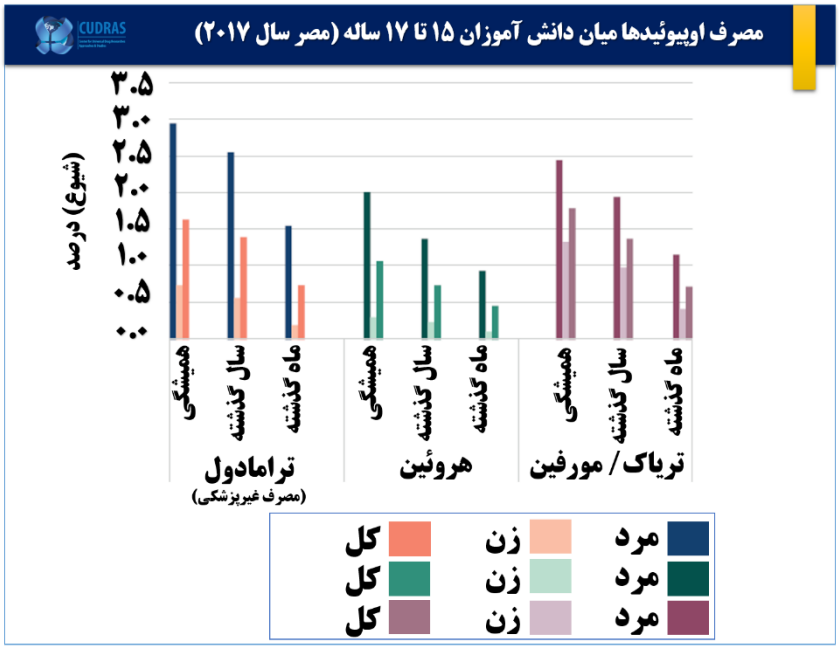


Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.[34]

بحران اوپیوئیدها در غرب، مرکز و شمال آفریقا

به استثنای نیجریه که بر اساس برآوردها در سال ۲۰۱۷ ۴٫۶ میلیون نفر در آن اوپیوئید (عمدتاً ترامادول) [۳۵]مصرف کرده‌اند، برآوردهای شیوع مصرف اوپیوئیدها در سطح جمعیت برای کشورهای غرب، مرکز و شمال آفریقا در دسترس نیست. با این حال بسیاری از کشورهای واقع در این ناحیه‌ها مقادیر بالایی از مصرف غیر پزشکی ترامادول را گزارش می‌دهند. مثلاً در مصر، ۲٫۵ درصد دانش‌آموزان پسر و ۱٫۴ درصد دانش‌آموزان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله تجربه مصرف نادرست ترامادول را در سال پیش از پیمایش داشتند. دانش‌آموزان این کشور همچنین مصرف هروئین یا تریاک / مرفین در سال ۲۰۱۶ را البته به میزانی کمتر گزارش کردند.[۳۶] علاوه بر این، داده‌های مربوط به ارائه درمان نشان می‌دهد که شیوع مصرف غیر پزشکی اوپیوئیدها در مصر بسیار بالا است. بر اساس گزارش‌ها مقصد قرص ترامادول موجود در برخی بخش‌های آفریقا بازار غیرقانونی است و ممکن است دوز مصرفی آن بالاتر از مقداری باشد که معمولاً برای اهداف پزشکی تجویز می‌شود».[۳۷]

شکل ۱۰)



[۳۴]. Note: Information is based primarily on the reported prevalence of opioid use and, when that was not available, on the ranking or data on treatment of opioid use reported in the annual report questionnaire. The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. Dashed lines represent undetermined boundaries. The final status of Jammu and Kashmir has not yet been agreed upon by the parties. The final boundary between the Republic of Sudan and the Republic of South Sudan has not yet been determined. A dispute exists between the Governments of Argentina and the United Kingdomof Great Britain and Northern Ireland concerning sovereignty over the Falkland Islands (Malvinas).

[۳۵] National Bureau of Statistics and UNO DC, *Drug Use Survey in Nigeria 2018* (Funded by the European Union) (Vienna, 2019).

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

[۳۷] See *World Drug Report 2020* (Booklet 4), for further details

بحران ادامه‌دار اوپیوئیدها در آمریکای شمالی و نشانه‌های افزایش مصرف غیر پزشکی اوپیوئیدهای دارویی در اروپا

بحران اوپیوئیدها در آمریکای شمالی همچنان ادامه دارد، و تعداد مرگ و میر ناشی از بیش‌مصرفی این مواد که به مصرف فنتانیل و آنالوگ‌های آن نسبت داده می‌شود رکورد جدیدی ثبت کرده است. این مواد به عنوان ترکیبات تقلبی به هروئین و سایر مواد مخدر اضافه می‌شوند و همچنین به عنوان اوپیوئیدهای تجویزی تقلبی مانند اکسی کدون یا هیدروکدون و حتی به عنوان بنزودیازپین‌های تقلبی به تعداد زیادی از مصرف‌کنندگان ناآگاه اوپیوئیدها و سایر مواد مخدر فروخته می‌شوند.[۳۸ ۳۹] در سال ۲۰۱۸ نشان داده شد که ۱۰,۳ میلیون نفر یا ۳,۷ درصد از جمعیت ۱۲ ساله و بالاتر در ایالات متحده تجربه مصرف نادرست اوپیوئیدها را در سال پیش داشته‌اند.[۴۰] از میان این افراد، ۹,۹ میلیون نفر (۳,۶ درصد از جمعیت) مصرف غیر پزشکی اوپیوئیدهای تجویز شده را گزارش کردند در حالی که نزدیک به ۸۰۰۰۰۰ نفر از مصرف هروئین در سال پیش خبر دادند.

تعداد مرگ و میر ناشی از بیش‌مصرفی در ایالات متحده در سال ۲۰۱۷ با ۷۰۲۳۷ مورد مرگ به اوج خود رسید (۲۱,۷ مورد مرگ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)، که از این تعداد ۴۷۶۰۰ مورد (۶۸ درصد: ۱۴,۹ مرگ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت) به اوپیوئیدها نسبت داده شده است.[۴۱] در سال ۲۰۱۸، برای اولین بار پس از سال ۱۹۹۹، تعداد مرگ‌های ناشی از بیش‌مصرفی سال گذشته با ۴ درصد کاهش به ۶۷ هزار و ۳۶۷ مرگ رسید (۲۰,۷ مرگ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت). اوپیوئیدها مسئول بیشترین تعداد این مرگ‌ها بودند و در کل ۴۶۸۰۲ مورد را در سال ۲۰۱۸ به خود اختصاص می‌دادند (۱۴,۶ مرگ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت) که ۶۷ درصد آنها به فنتانیل نسبت داده شده است.[۴۲]

شکل ۱۱)

---

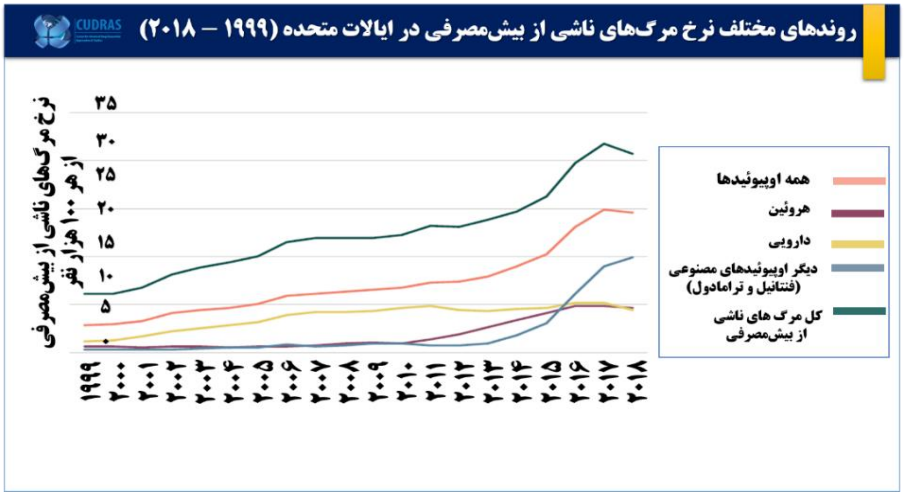
[۳۸] Patil Armenian and others, "Fentanyl, fentanyl analogs and novel synthetic opioids: a comprehensive review", *Neuropharmacology,* vol. 134, part A (May 2018), pp. 121-132.

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

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

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

[۴۲] Based on analysis of the date fromthe Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Wide-ranging Online Data for Epidemiologic Research, "Multiple cause of death (detailed mortality) for ۱۹۹۹-۲۰۱۸"_



به همین ترتیب، مرگ‌های ناشی از بیش‌مصرفی اوپیوئیدها در کانادا طی دو سال ۵۰ درصد افزایش یافت و از ۳,۰۲۳ مرگ در سال ۲۰۱۶ (۸,۴ مرگ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت) به ۴۳۹۸ مرگ در سال ۲۰۱۸ (۱۱,۹ مرگ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت) رسید که فنتانیل‌ها در بیشتر آنها (۸۰ درصد) دخیل بودند.[۴۳]

همچنین نشانه‌هایی از افزایش مصرف غیر پزشکی اوپیوئیدهای دارویی در غرب و مرکز اروپا وجود دارد که در افزایش نسبت پذیرش و بستری به منظور درمان مصرف این مواد در سال‌های اخیر منعکس شده است. در سال ۲۰۱۷ مصرف‌کنندگان اوپیوئیدهای دارویی از جمله متادون، بوپرنوروفین، فنتانیل، کدئین، مرفین، ترامادول و اکسی کدون ۲۲ درصد از کل مراجعانی را تشکیل می‌دادند که در این ناحیه به برنامه درمان اختلالات مصرف اوپیوئیدها (به عنوان ماده مخدر اصلی خود) وارد شده بودند.[۴۴]

مصرف اوپیوئیدها در هند در حال افزایش است

یک پیمایش عظیم در زمینه مصرف مواد مخدر که در سال ۲۰۱۸در هند انجام شد نشان داد که ۲,۱ درصد از جمعیت ۱۰ تا ۷۵ ساله این کشور (در مجموع ۲۳ میلیون نفر) در سال پیش از آن اوپیوئید مصرف کرده بودند. هروئین رایج‌ترین ماده در میان اوپیوئیدها است و شیوع مصرف سال گذشته آن در میان جمعیت مورد اشاره ۱,۱ درصد بوده است؛ مصرف غیر پزشکی اوپیوئیدهای دارویی در جایگاه بعدی قرار می‌گیرد که شیوع مصرف سال گذشته آن تقریباً ۱ درصد بوده است و تریاک با شیوع مصرف تقریباً ۰,۵ درصدی پس از آن قرار دارد. به طور کلی مصرف سال گذشته اوپیوئیدها در میان مردان بسیار بیشتر از زنان است (۴ درصد از جمعیت مردان در برابر ۰,۲ درصد از جمعیت زنان). علاوه بر این، برآورد می‌شود که ۱,۸ درصد از نوجوانان ۱۰ تا ۱۷ ساله در سال پیش از بررسی (۲۰۱۷) اوپیوئید مصرف کرده باشند. تقریباً یک سوم از ۲۳ میلیون مصرف‌کننده سال گذشته اوپیوئید یا ۷/۷ میلیون نفر از اختلالات مصرف این مواد رنج می‌برند. برآورد می‌شود که مصرف اوپیوئیدها در هند در مقایسه با برآوردهای قبلی حاصل از پیمایش‌ای که در سال ۲۰۰۴ انجام شد، پنج برابر شده باشد.[۴۵]

---

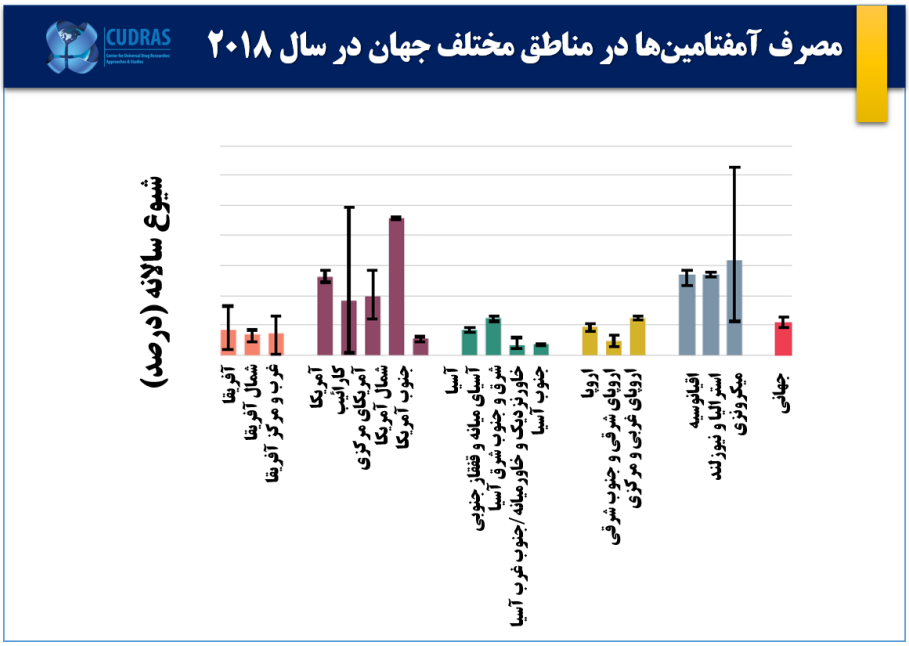
[۴۳] Canada, Public Health Agency of Canada, Public Health Infobase, "Opioid-related harms in Canada". Available at h ttps://health-infobase.canada. ca/ substance-related-harms/ opioids/ (March 2020).

[۴۴] EMCCDA, *European Drug Report 2019*

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

برآورد شده است که در سال ۲۰۱۷ در سراسر جهان حدود ۲۷ میلیون نفر (معادل ۰٫۵ درصد جمعیت بزرگسال) انواع آمفتامین‌ها از جمله آمفتامین، مت‌آمفتامین و محرک‌های دارویی را مصرف کرده‌اند. شیوع مصرف سال گذشته آمفتامین‌ها به ویژه در آمریکای شمالی (۲٫۳ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله) و استرالیا و نیوزیلند (۱٫۳ درصد) بالا است. مصرف سال گذشته آمفتامین‌ها در آسیا بر حسب درصد جمعیت در سطح مشابه با میانگین جهانی (۰٫۵ درصد) قرار دارد. تقریباً نیمی از جمعیتی که در سطح جهان به عنوان مصرف‌کنندگان سال گذشته آمفتامین‌ها برآورد شده‌اند (۱۲٫۷ میلیون نفر) در آسیا زندگی می‌کنند، اگرچه این منطقه ۶۰ درصد از جمعیت جهان در بازه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال را در خود جای داده است.

شکل ۱۲)



نوع و شکل آمفتامین‌های مورد مصرف بین مناطق و ناحیه‌های مختلف تفاوت چشمگیری دارد. در آمریکای شمالی مصرف غیر پزشکی محرک‌های دارویی و مت‌آمفتامین بیشترین شیوع را دارد؛ در شرق و جنوب شرقی آسیا و اقیانوسیه (استرالیا و نیوزیلند)، مت‌آمفتامین بیش از مواد دیگر مصرف می‌شود. و در غرب و مرکز اروپا و خاور نزدیک و خاورمیانه، آمفتامین پرمصرف‌ترین ماده است. در خاورمیانه آمفتامین معمولاً به نام «کپتاگون» شناخته می‌شود. در بسیاری از کشورهای آمریکای جنوبی و مرکزی به ویژه کشورهایی که داده‌های پیمایش اخیر را گزارش کرده‌اند، مصرف غیر پزشکی محرک‌های دارویی متداول‌تر از دیگر آمفتامین‌ها است. گزارش شده است که مصرف غیر پزشکی قرص‌های کاهش وزن در زنان رایج‌تر از مردان است و قرص‌هایی مانند سیبوترامین هیدروکلرید مونوهیدرات (که با نام‌های تجاری آدران و ایپومکس فروخته می‌شود) و فن ترمین (که با نام‌های تجاری دورامین و سوپرنزا فروخته می‌شود) همراه متیل فنیدات و آمفتامین پرمصرف‌ترین مواد محرک دارویی هستند که در این ناحیه‌ها به صورت نادرست مصرف می‌شوند.[۴۶،۴۷]

---

[۴۶] Argentina, Secretaria de Politicas Integrales sabre Drogas de la Nacion Argentina (SEDRONAR), Estudio Nacional en Poblacion de 12 a 65 aiios, sabre Consumo de Sustancias Psicoactivas: Argentina 2017 - *Infarme de Resultados No.I: Magnitud de! Consume de Sustancias a Nivel Nacional* (Buenos Aires, 2017).

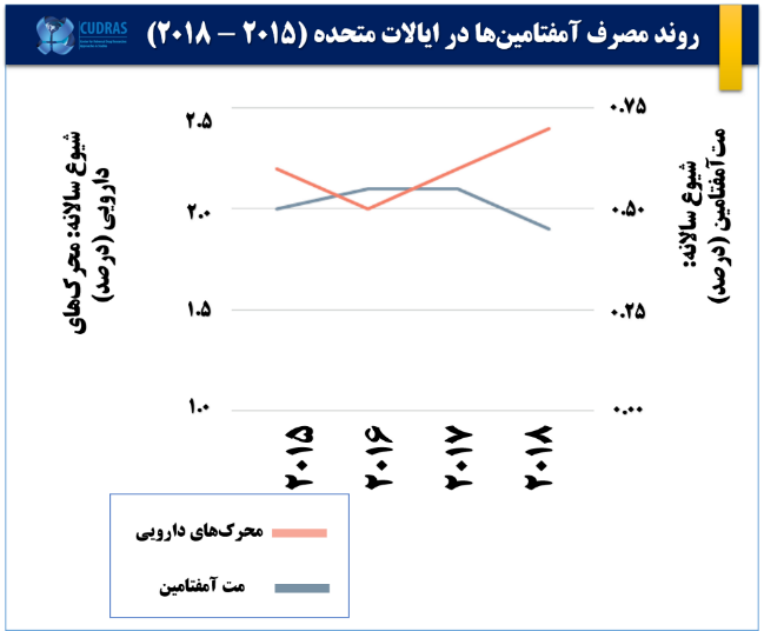
[۴۷] Mario E. Lopez Lopez and Alma C. Escobar de Mena, *Estudio Nacional Sobre Consume de Drogas en Poblaci6n General de El Salvador 2014* (San Salvador, Direccion Ejecutiva de la Cornision Nacional Antidrogas, 2014).

به نظر می‌رسد مصرف آمفتامین در آمریکای شمالی در حال افزایش است

در آمریکای شمالی نشانه‌هایی از افزایش مصرف مت‌آمفتامین در سال ۲۰۱۸ دیده می‌شد. در ایالات متحده ۱٫۹ درصد از جمعیت ۱۲ ساله و بالاتر یا ۵٫۱ میلیون نفر مصرف نادرست محرک‌های دارویی را گزارش کرده‌اند، در حالی که ۰٫۷ درصد از جمعیت ۱۲ ساله و بالاتر یا ۱٫۹ میلیون نفر مصرف مت‌آمفتامین در سال پیش از پیمایش را گزارش کردند. در حالی که داده‌های پیمایش اخیر روندی کاهشی را در مصرف نادرست محرک‌های دارویی نشان می‌دهد[۴۸] مصرف مت‌آمفتامین در ایالات متحده افزایش داشته است.

