



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



UNODC
Research

خلاصه اجرایی نتیجه گیری و اجرای سیاستها

گزارش جهانی
مواد مخدر
سال ۲۰۱۸

1

پیشگفتار

هیچ زمانی به اندازه‌ی امروز، طیف مخدرها و حجم بازار مواد مخدر رو به گسترش، افزایش و تنوع نبوده است. یافته‌های مندرج در گزارش جهانی مواد مخدر امسال، نشان می‌دهد که جامعه بین‌المللی نیازمند افزایش اقدامات خود برای داده پا سخ سریع به چالش‌ها است. ما در حال مشاهده افزایش توزیع بازار مواد مخدر هستیم، همراه با افزایش تولید تریاک و کوکائین در بالاترین سطحی که تا به امروز ثبت شده است.

بازار مربوط به کوکائین و مت‌آمفتامین در حال گسترش به مناطقی ورای نواحی مورد استفاده معمول است؛ در حالیکه که بازار تجارت مواد مخدر از طریق استفاده آنلاین از دارکوب تنها بخش بسیار کوچکی از حجم تجارت مواد را شامل می‌شود ولیکن علیرغم این مساله که بسیاری از وبسایت‌های مشهور داد و ستد اینترنتی مواد مخدر بسته شدند، میزان استفاده از اینترنت به سرعت رو به رشد و گسترش است.

در برخی مناطق جهان، استفاده‌های غیرپزشکی از داروهای تویزی در حال تبدیل شدن به یک اپیدمی است. بحران اپیوئیدها (مشتقات تریاک) در امریکای شمالی به درستی در حال جلب توجه بوده و اقداماتی نیز توسط جامعه بین‌المللی در این خصوص اتخاذ شده است. در مارس سال ۲۰۱۸، کمیسیون مواد مخدر، شش نوع از ترکیبات فنتانیل از جمله کارفنتانیل که منجر به مرگ شده‌اند را جزو مخدرهای ممنوعه قلمداد کرده است. این اقدام به واسطه تصمیم کمیسیون در شصتمین نشست خود در سال ۲۰۱۷ اتخاذ شد؛ به این دلیل که دستکم دو عنصر شیمیایی مورد استفاده در ساخت فنتانیل و ترکیبات شیمیایی آن جزو مخدرهای ممنوعه بین‌المللی هستند.

با اینحال، همانطور که گزارش جهانی مواد مخدر پیش‌رو نشان می‌دهد معطل مواد مخدر فراتر از این گفته‌ها است. ما نیازمند آن هستیم که زنگ خطر اعتیاد به ترامادول را به صدا در آوریم که در بخش‌هایی از آفریقا، به صورت تصاعدی رو به افزایش است. استفاده‌های غیرپزشکی از این اپیوئید مسکن، که جزو مخدرهای ممنوعه بین‌المللی قرار ندارد، در آسیا نیز رو به افزایش است.

آثار و پیامدهای ناشی از مواد مخدر بر جمعیت‌های آسیب‌پذیر، نگرانی‌های جدی در خصوص افزایش فشار بر سیستم‌های خدمات درمانی و بهداشتی ایجاد می‌کند که از وضعیت مساعدی به‌رمند نیستند. در همین حین و بیش از هر زمان دیگری، روانگردان‌های جدید بیشتری تولید شده و در دسترس قرار می‌گیرند و نیز گزارش‌های بیشتری در خصوص آسیب‌ها و مرگ و میر ناشی از مصرف آنها ارائه می‌شود. کماکان خدمات درمانی و سلامت برای مصرف مواد مخدر ناکافی است. تعداد افرادی که از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می‌برند و به خدمات درمانی دسترسی دارند، بسیار پایین بوده و تنها یک ششم جمعیت مورد نظر را شامل می‌شود.

قریب به ۴۵۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۵، در نتیجه مصرف مواد مخدر جان خود را از دست داده‌اند. از این میان، ۱۶۷۷۵۰ مورد، مستقیماً در نتیجه اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بوده است که در اغلب آنها اپیوئیدها (مشتقات تریاک) نقش داشته‌اند. این میزان از اعمال تهدید از سوی مواد مخدر بر سلامت، رفاه، امنیت، ایمنی و توسعه پایدار، نیازمند ارائه پاسخ قطعی و سریع است. سند برون‌داد نشست ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در خصوص معضل جهانی مواد مخدر در سال ۲۰۱۶، حاوی بیش از ۱۰۰ توصیه در خصوص پیشبرد راهکارهای پیشگیرانه علمی، درمان و دیگر اقدامات ضروری در قبال تقاضا و توزیع مواد مخدر است.

ما احتیاج داریم که فعالیت‌های بیشتری برای پیشبرد این اجماع جهانی انجام دهیم، تا کمک به کشورهای که نیازمند حمایت هستند را افزایش دهیم و همکاری‌های بین‌المللی را تقویت کرده و برای متلاشی کردن گروه‌های سازمان‌یافته‌ی تبهکار و قطع قاچاق مواد مخدر، ظرفیت‌های قانونی لازم را ایجاد کنیم.

دفتر مقابله با مواد مخدر سازمان ملل متحد، در راستای کنوانسیون‌های بین‌المللی مبارزه با مواد مخدر، اسناد حقوق بشری و سند توسعه پایدار ۲۰۳۰، به همکاری نزدیک با شرکای خود در ملل متحد ادامه می‌دهد تا به دولت‌ها در اجرای توصیه‌های مندرج در سند برون‌داد نشست ویژه مجمع عمومی سازمان ملل کمک کند.

با همکاری با سازمان بهداشت جهانی، ما در حال حمایت از اجرای «استانداردهای بین‌المللی برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر» و «استانداردهای بین‌المللی برای درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر» هستیم، همچنین از اجرای «دستورالعمل رفتار و مراقبت از افراد دارای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در نظام‌های قضائی کیفری» توسط کشورها حمایت می‌کنیم.

گزارش جهانی مواد مخدر سال ۲۰۱۸ بر اهمیت مسائل سنی و جنسیتی در سیاست‌گذاری‌های مربوط به مواد مخدر تاکید می‌کند و به بررسی الزامات، نیازها و چالش‌های خاص زنان و جوانان می‌پردازد. افزون بر این، گزارش سال ۲۰۱۸، به موضوع افزایش مصرف مواد مخدر در میان گروه‌های بزرگسال نیز پرداخته است که نیازمند خدمات درمانی و مراقبتی خاص هستند. دفتر مقابله با مواد مخدر سازمان ملل متحد، در حال کار برای تشویق و پیشبرد رهیافت‌های متعادل و جامع است. دفتر مقابله با مواد مخدر سازمان ملل متحد، حمایت‌های یکپارچه خود را از افغانستان و کشورهای همجوار آن افزایش داده است تا بتوانند به موضوع افزایش بی‌سابقه تولید تریاک و نیز مسائل امنیتی مرتبط با آن رسیدگی کنند. ما از طریق ایجاد معیشت‌های قانونی به دور از کاشت کوکائین، در حال حمایت از دولت کلمبیا و فرآیند صلح‌سازی میان آن و گروه نیروهای مسلح انقلابی کلمبیا (فارک) هستیم.

به علاوه، دفتر ما به حمایت خود از فعالیت‌هایی که دسترسی به روانگردان‌های کنترل‌شده برای مصارف پزشکی و اهداف علمی را فراهم می‌کنند، ادامه می‌دهد؛ البته این در حالی است که اگر بخواهیم به کشورهای آفریقایی یا دیگر مناطق برای حل بحران ترامادول کمک کنیم، پیشگیری از سوء مصرف و تنوع مواد، چالش‌های اساسی پیش‌روی ما هستند. سال آینده، کمیسیون مواد مخدر، برای بررسی اهداف «بیانیه سیاسی سال ۲۰۰۹» و نیز «برنامه اقدام عمل در خصوص همکاری‌های بین‌المللی در خصوص اتخاذ استراتژی یکپارچه و متعادل برای رسیدگی به معضل جهانی مواد مخدر»، میزبان نشست رده‌بالای وزرا خواهد بود. مقدمات این امر در حال آماده‌سازی است.

من از اعضای جامعه بین‌المللی تقاضا دارم که از این فرصت پیش آمده برای تقویت همکاری‌ها استفاده کرده و در خصوص راه‌حل‌های موثر توافق کنند.

یوری فدوتوف

مدیرکل اجرایی

دفتر مقابله با مواد مخدر ملل متحد

نکات توضیحی

- ❖ مرزها، اسامی و نامگذاری‌های صورت گرفته بر روی نقشه‌ها به معنای تایید رسمی و یا پذیرش توسط ملل متحد نیست.
- ❖ خطوط نقطه‌چین که به صورت تقریبی مناطق تحت کنترل جامو و کشمیر را نشان می‌دهد، مورد توافق هند و پاکستان هست. وضعیت نهایی جامو و کشمیر هنوز به صورت نهایی میان طرفین به توافق نرسیده است.
- ❖ از آنجا که دشوار بتوان جزئیات کافی مرزهای اختلافی را (میان چین و هند) ترسیم نمود، به صورت هاشور مشخص شده‌اند.
- ❖ نام‌گذاری‌های مورد استفاده و محتوای عرضه شده در گزارش جهانی مواد مخدر، بیان‌کننده هیچگونه نگرش از سوی دبیرکل ملل متحد در خصوص وضعیت یک کشور، سرزمین، شهر یا منطقه‌ای نیست و هیچ ایده‌ای در خصوص مقامات صاحب صلاحیت یا تحدید مرزهای کشورها بیان نمی‌کند.
- ❖ نامی که برای کشورها و نواحی که به اسم از آنها نام برده شده است، نامی است که زمانی رسماً مورد استفاده قرار می‌گرفته و از داده‌های مرتبط جمع‌آوری شده است.
- ❖ تمامی ارجاعات به کوزوو در گزارش جهانی مواد مخدر، در صورت وجود، می‌بایست وفق قطعنامه ۱۲۴۴ سال ۱۹۹۹ شورای امنیت مورد نظر قرار گیرد.
- ❖ از آنجا که ابهامات علمی و حقوقی در تفکیک میان «مصرف مواد مخدر»، «سوءمصرف مواد مخدر» و «سوءاستفاده از مواد مخدر» وجود دارد، گزارش جهانی مواد مخدر از اصطلاح خنثی «مصرف مواد مخدر» استفاده می‌کند. اصطلاح «سوءمصرف مواد مخدر» صرفاً برای مشخص ساختن استفاده‌های غیرپزشکی از داروهای تجویزی بکار رفته است.

❖ تمامی مواردی که در گزارش جهانی مواد مخدر از واژه «مواد مخدر» استفاده شده است، به موادی اشاره می‌کند که موضوع کنوانسیون‌های بین‌المللی مبارزه با مواد مخدر قرار دارند.

❖ تمامی تحلیل‌ها و بررسی‌های موجود که در گزارش جهانی مواد مخدر وجود دارند، بر مبنای داده‌های رسمی ثبت شده توسط دولت‌های عضو دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد بوده و از طریق پرسشنامه‌ی گزارش سالانه در اختیار دفتر قرار گرفته‌اند، مگر آنکه به طریق دیگری مشخص شده باشند.

❖ داده‌های جمعیتی مورد استفاده در گزارش جهانی مواد مخدر از منابع زیر اتخاذ شده‌اند: ملل متحد، دپارتمان امور اقتصادی و اجتماعی، بخش جمعیت، چشم‌انداز جمعیت جهان: بازبینی سال ۲۰۱۷. ارجاعات به دلار بر مبنای دلار ایالات متحده است، مگر آنکه به طریق دیگری مشخص شود. ارجاعات به تن، بر مبنای تن متریک یا تن هزار کیلویی است، مگر آنکه به طریق دیگری مشخص شود.