در سال ۲۰۱۸ مصرف مت‌آمفتامین در میان بزرگسالان جوان (۱۸ تا ۲۵ ساله) کاهش یافت اما در میان بزرگسالان ۲۶ ساله و بالاتر افزایش قابل توجهی داشت.[۴۹] این آمار جمعیت‌های بستری شده و بی‌خانمان را در بر ندارد؛ احتمال می‌رود که هر دوی این گروه‌ها تحت تأثیر نرخ‌هایی از مصرف مواد مخدر قرار داشته باشند که به طور نامتناسبی بالاتر هستند.

شکل ۱۳)



بر اساس گزارش‌ها در سال‌های اخیر میزان خلوص آمفتامین به ازای هر گرم در ایالات متحده به طور میانگین بیش از ۹۰ درصد بوده است، در حالی که قیمت‌ها با ۱۸ درصد کاهش نسبت به سال گذشته به ۵۶ دلار در هر گرم خالص آمفتامین رسیده است.[۵۰] اگرچه مت‌آمفتامین در ایالات متحده همواره با هروئین مخلوط می‌شده است تا مخدر ترکیبی اسپیدبال تولید شود ولی اکنون چنین ترکیباتی بسیار نادر است. گزارش‌های اخیر آزمایشگاه پزشکی قانونی نشان

---

[۴۸] استفاده غیر پزشکی از محرک‌های تجویزی شامل محصولات آمفتامین یا متیل فنیدیت، محرک‌های بی‌اشتهایی (کاهش وزن) یا محرک‌هایی مانند پروویگیل است که برای درمان بی‌خوابی ناشی از نارکولپسی (حمله خواب) یا سایر اختلالات خواب مصرف می‌شود.

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

[۵۰] United States, Department of Justice, Drug Enforcement Administration, *2019 National Drug Threat Assessment* (December 2019).

می‌دهد که هنوز ترکیبیاتی از مت‌آمفتامین، فنتانیل و آنالوگ‌های فنتانیل در بازارهای مواد مخدر ایالات متحده وجود دارد اگرچه استفاده از آنها نسبتاً نادر است.[۵۱]

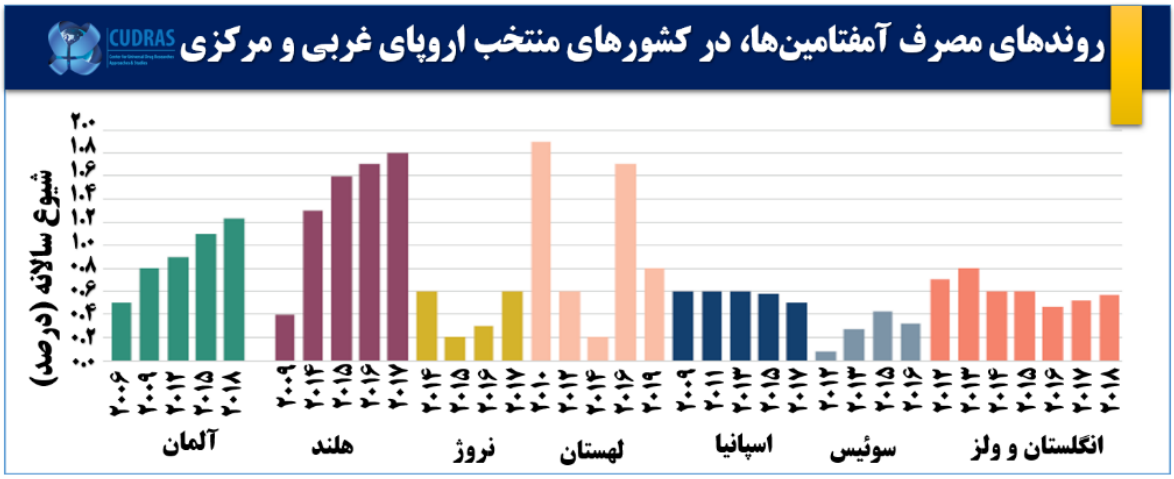
تعداد مصرف‌کنندگان آمفتامین‌ها در غرب و مرکز اروپا ثابت به نظر می‌رسد اما ظاهراً سطح مصرف در حال افزایش است

در سال ۲۰۱۸ برآورده شده است که شیوع مصرف سال گذشته آمفتامین در اروپا در سطح ۰٫۵ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله یا ۲٫۵ میلیون نفر قرار دارد. آمفتامین در غرب و مرکز اروپا پرمصرف‌تر از مت‌آمفتامین است و مصرف آن عمدتاً در کشور چک گزارش شده است، اگرچه در حال حاضر مصرف فزاینده این ماده مخدر در دیگر کشورها از جمله

قبرس، شرق آلمان، اسلواکی و اسپانیا و همچنین در مناطقی از شمال اروپا گزارش شده است. از سال ۲۰۰۹ مصرف آمفتامین در بیشتر کشورهای غرب و مرکز اروپا [۵۲]نسبتاً ثابت بوده است. گرچه کشورهایی با شیوع بالا مانند آلمان (۱٫۲ درصد) و هلند (۱٫۸ درصد) مصرف روزافزون آمفتامین‌ها را گزارش می‌کنند.

تحلیل فاضلاب اروپا الگوهای مصرف آمفتامین‌ها را که در داده‌های پیمایش خانگی گزارش شده است تأیید می‌کند؛ نتیجه این تحلیل به شیوع کلی مصرف آمفتامین در اروپا اشاره دارد که بالاتر از مت‌آمفتامین است زیرا مصرف مت‌آمفتامین فقط در چند کشور غالب است. تحلیل فاضلاب که در ۱۴۰ شهر از ۳۳ کشور در سراسر اروپا انجام شد نشان می‌دهد که مقدار آمفتامین مصرف شده به ازای هر نفر در طول دوره ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۹، در سال ۲۰۱۹ افزایشی ۱٫۷ برابری داشته است. در بیشتر شهرهای شرکت‌کننده در این تحلیل آمفتامین پرمصرف‌ترین ماده گروه آمفتامین‌ها در سال ۲۰۱۹ (یا آخرین سال موجود) بود. با این حال میزان مت‌آمفتامین موجود در فاضلاب بالاتر از آمفتامین یافت شده در فاضلاب این کشورها و شهرها بود: چک، آلمان (در مناطق هم مرز با چک)، شمال ایتالیا (میلان)، لیتوانی، اسلواکی، اسپانیا (مادرید و بارسلونا)، برخی شهرهای سوئیس (زوریخ، بازل و ژنو) و ترکیه (استانبول).

شکل ۱۴)

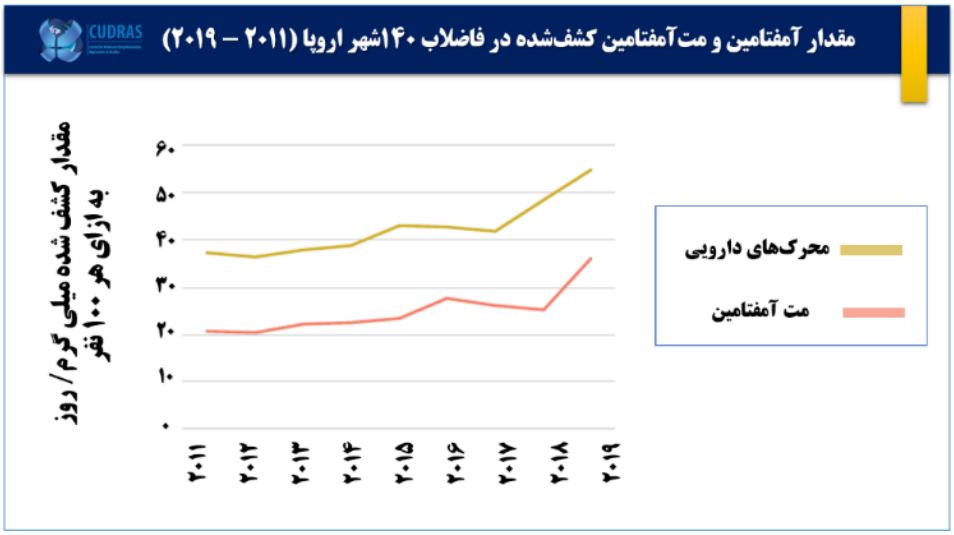


شکل ۱۵)

---

[۵۱] همان.

[۵۲] *World Drug Report 2010.*



مقدار آمفتامین و مت‌آمفتامین موجود در فاضلاب شهرهای شرکت‌کننده در تحلیل طی دوره ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۹ به ترتیب افزایشی پنجاه، و هفتاد و پنج درصدی داشت و البته این روند با برخی نوسانات همراه بود. این روند صعودی در مورد مت‌آمفتامین مشخص‌تر بود.

مصرف مت‌آمفتامین در شرق و جنوب شرق آسیا همچنان نگران‌کننده است

بر اساس برآوردها بیش از یک سوم از مصرف‌کنندگان جهانی آمفتامین (۹,۹ میلیون نفر) در شرق و جنوب شرقی آسیا هستند. افزایش مصرف مت‌آمفتامین به صورت قرص یا کریستال مت‌آمفتامین همچنان در این منطقه گزارش می‌شود.[۵۳]

در یک پیمایش خانگی جدید که در سال ۲۰۱۷ در اندونزی انجام شد شیوع مصرف سال گذشته آمفتامین‌ها ۰,۵ درصد یا تقریباً ۱ میلیون مصرف‌کننده سال گذشته گزارش شد که ۸۵۰،۰۰۰ نفر از آنها در سال پیش از آن مت‌آمفتامین مصرف کرده بودند.[۵۴] به طور مشابه در فیلیپین بر اساس یک پیمایش خانگی در سال ۲۰۱۶ برآورد شد که ۱,۱ درصد از جمعیت ۱۰ تا ۶۹ ساله یا تقریباً ۸۵۰،۰۰۰ نفر مصرف‌کننده سال گذشته مت‌آمفتامین بوده‌اند[۵۵] در حالی که در تایلند ۱,۳ درصد از جمعیت ۱۲ تا ۶۵ ساله (۶۵۳،۰۰۰ نفر) مصرف‌کننده سال گذشته قرص‌های مت‌آمفتامین بودند و ۰,۷ درصد جمعیت (۳۷۲۰۰۰ نفر) در سال ۲۰۱۹ مت‌آمفتامین کریستالی مصرف کرده بودند.[۵۶]

---

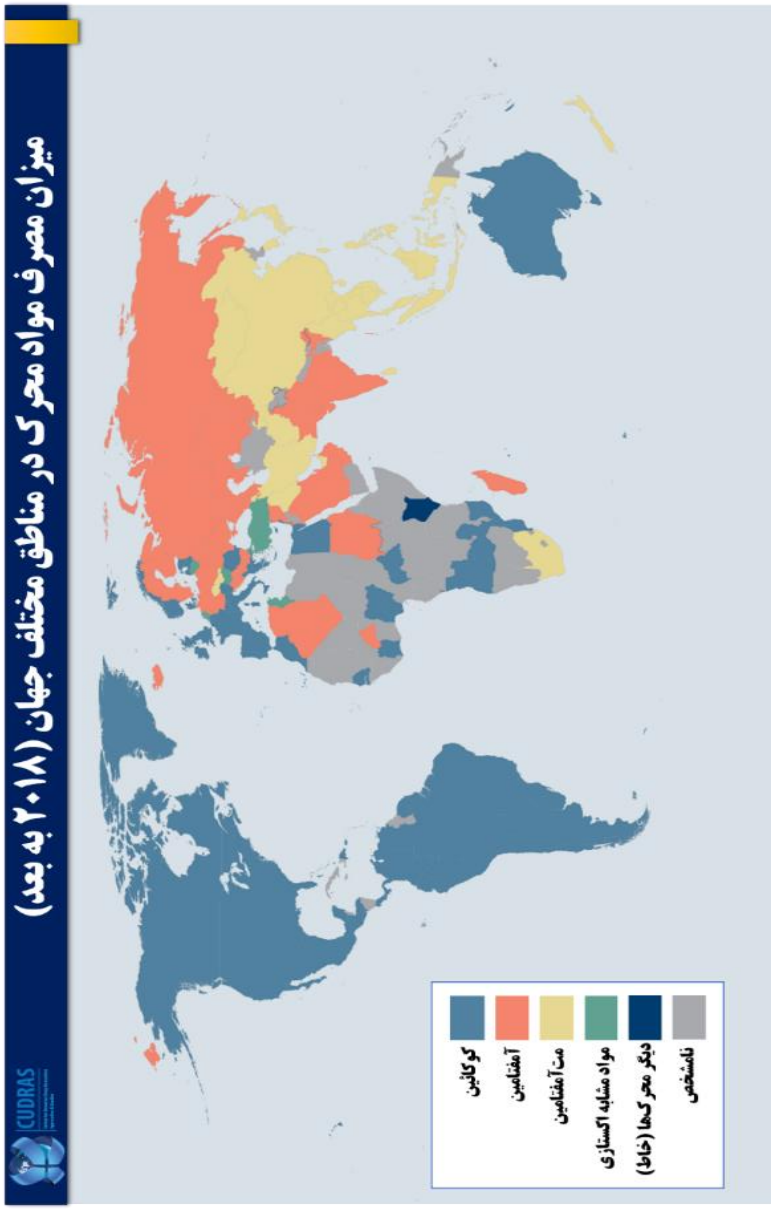
[۵۳] Manop Kanato and others, eds., *ASEAN Drug Monitoring Report 2018*, 2nd ed. (Bangkok, ASEAN Narcotics Cooperation Centre, 2019).

[۵۴] UNODC, responses submitted by Indonesia to the annual report questionnaire for 2018.

[۵۵] UNODC, responses submitted by the Philippines to the annual report questionnaire for 2017.

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

نقشه ۲)


میزان مصرف مواد محرک در مناطق مختلف جهان (۲۰۱۸ به بعد)
CUDRAS
کوکائین
آمفتامین
مت‌آمفتامین
مواد مشابه اکستازی
دیگر محرک‌ها (خاط)
نامشخص

Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.[57]

در دیگر کشورهای شرق و جنوب شرقی آسیا تعداد افراد ورودی به درمان مصرف مواد مخدر تنها شاخص موجود برای ارائه اطلاعات در مورد میزان مصرف مواد مخدر است. به استثنای ویتنام همه کشورهای این منطقه همچنان مت‌آمفتامین را به عنوان ماده مخدر اصلی مورد نگرانی در میان پذیرفته‌شدگان برای درمان مواد مخدر در سال ۲۰۱۸ (یا آخرین سال موجود) گزارش کردند. چین داده‌های مربوط به این پذیرش‌ها را گزارش نمی‌کند ولی بیشتر

مصرف‌کنندگان ثبت شده مواد مخدر در این کشور (تقریباً ۶۰ درصد آنها)[۵۸] در سال ۲۰۱۸ مواد مخدر مصنوعی (عمدتاً مت‌آمفتامین) مصرف می‌کرده‌اند.[۵۹]

به طور کلی مصرف قرص مت‌آمفتامین شایع‌تر از مصرف مت‌آمفتامین کریستالی است و گزارش نسبت مصرف‌کنندگان قرص مت‌آمفتامین که در سال ۲۰۱۸ در این ناحیه تحت درمان بوده‌اند نیز همین مسئله را نشان می‌دهد.[۶۰] با این حال در برونئی دارالسلام، کامبوج، مالزی، فیلیپین و سنگاپور، بیشتر افرادی که به دنبال درمان دارویی بودند مت‌آمفتامین کریستالی مصرف می‌کردند. اما بیشتر متقاضیان درمان در جمهوری دموکراتیک خلق لائو و تایلند مصرف‌کننده قرص‌های مت‌آمفتامین بودند.[۶۱]

تحلیل فاضلاب افزایش مصرف مت‌آمفتامین را در استرالیا و نیوزیلند نشان می‌دهد

در اقیانوسیه (عمدتاً استرالیا و نیوزیلند) مصرف مت‌آمفتامین بیشتر از آمفتامین است. در نیوزیلند مصرف مت‌آمفتامین در سال‌های اخیر افزایش یافته است.[۶۲] طبق پیمایش سال ۲۰۱۸/۲۰۱۹ در این کشور، ۱ درصد از جمعیت ۱۵ سال به بالا یا ۳۹۰۰۰ نفر در سال پیش از آن آمفتامین[۶۳] مصرف کرده بودند[۶۴] که افزایش قابل توجهی را نسبت به بررسی ۲۰۱۷/۲۰۱۸ نشان می‌دهد. با این حال تحلیل فاضلاب نشان می‌دهد که مت‌آمفتامین متداول‌ترین ماده مخدر شناسایی شده در سطح کشور است.[۶۵] در سال ۲۰۱۹ هر هفته ۱۴ تا ۱۶ کیلوگرم مت‌آمفتامین در محل‌های آزمایش

---

[۵۷] *Note: Information is based primarily on the reported prevalence of stimulant drugs (cocaine, amphetamine, methamphetamine and "ecstasy") and, when that was not available, on the ranking or data on treatment of stimulant drug use reported in the annual report questionnaire.*
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. Dashed lines represent undetermined boundaries. The final status of Jammu and Kashmir has not yet been agreed upon by the parties. The final boundary between the Republic of Sudan and the Republic of South Sudan has not yet been determined. A dispute exists between the Governments of Argentina and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland concerning sovereignty over the Falkland Islands (Malvinas).

[۵۸] UNODC, response to the annual report questionnaire for 2018.

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

[۶۰] Kanato and others, eds. *ASEAN Drug Monitoring Report 2018.*

[۶۱] همان.

[۶۲] UNODC, responses submitted by New Zealand to the annual report questionnaire for 2018.

[۶۳] مصرف‌کننده سال گذشته آمفتامین کسی است که در ۱۲ ماه گذشته برای اهداف تفریحی یا غیر پزشکی یا رفتن به حالت توهم آمفتامین مصرف کرده باشد. در این نظرسنجی نوع آمفتامین مورد مصرف مشخص نشده است.

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

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

شده[۶۶] مصرف می‌شد و میانگین میزان مصرف مربوطه ۶۰۰ میلی‌گرم مت‌آمفتامین به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در روز بود که در دامنه کمتر از ۲۰۰ میلی‌گرم در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در منطقه ساوت‌لند تا ۱۱۰۰ میلی‌گرم در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در منطقه نورث‌لند قرار داشت. علاوه بر این، قیمت مت‌آمفتامین در طول دوره ۲۰۱۶ تا ۲۰۱۸ کاهش یافت که گویای عرضه بیش از حد آن است که باعث کاهش قیمت و احتمالاً افزایش مصرف آن شده بود.[۶۷]

در استرالیا شیوع مصرف سال گذشته آمفتامین‌ها در سال ۲۰۱۶، ۱٫۴ درصد از افراد ۱۴ ساله و بالاتر یا ۲۸۰،۰۰۰ نفر برآورد شد.[۶۸] بیش از نیمی از این افراد (۵۷٪) مت‌آمفتامین کریستالی را ماده مخدر اصلی مصرفی خود گزارش کردند

در حالی که دیگران مصرف پودر مت‌آمفتامین (۲۰ درصد) و مصرف غیر پزشکی آمفتامین‌های دارویی (۱۱ درصد) را گزارش کردند. بیشترین میزان شیوع مصرف سال گذشته آمفتامین‌ها در میان بزرگسالان جوان ۲۰ تا ۲۹ ساله بوده است (۲٫۸ درصد). مصرف سال گذشته مت‌آمفتامین در استرالیا از سال ۲۰۰۱ (شیوع ۳٫۴ درصدی در میان جمعیت ۱۴ سال به بالا) به طور چشمگیری کاهش یافته است.