❖ اختصارات ذیل در نسخه انگلیسی گزارش مواد مخدر بکار رفته است:

GHB	Gamma-Hydroxybutyric Acid	گاما-هیدروکسی بوتیریک اسید
Ha	Hectares	هکتار
LSD	Lysergic Acid Diethylamide	اسید لایزرژیک دی اتیل آمید (ال‌اس‌دی)
MDMA	3,4-Methylenedioxymethamphetamine	اکستازی
NPS	New Psychoactive Substances	روانگردان‌های جدید
PWID	People Who Inject Drugs	معتادان تزریقی
UNODC	United Nations Office On Drugs And Crime	دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد
WHO	World Health Organization	سازمان بهداشت جهانی

خلاصه اجرایی

نزدیک به ۲۷۵ میلیون نفر از جمعیت جهان، که تقریباً ۵/۶ درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله‌ی جهان را شامل می‌شود، دستکم یکبار در سال ۲۰۱۶ مواد مخدر مصرف کرده‌اند. ۳۱ میلیون نفر از افرادی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند، از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می‌برند، این بدان معناست که آسیب ناشی مصرف مواد مخدر در آنها به آن حد رسیده است که ممکن است نیازمند درمان باشند. برآوردهای اولیه حاکی از آن است که در سطح جهان، ۱۳/۸ میلیون نفر از جوانان مابین ۱۵ تا ۱۶ سال، در طی یک سال گذشته، شاهدانه مصرف کرده‌اند که بالغ بر ۵/۶ درصد جمعیت هدف می‌باشد.

بنا بر آمار ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۱۵، تقریباً ۴۵۰۰۰ نفر جان خود را در نتیجه مصرف مواد مخدر از دست داده‌اند. در این میان، ۱۶۷۷۵۰ مورد از تلفات، مستقیماً به دلیل اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر (عمدتاً بروز حالت بیش‌مصرفی یا اوردوز) بوده است. باقی موارد مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر، که به صورت غیرمستقیم به مصرف مواد مربوط می‌شوند، شامل مرگ و میرهایی است که فرد به دلیل انجام روش‌های تزریق غیرایمن تزریق مواد مخدر، به عفونت اچ‌آی‌وی (بیماری ایدز) و هپاتیت C مبتلا می‌شود. اپیوئیدها (مخدرهای مشتق شده از تریاک) به علت آنکه مسبب ۷۶ درصد از مرگ و میرهای ناشی از بروز اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر هستند، کماکان اصلی‌ترین مخدر مضر و آسیب‌رسان محسوب می‌شوند.

معتادان تزریقی مواد مخدر – که در سال ۲۰۱۶، جمعیتی بالغ بر ۱۰/۶ میلیون نفر را شامل می‌شوند – در معرض بیشترین آسیب‌ها و خطرات قرار دارند. بیش از نیمی از این افراد به بیماری هپاتیت C دچار شده و به ازای هر هشت نفر، یک نفر از معتادان تزریقی به بیماری اچ‌آی‌وی مبتلا است. طی سال‌های اخیر، علیرغم اینکه در اعداد و ارقام مربوط به مصرف‌کنندگان مواد مخدر تغییرات بسیار کمی ایجاد شده است، اما بازار مواد مخدر به صورت بسیار سریع در حال تغییر است.

مخدرهایی همچون هروئین و کوکائین که برای مدت زمانی طولانی در دسترس بودند، به صورت فزاینده‌ای در حال همزیستی با مخدرهای روانگردان جدید هستند و در این میان نیز، روند افزایشی در خصوص استفاده‌های غیرپزشکی از داروهای تجویزی وجود داشته است (چه این داروها از کانال‌های قانونی تولید و توزیع انحراف یافته باشند و یا آنکه به صورت غیرقانونی تولید شوند).

استفاده از روانگردان‌هایی که ماهیت ناشناخته دارند ولیکن از طریق شبکه‌های قاچاق توزیع شده و به عنوان دارو به فروش می‌رسند نیز به عنوان مصارف غیرپزشکی محسوب می‌شوند، این مساله نیز در حال افزایش و گسترش است. هیچگاه به اندازه‌ی امروز، چنین طیف گسترده و متنوعی از مخدرها و ترکیبات آنها، در دسترس مصرف کنندگان قرار نداشته است.

آخرین روندها

رکورد جدید در سطح تولید مخدرهای گیاهی

کاشت بوته تریاک در افغانستان سبب ایجاد رکورد در تولید افیون ها شده است

تنها طی سال های ۲۰۱۶ تا ۲۰۱۷، تولید جهانی تریاک با ۱۰۵۰۰ تن، ۶۵ درصد افزایش یافته است که به راحتی به بالاترین میزان خود از زمانی رسیده است که در ابتدای قرن بیست و یکم، دفتر مقابله با مواد مخدر سازمان ملل شروع به نظارت و سنجش میزان تولید جهانی تریاک نموده است. افزایش آشکار و واضح در تولید بوته خشخاش و افزایش تدریجی در مساحت زمین های زیر کشت بوته خشخاش در افغانستان سبب شد که تولید تریاک در سرتاسر این کشور به رقم ۹۰۰۰ تن در سال ۲۰۱۷ برسد که به نسبت سال پیش از خود، افزایشی ۸۷ درصدی داشته است.

از میان علل این افزایش می توان به ناپایداری سیاسی، فقدان کنترل موثر حکومتی و کاهش فرصت های اقتصادی برای جوامع روستایی اشاره کرد که باعث می شود جمعیت روستایی در مقابل نفوذ گروه های دینفع در تجارت مواد مخدر آسیب پذیر باشند. افزایش کاشت بوته خشخاش در افغانستان به این معنا است که مساحت کل زمین هایی که در سطح جهان زیر کشت بوته خشخاش قرار دارند، با ۳۷ درصد افزایش در سال ۲۰۱۷ به نسبت سال ۲۰۱۶ به رقم ۴۲۰۰۰۰ هکتار برسد. بیش از ۷۵ درصد از این مناطق، در افغانستان قرار دارد.

میزان کل کشف و ضبط محموله های مواد مخدر نیز، از سال ۲۰۱۵ تا سال ۲۰۱۶، تقریباً ۵۰ درصد افزایش داشته است. میزان هروئین کشف و ضبط شده در جهان نیز با ۹۱ تن، به بالاترین حد خود در سال ۲۰۱۶ رسیده است. بیشترین میزان مخدرهایی که کشف شده اند مربوط مناطق نزدیک به گلوگاه های تولیدی در افغانستان است.

افزایشی قابل ملاحظه در میزان تولید کوکائین مشاهده شده است.

تولید جهانی کوکائین در جهان، به بالاترین رقم خود رسیده است و برآورد می‌شود که ۱۴۱۰ تن هروئین در سال ۲۰۱۶ تولید شده باشد. پس از آنکه طی سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۳، روند نزولی در تولید جهانی کوکائین وجود داشت، تولید این مخدر در بازه زمانی سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۶، به یکباره ۵۶ درصد افزایش یافت. صرفاً تولید کوکائین در سال ۲۰۱۶، ۲۵ درصد به نسبت سال پیش از خود افزایش یافته است. بیشتر کوکائین توزیع شده در جهان از کلمبیا تامین می‌شود که تولید آن طی سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۶ در این کشورها با ۸۶۶ تن، بیش از یک سوم افزایش تولید داشته است. در سال ۲۰۱۶، مساحت کل زمین‌هایی که در جهان به کاشت بوته کوکا اختصاص یافته‌اند قریب به ۲۱۳۰۰۰ هکتار بوده است که در این میان تقریباً ۶۹ درصد تنها در کلمبیا قرار دارد.

تجدید حیات مجدد کاشت بوته‌ی کوکا در کلمبیا – که در بازه‌ی زمانی ما بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ به نصف رسیده بود – معلول بروز عواملی است که از جمله آن می‌توان به پویایی بازار موارد مخدر، استراتژی‌های باندهای قاچاق مواد مخدر و انتظارات برخی جوامع نسبت به دریافت مبالغی در ازای جایگزینی کاشت بوته کوکا بوده است. افزون بر این می‌توان به کاهش انجام برنامه‌های توسعه‌ای جایگزین (کشت مواد مخدر) و پاکسازی زمین‌ها اشاره کرد. در سال ۲۰۰۶، بیش از ۲۱۳۰۰۰ هکتار از زمین‌ها پاکسازی شدند. ده سال پس از آن، این میزان کمتر از ۱۸۰۰۰ هکتار است. پیامد این امر کاهش ریسک و خطرات ناشی از کاشت بوته کوکا و در نتیجه آن، افزایش شدید و تصاعدی در تولید کوکائین است. کلمبیا شاهد افزایش بسیار شدید در کشف آزمایشگاه‌ها و لابراتوارهای تولیدی و کشف محموله‌های کوکائین است.

استفاده غیرپزشکی از مخدرهای دارویی در حال بدل شدن به تهدیدی جهانی است.

مصرف غیرپزشکی از اپیوئیدهای دارویی یکی از نگرانی‌های رو به رشد مقامات انتظامی و متخصصان حوزه‌ی سلامت است. در مناطق مختلف، از اپیوئیدهای دارویی مختلفی سواستفاده می‌شود. فنتانیل‌های قاچاق به همراه هروئین و دیگر مخدرها، سبب بروز بی‌سابقه بیش‌مصرفی (اوردوز) منجر به مرگ در امریکای شمالی

شده است. در اروپا، اصلی‌ترین مخدری که سبب نگرانی است، هروئین بوده ولیکن مصرف غیرپزشکی متادون، بوپرنورفین و فنتانیل نیز گزارش شده است. در کشورهای آفریقایی غربی و شمالی و نیز کشورهای خاور نزدیک و میانه، مصرف غیرپزشکی ترامادول – یک اپیوئید دارویی محسوب می‌شود که هنوز ممنوعیت بین‌المللی ندارد – به طور نگران‌کننده‌ای در حال افزایش است.

مصرف غیرپزشکی و قاچاق ترامادول، در حال تبدیل شدن به عمده‌ترین تهدید ناشی از مواد مخدر در بخش‌هایی از آفریقا است

عمده محموله‌های کشف و ضبط شده از اپیوئیدهای دارویی در سطح جهان، مربوط به کشورهای غربی و مرکزی آفریقا و یا نواحی آفریقایی شمالی است که بالغ بر ۸۷ درصد کشفیات جهان در سال ۲۰۱۶ را شامل می‌شود. کشورهای آسیای مرکزی که سابقاً بیش از نیمی از کشفیات جهانی را به خود اختصاص می‌دهند، تنها ۷ درصد از حجم کشفیات جهانی در سال ۲۰۱۶ را گزارش داده‌اند.

اصلی‌ترین علت افزایش کشفیات مربوط به اپیوئیدهای دارویی در آفریقا معلول محبوبیت جهانی ترامادول است که برای درمان و تسکین دردهای مزمن به کار می‌رود و به صورت گسترده و به منظور مصارف غیرپزشکی در این مناطق قاچاق می‌شود. ترامادول به بازارهای مختلف آفریقایی شمالی، غربی و مرکزی و در مسیر کشورهای خاورمیانه و خاور نزدیک قاچاق می‌شود. کشورهایی که در این نواحی قرار دارند، از گسترش سریع مصارف غیرپزشکی ترامادول، به ویژه در میان جمعیت‌های آسیب‌پذیر خبر داده‌اند. این مخدر (ترامادول) هنوز تحت کنترل یا ممنوعیت بین‌المللی قرار نگرفته است و بسیاری از مصرف‌کنندگان تفریحی از آن به عنوان راهی برای افزایش انرژی و بهبود حالت روحی استفاده می‌کنند.

با اینحال، ترامادول می‌تواند سبب ایجاد وابستگی جسمانی شود؛ مطابق مطالعاتی که توسط سازمان بهداشت جهانی انجام شده است، در صورتی که ترامادول به روزانه و به مدت چند هفته مصرف شود، سبب بروز وابستگی و اعتیاد می‌شود. در حالی که بخشی از ترامادول از کانال‌ها و شبکه‌ای قانونی تولید و توزیع انحراف

پیدا می‌کند، به نظر می‌رسد که اغلب محموله‌های کشف و ضبط شده این مخدر در جهان، در آزمایشگاه‌ها و لابراتوارهای مخفیانه در کشورهای آسیایی تولید شده باشد.

مصرف غیرپزشکی اپیوئیدهای دارویی در امریکای شمالی، به سطح اپیدمی رسیده است

در سال‌های ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶، برای نخستین بار در نیم قرن گذشته، امید به زندگی در ایالات متحده امریکا برای دو سال متوالی سیر نزولی داشته است. یکی از عوامل کلیدی در این خصوص، افزایش سوانح غیرعمدی از جمله بروز حالت بیش‌مصرفی (اوردوز) منجر به مرگ است. در سال ۲۰۱۶، حدود ۶۳۶۳۲ نفر در امریکا به دلیل بیش‌مصرفی مواد مخدر جان خود را از دست داده‌اند که با ۲۱ درصد افزایش نسبت به سال پیش از خود، به بالاترین میزان ثبت شده رسیده است.

این موضوع در درجه نخست با افزایش مرگ و میز ناشی از مصرف اپیوئیدهای دارویی از جمله فنتانیل و مشتقات فنتانیل در ارتباط است. این گروه از اپیوئیدها، به غیر از متادون، عامل ۱۹۵۱۳ مورد از مرگ و میرها در ایالات متحده بودند که به نسبت سال ۲۰۱۵ بیش از دو برابر افزایش یافته است. شواهد حاکی از آن هستند که در سال ۲۰۱۶، کانادا نیز شاهد افزایش بسیاری در تعداد بیش‌مصرفی (اوردوز) منجر به مرگ ناشی از مصرف فنتانیل و مشتقات آن بوده است.

گزارش‌های بسیاری وجود دارد که طی آنها، فنتانیل قاچاق و مشتقات آن با هروئین و دیگر مخدرها از جمله کوکائین، متیلن‌دی‌اکسیدمت‌آمفتامین یا اکستازی ترکیب شده و یا به عنوان داروهای ضد افسردگی تقلبی به فروش می‌رسد. در اغلب موارد، مصرف‌کنندگان از اجزا و عناصر مخدرهایی که مورد استفاده قرار می‌دهند، آگاهی ندارند و این مسئله، به صورت غیر قابل اجتناب ناپذیری منجر به افزایش تعداد بیش‌مصرفی‌های (اوردوز) کشنده می‌شود.

خارج از امریکای شمالی، میزان پیامدهای ناشی از فنتانیل و مشتقات آن، نسبتاً پایین گزارش شده است. به عنوان مثال، در اروپا، افیون‌هایی همچون هروئین و مورفین به حضور عمده خود در بازار مواد مخدر ادامه می‌دهند؛ هر چند که گزارش‌هایی نیز در خصوص بروز مرگ و میر ناشی از مصرف فنتانیل و مشتقات آن در

این منطقه ارائه شده است. تنها استثنای قابل ذکر، استونی است که طی مدت زمان طولانی، معمول‌ترین اپیوئید مورد استفاده در این کشور، فنتانیل بوده است.

به نظر می‌رسد که روند کاهشی مشاهده شده در مصرف مخدرها در کشورهای اروپای غربی و مرکزی که از اواخر دهه‌ی ۱۹۹۰ آغاز شده بود، در سال ۲۰۱۳ به پایان رسیده است. در این نواحی، به طور کلی ۱۲ کشور، روند مصرف هروئین را در سال ۲۰۱۶ با ثبات گزارش کرده‌اند، این در حالی است که در دو مورد روند گزارش شده نزولی و در سه مورد افزایشی بوده است.

سوء مصرف از محرک‌ها و مسکن‌ها خطرات فزاینده‌ای پدید می‌آورد

اکنون، بسیاری از کشورها، مصرف غیرپزشکی بنزودیازپین‌ها را به عنوان یکی از معضلات اصلی مصرف مواد مخدر گزارش می‌کنند

مصرف غیرپزشکی بنزودیازپین‌های خواب‌آور یا مسکن و دیگر روانگردان‌های مشابه آن، یکی از اصلی‌ترین مشکلات مربوط به مصرف مواد مخدر در بیش از ۶۰ کشورها جهان است. سوء مصرف بنزودیازپین‌ها پدیدآورنده‌ی خطرات بسیاری است که از جمله‌ی آنها می‌توان به افزایش ریسک بروز بیش مصرفی، به ویژه در مواردی که با هروئین ترکیب می‌شود، اشاره کرد. گزارش‌های بسیاری در خصوص وجود بنزودیازپین‌ها در موارد بیش مصرفی‌های کشنده ناشی از مصرف اپیوئیدها من جمله متادون وجود دارد. در برخی کشورهای غربی، از ظهور بازار روانگردان‌های غیرممنوع و کنترل نشده‌ی نوع بنزودیازپین برای مصارف منفرد و یا ترکیبی با انواع بنزودیازپین‌های ممنوع خبر داده می‌شود.

این روانگردان‌ها معمولاً به صورت قانونی و تحت عنوان آرام‌بخش به بازار عرضه می‌شوند و یا تحت عنوان «بنزودیازپین‌های مجاز» فروخته می‌شوند. در برخی موارد خاص، بخش اعظم از مرگ و میرهای ناشی از مصرف مواد مخدر، مربوط به روانگردان‌های جدید تولید شده بر پایه‌ی بنزودیازپین‌ها بوده است.

کراتوم (میتراگینا اسپکیوسا)، نوعی مخدر گیاهی است که در بخش‌هایی از آسیا به عنوان داروی سنتی مورد استفاده قرار می‌گرفته است، به عنوان مخدر روانگردان جدید رو به گسترش است

کراتوم، از برگ نوعی درخت گرمسیری تولید می‌شود که در بخش‌هایی از آسیای جنوب شرقی به عنوان دارویی سنتی برای درمان بیماری خردسالان و یا برای مصارف غیرپزشکی، مورد استفاده قرار می‌گرفت. تعداد محدودی از کشورها، کراتوم را تحت کنترل قانونی ملی خود، قرار داده‌اند که نسبت دسترسی و خرید به آن را ساده ساخته است. اکنون، محصولات تولیدی بسیاری در سرتاسر جهان وجود دارد که وجود کراتوم در ترکیبات خود را (برای بازار یابی) تبلیغ می‌کنند و البته معمولاً این محصولات در ترکیب با دیگر روانگردان‌ها تولید می‌شوند.

مطابق گزارش‌ها، در ایالات متحده برخی افراد برای کاهش و مدیریت علائم ناشی از ترک مواد مخدرها اقدام به مصرف کراتوم و محصولات بر پایه‌ی آن می‌کنند. قریب به ۵۰۰ تن، کراتوم در سال ۲۰۱۶ ره‌گیری شده است که به نسبت به سال پیش از خود سه برابر شده است و خود حاکی از افزایش تصادعی در محبوبیت این ماده دارد.

تحولات مربوط به بازار مواد مخدر

شاه‌دانه کماکان، پرمصرف‌ترین و معمول‌ترین مخدر مورد استفاده در جهان است.

حدود ۱۹۲ میلیون نفر در سال ۲۰۱۶، حداقل یکبار شاه‌دانه مصرف کردند که این مخدر را به معمول‌ترین و پرمصرف‌ترین ماده‌ی مخدر مورد استفاده در جهان بدل کرده است. تعداد جهانی مصرف‌کنندگان شاه‌دانه به افزایش خود ادامه می‌دهد و به نظر می‌رسد در یک دهه‌ی منتهی به سال ۲۰۱۶، دستکم ۱۶ درصد افزایش یافته است که این مساله خود در راستای افزایش جمعیت جهانی نیز است. حجم محموله‌های کشف شده‌ی گیاه شاه‌دانه در سال ۲۰۱۶، با ۲۷ درصد کاهش به رقم ۴۳۸۶ تن رسیده است. این میزان کاهش، به طور خاص در امریکای شمالی محسوس‌تر می‌باشد که علت عمده‌ی آن، دسترسی آسان به شاه‌دانه برای مصارف پزشکی بوده و نیز آنکه در بسیاری از ایالت‌های امریکا، مصرف تفریحی شاه‌دانه قانونی شده است.

هنوز برای بررسی پیامدهای قانونی کردن مصرف تفریحی شاه‌دانه زود است

از سال ۲۰۱۷، مصرف غیرپزشکی شاه‌دانه، در واشنگتن دی.سی و نیز هشت ایالت دیگر ایالات متحده قانونی شده است. کلرادو، نخستین ایالتی بود که برای اعطای مجوز نسبت به مصرف غیرپزشکی شاه‌دانه در ایالات متحده، تدابیری قانونی اتخاذ کرد. از زمان گذراندن این تدابیر قانونی، میزان مصرف شاه‌دانه در میان جمعیت مابین ۱۸ تا ۲۵ سال و بیشتر در کلرادو، به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است، این در حالی است که میزان مصرف این مخدر در میان جمعیت ۱۷ تا ۱۸، به طور نسبی ثابت باقی مانده است. با اینحال، آمار حوادث مرتبط با مصرف شاه‌دانه، پذیرش بیمارستان‌ها و سوانح رانندگی مرگ‌بار و نیز رانندگی در وضعیت نشئگی حاصل از مصرف شاه‌دانه در کلرادو، بسیار بالا رفته است. هم‌اکنون در اروگوئه، هر فرد می‌تواند به طور سالانه تا ۴۸۰ گرم به ازای نفر، از داروخانه‌ها و یا کلاب‌های مربوطه، شاه‌دانه تهیه کند و یا آنکه شخصی آن را کشت نماید.

قانون شاه‌دانه در کشور اروگوئه این اجازه را می‌دهد که محصولاتی با محتوای ۹ درصد تتراهیدروکانابینول و حداقل ۳ درصد کانابیدیول تولید شده و در دسترس قرار گیرد. از اواسط سال ۲۰۱۷، نام‌نویسی افرادی که از طریق داروخانه‌ها اقدام به خرید شاه‌دانه برای مصارف غیرپزشکی کرده‌اند، آغاز شده است. شاه‌دانه از طریق ۱۶ شبکه‌ی داروخانه‌ای در کشور اروگوئه عرضه می‌شود.

نتایج سرکوب فروشندگان مواد مخدر در دارکوب مشخص نیست

در ماه جولای سال ۲۰۱۷، نیروهای پلیس چندین کشور، با همکاری با یکدیگر، عملیاتی بزرگ برای متلاشی کردن وبسایت‌های فعال در خرید و فروش مواد مخدر آغاز کردند. این وبسایت‌ها در بخشی از اینترنت به نام «دارکوب» قرار دارند که قسمتی از «وب پنهان» محسوب می‌شود و حاوی اطلاعاتی است که صرفاً از طریق برخی مرورگرهای خاص قابل دسترسی است.

وبسایت «آلفابی» پیش از آنکه بسته شود، بیش از ۲۵۰ هزار مخدر غیرقانونی و ماده‌ی شیمیایی غیرمجاز را در فهرست فروش خود قرار داده بود. این وبسایت بیش از ۲۰۰۰۰۰ نفر کاربر داشته و در زمان فعالیت خود،

بیش از ۴۰۰۰۰ فروشنده از طریق آن کار می‌کردند. افزون بر آلفابی، نیروهای پلیس موفق شدند، یکی دیگر از وبسایت‌های تجارت مواد مخدر به نام «هانس» را متلاشی کنند که از آن به عنوان سومین وبسایت بزرگ فعال دارکوب در زمینه‌های مجرمانه یاد می‌شد.

پیامدها و نتایج حاصل از بسته شدن و پایان کار این وبسایت‌ها هنوز چندان روشن و واضح نیست. مطابق برخی نظرسنجی‌های آنلاین که در ژانویه سال ۲۰۱۸ انجام شدند، ۱۵ درصد افرادی که از طریق وبسایت‌های دارکوب اقدام به خرید مواد مخدر خود می‌کردند، اعلام نمودند که از زمان بسته شدن این وبسایت‌ها، آنها به مراتب کمتر از این راه استفاده می‌کنند و ۹ درصد نیز گفتند که از آن زمان، به طور کامل خرید اینترنتی مخدر را متوقف کرده‌اند. با این حال، بیش از نیمی از پاسخ‌دهندگان اعلام کردند که بسته شدن این وبسایت‌ها به هیچ عنوان تاثیری بر آنها نداشته است.