در مقابل، تحلیل فاضلاب در استرالیا نشان می‌دهد که هر ساله مقادیر فزاینده‌ای مت‌آمفتامین در کشور مصرف می‌شود؛ این مقدار به طور میانگین ۸٫۴ تن در سال ۲۰۱۷/۲۰۱۶ تا ۱۱٫۵ تن در سال ۲۰۱۸ / ۲۰۱۹ برآورد شده است.[۶۹] تحلیل فاضلاب در سال ۲۰۱۹ در ۲۲ محل در پایتخت‌های ایالتی و ۳۶ محل منطقه‌ای انجام شد و ۵۷ درصد از جمعیت و طیف وسیعی از اندازه‌های حوضه آبریز را پوشش می‌داد. در کل میانگین مصرف سرانه مت‌آمفتامین در محل‌های منطقه‌ای در بالاترین سطح قرار داشت: ۱۵۰۰ میلی‌گرم در هر ۱۰۰۰ نفر در روز، در مقایسه با میانگین ۱۲۵۰ میلی‌گرم در هر ۱۰۰۰ نفر در روز در محل‌های آزمایش شده پایتخت‌های ایالتی.[۷۰] بیشترین مقادیر مت‌آمفتامین در نیو ساوت ولز و پس از آن ویکتوریا و کوئینزلند مصرف شده است.

شکل ۱۶)

---

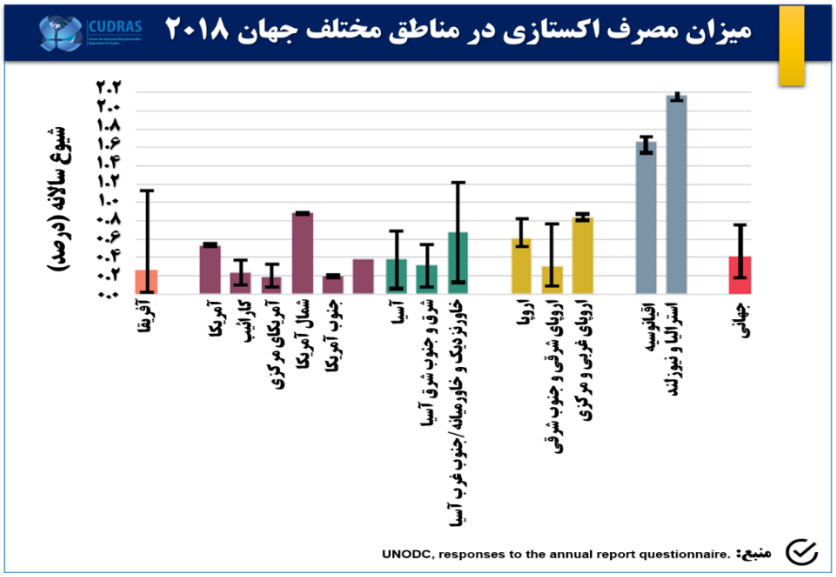
[۶۶] همان.

[۶۷] UNODC, responses submitted by New Zealand to the annual report questionnaire for 2018.

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

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

[۷۰] همان.



علاوه بر این، مصاحبه‌های انجام شده هر ساله با گروه نگهبان افرادی که به طور منظم مواد مخدر تزریق می‌کنند به روندهای نوسانی مصرف مت‌آمفتامین اشاره دارد. مصرف این ماده در سال ۲۰۰۳ به اوج خود رسید؛ در آن زمان ۸۹ درصد از پاسخ‌دهندگان گزارش کردند که در شش ماه گذشته مت‌آمفتامین مصرف کرده‌اند؛ این روند در سال ۲۰۱۰ به ۶۰ درصد کاهش یافت و سپس در سال ۲۰۱۹ دوباره بالا رفت: سه چهارم پاسخ‌دهندگان (۷۸ درصد) گزارش کردند که در شش ماه قبل از مصاحبه تجربه مصرف مت‌آمفتامین را داشته‌اند و این مصرف عمدتاً به شکل کریستالی و در

جایگاه‌های بعدی پودری و فرم پایه بوده است.[۷۱] بر اساس پاسخ‌ها مقدار میانگین مت‌آمفتامین پودری یا کریستالی مصرف شده در یک روز معمول در شش ماه گذشته ۰٫۲۰ گرم بود، در حالی که میانگین فراوانی مصرف مت‌آمفتامین کریستالی در میان تزریق‌کنندگان منظم مواد مخدر در سال ۲۰۱۹، ۴۸ روز یا هفته‌ای دو بار بود. خلوص درک شده بالاتر مت‌آمفتامین کریستالی و قیمت رو به کاهش آن گسترش بازار این ماده را در استرالیا تأیید می‌کند؛ قیمت مت‌آمفتامین کریستالی در سال ۲۰۱۹ در کمترین میزان مشاهده شده از سال ۲۰۰۳ تا آن زمان ثبت شد و به میانگین ۲۶۰ دلار استرالیا در هر گرم رسید.[۷۲]

اشکال «اکستازی» و MDMA بالایی در بازارهای اصلی موجود و در دسترس قرار گرفته

در سال ۲۰۱۸ برآورد شد که حدود ۲۰٫۵ میلیون نفر در سراسر جهان در سال پیش از آن «اکستازی» مصرف کرده بودند که معادل ۰٫۴ درصد از جمعیت جهان در سنین ۱۵ تا ۶۴ سال است. شیوع مصرف سال گذشته «اکستازی» در استرالیا و نیوزیلند (۲٫۲ درصد)، آمریکای شمالی (۰٫۹ درصد) و غرب و مرکز اروپا (۰٫۸ درصد) نسبتاً بالا است.

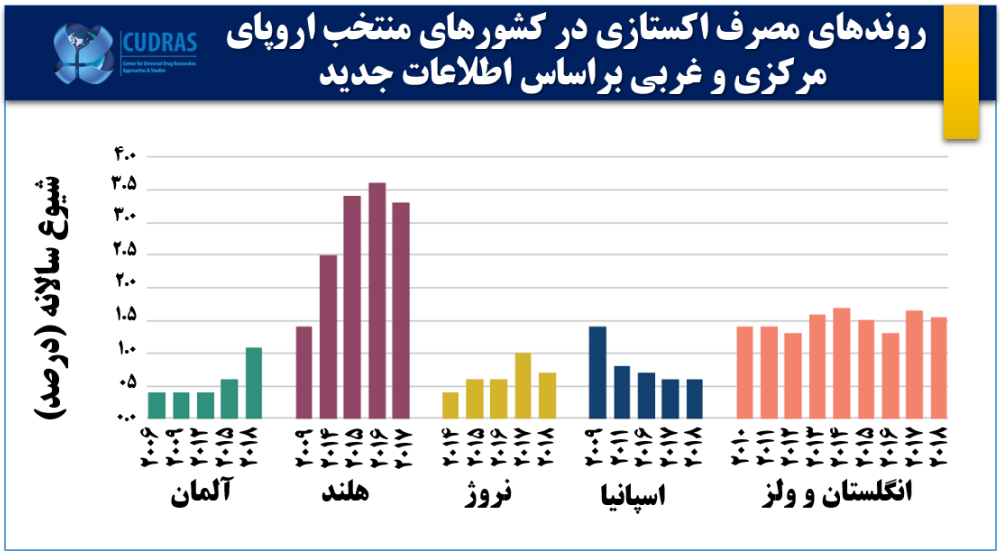
---

[۷۱] Amy Peacock and others, *Australian Drug Trends 2019: Key Findings ftom the National Illicit Drug Reporting System (!DRS) Interviews* (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 2019).

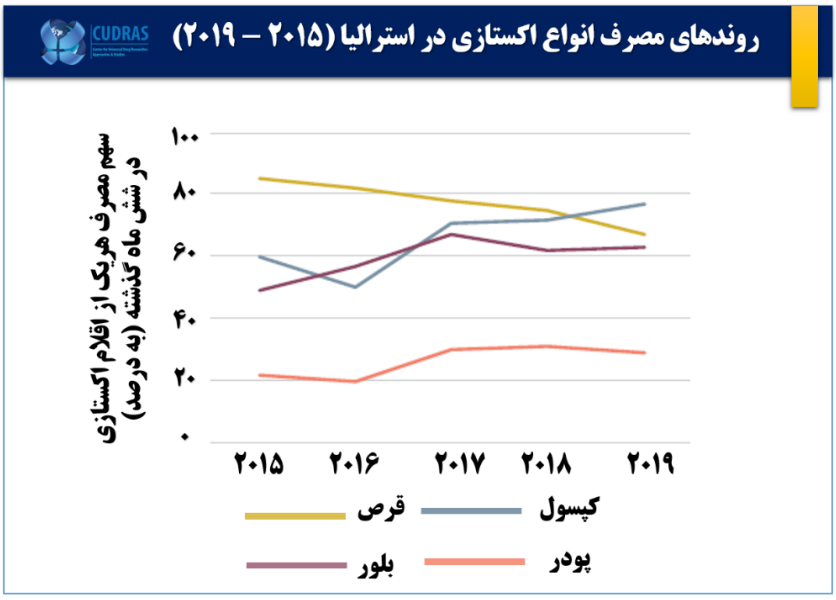
[۷۲] همان.

مصرف «اکستازی» عمدتاً به محیط‌های تفریحی شبانه مربوط است، و میزان نسبتاً بالاتری در میان افراد جوان‌تر دارد.[۷۳]

شکل ۱۷)



شکل ۱۸)



[۷۳] See, for example, *World Drug Report 2018*, (Booklet 4) and EM CD DA, *European Drug Report 2019*.

از سال ۲۰۱۰ اشکال مورد مصرف «اکستازی» نیز تنوع یافته است زیرا فرم‌های پودری و کریستالی این ماده با خلوص بالا در دسترس قرار گرفته است و معمولاً در اروپا، استرالیا و نیوزیلند مصرف می‌شود.[۷۴] [۷۵]در غرب و مرکز اروپا، محتوای MDMA قرص‌های «اکستازی» در سال ۲۰۱۷ به بالاترین سطح خود رسید. در حالی برخی از کشورهای دارای شیوع مصرف بالا مانند هلند و بریتانیا در آخرین پیمایش خود کاهش مصرف این قرص‌ها را گزارش کرده‌اند آلمان از روند رو به افزایش مصرف MDMA یا «اکستازی» خبر داده است. در استرالیا مصرف قرص‌های «اکستازی» در سال ۲۰۱۹ همچنان رو به کاهش بود و ۶۷ درصد از پاسخ‌دهندگان به مطالعه اخیر در شش ماه پیش از آن تجربه مصرف این قرص‌ها را داشتند. کپسول‌های «اکستازی» همچنان رایج‌ترین شکل ماده مصرف شده از زمان آغاز نظارت در سال ۲۰۰۳ است (۷۷ درصد از مصرف‌کنندگان این کپسول‌ها رمصرف می‌کرده‌اند).[۷۶] علاوه بر این یک چهارم شرکت‌کنندگانی که مصرف «اکستازی» در شش ماه گذشته را گزارش کردند به مصرف یک بار در هفته یا بیشتر این ماده اشاره کردند و میانگین تعداد کپسول‌های مصرفی در یک وعده مصرف معمول دو عدد بود.[۷۷]

علائم افزایش مصرف کوکائین در غرب و مرکز اروپا و روندهای ترکیبی در قاره آمریکا

در سال ۲۰۱۸ برآورد شد که در سطح جهان ۱۹ میلیون نفر در سال پیش کوکائین مصرف کرده بوده‌اند که معادل ۰٫۴ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله جهان است. بازارهای اصلی کوکائین همچنان آمریکای شمالی و غرب و مرکز اروپا است و شیوع مصرف در آنها به ترتیب ۲٫۱ و ۱٫۴ درصد است، در حالی که بالاترین شیوع مصرف سال گذشته کوکائین در استرالیا و نیوزیلند با ۲٫۲ درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله بوده است. همچنین مصرف کوکائین در آمریکای مرکزی (۰٫۷ درصد) و آمریکای جنوبی (۱٫۰ درصد) از میانگین جهانی بالاتر است.

شکل ۱۹)

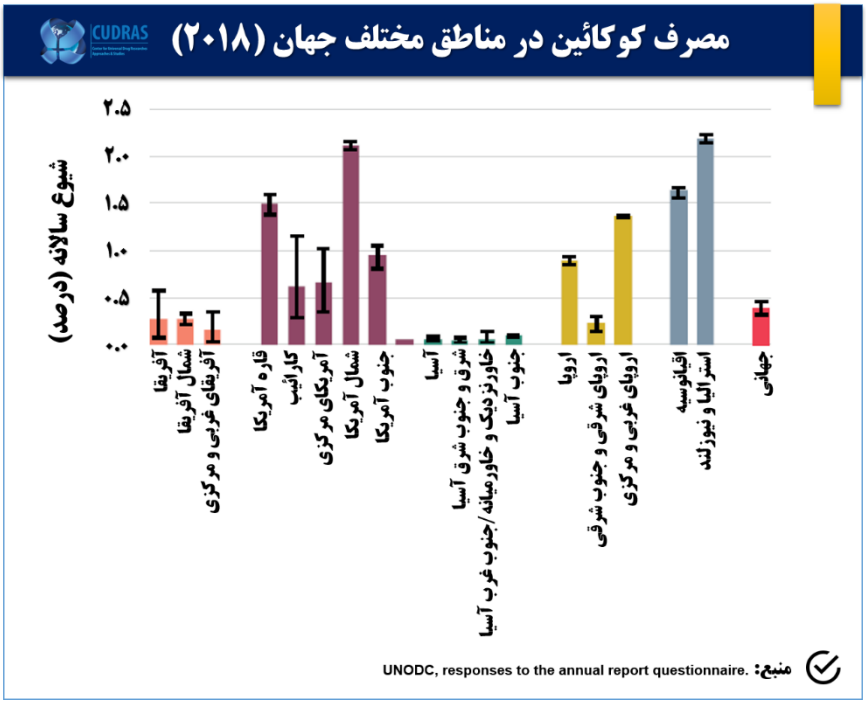
---

[۷۴] EM CD DA, *European Drug Report 2019.*

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

[۷۶] همان.

[۷۷] همان.



مصرف کوکائین در مناطق دیگر بسیار کمتر از میانگین جهانی است.

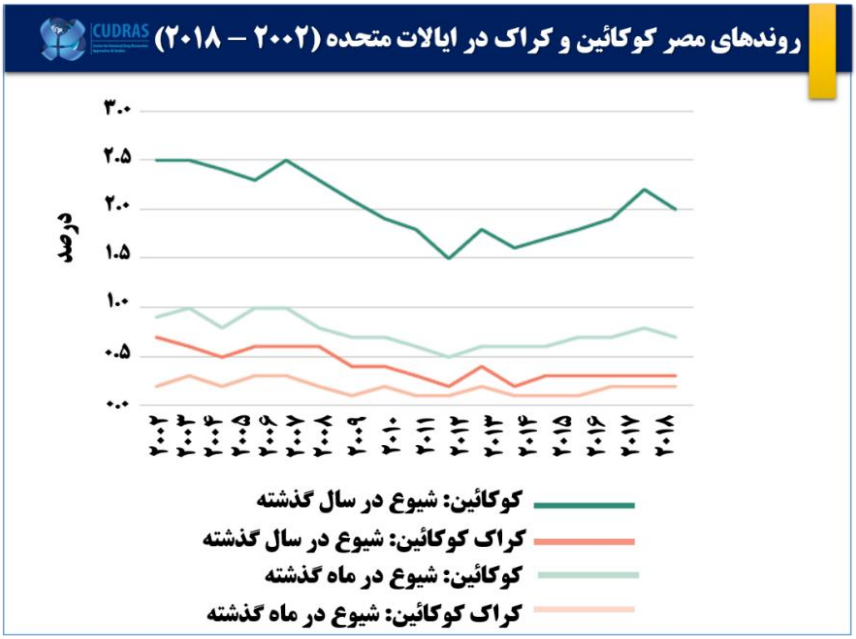
مصرف کوکائین در آمریکای شمالی در حال تثبیت است

برآورد می‌شود که در ایالات متحده ۲ درصد از جمعیت ۱۲ ساله و بالاتر یا ۵٫۵ میلیون نفر در سال ۲۰۱۸ کوکائین مصرف کرده‌اند؛ این تعداد شامل ۷۵۷۰۰۰ نفر (۰٫۳ درصد از جمعیت) نیز می‌شود که در سال پیش از برآورد کوکائین «کراک» مصرف کرده بودند.