اگرچه مقیاس و میزان قاچاق مواد مخدر از طریق دارکوب، محدود و پایین باقی‌مانده است، ولیکن نشانه‌ها حاکی از آن هستند که این میزان به سرعت رو به گسترش و رشد است. برخی مقامات اروپایی برآورد کرده‌اند که میزان گردش مالی حاصل از فروش مواد مخدر از طریق دارکوب در بازه‌ی زمانی ۲۲ نوامبر ۲۰۱۱ تا ۱۶ فوریه ۲۰۱۵، به طور سالانه، چیزی بالغ بر ۴۴ میلیون دلار بوده است. با این وجود، بنا بر مطالعاتی که اخیراً انجام شده‌اند، تخمین زده می‌شود که فروش مواد مخدر از طریق دارکوب، بالغ بر ۱۴ میلیون الی ۲۵ میلیون دلار در ماه می‌شود که سالانه برابر با ۱۷۰ میلیون تا ۳۰۰ میلیون دلار است.

آفریقا و آسیا به عنوان قطب قاچاق و مصرف کوکائین

اغلب شاخص‌ها نشان می‌دهند که مصرف کوکائین در آمریکای شمالی، مابین سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۶ افزایش یافته است. در سال ۲۰۱۳، کمی کمتر از ۵۰۰۰ مورد مرگ و میزناشی از مصرف کوکائین گزارش شده بود، در حالی که این رقم در سال ۲۰۱۶، به بیش از ۱۰۰۰۰ مورد رسیده است. اگرچه اکثر این موارد مرگ و میر را نمی‌توان تنها به مصرف دوز بالای کوکائین مرتبط دانست بلکه معمولاً اپیوئیدهای صنعتی در

آن دخیل نیز بوده‌اند، ولیکن این آمار معیاری متقن از افزایش سطح آسیب‌ها و پیامدهای مخرب ناشی از مصرف کوکائین است.

بیشترین رشد در کشف و ضبط محموله‌های کوکائین در سال ۲۰۱۶، در کشورهای آفریقایی و آسیایی اتفاق افتاده است که نشان‌دهنده‌ی افزایش قاچاق و مصرف کوکائین در این بازارهای نوظهور است. اگرچه، این افزایش از سطوح بسیار پایین‌تری به نسبت کشورهای امریکای شمالی آغاز شده است، ولیکن میزان کوکائین کشف شده در آسیا، از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۶ تقریباً سه برابر شده است؛ در همین بازه‌ی زمانی، کشفیات مربوط به جنوب آسیا افزایشی ده برابری را نشان می‌دهد.

در سال ۲۰۱۶، میزان کوکائین کشف و ضبط شده در آفریقا نیز دو برابر شده که در کشورهای شمال آفریقا افزایشی شش برابری مشاهده شده است. کشفیات سال ۲۰۱۶ مربوط به شمال آفریقا، ۶۹ درصد کل کوکائین کشف شده در این منطقه را شامل می‌شود. این حقایق برخلاف آمار مربوط به سال گذشته است که کوکائین، عمدتاً در کشورهای مرکزی و غربی آفریقا کشف می‌شد.

قاچاق و مصرف مخدرهای صنعتی از بازارهای خود فراتر رفته و بازارهای اصلی مت‌آمفتامین به رشد خود ادامه می‌دهند

آسیای شرقی و جنوب شرقی و نیز امریکای شمالی، مناطق اصلی برای بازار قاچاق مت‌آمفتامین در سطح جهان به شمار می‌روند. مطابق گزارش‌هایی که منتشر شده است، در امریکای شمالی، دسترسی به مت‌آمفتامین در سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۶ افزایش یافته و در سال ۲۰۱۶ این مخدر، پس از هروئین، تبدیل به دومین مخدر پرخطر در ایالات متحده شده است. بر اساس برخی ارزیابی‌های کیفی که صورت گرفته است، افزایش مصرف و افزایش ظرفیت‌های تولیدی و نیز افزایش در میزان کشفیات، همگی نشان می‌دهند که بازار مت‌آمفتامین در کشورهای آسیای شرقی و جنوب شرقی و نیز اقیانوسیه رو به گسترش است. در اقیانوسیه به طور خاص، مصرف مت‌آمفتامین کریستالی تبدیل به یک معضل مهم و اساسی شده است.

برای سال‌های طولانی مدت، آمفتامین سهم غالب در بازار مخدرهای صنعتی خاورمیانه و خاور نزدیک، اروپای مرکزی و غربی داشت، اما افزایش میزان کشفیات در شمال آفریقا و امریکای شمالی نشان می‌دهد که فعالیت مربوط به بازار این مخدر، در این نواحی نیز رو به رشد است. در حالی که علت اصلی افزایش میزان کشفیات مت‌آمفتامین در شمال آفریقا، دقیقاً مشخص نیست ولیکن به نظر می‌رسد که این رشد، بیشتر مربوط به قاچاق مت‌آمفتامین به مقصد بازار بزرگ این مخدر در مناطق همجوار یعنی خاورمیانه و خاور نزدیک باشد.

رشد تنوع و پیچیدگی بازار مواد مخدرهای صنعتی به افزایش آسیب‌های آنها منتج می‌شود

در سال‌های اخیر، صدها نوع از مواد روانگردان جدید تولید شده و وارد بازار مخدرهای صنعتی نوع آمفتامین شده‌اند. از آن زمان که دفتر مقابله با مواد مخدر سازمان ملل شروع به انجام تحقیقات میدانی نموده است، بنا بر اثرات طبی روانگردان‌ها، بیشترین سهم از بازار روانگردان‌های جدید مربوط به محرک‌ها است که پس از آن، مخدرهایی همچون آگونیست‌های گیرنده کانابینوئید (موادی با مشتقات شاه‌دانه) و مخدرهای توهم‌زای معمول، بیشترین بخش از بازار را به خود اختصاص می‌دهند.

در کل، در بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۷، تعداد ۸۰۳ مورد مواد روانگردان جدید گزارش شده است. با این حال، در حالی که بازار جهانی مواد روانگردان‌های جدید به طور گسترده‌ای متنوع شده است – استثنائاً جز در خصوص برخی از روانگردان‌ها – به نظر می‌رسد که روانگردان‌های جدید نتوانسته‌اند تا حد زیادی جایگاه خود را در کنار یا بجای مخدرهای سنتی تثبیت کنند.

اگرچه مقدار و حجم کلی کشفیات مربوط به روانگردان‌های جدید در سال ۲۰۱۶، کاهش یافته است، ولیکن تعداد بیشتری از دولت‌ها از کشف محموله‌های مربوط به این مخدرها را گزارش داده‌اند و به تبع آن نگرانی‌های بیشتری در خصوص آسیب‌های ناشی از مواد روانگردان جدید ایجاد شده است. در بسیاری از کشورها، تعداد فزاینده‌ای از روانگردان‌های جدید با آثاری شبیه به اپیوئیدها در حال ظهور در بازار هستند که با سبب افزایش تلفات و مرگ و میر ناشی از مصرف مخدرها نیز شده است. کماکان مصرف روانگردان‌های

جدید محرک به روش تزریق، به علت گزارش‌های مبنی بر روش‌های پرخطر تزریق مواد، یک نگرانی باقی مانده است. مصرف مواد روانگردان جدید در زندان‌ها و نیز در میان افرادی که دارای آزادی مشروط هستند یک مسأله‌ی نگران‌کننده در کشورهای حوزه اروپا، امریکای شمالی و اقیانوسیه است.

آسیب‌پذیری گروه‌های خاص

بسیاری از کشورهای هنوز نتوانستند برای کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مخدرها، خدمات

درمانی و بهداشتی مناسب فراهم کنند

در سال ۲۰۱۶، تنها یکی از هر شش نفر انسانی که از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می‌برد، از خدمات درمانی به‌رمند بوده است که این میزان بسیار کم در طی سال‌های اخیر پایدار و ثابت باقی مانده است. برخی از شدیدترین و مخرب‌ترین پیامدهای ناشی از مصرف مواد مخدر، توسط معتادان تزریقی تجربه می‌شود. ارزیابی‌های جهانی صورت گرفته از خدمات ارائه شده برای کاهش آسیب‌های سلامتی و بهداشتی به معتادان تزریقی مواد مخدر، حاکی از آن هستند که تنها ۷۹ کشور در سطح جهان، برنامه ارائه سرنگ و سوزن و برنامه جایگزین درمان اپیوئیدها را اجرا کرده‌اند.

تنها چهار کشور در جهان هستند که برنامه‌های اجرا شده در آنها را می‌توان از منظر میزان پوشش‌دهیف در سطح بالا توصیف کرد. اطلاعات و داده‌های در دسترس در خصوص برنامه‌های تست اچ‌آی‌وی، خدمات مشاوره‌ای و درمانی در خصوص ایدز بسیار محدود است. تنها ۳۴ کشور دسترسی معتادان تزریقی به برنامه‌های تست اچ‌آی‌وی را تایید کرده‌اند و ۱۷ کشور نیز اعلام کردند که به طور کلی هیچ برنامه‌ای در این زمینه نداشتند. در خصوص انجام یا دسترسی به برنامه‌های «درمان ضد ویروس پس‌گرد ویروس اچ‌آی‌وی» در ۱۶۲ کشور، هیچ داده و اطلاعاتی در دسترس نیست.

میزان مصرف مواد مخدر و خطرات ناشی از آن در میان جوانان بیشتر است

اگرچه بعضاً استثنائاتی در مورد مصرف مخدرهای سنتی نظیر تریاک و قات وجود دارد، اما بررسی‌ها و تحقیقات میدانی از مصرف مواد مخدر در میان جمعیت عادی نشان می‌دهند که گستره‌ی مصرف مواد مخدر

در میان گروه‌های سنی جوان بیشتر از افراد بزرگسال است. اغلب پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن هستند که از اوایل (دوازده سالگی تا سن چهارده سالگی) تا اواخر (پانزده سالگی تا هفده سالگی) نوجوانی، دوره بسیار حیاتی و اساسی برای آغاز مصرف مواد مخدر هستند. میزان اوج مصرف مواد مخدر در میان جوانان ۱۸ تا ۲۵ سال است.

شاه‌دانه، مخدر معمول در میان گروه‌های سنی جوان است

شواهدی که در کشورهای غربی به دست آمده است نشان می‌دهند که دسترسی آسان به شاه‌دانه و تصویری که در خصوص کم‌خطر بودن این مخدر وجود دارد، سبب شده است که شاه‌دانه به یکی از معمول‌ترین مخدرها در میان کسانی تبدیل شود که در آغاز نوجوانی خود به مصرف مواد روی می‌آورند. گاهی شاه‌دانه را در ترکیب با سایر مخدرها استفاده می‌کنند و مصرف این مخدرها، معمولاً پیش از مصرف شاه‌دانه است.

دو نوع از مصرف مواد میان جوانان شایع است: مخدرهایی که در کلوب‌های شبانه مصرف می‌شود و مواد استنشاقی در میان کودکان خیابانی

الگوی مصرف مواد مخدر در میان گروه‌های سنی جوان، کشور به کشور تفاوت می‌کند و به شرایط اقتصادی و اجتماعی هر یک از کشورها بستگی دارد. دو ویژگی بیان‌کننده طیف گسترده از شرایطی است که سبب می‌شود مصرف مواد در میان جوانان شایع گردد. از یک طرف، مصرف تفریحی مواد مخدر که باعث افزایش هیجانات روحی و تجربه‌های جدید شود؛ از طرف دیگر، جوانانی که در شرایط دشواری زندگی می‌کنند، تلاش می‌کنند با مصرف مخدرها بر وضعیت سخت زندگی خود غلبه کنند.