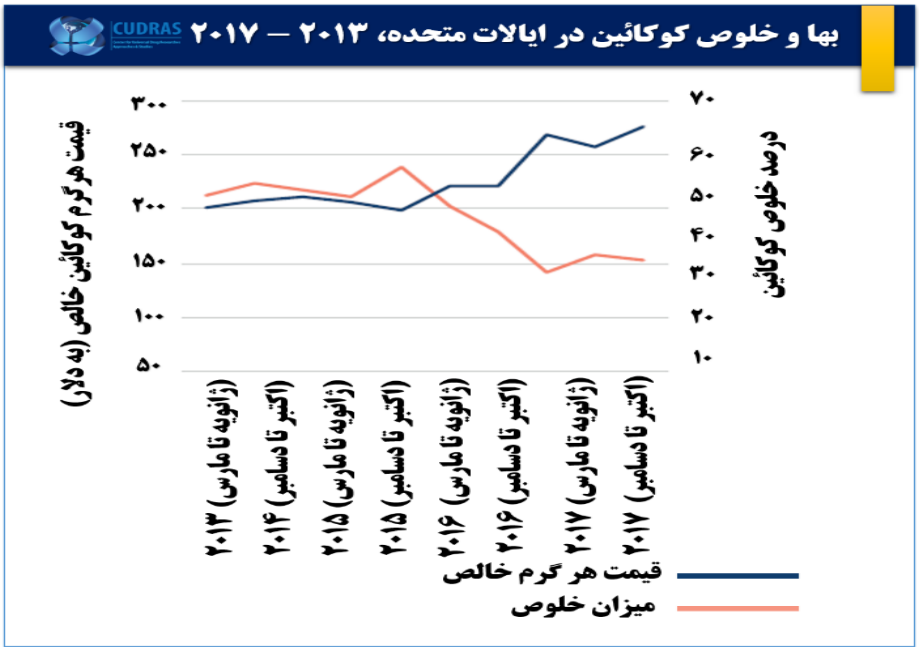
طی یک روند طولانی‌مدت، مصرف سال گذشته کوکائین در سال ۲۰۱۱ به کمترین میزان رسید اما از آن زمان به بعد رو به افزایش بوده است و از سال ۲۰۱۶ در سطح بالایی تثبیت شده است. طی چهار سال گذشته مصرف ماه گذشته کوکائین و مصرف روزانه و تقریباً روزانه آن در میان مصرف‌کنندگان ماه گذشته ثابت مانده است. به طور کلی از ۱٫۹ میلیون نفری که به عنوان مصرف‌کننده ماه گذشته کوکائین برآورد شده‌اند، ۶٫۴ درصد در سال ۲۰۱۸ به صورت روزانه یا تقریباً روزانه مصرف می‌کرده‌اند. مصرف‌کنندگان ماه گذشته به طور میانگین ۴٫۸ روز در آن ماه کوکائین مصرف کرده بودند. علاوه بر این، بالاترین میزان شیوع مصرف سال گذشته کوکائین نیز مانند بیشتر مواد مخدر دیگر در میان بزرگسالان جوان (۱۸ تا ۲۵ ساله) با ۵٫۸ درصد گزارش شده است.[۷۸]

شکل ۲۰)

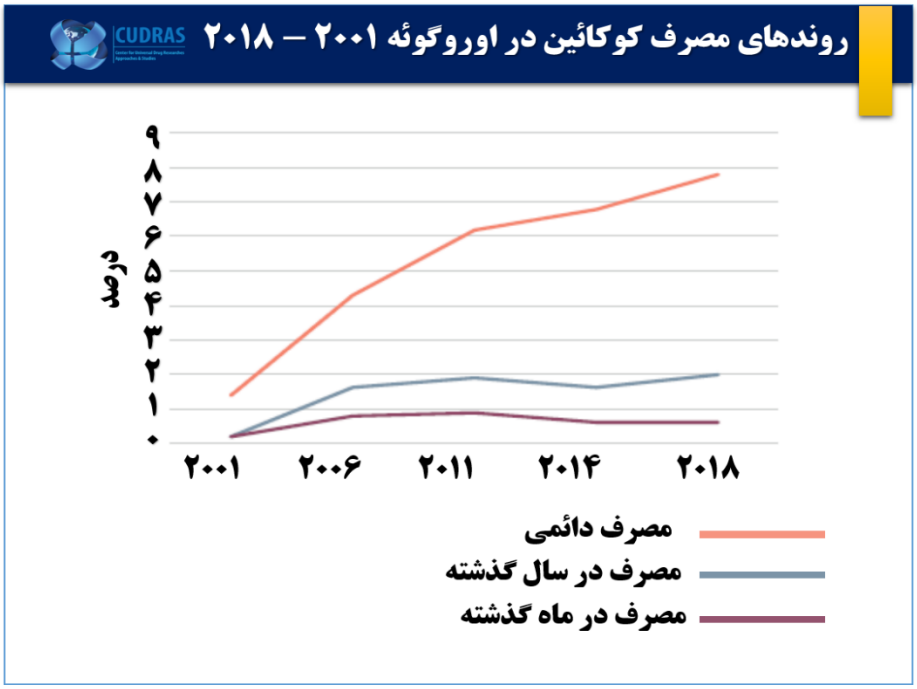
[۷۸] United States, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results ftom the 2018 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables.*


روندهای مصر کوکائین و کراک در ایالات متحده (۲۰۰۲ – ۲۰۱۸)
CUDRAS
درصد
۳.۰
۲.۵
۲.۰
۱.۵
۱.۰
۰.۵
۰.۰
۲۰۰۲
۲۰۰۳
۲۰۰۴
۲۰۰۵
۲۰۰۶
۲۰۰۷
۲۰۰۸
۲۰۰۹
۲۰۱۰
۲۰۱۱
۲۰۱۲
۲۰۱۳
۲۰۱۴
۲۰۱۵
۲۰۱۶
۲۰۱۷
۲۰۱۸
کوکائین: شیوع در سال گذشته
کراک کوکائین: شیوع در سال گذشته
کوکائین: شیوع در ماه گذشته
کراک کوکائین: شیوع در ماه گذشته

شکل ۲۱)


بها و خلوص کوکائین در ایالات متحده، ۲۰۱۳ – ۲۰۱۷
CUDRAS
قیمت هر گرم کوکائین خالص (به دلار)
۳۰۰
۲۵۰
۲۰۰
۱۵۰
۱۰۰
۵۰
درصد خلوص کوکائین
۷۰
۶۰
۵۰
۴۰
۳۰
۲۰
۱۰
(ژانویه تا مارس) ۲۰۱۳
(اکتبر تا دسامبر) ۲۰۱۴
(ژانویه تا مارس) ۲۰۱۵
(اکتبر تا دسامبر) ۲۰۱۵
(ژانویه تا مارس) ۲۰۱۶
(اکتبر تا دسامبر) ۲۰۱۶
(ژانویه تا مارس) ۲۰۱۷
(اکتبر تا دسامبر) ۲۰۱۷
قیمت هر گرم خالص
میزان خلوص

شکل ۲۲)



همچنین نشانه‌هایی از افزایش دسترس‌پذیری کوکائین با خلوص بالا با قیمت‌های پایین‌تر در بازار ایالات متحده وجود دارد: بین سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۷، قیمت خرده‌فروشی هر گرم کوکائین ۲۹ درصد کاهش یافت در حالی که در همان دوره میانگین خلوص ۳۲ درصد افزایش یافت.[۷۹]

روندهای ترکیبی در مصرف کوکائین در آمریکای جنوبی

در سال ۲۰۱۸ برآورد شد که در آمریکای جنوبی ۲٫۸ میلیون نفر یا تقریباً ۱ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله مصرف‌کننده سال گذشته کوکائین بوده‌اند و برزیل با نزدیک به ۱٫۵ میلیون مصرف‌کننده سال گذشته کوکائین و کوکائین«کراک» بزرگ‌ترین بازار کوکائین در آمریکای جنوبی است.[۸۰]

مصرف خمیر پایه کوکائین که قبلاً محدود به کشورهای محل تولید کوکائین بود به بسیاری از کشورهای آمریکای جنوبی گسترش یافته است. با این حال برآورد چنین مصرفی دشوار است زیرا افرادی که خمیر پایه کوکائین مصرف می‌کنند معمولاً از گروه‌های به حاشیه رانده شده اجتماعی هستند که پیمایش‌های خانگی آنها را به خوبی پوشش نمی‌دهد.[۸۱]آرژانتین، بولیوی (حکومت چند ملیتی بولیوی) و اروگوئه به عنوان کشورهایی در آمریکای جنوبی که اطلاعات جدیدی در مورد مصرف مواد مخدر دارند روندهای ترکیبی را در مصرف کوکائین در میان عموم مردم گزارش داده‌اند. در آرژانتین در سال ۲۰۱۷، ۱٫۵ درصد از جمعیت (۲٫۴ درصد از مردان و ۰٫۷ درصد از زنان) در سنین ۱۲ تا ۶۵ سال در سال پیش از مطالعه کوکائین مصرف کرده بودند.[۸۲]

---

[۷۹] Drug Enforcement Administration, *2019 National Drug Threat Assessment.*

[۸۰] Based on UNO DC estimate of 1.0 per cent of the population aged 15-64 having used cocaine in the previous year in 2016.

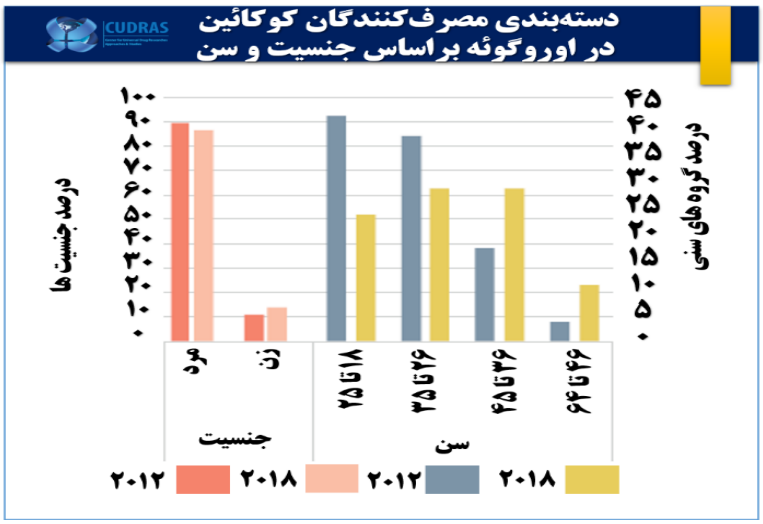
[۸۱] Argentina, SEDRONAR, "Consumo de Cocaina: Estudio Nacional en Poblaci6n de 12 a 65 afios sabre Consumo de Sustancias Psicoactivas -Argentina, 2017" (Buenos Aires, 2017).

[۸۲] همان.

بالاترین شیوع مصرف سال گذشته کوکائین (۳ درصد) در میان جوانان ۱۸ تا ۲۴ ساله و به میزان کمتر در میان بزرگسالان ۲۵ تا ۴۹ ساله گزارش شد. برآورد شد که خمیر پایه کوکائین در سال گذشته توسط ۰٫۱ درصد از عموم جمعیت مصرف شده بوده است و این افراد عمدتاً از مردان و افراد ۲۵ تا ۳۴ ساله بوده‌اند، اگرچه ممکن است تعداد آها کم برآورد شده باشد. طی دوره ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۷، تعداد مصرف‌کنندگان کوکائین در آرژانتین تقریباً دو برابر شد؛ افزایشی که در میان زنان بیشتر از مردان و در بزرگسالان ۳۵ تا ۴۹ ساله بیش از هر گروه سنی دیگری بود.[۸۳]

در اروگوئه در سال ۲۰۱۸ شیوع مصرف سال گذشته کوکائین ۲ درصد از جمعیت بزرگسال گزارش شد؛ نرخی که از سال ۲۰۰۶ ثابت مانده بود. در همان سال مصرف سال گذشته کوکائین در مردان اروگوئه بیشتر از زنان بود و بر اساس گروه سنی در میان افراد ۲۶ تا ۳۵ ساله بالاترین میزان را داشت. حدود ۷ درصد از مصرف‌کنندگان سال گذشته کوکائین گزارش کردند که «گاهی اوقات» به صورت هفتگی کوکائین مصرف می‌کرده‌اند و ۱ درصد نیز مصرف روزانه این ماده را گزارش کردند.

شکل ۲۳)



با این وجود چنین تصور می‌شود که تقریباً ۴۳ درصد از مصرف‌کنندگان سال گذشته کوکائین در این کشور از اختلالات مصرف کوکائین رنج می‌برند. در سال ۲۰۱۸ برآورد شد که در اروگوئه ۸۸۰۰ مصرف‌کننده منظم خمیر پایه کوکائین وجود دارد (حدود ۴ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله)، که به طور قابل توجهی کمتر از برآورد قبلی ۱۴۰۰۰ مصرف‌کننده منظم در سال ۲۰۱۲ است.[۸۴] بیشتر مصرف‌کنندگان خمیر پایه کوکائین مردان (۸۶ درصد) ۲۶ تا ۳۵ ساله (۳۸ درصد) بودند؛ با این حال زنان نسبت بیشتری از مصرف‌کنندگان جوان‌تر یعنی ۱۸ تا ۲۵ ساله را تشکیل می‌دادند. مقایسه دو مطالعه که در آنها از نمونه‌گیری پاسخ‌دهنده‌محور برای بررسی مصرف‌کنندگان منظم خمیر پایه کوکائین در سال‌های ۲۰۱۲ و ۲۰۱۸ استفاده شده بود نشان داد که مصرف این ماده در میان بزرگسالان جوان کاهش داشته است.

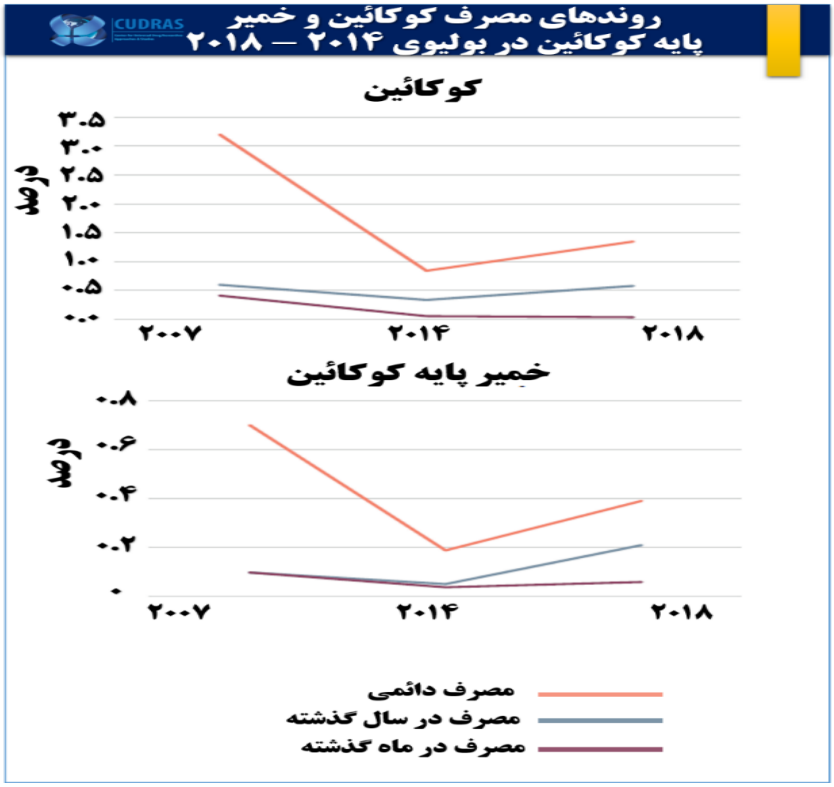
---

[۸۳] Observatorio Uruguayo de Drogas, *VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas.*

[۸۴] Observatorio Uruguayo de Drogas and Junta Nacional de Drogas, *Personas, Calle, Consumes: Dos Estudios sobre Uso de Pasta base en Uruguay Aproximaciones Cuantitativas y Etnogrdficas* (Montevideo, 2019).

با این حال نسبت مصرف‌کنندگان مسن‌تر (افراد در گروه‌های سنی ۳۶ تا ۴۵ سال و بالاتر) به طور قابل توجهی افزایش یافته است که گروه در حال پیری مصرف‌کنندگانی را نشان می‌دهد که مصرف را از ۱۸ سالگی حدود سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴ شروع کرده بودند و رند مصرف آنها در طول سال‌ها با مصرف خمیر پایه کوکائین پیش رفته است.[۸۵] گزارش شده است که مصرف خمیر پایه کوکائین در میان گروه‌جمعیت‌های حاشیه‌نشین (به ویژه افراد بی خانمان و افرادی که در پناهگاه‌ها زندگی می‌کنند) و نیز در افرادی که تحصیلاتی کمتر از سطح ابتدایی دارند متداول است.

شکل ۲۴)



برآورد شده است که در کشور چند ملیتی بولیوی در سال ۲۰۱۸ حدود ۰٫۶ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله مصرف‌کننده سال گذشته کوکائین بوده‌اند و ۰٫۲ درصد از آنها در سال گذشته خمیر پایه کوکائین مصرف کرده بوده‌اند.[۸۶] مصرف سال گذشته کوکائین و خمیر پایه کوکائین از زمان آخرین پیمایش در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است و افزایش مصرف سال گذشته خمیر پایه کوکائین مشخص‌تر از کوکائین بوده است.[۸۷]

---

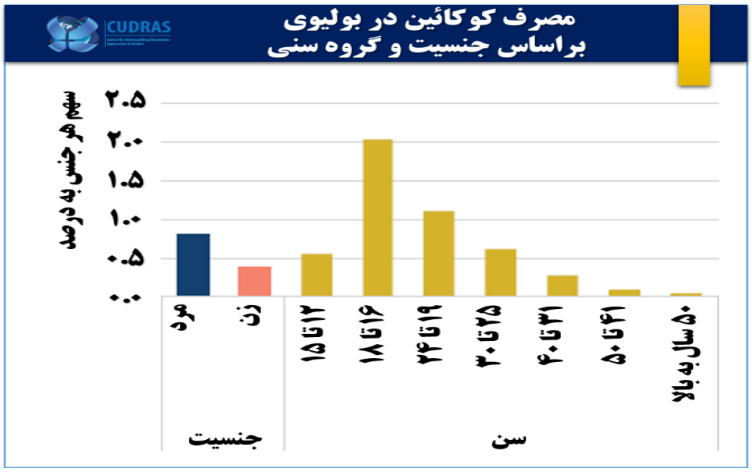
[۸۵] همان.

[۸۶] Plurinational State of Bolivia, Consejo Nacional de Lucha Contra el 'Irafico Ilicito de Drogas (CONALTID) and Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas (OBSCD), *3er Estudio Nacional de Preualencia y Caracteristicas de Consume de Drogas en Hogares de Ciudades Capita/es de Departamento y el Alto* (2018).

[۸۷] نتایج بررسی نشان می‌دهد که بین سال های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۸ شیوع ثابت بوده است ، زیرا برآورد شیوع در سال های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۸ در حاشیه خطا قرار داشته است.

مصرف کوکائین در بولیوی در مردان رایج‌تر از زنان بود و بر اساس گروه سنی در سنین ۱۶ تا ۲۴ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی و همچنین در میان گروه‌های با درآمد متوسط (گروه‌های با درآمد متوسط رو به بالا و متوسط) بیشتر از گروه‌های با درآمد پایین بوده است. با این حال مصرف خمیر پایه کوکائین بیشتر در میان گروه‌های کم‌درآمد گزارش شده است. با وجود آن که در کشور چند ملیتی بولیوی شیوع مصرف سال گذشته کوکائین در زنان کمتر از مردان است ولی بر اساس گزارش‌ها نسبت میزان مصرف منظم سال گذشته کوکائین در زنان (۵۷ درصد) بیشتر از مردان بوده است.

شکل ۲۵)



علائم افزایش مصرف کوکائین در غرب و مرکز اروپا

در سال ۲۰۱۸ در غرب و مرکز اروپا برآورد شد که ۱,۴ درصد یا ۴,۴ میلیون نفر از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله مصرف‌کننده سال گذشته کوکائین بوده‌اند. بسیار از کشورها در این ناحیه به ویژه کشورهایی که شیوع مصرف کوکائین در آنها بالا است افزایش مصرف سال گذشته کوکائین را گزارش کرده‌اند. همچنین شواهدی وجود دارد که افزایش دسترس‌پذیری کوکائین با بالاترین میزان خلوص گزارش‌شده در طول بیش از یک دهه را در اتحادیه اروپا نشان می‌دهد.[۸۸]

افزایش کلی مصرف کوکائین در اروپا در سال‌های اخیر در تحلیل فاضلاب مشخص‌تر از پیش بوده است و نشان می‌دهد که مقدار کوکائین مصرف‌شده در ۱۳۶ شهر از ۲۹ کشور اروپا طی دوره ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۹ از سال ۲۰۱۱ و اغلب از سال ۲۰۱۵ بیش از ۵۰ درصد افزایش یافته است.[۸۹] آمار غرب اروپا علاوه بر مصرف کوکائین، از نظر مصرف این ماده بر اساس مقدار متابولیت آن (بنزوئیل کلونین) در فاضلاب نیز در منطقه غالب بوده است.[۹۰] تمام شهرهایی که سرانه بالایی از نظر مقادیر متابولیت کوکائین در فاضلاب دارند در غرب اروپا به ویژه بلژیک، هلند، فرانسه، اسپانیا، سوئیس

---

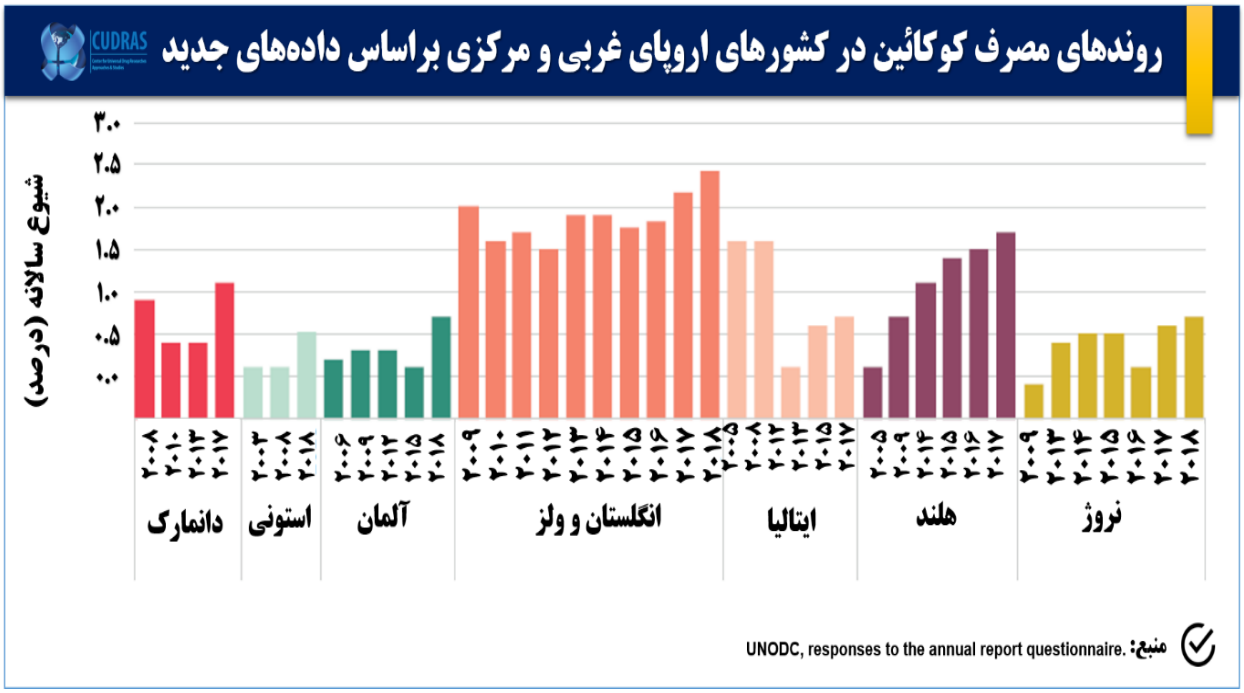
[۸۸] EMCDDA and Europol, *EU Drug Markets Report 2019* (Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2019).

[۸۹] UNO DC calculations based on Sewage Analysis CO Re group Europe (SCORE). For details of the calculations, see the online Methodology annex to the present report.

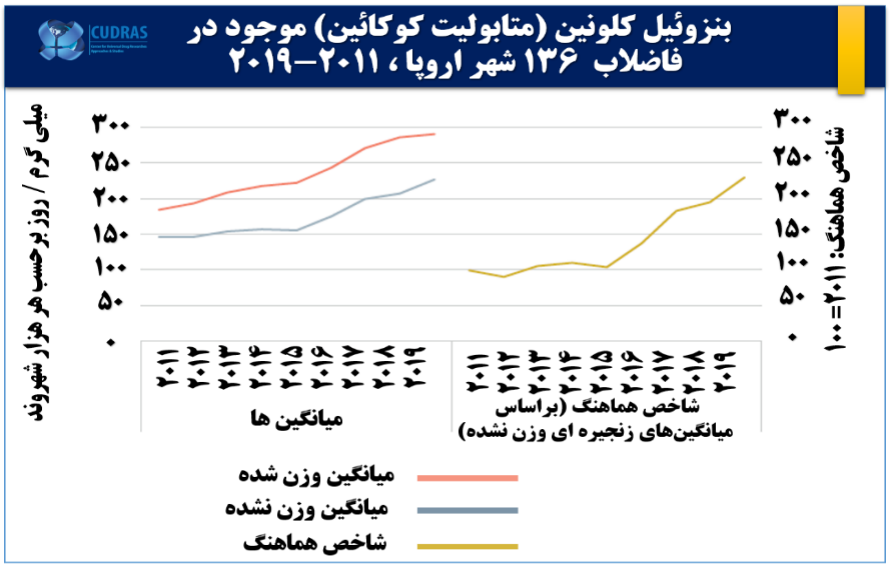
[۹۰] بنزوئیل کلونین متابولیت اصلی کوکائین است. ماده ای که در فرایند تغییر شکل کوکائین در بدن تولید می‌شود و از طریق ادرار دفع می‌شود.

و انگلستان واقع شده‌اند. در شهرهای اروپای شمالی (به ویژه فنلاند)، کشورهای اروپای مرکزی (چک و اسلواکی) و منطقه بالتیک (لیتوانی) مقادیر کمتری از این مواد یافت شده است.[۹۱]

شکل ۲۶)



شکل۲۷)



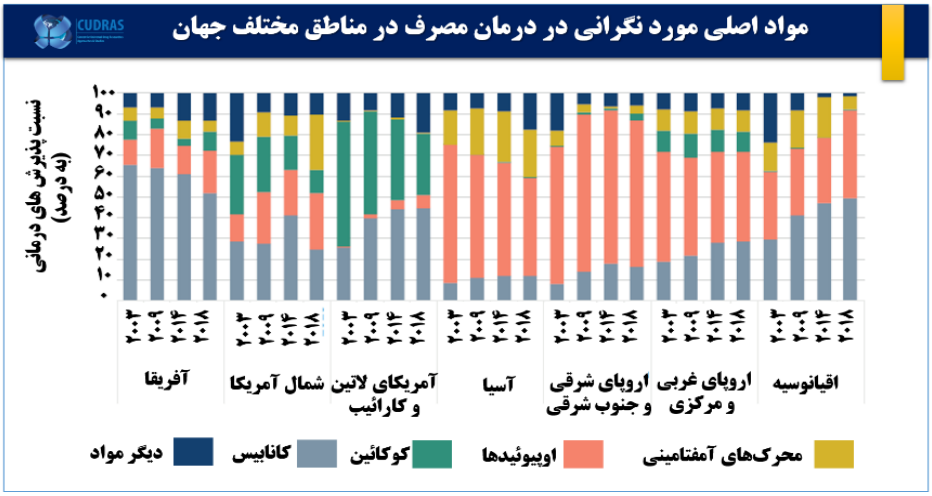
[۹۱] UNO DC calculations based on Sewage Analysis CO Re group Europe (SCORE).

با وجود شیوع بالای مصرف کوکائین، مقدار کوکائین مصرف شده در استرالیا و نیوزیلند اندک است زیرا مصرف پراکنده است

در استرالیا در سال ۲۰۱۶ برآورد شد که ۲٫۵ درصد از جمعیت ۱۴ ساله و بالاتر در سال پیش از آن کوکائین مصرف کرده بوده‌اند، و به این ترتیب شیوع مصرف کوکائین در آن سال به بالاترین میزان برآورد شده از سال ۲۰۰۱ می‌رسد.[۹۲] در حالی که بالاترین شیوع برآورد شده کوکائین در میان بزرگسالان جوان ۲۰ تا ۲۹ ساله بوده است (هم مصرف‌کنندگان سال گذشته (۶٫۹ درصد) و هم مصرف‌کنندگان ماه گذشته (۲٫۴ درصد)) میانگین سنی افرادی که مصرف سال گذشته کوکائین را گزارش کرده‌اند از ۲۸ سال در سال ۲۰۰۱ به ۳۱ سال در سال ۲۰۱۶ رسید. همانند سایر بازارهای بزرگ کوکائین، بیشتر مصرف‌کنندگان کوکائین مصرف پراکنده این ماده را گزارش کرده‌اند و ۶۴ درصد از مصرف‌کنندگان سال گذشته کوکائین یک یا دو بارمصرف آن را در سال گزارش کرده‌اند، حدود ۱۰ درصد از آن‌ها تقریباً ماهی یک بار مصرف داشته‌اند و حدود ۳ درصد یک بار در هفته یا بیشتر کوکائین مصرف می‌کرده‌اند.

روند صعودی مصرف کوکائین در استرالیا که در داده‌های پیمایش خانوادگی تا سال ۲۰۱۶ نشان داده شده است ممکن است در سال‌های بعدی نیز ادامه یافته باشد. تحلیل فاضلاب انجام شده در سراسر استرالیا در سال ۲۰۱۹، ۷۵ درصد از جمعیت را پوشش می‌داد و در ۲۲ محل در مراکز ایالتی و ۳۶ ناحیه منطقه‌ای انجام شد که طیف گسترده‌ای از اندازه جمعیت‌های حوضه آبریز در کشور را پوشش می‌دهد.[۹۳] مقدار برآوردشده مصرف کوکائین در سال از سال ۲۰۱۶/۲۰۱۷ ۵۰ درصد افزایش یافته است و به ۴۶۳۶ کیلوگرم کوکائین مصرف‌شده در کشور در سال ۲۰۱۹ / ۲۰۱۸ رسیده است.[۹۴] به طور کلی گزارش شد که مصرف کوکائین در محل‌های منطقه‌ای نسبت به مراکز ایالتی کمتر است. به طور میانگین برآورد شد که هر روز در استرالیا ۵۰۰ میلی‌گرم کوکائین به ازای هر ۱۰۰۰ نفر مصرف می‌شود. نیوولز ساوت مصرف بالاتری نسبت به مناطق دیگر داشت، اگرچه برخی محل‌ها در کوئینزلند، قلمروی شمالی و قلمروی پایتختی استرالیا نیز مصرف نسبتاً بالایی داشتند.

شکل ۲۸)



افراد تحت درمان برای مصرف مواد مخدر

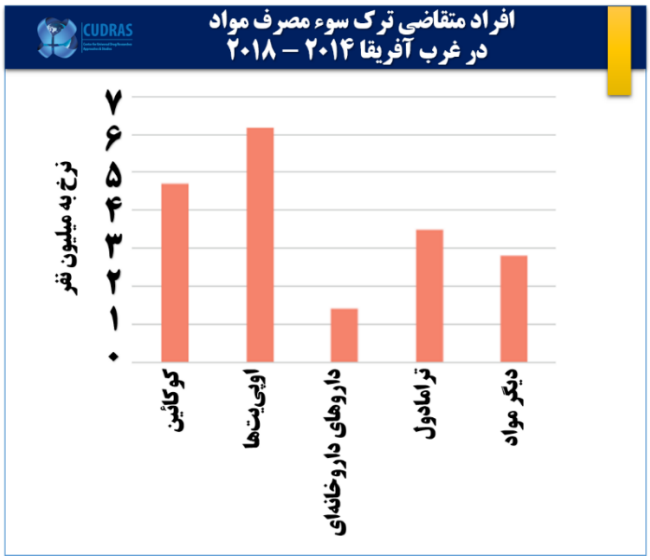
[۹۲] Australian Institute of Health and Welfare, *National Drug Strategy Household Survey 2016· Detailed Findings* (Canberra, 2017).

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

[۹۴] همان.

دسترس‌پذیری و دسترسی به خدمات درمانی برای افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر همچنان در سطح جهانی محدود است، زیرا سالانه فقط یک نفر از هر هشت فرد مبتلا به این اختلالات درمان دارویی دریافت می‌کند. علاوه بر این، در حالی که یک سوم مصرف‌کنندگان مواد مخدر زنان هستند همچنان تنها یک پنجم یا کمتر از افراد تحت درمان را تشکیل می‌دهند. اطلاعات مربوط به افرادی که برای مصرف مواد مخدر تحت درمان قرار دارند بینشی مفید نسبت به روندها و تغییرات جغرافیایی در رابطه با اختلالات مصرف این مواد فراهم کند. با این حال این اطلاعات نه تنها سطح تقاضای این درمان را نشان می‌دهد (تعداد افرادی که درخواست کمک می‌کنند یا مثلاً توسط سیستم عدالت قضایی یا خانواده‌های‌شان به مراکز درمانی ارجاع می‌شوند) بلکه میزان دسترس‌پذیری و دسترسی به خدمات درمان مواد مخدر را نیز نمایش می‌دهد. در طول یک و نیم دهه گذشته در همه مناطق به جز آفریقا نسبت ارائه درمان مواد مخدر برای موارد اختلالات مصرف کانابیس افزایشی بوده است. در بیشتر مناطق تقریباً نیمی از افرادی که تحت درمان اختلالات مصرف کانابیس وارد شدند برای اولین بار تحت درمان قرار گرفته بودند و میانگین سنی آنها ۲۶ سال بود.[۹۵]اگرچه نسبت افراد درمان‌شده برای کانابیس به عنوان ماده مخدر اصلی در آفریقا رو به کاهش بوده است ولی همچنان رقمی قابل توجه است (۵۰ درصد در سال ۲۰۱۸). مثلاً در غرب و مرکز آفریقا بین سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۷ بیش از ۷ نفر از هر ۱۰ نفری که تحت درمان دارویی قرار داشتند برای اختلالات مصرف کانابیس درمان می‌شدند. نسبت فزاینده افرادی که به دلیل اختلالات مصرف اوپیوئیدها در آفریقا تحت درمان قرار دارند احتمالاً افزایش مصرف این مواد به ویژه ترامادول را در غرب و مرکز این قاره نشان می‌دهد. در این منطقه، اوپیوئیدها (هروئین و ترامادول) پس از کانابیس دومین نوع ماده مخدر متداولی بودند که افراد طی دوره زمانی ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۷ به دلیل مصرف آنها به خدمات درمانی دسترسی یافته بودند.[۹۶]

شکل ۲۹)



[۹۵] این محاسبه و محاسبات در مورد دیگر مواد مخدر مطرح شده در این بخش براساس داده‌های مربوط به درمان ارائه شده است که سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۸ را پوشش می‌دهد (ارائه شده توسط کشورهای عضو در پرسشنامه گزارش سالانه).

[۹۶] UNO DC and ECOWAS, *West Aftican Epidemiology Ne work on Drug Use (WENDU) Report: Statistics and Trends on Illicit Drug Use and Supply, 2014-2017* (2018).

افزایش تقاضای درمان در ارتباط با اختلالات مصرف کانابیس در برخی مناطق توجه ویژه می‌طلبد. در تعریف و شیوه اجرای محتوای درمان اختلالات مصرف کانابیس تنوع بالایی وجود دارد. این درمان در حال حاضر شامل مداخلات رفتاری یا روان‌شناختی-اجتماعی مانند رفتاردرمانی شناختی است (که در آن انواع طرز تفکر غیرمنطقی و منفی به چالش کشیده می‌شود و مهارت‌های مقابله‌ای جایگزین ترویج می‌شود) و مصاحبه انگیزشی هم بخشی از این درمان است (که در آن انگیزه شخصی کاربر برای تغییر رفتار خود تسهیل و تشویق می‌شود).[۹۷] این مداخلات می‌توانند از تماس یا غربالگری آنلاین یک‌باره و مداخله مختصر در یک محیط سرپایی تا یک برنامه درمانی جامع‌تر شامل درمان سایر بیماری‌های همراه در محیط سرپایی یا بستری متفاوت باشد. برخی عوامل مؤثر احتمالی بر تعداد افراد تحت درمان برای اختلالات مصرف کانابیس را می‌توان چنین برشمرد: تغییر تعداد افرادی که واقعاً به درمان نیاز دارند، تغییرات سیستم ارجاع درمانی، تغییر در آگاهی از مشکلات احتمالی مرتبط با اختلالات مصرف کانابیس و تغییرات دسترس‌پذیری و دسترسی به درمان این اختلالات مصرف کانابیس.[۹۸]

اوپیوئیدها (عمدتاً هروئین) همچنان اصلی‌ترین مواد مخدری هستند که افراد در اروپا (به ویژه اروپای شرقی و جنوب شرق اروپا) و آسیا به دلیل مصرف آنها تحت درمان قرار می‌گیرند؛ تقریباً ۵۰ درصد از کل پذیرش‌های درمانی سال ۲۰۱۸ مربوط به این مواد است. مبتلایان به اختلالات مصرف اوپیوئیدها در مقایسه با مصرف‌کنندگان سایر مواد مخدر معمولاً در سنین بالاتر (اواسط دهه سی سالگی) وارد فرایند درمان می‌شوند و بین یک چهارم تا یک سوم آنها برای اولین بار تحت درمان قرار می‌گیرند.[۹۹] این ارقام با یافته‌های منتشر شده در ادبیات علمی سازگار است، به عنوان نمونه مطالعاتی از اروپا نشان می‌دهد که سن اعضای گروه مصرف‌کنندگان اوپیوئیدها در اروپا رو به افزایش است.[۱۰۰]

درمان مصرف محرک‌های نوع آمفتامین در آسیا (عمدتاً برای مصرف مت آمفتامین) و اقیانوسیه (بر اساس داده‌های به دست آمده از استرالیا و نیوزیلند) بیشتر از مناطق دیگر است. همانند مصرف‌کنندگان کانابیس ، افرادی که برای اختلالات مربوط به مصرف آمفتامین‌ها تحت درمان قرار دارند نیز معمولاً جوان‌تر از مصرف‌کنندگان تحت درمان برای اوپیوئیدها هستند (در اواسط بیست سالگی) و بیشتر آنها هم برای اولین بار وارد برنامه درمانی شده‌اند.[۱۰۱] افرادی که برای مصرف مت‌آمفتامین تحت درمان قرار می‌گیرند بیش از سه چهارم کل افراد تحت درمان در برونئی دارالسلام، کامبوج، جمهوری دموکراتیک خلق لائو، فیلیپین، سنگاپور و تایلند را تشکیل می‌دهند.[۱۰۲]

ارائه درمانی که در آن کوکائین اصلی‌ترین ماده مخدر مورد نگرانی محسوب می‌شود سهم بزرگی از درمان مواد مخدر را در قاره آمریکا، به ویژه در آمریکای لاتین و حوزه کارائیب تشکیل می‌دهد. در آمریکای لاتین مانند سایر ناحیه‌ها

---

[۹۷] Jonathan Schettino and others, *Treatment of Cannabis-related Disorders in Europe*, EM CD DA Insights Series, No. 17 (Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2015).

[۹۸] For a detailed discussion on this, see *World Drug Report 2016* (United Nations publication, Sales No. E.16.X.I.7).

[۹۹] Based on analysis of data for treatment provision reported by countries in the annual report questionnaire for the years 2015-2018.