الگوی مصرف مواد در هری یک از این شرایط متفاوت، مختلف خواهد بود. مخدرهایی که برای مصرف در کلوب‌های شبانه مورد استفاده قرار می‌گیرند، از جمله اکستازی، مت‌آمفتامین، کوکائین، کتامین، ال‌اس‌دی و گاما معمولاً در کشورهایی با درآمد بالا مصرف می‌شوند. معمولاً مصرف این مواد به صورت مخفیانه و انفرادی صورت می‌گیرد ولیکن در ادامه در کالج‌ها، مهمانی‌های خانگی و حتی کنسرت‌ها استفاده می‌شوند.

گزارش‌ها نشان می‌دهند که مصرف اینگونه مخدرها در میان گروه‌های سنی جوان به شدت بالاتر است. در میان جوانانی که در خیابان زندگی می‌کنند، معمول‌ترین مخدرهای مورد مصرف از نوع استنشاقی است. بسیاری از کودکان خیابانی در معرض سوء استفاده‌های فیزیکی و جنسی قرار دارند و مصرف مواد مخدر، تبدیل به نوعی مکانیسم انطباق‌پذیری با شرایط و محیط خشنی است که آنها در خیابان تجربه می‌کنند. مخدرهایی که توسط این جوانان انتخاب می‌شود معمولاً بر اساس قیمت ارزان، قانونی بودن، دسترسی گسترده و میزان ایجاد حالت نشاط‌آور و سرخوشی است.

روند تمایل به مصرف مخدرهای پرخطر در گروه‌های سنی جوان پیچیده است

روند مصرف مواد مخدر از مراحل ابتدائی تا مصرف مضر مخدرها در میان گروه‌های سنی جوان معمولاً تحت تاثیر عواملی است که عموماً از حیطه کنترل این افراد نیز خارج است. از علل و عوامل شخصی (از جمله سلامت رفتاری و روحی، رشد عصبی و تفاوت‌های ژنتیکی که از تاثیرات اجتماعی حاصل می‌شود) تا عوامل میانی (مانند شرایط خانوادگی، مدرسه و تاثیر گروه‌های هم‌سن و سال) و عوامل گسترده‌تر (نظیر شرایط اجتماعی و اقتصادی و محیط فیزیکی اطراف) را می‌توان برای ارزیابی آسیب‌پذیری نوجوانان در برابر مصرف مواد مخدر برشمرد.

این عوامل و عناصر، از فرد به فرد دیگر تفاوت خواهد کرد و نمی‌توان تصور کرد که همه‌ی افراد در گروه سنی جوان به صورت یکسان و برابر در برابر مصرف مواد مخدر آسیب‌پذیر هستند. هیچ یک از عوامل پیش‌گفته شده نیز به تنهایی برای نیل به مصرف مواد مخدر کافی نبوده و در اغلب موارد، تاثیر این عوامل نیز در طول زمان تغییر می‌کند. به طور کلی، در اصل ترکیب اساسی عوامل پرخطر موجود و فقدان عوامل حمایتی در شرایط و وضعیت خاص زندگی یک جوان است که سبب می‌شود حساسیت‌های متفاوتی در برابر مصرف مواد مخدر در افراد ایجاد شود.

مشکلات روحی و رفتاری اولیه، فقر، نبود فرصت‌ها (اجتماع و اقتصادی)، تنهایی و دورافتادگی، فقدان حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی، تاثیر منفی گروه‌های هم‌سن و سال و نیز مدرسی که از امکانات چندانی

بهره مند نیستند از علل اصلی هستند که ممکن است فرد را به سمت مصرف مواد سوق دهد، در حالی که به نسبت افرادی که به سوی مصرف مواد گرایش پیدا نمی کنند، این عوامل کمتر قابل مشاهده است.

مصرف مخرب مواد مخدر، پیامدهای مستقیمی بر نوجوانی افراد دارد. احتمال از دست دادن موقعیت های شغلی و بیکاری، بروز مشکلات سلامتی جسمانی، ناکارایی در برقراری مناسبات اجتماعی، افزایش گرایش به خودکشی، افزایش ریسک ابتلا به بیماری های روحی و نیز حتی کاهش سن امید به زندگی از پیامدهایی هستند که با مصرف مواد مخدر در نوجوانی افزایش می یابند. در اغلب موارد حاد حتی، مصرف مخرب مواد مخدر می تواند فرد را وارد چرخه ای کند که به توانایی های اقتصادی-اجتماعی فرد لطمه وارد کند و در عین حال، به تقویت توانمندی هایی منجر شود که به مصرف مواد مخدر کمک می کند.

فقر و فقدان فرصت های پیشرفت اجتماعی و اقتصادی می تواند سبب ورود جوانان به چرخه ی توزیع مواد مخدر شود

گروه های سنی جوان می توانند وارد فعالیت های مربوط به کاشت، تولید و قاچاق مواد مخدر شوند. در نبود فرصت های اقتصادی و اجتماعی، ممکن است گروه های جمعیتی جوان برای به دست آوردن پول و یا افزایش دستمزد ناچیز خود، وارد چرخه ی توزیع و فروش مواد مخدر شوند. جوانانی که تحت تاثیر فقر قرار دارند و در دیگر گروه های آسیب پذیر حضور دارند، از جمله مهاجران، ممکن است توسط گروه های سازمان یافته ی تبهکار استخدام شده و مجبور به فعالیت در کاشت، تولید، قاچاق و یا فروش مواد مخدر شوند. در برخی موارد، جوانان ممکن است به دنبال هیجان و یا کسب شهرت در میان گروه های تبهکاری محلی و باندهای خلافکار وارد شبکه ی توزیع مواد مخدر شوند. گروه های سازمان یافته ی تبهکار، به دو دلیل بیشتر تمایل دارند که کودکان و یا جوانان را برای قاچاق مواد مخدر استخدام کنند:

نخست آنکه افراد با سن پایین تر در مواجهه با پلی یا دیگر گروه های رقیب بی پروا تر هستند؛ و دوم، فرمانبرداری این افراد. افراد کم سن و سالی که در قاچاق مواد مخدر در سطح بازارهای بین المللی فعالیت

می‌کنند، معمولاً عضو بخشی از گروه‌های سازمان‌یافته‌ی تبهکار بزرگتر هستند و عمدتاً جوانان به عنوان «پادو» و برای قاچاق مواد مخدر غیرقانونی از مرزها مورد استفاده قرار می‌گیرند.

مصرف مواد مخدر در میان گروه‌های سنی بزرگسال نیازمند توجه است

افزایش ضریب مصرف مواد مخدر در میان جمعیت بزرگسال، تا حدی به واسطه افزایش سن مصرف‌کنندگان تبیین می‌شود

بر اساس اطلاعات و داده‌های محدودی که عمدتاً از سوی کشورهای غربی نیز مطرح شده است، نرخ افزایش مصرف مواد مخدر در میان جمعیت گروه‌های سنی بزرگسال (چهل سال و بیشتر) با ضریب بیشتری به نسبت گروه‌های سنی کمتر در حال افزایش است. بر اساس پژوهشی که در ایالات متحده انجام شده است، افرادی که نوجوانی خود در زمانی طی کرده باشند که دسترسی گسترده به مواد مخدر وجود داشته است، احتمال بیشتری وجود دارد که به سمت تجربه مصرف مواد مخدر گرایش پیدا کرده و یا به مصرف آن ادامه دهند. این الگو، با مسئله «انفجار جمعیتی» که در کشورهای اروپای غربی و آمریکای شمالی مورد استفاده قرار می‌گیرد انطباق دارد. مطابق داده‌هایی که در این گزارش آورده شده است، متولدین سال‌های مابین ۱۹۴۶ تا ۱۹۶۴، به نسبت دوره‌های پیش از خود، در دوره جوانی خود نرخ بیشتری از مصرف مواد مخدر را تجربه کردند؛ بخش قابل ملاحظه‌ای از این افراد به مصرف مواد در طول زندگی خود ادامه دادند و این افراد اکنون بیش از ۵۰ سال سن دارند.

در اروپا، اثر مشابه دیگری نیز می‌توان مشاهده کرد که از داده‌ها و اطلاعات مربوط افرادی که به دنبال درمان مصرف اپیوئیدها هستند، قابل استخراج است. اگرچه تعداد مصرف‌کنندگان اپیوئید که که وارد دوره‌ای درمانی می‌شوند رو به کاهش است، بخش مربوط به افراد مسنی که بیش از ۴۰ سال عمر دارند از تعداد یک نفر به ازای هر پنج نفر در سال ۲۰۰۶ به تعداد یک نفر در هر سه نفر در سال ۲۰۱۳ رسیده است. بررسی میزان بیش‌مصرفی (اوردوز) نیز چنین روندی را نشان می‌دهد. امار مربوط به سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۳ حاکی از آن است که میزان بروز حالت بیش‌مصرفی در افرادی که ۴۰ سال و یا بیشتر سن دارند، بیشتر شده است

اما در گروه‌های سنی جوان‌تر این رقم رو به کاهش است. شواهد حاکی از آن است که بخش بزرگی از گروه‌های سنی مصرف‌کننده اپیوئیدها کسانی هستند که در سال‌های مربوط به دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ که به «اپیدمی هروئین» موسوم است، شروع به تزریق این مخدر کرده‌اند.

بزرگسالانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند نیازمند خدمات مناسب هستند، اما تنها تعداد معدودی از برنامه‌ها نیازمندی‌های خاص آنها را پوشش می‌دهند

ممکن است مصرف‌کنندگان بزرگسال مواد مخدر از مشکلات عدیده‌ی روحی و جسمانی برخوردار باشند که انجام موثر دوره‌های درمانی را با چالش‌هایی روبرو می‌کند، ولیکن در عین حال، کماکان توجه چندانی به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر میان بزرگسالان نشده است.

در استراتژی‌های مواد مخدر کشورهای اروپایی که در سال ۲۰۱۰ منتشر شده بودند، به صراحت هیچ اشاره‌ای به مصرف‌کنندگان بزرگسال مواد مخدر نشده بود. حتی در سطح کشورهای اروپایی نیز برنامه‌های مراقبت و خدمات درمانی که برای مصرف‌کنندگان بزرگسال در نظر گرفته شده‌اند، بسیار محدود هستند؛ اکثر برنامه‌هایی که تعبیه می‌شوند، جامعه هدف خود را جوانان قرار می‌دهند.

مصرف‌کنندگان بزرگسال بخش فزاینده‌ای از قربانیان مربوط به مصرف مواد مخدر را شامل می‌شوند

در سرتاسر جهان و در بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۵، تعداد موارد مرگ و میرهای گزارش شده ناشی از مصرف مواد مخدر تا ۶۰ درصد افزایش یافته است. افرادی که بیش از ۵۰ سال سن دارند، قریب به ۳۹ درصد از آمار مرگ و میر مربوط به اختلالات ناشی مصرف مواد مخدر را در سال ۲۰۱۵ به خود اختصاص دادند.

با این حال، مطابق داده‌ای استخراج شده از آمارها، سهم مربوط به بزرگسالان رو به افزایش است: در سال ۲۰۰۰، گروه‌های سنی بزرگسال، تنها ۲۷ درصد از مواد مرگ و میر مربوط به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را شامل می‌شدند. تقریباً ۷۵ درصد مرگ و میر مربوط به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در

افراد با سن ۵۰ سال و بیشتر، به مصرف اپیوئیدها مربوط است. مصرف کوکائین و مصرف آمفتامین‌ها هر کدام ۶ درصد و مصرف بقیه مخدرها ۱۳ درصد از مرگ و میر در این گروه سنی را تشکیل می‌دهند.

الگوی مصرف مواد مخدر در زنان بسیار متفاوت از مردان است

مصرف غیرپزشکی آرامش‌بخش‌ها و اپیوئیدها در زنان شایع است

شیوع مصارف غیرپزشکی اپیوئیدها و آرامش‌بخش‌ها در زنان اگر بیشتر از مردان نباشد، دستکم به طور برابر یک‌سان باقی مانده است. از طرف دیگر، مردان بسیار بیشتر از زنان به مصرف شاه‌دانه، کوکائین و افیون‌ها گرایش دارند. زنان تنها یکی از هر پنج نفری که از خدمات درمانی بهره‌مند هستند را، تشکیل می‌دهند. سهم زنان برای دستیابی به خدمات درمانی برای بهبود مصرف آرامش‌بخش‌ها و مسکن‌ها بیش از دیگر مخدرها رو به افزایش است.

در حالی که زنانی که مواد مخدر را به صورت منظم مصرف می‌کنند، معمولاً دیرتر از مردان مصرف خود را آغاز می‌کنند، با اینحال، زمانی که زنان مصرف مواد مخدر را آغاز می‌کنند، به ویژه مصرف الکل، شاه‌دانه، اپیوئیدها و کوکائین، سریعتر از مردان تمایل دارند که میزان و نرخ مصرف خود را افزایش دهند. این موضوع به کرات توسط زنانی که مصرف‌کننده‌ی مخدرهای یاد شده هستند، گزارش شده است. این مساله به عنوان «اثر تلسکوپی» شناخته می‌شود. تفاوت دیگری که میان الگوی مصرف زنان و مردان وجود دارد این است که در اغلب موارد زنان مصرف مواد مخدر را در کنار شریک زندگی خود آغاز می‌کنند، در حالی که مردان در میان جمع دوستان مذکر خود بیشتر به سمت مصرف مواد مخدر گرایش دارند.

زنانی که در کودکی اختلال رفتارهای درون‌گرایی از خود بروز داده‌اند و ممکن است برای خوددرمانی به

مصرف مخدرها روی بیاورند

مشکلات درون‌گرایی نظیر افسردگی و اضطراب به نسبت مردان، در زنان شایع‌تر است. مردان، بیش از زنان در معرض مشکلات رفتاری برون‌گرا نظیر اختلالات رفتاری، اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه و اختلال شخصیتی ضداجتماعی قرار دارند. زنانی که دچار اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر هستند، گزارش

داده‌اند که از میزان بالای اختلال استرسی پس از آسیب روانی برخوردارند و ممکن است در دوران کودکی خود تجربیاتی از قبیل نادیده انگاشتن، سوءاستفاده و یا سوءاستفاده جنسی داشته باشند. زنانی که مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر هستند معمولاً مسئولیت‌هایی از جمله مراقبت (از کودکان) بر عهده دارند و مصرف مواد مخدر بر خانواده‌هایشان و بویژه بر کودکان پیامدهای منفی و مخرب خواهد گذاشت.

چنین پیامدهای مخربی در دوره‌ی کودکی می‌تواند بر نسل‌های بعدی اثرگذار باشد و خطر مصرف مواد مخدر در میان کودکانی که مادرانی با اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر دارند را افزایش دهد. به طور معمول اینگونه فرض می‌شود که اختلال استرسی پس از آسیب روانی در میان زنانی شیوع دارد که در دوران کودکی خود تجربه‌های متعددی از سوءاستفاده جسمی و جنسی داشته‌اند. به نظر می‌رسد که مصیبت‌ها یا تیره‌بختی‌های دوران کودکی پیامدهای متفاوتی بر مردان و زنان وارد می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهند که پسر بچه‌هایی که در دوران کودکی وضعیت‌های سخت و دشواری گذرانده‌اند، از مصرف مواد مخدر به عنوان یک وسیله برای اعتراض اجتماعی استفاده می‌کنند. از طرف دیگر، دخترانی که در کودکی خود مصیبت‌های سختی متحمل شده‌اند، بیشتر تمایل دارند که استرس، اضطراب، افسردگی و گوشه‌گیری اجتماعی خود را درونی ساخته و با مصرف مواد مخدر اقدام به خوددرمانی کنند.

زنان بیش از مردان در معرض خطر ناشی از بیماری‌های عفونی هستند

زنان یک سوم مصرف‌کنندگان مواد مخدر را تشکیل می‌دهند و برآورد می‌شود که یک پنجم تعداد جهانی کسانی که معتاد تزریقی مواد مخدر هستند نیز زنان باشند. زنان بیش از مردان نسبت به ویروس اچ‌آی‌وی، هپاتیت C و دیگر عفونت‌های خونی آسیب‌پذیر هستند. مطالعات و پژوهش‌های بسیاری، جنسیت زن را به عنوان یکی عوامل مستقل در خصوص اچ‌آی‌وی یا هپاتیت C در میان معتادان تزریقی مواد مخدر در نظر می‌گیرند، به ویژه در خصوص زنان جوان و یا زنانی که به تازگی شروع به تزریق مواد مخدر می‌کنند.

پیوند میان زنان و تجارت مواد مخدر به خوبی فهم نشده است

زنان صرفاً قربانی تجارت مواد مخدر نیستند، بلکه ممکن است فعالانه در آن مشارکت داشته باشند

زنان نقش مهمی در زنجیره توزیع مواد مخدر ایفا می کنند. محکومیت کیفری زنانی که بر شبکه های بین المللی قاچاق مواد مخدر ریاست می کردند - به طور خاص در امریکای لاتین و آفریقا - مؤید این ادعا است. مشارکت زنان در کشت بوته های تریاک در افغانستان و کشت بوته های کوکا در کلمبیا، همچون نقش آنها در قاچاق مواد مخدر، چه به عنوان پادو، به خوبی مستند شده است. با این وجود، آمارهای چندان موثق و یکپارچه ی دولتی در این خصوص وجود ندارد تا بتوان بر مبنای آن به نقش زنان بیشتر در قاچاق مواد مخدر پی برد: در بازه ی زمانی سال های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶، ۹۶ کشور امار تجریه و تحلیل شده ی جنسیتی در خصوص جرایم مرتبط با مواد مخدر خود را به دفتر مقابله با مواد مخدر سازمان ملل متحد تحویل دادند.

در این دوره ی زمانی، از میان تمامی افرادی که در کشورهای فوق برای جرایم مرتبط با مواد مخدر دستگیر شده اند، ۱۰ درصد را زنان تشکیل می دهند. همانطور که در پژوهش های بسیار زیادی مورد اشاره واقع شده است، زنان ممکن است برای فراهم کردن مخدر مصرفی خود، وارد قاچاق مواد مخدر شوند. با اینحال، همانطور که در برخی دیگر از مطالعات مورد توجه قرار گرفته است، برخی از زنانی که در قاچاق مواد مخدر مشارکت دارند در واقع قربانیان قاچاق انسان، از جمله برای استثمار جنسی هستند.

مشارکت زنان در زنجیره ی توزیع مواد مخدر بعضاً ممکن است به آسیب پذیری و اجبار آنها منتسب شود. افزون بر این، زنان ممکن است به نسبت مردان، دستمزد به مراتب کمتری طلب کنند: برخی محققان بیان کرده اند که معمولاً زنان ممکن است احساس کنند که مجبورند برای قاچاق مواد مخدر دستمزد کمتری به نسبت مردان قبول کنند که به این معناست که باندهای قاچاق مواد مخدر ممکن است تمایل داشته باشند، بیشتر از زنان به عنوان پادوی قاچاق مواد مخدر استفاده کنند. رهیافت دیگری که فر ضیه های فوق را مورد انتقاد قرار می دهد این است که زنان ممکن است بازیگران کلیدی و قدرتمندی در دنیای تجارت مواد مخدر

باشند. در این گزارش‌ها، به برخی موارد مستند از نقش زنان به عنوان افراد کلیدی در تجارت مواد مخدر اشاره شده است.

از آنجا که برخی زنان قربانی بوده و برخی زنان بنا بر تصمیم خود وارد این موضوع شدند، هیچ کدام از توضیحات فوق، تصویر کاملی از نقش و مشارکت زنان در زنجیره توزیع مواد مخدر فراهم نمی‌کنند. مشارکت زنان در قاچاق مواد مخدر می‌تواند به زنان شانس دست یافتن به پول و رسیدن به تحرک اجتماعی ببخشد ولیکن در عین حال می‌تواند به نابرابری جنسیتی موجود را نیز تشدید سازند، چرا که فرض اولیه بر آن است که زنان نقش‌های اجتماعی سنتی خود را به عنوان مادر، خانه‌دار و همسر ایفا کنند. به طور کلی، اگرچه عوامل متعددی در پس پرده‌ی مشارکت زنان در قاچاق مواد مخدر وجود دارد، این مسئله موضوعی است که به واسطه شرایطی چون آسیب‌پذیری‌های اجتماعی و اقتصادی، خشونت، روابط دوستانه و ملاحظات اقتصادی شکل می‌گیرد.

زندانیان، به ویژه زنان، در معرض خطر بالای آلودگی به بیماری‌های عفونی قرار دارند اما از خدمات کمتری بهره‌مند می‌شوند

افرادی که در زندان‌ها و دیگر محیط‌های بسته قرار دارند، بیش از جمعیت عادی، در معرض خطر ابتلای به آلودگی‌های عفونی از جمله بیماری سل، اچ‌ای‌وی و هپاتیت C قرار دارند ولیکن گاهی اوقات دسترسی زندانیان به خدمات درمانی و یا برنامه‌های پیشگیرانه ندارند. حتی در جاهایی که این برنامه‌ها در دسترس هستند، لزوماً همان استانداردی که برای افراد در جامعه وجود دارد، برای افراد داخل زندان در نظر گرفته نمی‌شود. عدم دسترسی به تدابیر پیشگیرانه در بسیاری از زندان‌ها می‌تواند به گسترش سریع اچ‌ای‌وی و دیگر بیماری‌های عفونی منتج شود. افرادی که در زندان‌ها هروئین مصرف می‌کنند، به طور خاص در دو هفته‌ی نخست آزادی، در معرض خطر شدید مرگ ناشی از بیش‌مصرفی قرار دارند. این مرگ و میرها بیشتر مربوط به کاهش آستانه تحمل بدن نسبت به آثار هروئین پس از پرهیز نسبی در طول دوره‌ی بازداشت زندان‌ها است.

با این وجود، زندانیان آزاد شده به ندرت به برنامه‌های مدیریت بیش‌مصرفی از جمله داروهای پیشگیری نظیر نالوکسان (نوعی داروی ضد اپیوئید) یا درمان‌های جایگزین اعتیاد از جمله برای متادون دسترسی دارند. زنانی که در بازداشت هستند به نسبت مردان در وضعیت مشابه خود، دسترسی کمتری به خدمات درمانی برای رسیدگی به مشکل مصرف مواد مخدر یا دیگر مسائل مربوط به وضعیت سلامتی، بهداشتی، جنسی و باروری خود دارند. افزون بر این، به نسبت مردان، زنان کمتری از حمایت‌های لازم برای آماده‌سازی و بازگشت به جامعه و یا خانواده‌ی خود برخوردار می‌شوند. زنان در بدو آزادی خود، با وضعیت ملامت‌کننده‌ای مواجه هستند که نه تنها به دلیل جنسیت است بلکه به دلیل سابقه‌دار بودن نیز به آنها تحمیل می‌شود و با چالش‌هایی از جمله تبعیض در دسترسی با خدمات اجتماعی و مراقبت درمانی روبرو خواهند شد.