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

[۱۰۱] Based on analysis of data for treatment provision reported by countries in the annual report questionnaire for the years 2015-2018.

[۱۰۲] UNODC, responses to the annual report questionnaire.

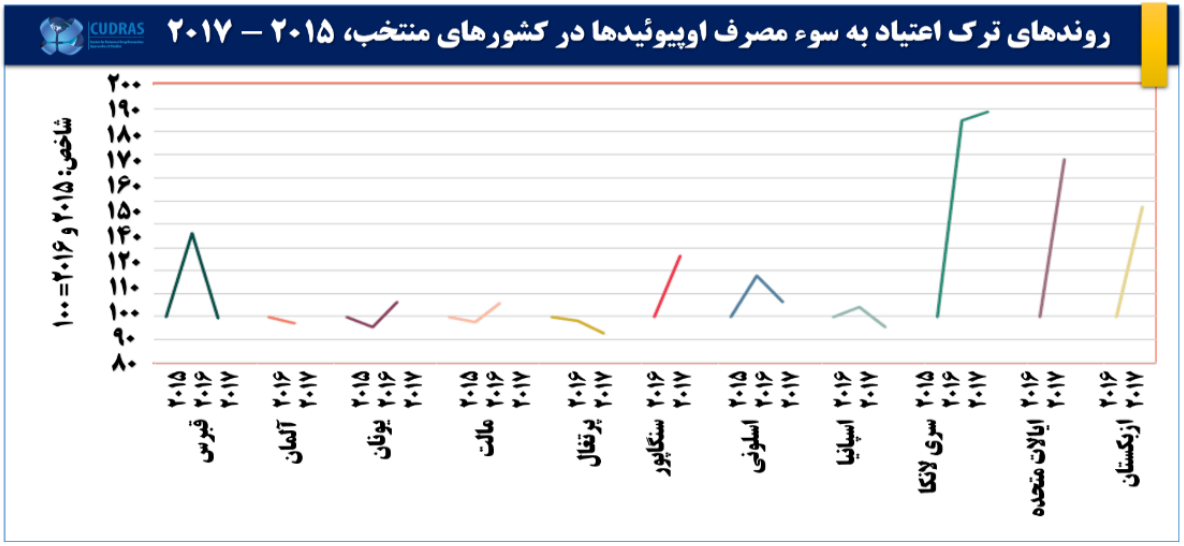
افرادی که به برنامه درمانی اختلالات مصرف کوکائین وارد می‌شوند معمولاً در میانه دهه سی سالگی خود قرار دارند و ۳۰ تا ۴۰ درصد آنها برای اولین بار تحت درمان قرار می‌گیرند.

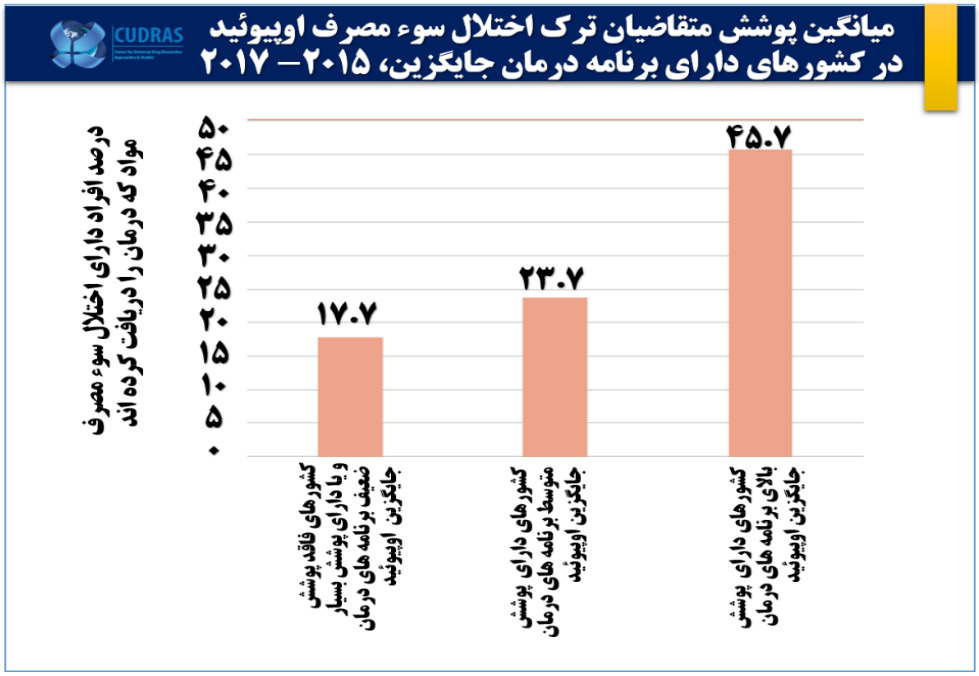
دستیابی به هدف ۳,۵ از اهداف توسعه پایدار «تقویت پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، از جمله سوء مصرف مواد مخدر و مصرف آسیب‌رسان الکل»: مروری بر شاخص جهانی پوشش مداخلات درمانی برای اختلالات مصرف مواد مخدر

به منظور پایش پیشرفت به سوی دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار یک چارچوب شاخص جهانی ایجاد شده است. بر اساس هدف ۳ توسعه پایدار که به سلامت و بهزیستی اختصاص دارد، و هدف ۳,۵ که «تقویت پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، از جمله سوء مصرف مواد مخدر و مصرف آسیب‌رسان الکل» است، یکی از دو شاخص تعیین شده برای پایش هدف یعنی شاخص ۳,۵,۱ به سنجش پوشش مداخلات درمانی (از جمله خدمات دارویی، روان‌شناختی و توان‌بخشی و خدمات پس از مراقبت) برای اختلالات مصرف مواد اختصاص یافته است. این شاخص به صورت نسبت افراد دریافت‌کننده درمان به دلیل اختلالات مصرف مواد مخدر در یک سال معین به تعداد کل افراد مبتلا به این اختلالات عملیاتی می‌شود. طی دوره ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۷ داده‌های مربوط به این شاخص توسط ۳۰ کشور در آفریقا، آمریکا، آسیا و اروپا به دفتر مقابله با جرائم و مواد مخدر سازمان ملل گزارش شد.

داده‌های موجود نشان می‌دهد که پوشش درمان مواد مخدر بر اساس انواع مواد مخدر و کشورها تنوع گسترده‌ای دارد و از کمتر از ۱ تا ۸۶ درصد متغیر است. در تفسیر تفاوت در پوشش درمان مواد مخدر بین کشورها باید احتیاط به خرج داد زیرا ممکن است این اختلاف‌ها حداقل تا حدی ناشی از تفاوت روش‌های به کار رفته در برآورد تعداد افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر و ثبت و گزارش افرادی باشد که برای این اختلالات تحت درمان قرار می‌گیرند. به طور کلی تشخیص اینکه پیشرفت کلی به سوی دست‌یابی به هدف حاصل شده است یا خیر همچنان امری چالش‌برانگیز است.

وقتی تمرکز بر اوپیوئیدها باشد که مسئول بالاترین تعداد دالی برآورد شده منتسب به اختلالات مصرف مواد مخدر در سراسر جهان هستند، داده‌ها نیز تنوع مشابهی را در پوشش درمان این مواد بین کشورها نشان می‌دهد. پیشرفت در دستیابی به هدف برای اختلالات مصرف اوپیوئیدها در چند کشور محسوس است. به عنوان مثال در ایالات متحده چنین پوششی در دوره ۲۰۱۶ تا ۲۰۱۷، ۶۸ درصد افزایش یافت که احتمالاً نتیجه اصلاحات سیستم بهداشتی در سال ۲۰۱۷ بوده است و در پاسخ به بحران اوپیوئیدها روی داده است که در سال‌های اخیر این کشور را تحت تأثیر قرار داد.





پوشش درمان مواد مخدر تحت تأثیر برخی عوامل مرتبط با دسترس‌پذیری و در دسترس بودن این خدمات قرار می‌گیرد که از آن جمله می‌توان به این موارد اشاره کرد: خط مشی ملی برای ارائه و هزینه درمان مواد مخدر (بیمه سلامت، درمان ارائه شده توسط دولت، هزینه‌های شخصی)، میزان ادغام خدمات درمان مواد مخدر در سیستم ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی، گنجاندن سیستم ارجاعات درمانی در سطوح مختلف سیستم و در سراسر بخش‌های سیستم عدالت قضایی؛ تعداد، شرایط و پوشش جغرافیایی مراکز موجود برای درمان مواد مخدر، ظرفیت یا تعداد اسلات‌های موجود در مراکز درمانی مواد مخدر در یک دوره معین، ماهیت و دامنه مداخلات ارائه شده مثلاً درمان طولانی‌مدت با آگونیست اپیوئید برای اختلالات مصرف این مواد بر خلاف مدیریت محرومیت و سایر مداخلات روان‌شناختی ارائه شده، وجود سیستم گزارش‌دهی درمانی ملی و دارای برآوردهای قابل اعتماد از تعداد افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر (یا افراد نیازمند به درمان) و تعداد افرادی که تحت درمان قرار دارند. بنابراین درک این عوامل زمینه‌ای در هنگام تفسیر داده‌ها در مورد پوشش خدمات درمان مواد مخدر مسئله‌ای کلیدی است.

همچنین اذعان به این نکته نیز مهم است که ماهیت مداخلات درمانی بر اساس نوع ماده مخدر تفاوت دارد. این امر می‌تواند بر تأمین و ارجاع به درمان برای مصرف مواد مخدر مختلف و پایبند ماندن به درمان تأثیر داشته باشد؛ همه این موارد به طور مستقیم بر پوشش درمان مواد مخدر بر اساس نوع ماده اثر می‌گذارند. در حال حاضر هیچ‌گونه مداخله دارویی برای درمان اختلالات مربوط به مصرف کانابیس و روان‌محرک‌ها در دسترس نیست؛ بنابراین مداخلات رفتاری تنها درمان موجود و مؤثر است، در حالی که برای اختلالات مصرف اوپیوئیدها درمان دارویی با آگونیست و آنتاگونیست این مواد همراه با مداخلات روان‌شناختی اصلی‌ترین درمان موجود است. به عنوان مثال داده‌ها نشان می‌دهند که هرچه سطح ارائه درمان جایگزینی اوپیوئیدها بالاتر باشد، پوشش درمان برای اختلالات مصرف آنها بهتر خواهد بود.

پیامدهای مصرف مواد مخدر برای سلامت

پیامدهای مصرف مواد مخدر برای سلامت می‌تواند شامل طیفی از پیامدهای منفی مانند اختلالات مصرف مواد مخدر، اختلالات بهداشت روان، عفونت اچ آی وی، سرطان و سیروز کبدی مرتبط با هپاتیت، مصرف بیش از حد و مرگ زودرس باشد. بیشترین آسیب‌ها به سلامتی آسیب‌های مرتبط با مصرف اوپیوئیدها و مصرف مواد به روش تزریق است و دلیل آن خطر ابتلا به اچ آی وی یا هپاتیت سی از طریق روش‌های تزریق غیر ایمن است.

بیماری‌های روان‌پزشکی هم‌بود در میان افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر

در دهه‌های اخیر شناسایی اختلالات وقوع توام اختلالات بهداشت روان در میان افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد رو به رشد بوده است. اگرچه اختلالات مصرف مواد معمولاً همراه با سایر بیماری‌های روانی رخ می‌دهد اما اغلب مشخص نیست که یکی از آنها علت دیگری است یا عوامل خطر زمینه‌ای شایع در بروز هر دو نوع اختلال مؤثر بوده است. ارتباط همبودی مصرف مواد و اختلالات بهداشت روان علاوه بر شیوع بالای آن بیماری همراه با دشواری مدیریت آن نیز ارتباط دارد و عدم ادغام درمان مواد مخدر و خدمات بهداشت روان در بسیاری از کشورها نیز نکته‌ای ویژه در این میان است. افراد مبتلا به اختلالات توام بهداشت روان و اختلالات مصرف مواد نرخ پایین‌تر موفقیت درمان، میزان بالاتر بستری‌های روان‌پزشکی و شیوع خودکشی بالاتری را نسبت به افراد فاقد اختلالات روانی همراه گزارش می‌دهند.

برآورد شده است که ۱۱٫۳ میلیون نفر در سراسر جهان مواد مخدر تزریق می‌کنند

افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند (PWID) اغلب در معرض به حاشیه رانده شدن و انگ قرار دارند که موانع اجتماعی و اقتصادی را در دسترسی به خدمات بهداشت عمومی به ویژه خدمات پیشگیری از پیامدهای نامطلوب مصرف تزریقی مواد مخدر ایجاد می‌کند.[۱۰۳]

مصرف تزریقی مواد مخدر یک نگرانی قابل توجه در حوزه بهداشت عمومی است که موجب بیماری و مرگ و میر می‌شود؛ دلیل این پیامدها خطر بیش‌مصرفی و عفونت‌های منتقل‌شونده از طریق خون (عمدتاً اچ آی وی و هپاتیت بی و سی)[۱۰۴] است که با استفاده اشتراکی سوزن‌ها و سرنگ‌های آلوده و سایر لوازم شخصی مربوط به مصرف مواد

---

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

[۱۰۴] WHO, *Guidance on Prevention of Viral Hepatitis Band* C *among People Who Inject Drugs* (Geneva, 2012).

مخدر یا رفتارهای جنسی پرخطر در برخی از گروه‌ها منتقل می‌شوند؛[۱۰۵،۱۰۶،۱۰۷،۱۰۸،۱۰۹،۱۱۰] سرکوب ایمنی شدید، سیروز، بیماری نئوپلاستیک و عوارض التهاب نیز از عواقب موارد ذکر شده است. اثرات اجتماعی و جسمی می‌تواند مشکل بالقوه بهداشت روان را وخیم‌تر کند.

بر اساس برآورد مشترک دفتر مقابله با جرائم و مواد مخدر سازمان ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی، برنامه مشترک سازمان ملل متحد برای اچ آی وی/ایدز (UNAIDS) و بانک جهانی تعداد افراد تزریق‌کننده مواد مخدر در سراسر جهان در سال ۲۰۱۸، ۱۱,۳ میلیون نفر (دامنه: ۸,۹ میلیون تا ۱۵,۳ میلیون نفر) بوده است که ۰,۲۳ درصد (دامنه: ۰,۱۸ تا ۰,۳۱ درصد) از جمعیت ۶۴ تا ۱۵ ساله را تشکیل می‌دهد. مبنای این برآورد جدیدترین اطلاعات موجود و ارزیابی روش‌های به کار رفته در منابع مختلف است.[۱۱۱]

مطالعه جهانی بار بیماری برای سال ۲۰۱۷: مرگ و میر و عوارضی که می‌توان به مصرف مواد مخدر نسبت داد

مطالعه جهانی بار بیماری[a] نشانه‌ای ارائه می‌دهد که کدام مواد و علل آسیب و بیماری مسئول بیشترین پیامدهای منفی بهداشتی ناشی از مصرف مواد مخدر[b] از نظر مرگ و سال‌های از دست رفته زندگی «سالم» هستند، مولفه‌ای که سال‌های تعدیل‌شده زندگی با ناتوانی یا دالی نامیده می‌شود. دالی میزان بار بیماری را بر اساس ترکیب تعداد سال‌های از دست رفته زندگی در نتیجه مرگ زودرس و تعداد سال‌های زندگی با ناتوانی (هر نوع نقص و مشکل) اندازه‌گیری می‌کند.

در این مطالعه برآورد شد که در سال ۲۰۱۷ در سطح جهانی ۴۲ میلیون سال زندگی «سالم» در اثر ناتوانی و مرگ زودرس از دست رفته است و ۵۸۵۰۰۰ مرگ ناشی از مصرف مواد مخدر روی داده است. نیمی از این سال‌ها به دلیل مرگ زودرس و نیمی دیگر به دلیل ناتوانی از دست رفته بود. بیشترین بار بیماری در میان مردان است که ۷۲ درصد از مرگ و میر مرتبط با مواد مخدر و ۷۰ درصد از شاخص دالی را در جمعیت خود دارند. اختلالات مصرف اپیوئیدها به بالاترین بار بیماری از نظر دالی منجر می‌شود و مسئول از دست رفتن نیمی از سال‌های «سالم» زندگی در نتیجه ناتوانی و مرگ زودرس منسوب به مصرف مواد مخدر است.

---

[۱۰۵] UNODC. *HIV Prevention, Treatment, Care and Support far People Who Use Stimulant Drugs: Technical Guide* (Vienna, 2019).

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

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

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

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

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

[۱۱۱] See the online Methodology annex to the present report.

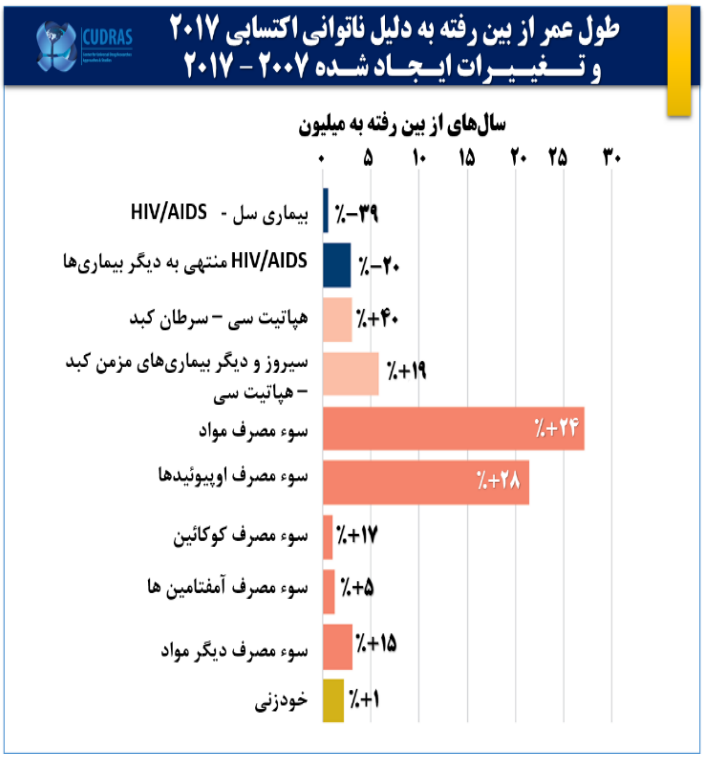
در سطح جهانی طی دهه گذشته (۲۰۱۷ تا ۲۰۱۸) تعداد دالی منسوب به مصرف مواد مخدر ۱۷ درصد افزایش یافته است و افزایش عمده‌ای در دالی منسوب به سرطان کبد ناشی از هپاتیت سی دیده شده است (۴۰ درصد افزایش)؛ اختلالات مصرف اپیوئیدها (۲۸ درصد) و سیروز و سایر بیماری‌های مزمن مرتبط با هپاتیت سی (۱۹ درصد افزایش) دیگر عوامل از دست رفتن سال‌های زندگی بوده‌اند. افزایش دالی منسوب به سرطان کبد و سیروز عمدتا نتیجه هپاتیت سی درمان نشده در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر است که در بیشتر ناحیه‌ها هم مشاهده می‌شود.

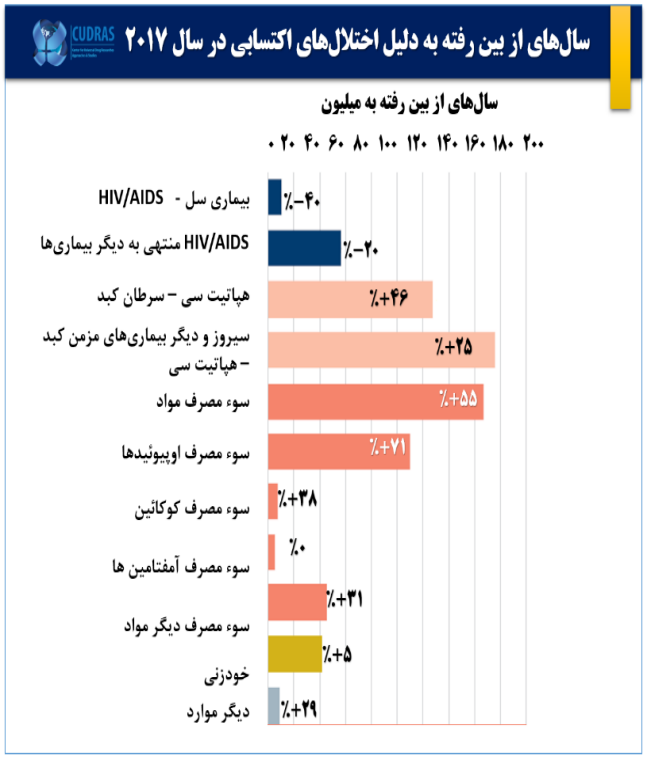
نیمی از حدود ۵۸۵۰۰۰ مرگ برآورد شده منتسب به مصرف مواد مخدر در سال ۲۰۱۷ به سرطان کبد، سیروز و سایر بیماری‌های کبدی مزمن مرتبط با هپاتیت سی نسبت داده می‌شوند که بیشتر در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر درمان‌نشده می‌ماند. مرگ‌های منتسب به اختلالات مصرف مواد مخدر (۱۶۷۰۰۰) ۲۸ درصد از کل مرگ‌های ناشی از مصرف مواد مخدر را تشکیل می‌دهد. ۱۱۰،۰۰۰ مورد یا ۶۶ درصد از این مرگ‌ها به اوپیوئیدها نسبت داده می‌شود. طی دهه گذشته تعداد کل مرگ‌های منسوب به مصرف مواد مخدر یک چهارم افزایش یافته است و افزایش عمده‌ای در مرگ‌های ناشی از اختلالات مصرف اوپیوئیدها مشاهده می‌شود (۷۱ درصد افزایش)؛ سیروز و سایر بیماری‌های مزمن کبدی و سرطان کبد ناشی از هپاتیت سی با ۵۵ و ۴۶ درصد افزایش در رده‌های بعدی قرار دارند.

مقایسه مرگ‌های منتسب به مصرف مواد مخدر در میان زنان و مردان طی دهه گذشته نشان می‌دهد که تعداد مرگ‌های منسوب به اختلالات مصرف این مواد به ویژه اختلالات مصرف اوپیوئیدها به طور نامتناسبی در زنان افزایش یافته است و افزایشی ۹۲ درصدی را در مقایسه با ۶۳ درصد افزایش در مردان نشان می‌دهد.

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

در این مطالعه مصرف مواد مخدر به عنوان وابستگی به اوپیوئیدها، کانابیس ، کوکائین یا آمفتامین‌ها یا سابقه تزریق مواد مخدر (a)b) تعریف می‌شود.





برآورد تعداد افراد تزریق‌کننده مواد مخدر در سال‌های ۲۰۱۷ و ۲۰۱۸ هیچ تغییری نشان نمی‌دهد. با این حال هرگونه داده دارای روند را باید به دیده احتیاط نگریست زیرا مشاهده این روند می‌تواند ناشی از تغییر روش‌ها باشد. برآورد جهانی سال ۲۰۱۸ از افراد تزریق‌کننده مواد مخدر مبتنی بر ۱۲۲ کشور است که تقریباً نماینده ۹۰ درصد جمعیت جهانی ۱۵ تا ۶۴ ساله به حساب می‌آیند؛ این تعداد در سال ۲۰۱۷ ۱۱۰ کشور بوده است. از همه منابع موجود در سال ۲۰۱۸، برآوردها برای حداقل ۷۴ کشور (۶۱ درصد) بر اساس «روش کلاس A» مانند روش‌های برآورد غیرمستقیم شیوع بوده است (مثلا روش ثبت-ثبت مجدد، روش مقیاس‌یابی شبکه‌ای و روش ضریب).

از آنجا که در بسیاری از مناطق جهان جرم‌انگاری مصرف مواد مخدر، قوانین کیفری، و انگ و تبعیض علیه افرادی که مواد مخدر مصرف یا تزریق می‌کنند وجود دارد مشخص شده است که روش‌های معمول پیمایش به دلیل ماهیت پنهان افراد تزریق‌کننده مواد مخدر، اندازه واقعی این جمعیت را کمتر برآورد می‌کنند.[۱۱۳][۱۱۴][۱۱۵] [۱۱۲] بنابراین فقط روش‌های غیر مستقیم از دقت مناسب برای انعکاس وضعیت این گروه برخوردار است. به طور کلی در سال ۲۰۱۸ برآوردهای جدید یا به روز از افراد تزریق‌کننده مواد مخدر برای ۴۰ کشور در دسترس قرار داشت.

اگرچه میزان دقیق مصرف تزریقی مواد مخدر مشخص نیست اما برآوردها در برخی مناطق دقیق‌تر است و این دقت حاصل پوشش بهتر داده‌ها و/ یا روش‌های به کار رفته و استفاده از داده‌های جدیدتر است. داده‌های مربوط به افراد تزریق‌کننده مواد مخدر از نظر پوشش کل جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله بین مناطق متفاوت است، و آسیا و آفریقا به ترتیب با ۹۵ و ۶۸ درصد بیشترین و کمترین پوشش را دارند. در سطح ناحیه‌ای، آمریکای شمالی، آسیای جنوب غربی، جنوب آسیا، اروپای شرقی و جنوب شرق اروپا به طور کامل پوشش داده شده است در حالی که داده‌های مربوط به افراد تزریق‌کننده مواد مخدر در کارائیب فقط بیش از یک سوم کل جمعیت را پوشش می‌دهد. بنابراین باید در تفسیر داده‌های مربوط به این ناحیه منطقه احتیاط به خرج داد. به طور کلی پوشش جمعیت در آفریقا در مقایسه با سال ۲۰۱۷ افزایش چشمگیری یافته است و از ۵۸ درصد به ۶۸ درصد در سال ۲۰۱۸ رسیده است.

در سال ۲۰۱۸ تعداد افراد تزریق‌کننده مواد مخدر در سنین ۱۵ تا ۶۴ سال همچنان بالاترین میزان در اروپای شرقی (۱,۲۶ درصد) و آسیای میانه و ماورای قفقاز (۰,۶۳ درصد) بوده است. این درصدها به ترتیب ۵,۵ و ۲,۸ برابر میانگین جهانی است. بیش از یک چهارم کل افراد تزریق‌کننده مواد مخدر در شرق و جنوب شرقی آسیا زندگی می‌کنند، اگرچه شیوع آن نسبتاً کم است (۰,۱۹ درصد). سه ناحیه دارای بیشترین تعداد افراد تزریق‌کننده مواد مخدر (شرق و جنوب شرق آسیا، آمریکای شمالی و اروپای شرقی) با هم بیش از نیمی از تعداد جهانی این افراد را تشکیل می‌دهند (۵۸ درصد). نکته قابل توجه آن که مانند سال‌های گذشته در حالی که سه کشور چین، فدراسیون روسیه و ایالات متحده تنها ۲۷ درصد از جمعیت جهانی ۱۵ تا ۶۴ ساله را تشکیل می‌دهند، تقریباً نیمی از همه افراد تزریق‌کننده مواد مخدر (۴۳ درصد) را در خود جای داده‌اند.

---

[۱۱۲] همان.

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

[۱۱۴] Matthew Hickman and Colin Taylor, "Indirect methods to estimate prevalence", in *Epidemiology of Drug Abuse*, Zili Slaboda, ed. (Boston, Massachusetts, Springer, 2005).

[۱۱۵] UNAIDS, *The GAP Report* (Geneva 2014).

نقشه ۳)

Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire, supplemented by other data sources.[116]

[۱۱۶]. *The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. A dispute exists between the Governments of Argentina and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland concerning sovereignty over the Falkland Islands (Malvinas).*

در سراسر جهان یک هشتم افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند مبتلا به اچ آی وی هستند

بر اساس برآوردها مصرف تزریقی مواد مخدر تقریباً ۱۰ درصد از عفونت‌های اچ آی وی در سراسر جهان و ۳۰ درصد از کل موارد اچ آی وی در خارج از آفریقا را تشکیل می‌دهد[۱۱۷] در حالی که در کشورهای واقع در شرق منطقه اروپایی[۱۱۸] (تقسیم‌بندی سازمان بهداشت جهانی) بیش از ۸۰ درصد کل عفونت‌های اچ آی وی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر رخ می‌دهد.[۱۱۹] برآورد می‌شود که احتمال آن که این افراد با اچ آی وی زندگی کنند ۲۲ برابر همین احتمال برای کل جمعیت باشد.[۱۲۰]

بر اساس برآورد مشترک دفتر مقابله با جرائم و مواد مخدر سازمان ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی، برنامه مشترک سازمان ملل متحد برای اچ آی وی/ایدز (UNAIDS) و بانک جهانی در سال ۲۰۱۸ شیوع جهانی اچ آی وی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر ۱۲,۶ درصد بوده است که معادل ۱,۴ میلیون تزریق‌کننده مواد مخدر است که با اچ آی وی زندگی می‌کنند. این برآورد براساس میزان شیوع اچ آی وی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر است که توسط ۱۲۱ کشور گزارش شده است و ۹۶ درصد از تعداد برآورد شده جهانی این افراد را پوشش می‌دهد. داده‌های مربوط به شیوع اچ آی وی برای همه تزریق‌کنندگان مواد مخدر در آمریکای شمالی، آسیای جنوب غربی، جنوب آسیا، اروپای شرقی و اروپای جنوب شرقی در دسترس قرار داشت اما به ترتیب فقط برای ۳۳ و ۳۲ درصد از کل تزریق‌کنندگان در آمریکای مرکزی و کارائیب موجود بود. از بین همه کشورهایی که جزئیات روش مورد استفاده خود برای جمع‌آوری داده‌های و برآورد شیوع اچ آی وی را ارائه داده‌اند تقریباً روش سه چهارم (گزارش از ۸۹ کشور) را می‌توان به عنوان «روش کلاس A» درجه‌بندی کرد (مطالعه شیوع از طریق آزمایش خون).[۱۲۱] در سال ۲۰۱۸ برآوردهای جدید یا به روز شده از شیوع اچ آی وی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر در مجموع برای ۴۰ کشور موجود بود.

شیوع ناحیه‌ای منطقه‌ای اچ آی وی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر همچنان در جنوب غربی آسیا (۲۹,۵ درصد) و اروپای شرقی (۲۵,۲ درصد) بالاترین میزان را دارد و آفریقای جنوبی (۲۱,۴ درصد) پس از این دو قرار می‌گیرد. در آفریقا شیوع اچ آی وی در میان تزریق‌کنندگان ۱۵ تا ۶۴ ساله مواد مخدر ۱۱,۳ درصد برآورد شد، در حالی که در همان سال در میان جمعیت عمومی (۱۵ تا ۴۹ سال) ۳,۹ درصد بود. در اروپا شیوع اچ آی وی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر ۲۰,۲ درصد بود، در حالی که این رقم در میان جمعیت عمومی تنها ۰,۴ درصد بود.[۱۲۲] شیوع اچ آی وی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر در شرق آفریقا و کارائیب نیز بالاتر از میانگین جهانی بود و به ترتیب به ۱۷,۴ و ۱۴,۰ درصد می‌رسید.بیشترین تعداد تزریق‌کنندگان مواد مخدر که با اچ آی وی زندگی می‌کنند در اروپای شرقی، آسیای شرقی و جنوب شرقی و جنوب غربی آسیا وجود دارد که مجموعاً ۶۷ درصد از کل رقم جهانی را تشکیل

---

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

[۱۱۸] این کشورها عبارتند از: ارمنستان ، آذربایجان، بلارو ، استون ، گرجستان، قزاقستان، قرقیزستان، لتونی، لیتوانی، جمهوری مولداوی، فدراسیون روسیه، تاجیکستان، ترکمنستان، اوکراین، ازبکستان.

[۱۱۹] WHO, Regional Office for Europe, "People who inject drugs (PWID)".

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

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

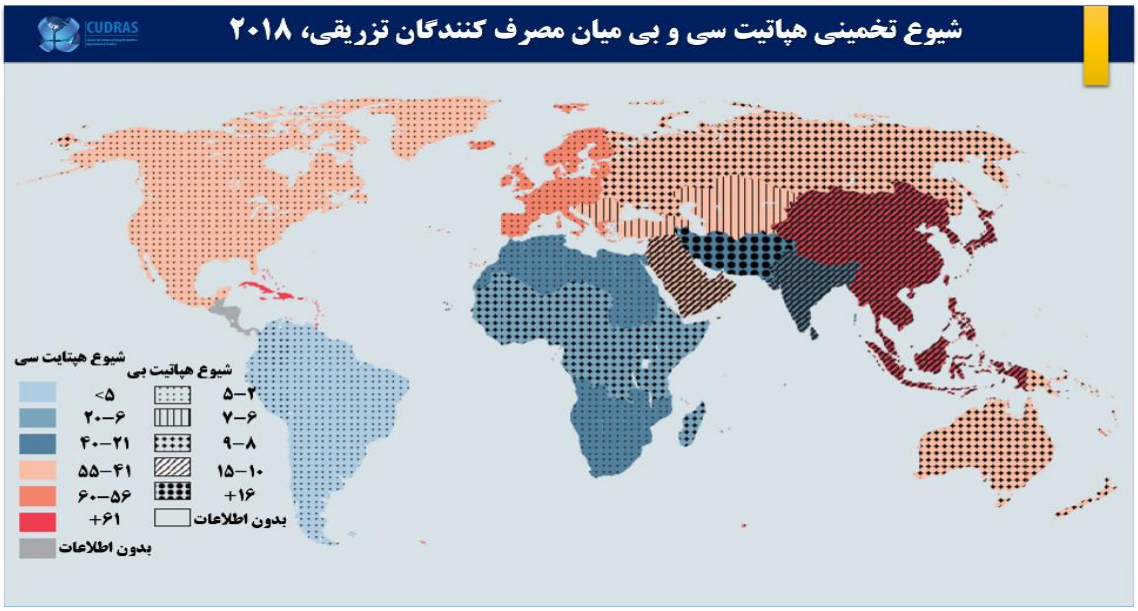
[۱۲۲] WHO, Data, Global Health Observatory, Indicator Metadata Register List, "Prevalence of HIV among adults aged 15-49 (%)".

می‌دهند. اگرچه شیوع اچ آی وی در میان این افراد (۹٫۳درصد) زیر میانگین جهانی است ولی یک پنجم از تعداد جهانی تزریق‌کنندگان مواد مخدر که با اچ آی وی زندگی می‌کنند در شرق و جنوب شرقی آسیا هستند. تعداد کمی از کشورها همچنان بخش عمده‌ای از تعداد کل جهانی این افراد را در خود جای می‌دهند. به عنوان مثال در سال ۲۰۱۸ تزریق‌کنندگان مواد مخدر در چین، پاکستان و فدراسیون روسیه که با اچ آی وی زندگی می‌کردند تقریباً نیمی از کل رقم جهانی را تشکیل می‌دادند (۴۹ درصد)، در حالی که تزریق‌کنندگان مواد مخدر در این سه کشور تنها یک سوم کل تزریق‌کنندگان مواد مخدر سراسر جهان بودند.

پوشش مداخلات برای پیشگیری و مدیریت اچ آی وی و هپاتیت سی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر

یک بررسی سیستماتیک که در سال ۲۰۱۷ در زمینه پوشش مداخلات برای پیشگیری و مدیریت اچ آی وی و هپاتیت سی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر انجام شد نشان داد که برنامه‌های تامین سوزن و سرنگ فقط در ۵۲ درصد از کشورهایی که تزریق مواد مخدر در آنها گزارش شده بود در دسترس قرار دارد، در حالی که در دسترس بودن درمان جایگزین با اپیوئید در ۴۸ درصد کشورهای جهان تأیید شده است. علاوه بر این، ارائه برنامه‌های آزمایش اچ آی وی برای تزریق‌کنندگان مواد مخدر تنها در ۳۴ کشور شناسایی شده است.[۱۲۳] خدمات آزمایش اچ آی وی علاوه بر فراهم کردن فرصتی برای ارائه پیام‌های پیشگیری و مرتبط کردن بیماران با خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی و پشتیبانی، نقطه ورودی حیاتی به درمان ضد رتروویروسی و بنابراین مولفه اساسی برنامه‌های پیشگیری از اچ آی وی به حساب می‌آیند. داده‌های جهانی در مورد پوشش درمان ضد رتروویروسی کمیاب است. دسترسی به درمان ضد رترو ویروسی تنوع قابل توجهی دارد اما گزارش می‌شود که این پوشش به طور ثابت کم است و فقط ۸ درصد از افراد نیازمند در منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی درمان ضد رترو ویروسی مؤثر را دریافت می‌کنند و تزریق‌کنندگان مواد مخدر تنها ۲۰ درصد از افراد تحت این درمان را تشکیل می‌دهند.[۱۲۴]

نقشه ۴)



Source: UNODC, annual report questionnaire supplemented by other data sources.[125]

---

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

[۱۲۴] WHO, Regional Office for Europe "People who inject drugs (PWID)".