نتیجه‌گیری و اجرای سیاست‌ها

اطلاعاتی که در گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۱۸ عرضه شدند، بیان‌کننده‌ی مقیاس و پیچیدگی بی‌سابقه در بازار تجارت جهانی مواد مخدر است. پیامدهای مخربی که توسط مصرف مواد مخدر بر سلامتی وارد می‌شود، کماکان قابل ملاحظه بوده و مرگ و میرهای ناشی از مصرف مواد مخدر رو به افزایش هستند و نیز اپیدمی اپیوئیدها در حال وقوع است. هم‌راستا با اهداف مندرج در بخش ۳/۳ و ۳/۵ اهداف توسعه‌ی پایدار، چنین وضعیتی، مستلزم بازایی تلاش‌ها برای حمایت از پیشگیری و درمان مصرف مواد مخدر و فراهم کردن خدماتی است که به منظور کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد بر سلامتی طراحی شده‌اند. جوانان را می‌بایست از این نکته آگاه کرد مصرف مواد مخدر نه تنها پیامدهای مخربی بر سلامتی دارد بلکه بر وضعیت اقتصادی و اجتماعی نیز اثرگذار خواهد بود. تلاش‌ها برای پیشگیری و درمان مصرف مواد مخدر می‌بایست شامل مصرف‌کنندگان مواد مخدر نیز باشد تا این افراد نیز از دانش ضروری و مهارت‌های لازم برای جلوگیری از بروز حالت بی‌صرفی بهرمنند شوند؛ از جمله این اقدامات می‌توان به مواد ذیل اشاره کرد که شامل توزیع نالوکسان (نوعی داروی ضد اپیوئید)، فراهم کردن مستمر خدمات سلامتی و درمانی برای افراد زندانی و افرادی که از زندان آزاد می‌شوند؛ و افزایش حیطه شمول برنامه‌ی سازمان بهداشت جهانی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، برنامه ایدز ملل متحد، راهنمای فنی برنامه ایدز ملل متحد برای کشورها به جهت تعیین اهداف دسترسی جهانی به پیشگیری از اچ‌آی‌وی، درمان و مراقبت برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر است که می‌تواند منجر به کاهش تعداد موارد جدید مبتلا به اچ‌آی‌وی در میان افرادی باشد که مواد مخدر را به روش تزریقی مصرف می‌کنند.

این اقدامات تنها در صورتی موثر واقع خواهند شد که بر مبنای شواهد علمی و مطابق با رعایت حقوق بشر بنا شده باشند و در صورتی که هرگونه شرم و ننگ ناشی از مصرف مواد مخدر زوده شود. در صورتی که اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر را به عنوان یک وضعیت پیچیده، چندوجهی و بیماری مزمن درک کرد، می‌توان بر شرمساری ناشی از مصرف مواد مخدر غلبه کرد که خود نیازمند آن است که بسیاری از نهادهای مربوطه به مشارکت و توجه خود به مساله مواد مخدر تداوم بخشند.

روندهای در حال ظهوری وجود دارند که ممکن است منجر به گسترش توزیع بازارهای قاچاق مواد مخدر برای هروئین، اپیوئیدهای تجویزی و کوکائین باشد. این تحولات جدید می‌توانند به عنوان معضلات جدیدی در نظر گرفته شوند به ویژه آنکه در برخی کشورهایی که منابع محدودی دارند، می‌توانند از منظر ایجاد فشار مضاعف بر بخش سلامت یا تضعیف وضعیت امنیتی، پیامدهای قابل ملاحظه‌ای وارد کنند.

ترامادول، به عنوان تراژدی مضاعف کشورهای در حلال توسعه، نیازمند توجه بیشتری است

گسترش سریع مصرف ترامادول قاچاق در کشورهای آسیایی و آفریقایی، که به عنوان یک اپیوئید صنعتی برای تسکین دردهای مزمن به کار می‌رود، در حال ایجاد چالش‌های بزرگی بر بخش سلامت عمومی است. در حالیکه، بسیاری از بیمارانی که به مسکن‌های درد دسر سی مناسبی ندارند و ممکن است از اپیوئیدها برای مصارف پزشکی بهره‌مند شوند، افزایش جریان اپیوئیدهای صنعتی که برای مصارف غیرپزشکی طراحی شده‌اند، می‌تواند به افزایش تعداد افرادی که از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می‌برند، منتج شود. به طور خاص در کشورهای فقیر که دسترسی و پوشش محدودی برای درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد وجود دارد، این مساله، فشار مضاعفی بر سیستم‌های شکننده خدمات درمانی کشورهای متأثر وارد می‌سازد که به طور کلی در برابر تهیه نیازهای اولیه درمانی خود، نیز عاجز هستند.

اگرچه بحران بیش مصرفی (وردوز ناشی از مصرف) اپیوئیدها در امریکای شمالی، توجهات بین‌المللی را به خود جلب کرده است، مشکل رو به رشد ناشی از مصرف اپیوئیدهای صنعتی بر مصارف غیرپزشکی نظیر ترامادول در کشورهای در حال توسعه، از منظر پژوهشگران مغفول باقی مانده است.

برای فهم و درک هر چه بهتر چالش‌های مرتبط با توزیع قاچاق اپیوئیدهای صنعتی و مشکلات بخش سلامت کشورهای در حال توسعه که به واسطه‌ی مصارف غیرپزشکی این نوع مخدرها ایجاد می‌شوند، نیاز است که تلاش‌های جدیدی صورت پذیرد. با توجه به مسئولیت مشترک، جامعه‌ی بین‌المللی نقش کلیدی در رسیدگی به چالش‌هایی دارد که کشورهای متأثر در آفریقا و آسیا با آن مواجه هستند. این مساله نیازمند آن است که برای درک ماهیت و علل مشکلات و راه‌های کمک‌رسانی به کشورهای مورد نظر سرمایه‌گذاری

صورت گیرد تا بتوان از این طریق، به پیشبرد برنامه‌های پیشگیرانه، درمانی، مراقبتی و خدمات توانبخشی در کشورهای در حال توسعه کمک کرد و در ارتباط با مصرف غیرپزشکی اپیوئیدهای تجویزی یا داروئی نظیر ترامادول، مشکلات بخش خدمات درمانی را به حداقل رساند. همچنین، جریان قاچاق اپیوئیدهای صنعتی که به منظور مصارف غیرپزشکی، تهیه و توزیع می‌شوند نیز می‌بایست متوقف شود.

تهدیدات سلامتی و امنیتی که به دلیل تولید گسترده‌ی افیون‌ها و تولید کوکائین ایجاد می‌شوند مستلزم افزایش پاسخ‌های هماهنگ کشورها در طول زنجیره‌ی توزیع است

افزایش گسترده تولید افیون‌ها در افغانستان و کوکائین در کلمبیا، امنیت این دو کشور را به مخاطره انداخته است. در افغانستان، افزایش منافع حاصله از تولید بی سابقه‌ی مواد افیونی همچون سوختی مضاعف برای افزایش ناپایداری و شورش در این کشور عمل می‌کند و منابع مالی گروه‌های تروریستی فعال در داخل و خارج از این کشور را بیشتر کرده است. گسترش اقتصاد قاچاق، که سبب می‌شود بسیاری از جوامع به درآمد ناشی از کاشت بوته‌ی خشخاش وابسته شوند، بر توسعه بخش قانونی اقتصاد فشار وارد کرده و عاملی برای افزایش فساد در افغانستان است. منافع اقتصادی حاصل از قاچاق مواد مخدر در افغانستان در بازارهای عمده‌ی مصرف اروپا و آسیا به دست می‌آید. این منافع، منابع مالی جرایم سازمان‌یافته، فساد و اقتصاد غیرقانونی کشورهای مقصد را تشکیل می‌دهد.

افزایش بازار کوکائین در کلمبیا، چالش‌های در خصوص پیشبرد فرآیند توافقنامه‌ی صلح ایجاد کرده و آن را وابسته به قدرت و ثروت گروه‌های قاچاقچی در کشورهای امریکایی، آفریقایی و اروپا کرده است. افزایش کشت بوته‌ی خشخاش و بوته‌ی کوکا در جوامعی که به کشت این گیاهان مشغول هستند، ممکن و میسر نخواهد بود مگر آنکه راه کارهای جایگزین توسعه‌ای در این محل‌ها پیگیری شود. به عنوان مثال، در کلمبیا، برنامه‌های توسعه‌ی جایگزین به عنوان بخشی از دوره‌ی تبدیل رهیافت پاکسازی مزارع کشت به رهیافت افزایش حاکمیت قانون دنبال شود.

افزایش بازارهای جهانی کوکائین و مواد افیونی حاکی از آن است که افزایشی اساسی در منافع حاصل از تجارت مواد مخدر و سایر جریان‌های مالی مرتبط ایجاد شده است که ممکن است در تامین مالی دیگر خطرات از جمله تروریسم نقش ایفا کند. اقتصاد مربوط به افیون‌ها و کوکائین نه تنها بر اقتصاد قانونی که حتی بر فرآیندها دموکراتیک نیز اثر گذار است. به طور کلی، با تهدید اجرای حاکمیت قانونی، اقتصاد غیرقانونی مواد مخدر می‌تواند اثرات قابل ملاحظه‌ای بر توسعه موثر، پاسخگویی و نهادسازی در تمامی سطوح گذاشته و سبب تضعیف اقداماتی شوند که برای رسیدن به اهداف توسعه پایدار مورد توجه هستند. نظر به گسترش پیامدهای مخرب تجارت مواد مخدر بر بازارهای هدف بعضاً مطرح می‌شود، در حالی که این پدیده برای مدت زمان طولانی، محدود به مناطق عمده‌ی تولید مخدرهای افیونی و کوکائین بوده است، امروزه این مساله به کشورهای امریکای لاتین، غرب آسیا و آفریقا تسری یافته است و حتی این احتمال وجود دارد که به برخی مناطق دیگر از جمله آسیای شرقی و مرکزی نیز کشیده شود.

چنین تحولاتی، ضرورت افزایش تحقیقات را گوشزد می‌کنند تا بتوان از طریق انجام پژوهش‌هایی پیوندهای میان مواد مخدر، تروریسم، جرایم سازمان یافته و فساد درک شود و همچنین بتوان فهم درستی از اقدامات هماهنگ در خصوص سرمایه‌گذاری طولانی‌مدت در توسعه‌ی جایگزین، اقدامات یکپارچه و همکاری‌های بین‌المللی به دست آورد. در حالی که برای مدتی طولانی، عوارض ناشی از مصرف کوکائین و افیون‌ها بر سلامت تنها بر کشورهای هدف تصور می‌شد، این مساله در حال تبدیل شدن به بحران برای مناطق دیگری است که در آنجا بازار نوظهور کوکائین در حال شکل‌گیری بوده و بازار مربوط به افیون‌ها در حال گسترش است.

افزایش تولید کوکائین و افیون‌ها پیامدهای اساسی بر مصرف جهانی مواد مخدر خواهد داشت. بیشتر شدن تعداد محموله‌های افیون از افغانستان به مقصد بازارهای هدف در کشورهای همجوار یا اروپا و سایر مسیرهای اصلی قاچاق جهانی مواد مخدر، ممکن است منتج به پدیده سرریز شدن تا چند سال آینده شود. به نظر هروئین با کیفیت‌تر اما ارزان‌تر در دسترس مصرف‌کنندگان در بازارهای سرتاسر جهان می‌رسد که سبب می‌شود مصرف این مخدر افزایش یافته و به تبع آن آسیب‌های سلامتی آن نیز بیشتر شود.

در کشورهایی که تولیدکننده محسوب می‌شوند، آگاهی بخشی هر چه بیشتر به مصرف‌کنندگان و کسانی که ممکن است در معرض مصرف این مواد واقع شوند، در خصوص پیامد رفتارهای آنها بر جوامع بسیار ضروری و مورد نیاز است. پیامد و آثار ناشی از تولید بی سابقه‌ی کوکائین در کلمبیا، دستکم در دو بازار اصلی این مخدر، یعنی امریکای شمالی و اروپای غربی و مرکزی، به صورت افزایش میزان مصرف قابل مشاهده است. با این حال، این احتمال وجود دارد که بخشی از این کوکائین تولید شده، راه خود را برای عرضه در بازارهای جدید بیابد و درخواست طبقات متوسط اقتصادهای بزرگ کشورهای آسیایی را تامین کند، جایی که نشانه‌های وجود این مخدر در حال ظهور است و ممکن است در طی مسیر خود، به نواحی دیگر به ویژه آفریقا سرریز کند.

برای کشورهایی که ممکن است از افزایش قاچاق مواد مخدر متاثر واقع شوند، ارزیابی‌های دوره‌ای بسیار ضروری است تا به این وسیله بتوانند برآوردی از میزان جریان قاچاق به دست آورده و متناسب با آن، خود را برای ایجاد خدمات پیشگیرانه‌ی مصرف مواد مخدر و نیز به حداقل رساندن پیامدهای منفی آن بر حوزه‌ی سلامت، آماده سازند. رویکردهای جامعی باید اجرایی شوند که واقعاً جهانی بوده و همه جنبه‌های تهدید فعلی را تحت پوشش قرار می‌دهند.