آزمایش اچ آی وی در تزریق‌کنندگان مواد مخدر

از نظر تاریخی، آزمایش اچ آی وی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر کم بوده است و این امر به تشخیص دیرهنگام عفونت و تأخیر در شروع درمان می‌انجامد. در حالی که هیچ داده جهانی در مورد انجام کلی آزمایش وجود ندارد، اطلاعاتی که به صورت پراکنده موجود است نشانه این چالش به حساب می‌آید. در اروپا داده‌های سال ۲۰۱۸ نشان می‌دهد که تعداد CD۴ در زمان تشخیص اچ آی وی در ۵۳ درصد از تزریق‌کنندگان مواد مخدر که آزمایش شده بودند کمتر از ۳۵۰ میلی‌متر مکعب بود (در مقایسه با بیش از ۵۰۰ میلی‌متر مکعب در افراد دارای ایمنی طبیعی)؛ این میزان نشان‌دهنده مراجعه دیرهنگام آن موارد بوده است.[۱۲۶] به طور مشابه بین سال‌های ۲۰۱۲ و ۲۰۱۶ در منطقه خودمختار گوانگشی ژوانگ که استانی در غرب چین است و از نظر بیشترین موارد جدید گزارش شده از اچ آی وی در کشور رتبه دوم را دارد[۱۲۷ ۱۲۸۱۲۹۱۳۰]در میان ۴۵،۱۱۸ بیمار که اخیرا ابتلای آنها به اچ آی وی تشخیص داده شده بود بیماری ۵۵ درصد از مردان و ۶۱ درصد از زنانی که مواد مخدر تزریق می‌کردند در مراحل پایانی تشخیص داده شده بود. [۱۳۱]

به همین ترتیب در مطالعه‌ای در اروپا که خلاصه داده‌های به دست آمده از ۳۳ گروه از سراسر ناحیه بود مراجعه دیرهنگام در ۵۸ درصد از مردان و ۵۱ درصد از زنانی که بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ مواد مخدر تزریق کرده بودند نشان داده شد.[۱۳۲] به طور کلی مراجعه دیرهنگام با افزایش شیوع ایدز یا مرگ و میر مرتبط با ایدز به ویژه در سال پس از تشخیص اچ آی وی ارتباط داشت و از بیش از ۱۳ برابر در جنوب اروپا تا بیش از ۶ برابر در اروپای شرقی متفاوت بود.[۱۳۳]

اگرچه داده‌های مربوط به سن تزریق‌کنندگان مواد مخدر به طور سیستماتیک جمع آوری نشده است ولی اخیراً گزارش‌هایی مبنی بر افزایش رفتار پر خطر و در نتیجه بروز بیشتر اچ آی وی در تزریق‌کنندگان جوان مواد مخدر وجود داشته است؛ احتمال انجام آزمایش اچ آی وی در این افراد بسیار کمتر از تزریق‌کنندگان مسن‌تر مواد مخدر

---

[۱۲۵]. *Note: Subregional estimates are not presented if hepatitis B/hepatitis C data coverage is less than 20 per cent or if the represented total population of the countries providing data for hepatitis B/ hepatitis C is less than 10 per cent of the total subregional population. The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. A dispute exists between the Governments of Argentina and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland concerning sovereignty over the Falkland Islands (Malvinas).*

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

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

[۱۲۸] X. E. Ge and others, "Epidemiological characteristics of HIV/AIDS in Guangxi, 2009-2011", *South China journal of Preventive Medicine*, vol. 39, (2013).

[۱۲۹] World Bank, East Asia and Pacific Region, Human Development Unit, *China: The Epidemiological and Behavioral Dynamos of the HIV Epidemic in Guangxi Province - Synthesis Report* (February 2007).

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

[۱۳۱] همان.

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

[۱۳۳] همان.

است. در مطالعه‌ای روی ۱۴۳۸۱ تزریق‌کننده مواد مخدر که در چندین شهر از مناطق شمال شرق و شمال/ مرکز هند جذب شده بودند، احتمال استفاده اشتراکی از سوزن، داشتن شرکای جنسی متعدد و شرکت در رابطه جنسی محافظت نشده در میان«نوبزرگسالان» (۱۸ تا ۲۴ سال) به طور قابل توجهی بیشتر از تزریق‌کنندگان بالای ۳۰ سال مواد مخدر بود و میزان آزمایش اچ آی وی نیز در آنها کمتر گزارش شد.[۱۳۴]

تقریباً نیمی از افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند و تعداد آنها نفر در سراسر جهان حدود ۵/۵ میلیون نفر برآورد شده است با هپاتیت سی زندگی می‌کنند

تزریق‌کنندگان مواد مخدر یک جمعیت کلیدی متاثر از هپاتیت سی هستند. برآوردهای جهانی نشان می‌دهد که در سال ۲۰۱۷، ۷۱ میلیون نفر در سراسر جهان به طور مزمن به هپاتیت سی آلوده شدند و ۲۳ درصد از عفونت‌های جدید هپاتیت سی و یک سوم مرگ و میرهای مرتبط با این بیماری را نیز می‌توان به تزریق مواد مخدر نسبت داد.[۱۳۵] عوارض و مرگ و میر ناشی از هپاتیت سی همچنان در حال افزایش است و عمدتاً نتیجه سیروز، کارسینوم سلول‌های کبدی و مرگ در موارد درمان‌نشده هپاتیت سی است.[۱۳۶]

در سال ۲۰۱۸ دفتر مقابله با جرائم و مواد مخدر سازمان ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی، برنامه مشترک سازمان ملل متحد برای اچ آی وی/ایدز (UNAIDS) و بانک جهانی به طور مشترک شیوع هپاتیت سی را در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر در سراسر جهان را ۴۸,۵ درصد یا ۵,۵ میلیون نفر (دامنه: ۴ میلیون تا ۷,۸ میلیون نفر) جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله برآورد کردند. مبنای این گزارش برآورد ۱۰۸ کشور جهان بوده است که ۹۴ درصد از برآورد تعداد جهانی تزریق‌کنندگان مواد مخدر را پوشش می‌دهند. داده‌های مربوط به شیوع هپاتیت سی برای تمام تزریق‌کنندگان برآورد شده مواد مخدر در اروپای شرقی، اروپای جنوب شرقی، آمریکای شمالی، آسیای جنوب غربی، جنوب آسیای، آسیای میانه و ماورای قفقاز در دسترس بود اما هیچ داده‌ای در این زمینه از آمریکای مرکزی وجود نداشت و داده‌های کارائیب، و غرب و مرکز آفریقا به ترتیب تنها به ۳۱ و ۳۲ درصد از کل تزریق‌کنندگان مواد مخدر مربوط می‌شد. به طور کلی گزارش‌های ۶۹ درصد کشورها (۷۴ کشور از ۱۰۸ کشور) را می‌توان به عنوان «روش کلاس A» (مطالعه شیوع از طریق آزمایش خون)،[۱۳۷] درجه‌بندی کرد و برآوردهای جدید یا به روز برای هپاتیت سی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر در کل برای ۳۵ کشور ۲۰۱۸ در دسترس بود.

اگرچه پوشش داده‌ها در ناحی کارائیب کم بود ولی بیشترین شیوع هپاتیت سی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر در این ناحیه، با ۷۶ درصد بود و پس از آن آسیای شرقی و جنوب شرقی، غرب و مرکز اروپا، آمریکای شمالی و آسیای میانه و ماورای قفقاز قرار داشتند (بین ۶۱ تا ۵۴ درصد). در آفریقای شمالی شیوع هپاتیت سی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر ۲۵ درصد بود در حالی که شیوع ترکیبی بیماری در جمعیت عمومی (بالای ۱۵ سال) در آفریقای شمالی

---

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

[۱۳۵] WHO, Access to hepatitis C testing and treatment for people who inject drugs and people in prisons: a global perspective - policy brief (WHO/CDS/HIV/19.6).

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

[۱۳۷] use and HIV among people who inject drugs: a systematic review", *Lancet,* vol. 372, No. 9651 (November 2008), pp. 1733-1745.

و خاورمیانه ۳,۱ درصد برآورد شد.[۱۳۸] در آسیای میانه، شیوع هپاتیت سی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر ۵۴ درصد بود در حالی که در میان جمعیت عمومی در دامنه ۰,۵ تا ۱۳,۱ درصد قرار داشت.

بر اساس برآوردی که دفتر مقابله با جرائم و مواد مخدر سازمان ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی، برنامه مشترک سازمان ملل متحد برای اچ آی وی/ایدز (UNAIDS) و بانک جهانی در سال ۲۰۱۸ از شیوع هپاتیت سی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر در آسیای میانه انجام دادند این مولفه با شیوع ۵۲ درصدی در این جمعیت تطابق دارد که در یک فراتحلیل جدید در آسیای میانه یافت شده است.[۱۳۹] بیشترین تعداد ناحیه‌ای تزریق‌کنندگان مواد مخدر که با هپاتیت سی زندگی می‌کنند در آسیای شرقی و جنوب شرقی یافت شد؛ این گروه به طور کلی ۱,۹ میلیون نفر هستند که نماینده یک سوم از کل جمعیت جهانی آنها است.

تقریباً یک میلیون نفر از تزریق‌کنندگان مواد مخدر به هپاتیت بی آلوده شده‌اند

بر اساس برآورد مشترک جهانی دفتر مقابله با جرائم و مواد مخدر سازمان ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی، برنامه مشترک سازمان ملل متحد برای اچ آی وی/ایدز (UNAIDS) و بانک جهانی، شیوع هپاتیت بی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر ۸,۳ درصد است. به بیان دیگر، برآورد می‌شود که ۹۴۰،۰۰۰ تزریق‌کننده مواد مخدر در حال زندگی با عفونت فعال هپاتیت بی باشند.[۱۴۰] این برآورد بر اساس داده‌های ۹۳ کشور است که ۷۱ درصد از کل تزریق‌کنندگان ۱۵ تا ۶۴ ساله مواد مخدر را در سراسر جهان پوشش می‌دهند. پوشش کامل داده‌ها در اروپای شرقی، آسیای جنوبی و آسیای جنوب غربی به دست آمد، در حالی که در آفریقای جنوبی، خاور نزدیک و خاورمیانه، آسیای شرقی و جنوب شرقی، غرب و مرکز آفریقا، آمریکای جنوبی، کارائیب و آمریکای مرکزی، داده‌ها در مورد هپاتیت بی در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر محدودتر بود.

شیوع هپاتیت B در آسیای جنوب غربی (۱۹/۲ درصد) بالاترین میزان را داشت در حالی که سه کشور واقع در این ناحیه افغانستان، ایران (جمهوری اسلامی ایران) و پاکستان کمتر از ۱۶ درصد کل موارد جهانی هپاتیت B را در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر داشتند. در مقابل، شیوع ۴,۳ درصدی این بیماری در میان جمعیت عمومی در پاکستان گزارش شد.[۱۴۱] به طور مشابه، شیوع هپاتیت B در میان تزریق‌کنندگان مواد مخدر در خاور نزدیک و خاورمیانه به ۱۴,۶ درصد می‌رسید.

---

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

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

[۱۴۰] هدف از برآورد شیوع HBV اشاره به عفونت فعال (HBsAg) به جای ضد HBc است که مواجهه قبلی را نشان می‌دهد. با این حال همیشه نمی‌توان این موارد را در داده‌های گزارش شده به دفتر مقابله با جرایم و مواد مخدر سازمان ملل از هم متمایز کرد.

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

پیوست

با توجه به اینکه پیوست های کتابچه های شش‌گانه همواره بر روی وب‌سایت **UNODC** موجود است به دلیل مطول بودن از درج مجدد آن خودداری می‌کنیم. علاقه‌مندان می‌توانند این بخش را در لینک زیر دنبال کنند:

https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/maps-and-tables.html

محرک‌های نوع آمفتامین: گروهی از مواد متشکل از محرک‌های مصنوعی تحت کنترل کنوانسیون مواد روان‌گردان سال ۱۹۷۱ و از گروه موادی به نام آمفتامین‌ها که شامل آمفتامین، مت‌آمفتامین، متاکاتینون، و مواد گروه «اکستازی» (۳،۴-متیلن دی‌اکسی- مت‌آمفتامین (MDMA) و مواد مشابه (آنالوگ‌های) آن است.

آمفتامین‌ها: گروهی از محرک‌های نوع آمفتامین که شامل آمفتامین و مت آمفتامین است.

شیوع سالانه: تعداد کل افراد در یک محدوده سنی معین که در سال گذشته حداقل یک بار ماده مخدر معینی را مصرف کرده‌اند تقسیم بر تعداد کل افراد در همان محدوده سنی؛ این پارامتر به صورت درصد بیان می‌شود.

خمیر کوکا (یا پایه کوکا): عصاره برگ‌های بوته کوکا. محصول خالص‌سازی خمیر کوکا کوکائین (پایه و هیدروکلرید) اسن.

کوکائین «کراک»: پایه کوکائین که از طریق فرآیندهای تبدیل از کوکائین هیدروکلرید به دست می‌آید تا آن را برای استعمال مناسب کند.

نمک کوکائین: کوکائین هیدروکلرید.

مصرف مواد مخدر: مصرف مواد روانگردان کنترل‌شده برای اهداف غیرپزشکی و غیر علمی، مگر اینکه خلاف آن مشخص/ذکر شده باشد.

فنتانیل‌ها: فنتانیل و مواد مشابه آن.

مواد روانگردان جدید: موادی که به صورت خالص یا به شکل آماده مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند و تحت کنترل کنوانسیون واحد مواد مخدر سال ۱۹۶۱ یا کنوانسیون ۱۹۷۱ نیستند، اما می‌توانند تهدیدی برای سلامت جامعه باشند. در این زمینه، واژه «جدید» لزوماً به مواد اختراع شده جدید اشاره نمی‌کند بلکه به موادی گفته می‌شود که اخیراً در دسترس قرار گرفته‌اند.

اوپی‌یت: زیرمجموعه‌ای از اوپیوئیدها شامل محصولات مختلف مشتق شده از گیاه خشخاش از جمله تریاک، مرفین و هروئین.

اوپیوئیدها: اصطلاحی عمومی که هم به اوپی‌یت‌ها و هم به آنالوگ‌های مصنوعی آنها (عمدتاً اوپیوئیدهای تجویزی یا دارویی) و ترکیبات ساخته شده در بدن اشاره دارد.

مصرف‌کنندگان پر مخاطره مواد مخدر: افرادی که در مصرف پرخطر مواد مخدر مشارکت می‌کنند. به عنوان مثال افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، افرادی که به صورت روزانه مواد مخدر مصرف می‌کنند و/ یا افرادی که ابتلای آنها به اختلالات مصرف مواد مخدر (مصرف آسیب‌رسان یا وابستگی به مواد مخدر) براساس معیارهای بالینی موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم) انجمن روان‌پزشکی آمریکا، یا طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات مرتبط با سلامت (ویرایش دهم،سازمان بهداشت جهانی) تشخیص داده شده باشد.

افرادی که از اختلالات مصرف مواد مخدر رنج می‌برند/ افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مخدر: زیرمجموعه‌ای از افراد مصرف‌کننده مواد مخدر. مصرف آسیب‌رسان مواد و وابستگی ویژگی‌های اختلالات مصرف مواد مخدر هستند. افراد مبتلا به این اختلالات به درمان، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، و توانبخشی نیاز دارند.

مصرف آسیب‌رسان مواد مخدر: در طبقه‌بندی آماری بین المللی بیماری‌ها و مشکلات سلامت مرتبط (ویرایش دهم) به عنوان الگوی مصرفی که باعث آسیب به سلامت جسمی و روانی می‌شود، تعریف شده است.

وابستگی: در طبقه‌بندی آماری بین المللی بیماری‌ها و مشکلات سلامت مرتبط (ویرایش دهم) به عنوان مجموعه‌ای از پدیده‌های فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی تعریف شده است که پس از مصرف مکرر مواد مخدر ایجاد می‌شوند و به طور معمول شامل تمایل شدید به مصرف مواد، مشکل و دشواری در کنترل مصرف، پافشاری در مصرف با وجود پیامدهای آسیب‌رسان و مضر، قائل شدن اولویت بیشتر برای مصرف مواد مخدر نسبت به سایر فعالیت‌ها و تعهدات، افزایش تحمل و گاهی حالت محرومیت فیزیکی هستند.

اختلالات مصرف مواد یا مواد مخدر: در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم) به عنوان الگوهایی از علائم ناشی از مصرف مکرر یک ماده با وجود تجربه مشکلات یا اختلال در زندگی روزمره در نتیجه آن مصرف مواد تعریف شده‌اند. اختلال مصرف مواد می‌تواند بسته به تعداد علائم شناسایی شده خفیف، متوسط یا شدید باشد.

پیشگیری از مصرف مواد مخدر و درمان اختلالات مصرف مواد مخدر: هدف «پیشگیری از مصرف مواد مخدر» ممانعت یا از شروع مصرف مواد مخدر یا ایجاد تأخیر در آن و جلوگیری از گذار حالت فرد به اختلالات مصرف مواد مخدر است. وقتی فرد دچار اختلال مصرف مواد مخدر شود به درمان، مراقبت و توانبخشی نیاز خواهد داشت.

گروه بندی های منطقه ای

گزارش جهانی مواد مخدر از تعدادی نام‌گذاری منطقه‌ای و ناحیه‌ای استفاده می‌کند که رسمی نیستند و به شرح زیر تعریف می‌شوند:

- شرق آفریقا: 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 ریونیون
- غرب و مرکز آفریقا: 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 هلن
- کارائیب: آنتیگوا و باربودا، باهاماس، باربادوس، کوبا، دومینیکا، جمهوری دومنیکن، گرنادا، هائیتی، جامائیکا، سنت کیتس و نویس، سنت لوسیا، سنت وینسنت و گرنادین‌ها، ترینیداد و توباگو، آنگویلا، آروبا، بونیر هلند، جزایر ویرجین انگلیس، جزایر کیمن، کوراکائو، گوادلوپ، مارتینیک، مونتسرات، پورتوریکو، سابای هلند، سنت اوستاتیوس هلند، سنت مارتن، جزایر ترک و کایکوس و جزایر ویرجین ایالات متحده
- آمریکای مرکزی: بلیز، 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) و جزایر فالکلند (مالویناس)
- آسیای میانه و ماورای قفقاز: ارمنستان، آذربایجان، گرجستان، قزاقستان، قرقیزستان، تاجیکستان، ترکمنستان و ازبکستان
- آسیای شرقی و جنوب شرقی: برونئی دارالسلام، کامبوج، چین، جمهوری دموکراتیک خلق 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
- آسیای جنوب غربی: افغانستان، ایران (جمهوری اسلامی) و پاکستان
- خاور نزدیک و خاورمیانه: بحرین، عراق، اسرائیل، اردن، کویت، لبنان، عمان، قطر، عربستان سعودی، کشور 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
- غرب و مرکز اروپا: آندورا، اتریش، بلژیک، قبرس، چک، دانمارک، استونی، فنلاند، فرانسه، آلمان، یونان، مجارستان، ایسلند، ایرلند، ایتالیا، لتونی، لیختن اشتاین، لیتوانی، لوکزامبورگ، مالت، موناکو، هلند، نروژ،

لهستان، پرتغال، سان مارینو، اسلواکی، اسلوونی، اسپانیا، سوئد، سوئیس، پادشاهی متحده بریتانیا و ایرلند شمالی، جزایر فارو، جبل الطارق و سلطنت مقدس (واتیکان)

اقیانوسیه (شامل چهار ناحیه):

- استرالیا و نیوزیلند: استرالیا و نیوزیلند
- پلینزی: جزایر کوک، نیوئه، ساموآ، تونگا، تووالو، پلینزی فرانسه، جزایر توکلائو و والیس و فوتونا
- ملانزی: فیجی، پاپوآ گینه نو، جزایر سلیمان، وانواتو و کالدونیای جدید
- میکرونزی: کریباتی، جزایر مارشال، میکرونزی (ایالات 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 ۵۰۰, ۱۴۰۰ Vienna, Austria Tel: +(۴۳) (۱) ۲۶۰۶۰-۰, Fax: +(۴۳) (۱) ۲۶۰۶۰-۵۸۶۶,

www.unodc.org