در پاسخ به تهدیدات سلامتی و امنیتی که به واسطه گسترش قاچاق مت‌آمفتامین ایجاد شده است، نیازمند آن است که هماهنگی‌های میان کشورهای زنجیره توزیع مواد مخدر، بهبود یابد

در ارتباط با مخدرهای صنعتی، گسترش قاچاق مت‌آمفتامین در آسیای شرقی و جنوب شرقی، برای جمعیت‌هایی که در این نواحی زندگی می‌کنند، تهدیدات سلامتی و امنیتی بسیاری ایجاد کرده است. افزایش جریان مت‌آمفتامین، احتمال افزایش تعداد افرادی که از پیامدهای منفی سلامتی ناشی از مصرف مت‌آمفتامین رنج می‌برند را افزایش داده و به میزان بروز اختلالات ناشی از مصرف مخدرها افزوده است اما تمامی کشورهایی که در این مناطق از این مساله متاثر هستند، از امکانات لازم برای پاسخگویی به تقاضای فراینده‌ی درمانی برخوردار نیستند. به همین سبب، در سطوح منطقه‌ای و بین‌المللی و به منظور توسعه

پاسخ‌های موثر به این چالش‌ها، سرمایه‌گذاری بیشتری در بخش پیشگیری و درمان و نیز همکاری در کنترل مواد مخدر لازم است.

افزایش مصرف مواد مخدر در میان گروه‌های سنی بزرگسال، نیازمند ایجاد پاسخ‌های جدید است

در سطح جهانی، مرگ و میر و تلفات ناشی از مصرف مواد مخدر در میان جمعیت‌های بزرگسال رو به افزایش بوده و در ارتباط با تعداد محدودی از کشورها که داده و اطلاعات آنها در دسترس است، میزان مصرف مواد مخدر در میان بزرگسالان رو به گسترش است. این موضع نیازمند آن است که تلاش‌هایی هدفمند برای پیشگیری، درمان و به حداقل رساندن پیامدهای ناشی از مصرف مواد در میان این گروه سنی پیگیری شود. مشکلات متنوع سلامتی و خاصی در ارتباط با افزایش مصرف مواد مخدر در گروه‌های سنی بزرگسال، به ویژه آنهایی که پیشتر سابقه‌ی اعتیاد و اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نیز داشتند، وجود دارد. درمان مصرف مواد مخدر در این افراد بسیار پیچیده‌تر بوده، چرا که افراد بزرگسالی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، معمولاً از مشکلات روانی و جسمانی متعددی برخوردارند. زیرساخت‌ها هنوز برای رسیدگی به معضل افزایش تعداد بزرگسالانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند و مشکلات سلامتی و بهداشتی آنها طی یک دهه‌ی آینده مهیا نیست. گاهی، حتی هیچ اشاره‌ای مشخص به مصرف‌کنندگان بزرگسال مواد مخدر در استراتژی کشورهایی که با پدیده پیری جمعیت مواجه هستند نیز وجود ندارد، در حالی که در این جوامع، این مساله نیازمند توجه بیشتری است.

تخصصی ساختن برنامه‌های درمان و مراقبت برای بزرگسالان بسیار اندک بوده و اغلب برنامه‌هایی که اجرا می‌شوند برای جوانان برنامه‌ریزی و طراحی شده‌اند. خدمات درمانی و مراقبت نیازمند همکاری تخصصی میان برنامه‌های درمانی بخش خدمات سلامتی عمومی و بخش‌های ارائه دهنده‌ی حمایت‌های اجتماعی است. رهیافت‌های نو، بدیع، یکپارچه و چندجانبه برای مراقبت و رسیدگی به نیازمندی‌های بهداشتی و اجتماعی مصرف‌کنندگان بزرگسال مواد مخدر نیاز است.

پاسخگویی موثر به معضل جهانی مواد مخدر به منظور دستیابی به اهداف توسعه پایدار در ارتباط با جوانان و زنان

دستورالعمل ۲۰۳۰ برای سند توسعه پایدار و اهداف آنها، تاکید می‌کنند که «نمی‌توان بدون توسعه پایدار به صلح دست یافت و هیچ صلحی بدون توسعه پایدار محقق نمی‌شود». این موضوع، پیوند میان صلح، حاکمیت قانون، حقوق بشر، توسعه و برابری را برای ایجاد به چارچوب جامع و پیش‌رو ترسیم می‌کند. برای مقابله با معضل جهانی مواد مخدر و تلاش برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار، نیازمند تقویت تلاش‌های مکمل و متقابل است.

هدف چهارم از دستورالعمل توسعه پایدار به منظور تضمین بهره‌مندی از کیفیت برابر آموزش و تقویت یادگیری مادام‌العمر برای همگان تعبیه شده است. گرفتاری جوانان در مصرف مواد مخدر و یا تجارت غیرقانونی مواد مخدر به نوبه‌ی خود می‌تواند موانع بسیاری در برای توسعه افراد و جوامع ایجاد کند. ایجاد و اتخاذ استراتژی‌هایی برای قطع چرخه آسیب‌پذیری جوانان از طریق راهکارهای پیشگیرانه‌ی علمی و موثر و توانمندسازی جوانان از طریق مهارت‌آموزش، تحصیلات و ایجاد فرصت‌های اشتغال می‌تواند برای دستیابی به این هدف کمک کند.

هدف پنجم دستورالعمل توسعه پایدار به دنبال دسترسی به برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان و دختران است. برای رسیدن به این، در استراتژی‌های که برای مقابله با معضل جهانی مواد مخدر تعبیه می‌شوند، می‌بایست به نیازهای خاص زنان و میزان شرمساری اجتماعی که با آن مواجه هستند، توجه نمود. در برنامه‌های پیشگیرانه، برنامه‌های درمانی برای رسیدگی به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و برنامه‌های توسعه‌ی جایگزین و نیز برنامه‌هایی که برای پاسخگویی به جرایم مرتبط با مواد مخدر از طریق نظام‌های کیفری قضائی تهیه می‌شوند، می‌بایست به حساسیت‌های جنسیتی توجه شود.

پیشگیری از مصرف مواد مخدر و کاهش پیامدهای مخرب آن بر سلامت میان جوانان نیازمند فرهنگ شناخت است که مستلزم انجام پژوهش‌های علمی است

همه جوانان به طور یکسان در برابر مصرف مواد مخدر آسیب‌پذیر نیستند و حتی زمانی که مصرف مخدرها آغاز شود، همه‌ی افراد به طور برابر در برابر تشدید مصرف تا حد بروز اختلالات ناشی از مصرف، آسیب‌پذیر نیستند. در موارد بسیاری، عوامل خطرزا که در ارتباط با اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر هستند، و رای کنترل جوانان بوده ولیکن قابل پیشگیری هستند. پیشگیری از آغاز مصرف مخدرها و نیز پیشگیری از گسترش مواد مخدر تا به حد بروز اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر زمانی موثر واقع خواهند شد که در عین حالی که عوامل حمایتی تقویت می‌شوند، عوامل خطرزا نیز تضعیف شده و کنترل می‌شوند.

استانداردهای جهانی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی در مورد پیشگیری از مصرف مواد مخدر، منبعی از شواهد علمی برای اتخاذ سیاست‌ها و استراتژی‌ها فراهم آورده است که می‌توان آنها را موثر دانست، از جمله مصرف مواد مخدر؛ پیشگیری موثر نقش موثری در پیوند مثبت جوانان با خانواده‌هایشان، مدرسه و جامعه ایفا می‌کند. برنامه‌های پیشگیرانه نیازمند آن هستند که از سنین پایین، مراحل رشد و نیازهای کودکان، نوجوانان و جوانان را مورد توجه قرار دهند. برای جوانانی که مصرف مواد مخدر را آغاز کرده‌اند، نمایش مستندها و توجیه‌شان، می‌تواند در پیشگیری از گسترش مصرف آنها تا به حد بروز اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر موثر واقع شود.

در برخی کشورها، طبقات میانی و بالای اجتماعی اقتصادی درگیر مصرف تفریحی مواد مخدر هستند که ممکن است نشانی برای نمایش قدرت خریدشان باشد یا آنکه صرفاً برای تمایل به تجربه‌ی مصرف مخدرها دارند. در حالیکه به نظر می‌رسد این طبقات اقتصادی اجتماعی هستند که بیشتر از طبقات فرودست به سمت مصرف مواد مخدر گرای دارند، در عمل این طبقات پایین اقتصادی اجتماعی هستند که به پرداخت مبالغ بیشتری برای مصرف مواد مخدر گرایش داشته و احتمال بیشتری نیز وجود دارد که مصرف خود را تا حد بروز اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر گسترش دهند.

فقر و دیگر عوامل نظیر محرومیت اجتماعی می‌توانند پیامدهای منفی آموزشی، سلامتی و رفتاری ایجاد کرده و در افزایش احتمال شروع به مصرف مواد مخدر و توسعه آن به حد بروز اختلالات ناشی از مصرف مخدرها نقش اساسی داشته باشند. بسیاری از عوامل موثر بر مصرف مواد مخدر در میان نوجوانان، مانند وضعیت سلامت جسمانی، بی‌تفاوتی والدین با سایر رفتارهای مخاطره‌آمیز و سلامت جسمانی نظیر فرار از مدرسه، بزه‌کاری، پرخاشگری، خشونت و اقدام به خودکشی در ارتباط هستند. برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد مخدر می‌تواند به کاهش خطرات این دسته از رفتارها نیز کمک کند.

درمان مصرف مواد مخدر و پیشگیری، مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی، می‌بایست مناسب با نیازمندی‌های زنان باشد

اگرچه اکثر افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، مردان هستند ولیکن زنان الگوی مصرف خاص خود را دارا بوده و معمولاً آنها به دنبال تسکین شرایط متفاوتی از مردان هستند که در طول کودکی تجربه کرده‌اند و اختلالات روانی متفاوتی نیز دارند و در نتیجه زمانی که به مساله ارائه خدمات عمومی سلامت برای درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر پرداخته می‌شود، می‌بایست به نیازهای خاص آنها توجه کرد.

استانداردهای جهانی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی در مورد «درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر» و دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی در خصوص «شناسایی و مدیریت مصرف مخدرها و اختلالات ناشی از مصرف مخدرها در طول دوران بارداری» توضیح می‌دهند که چگونه به مسائل خاص و نیازهای ویژه‌ی زنان در درمان و در اجتماع می‌تواند پاسخ داده شود. این موارد شامل درمان اختلالات پزشکی و روانپزشکی، پاسخگویی به خشونت خانگی و سوءاستفاده‌ی جنسی، توجه به نیازهای دوران بارداری، سلامت جنسی و باروری و حمایت از کودکان، حمایت‌های اجتماعی و مراقبت‌های اجتماعی است.

زمانی برنامه‌های درمانی برای زنان موفقیت‌آمیز خواهند بود که متناسب با نیازهای زنان و در تمامی ابعاد آن از جمله مکان، کارکنان، مراقب از کودکان و محتوای برنامه‌ها، طراحی و اعمال شوند. افزون بر این، راهنمایی

که توسط دفتر مقابله با مواد مخدر سازمان ملل متحد منتشر کرده است، به دنبال پاسخگویی به برخی «نیازهای خاص زنانی که اقدام به تزریق مواد مخدر می‌کنند» است: «راهنمای کاربردی برای فراهم آوردن خدمات پاسخگویی جنسیتی در برابر اچ‌آی وی» از اقداماتی حمایت می‌کند که به دنبال پاسخگویی به نیازهای زنانی است که تزریق‌کننده‌ی مواد مخدر هستند.

برنامه‌های پیشگیری از جرایم و نیز متخصصان حوزه کیفری قضائی می‌بایست نیازهای متمایز و پیشینه‌ی

خاص زنان را در نظر بگیرند

گاهی اوقات، زنان به دلیل جرایم مرتبط با مواد مخدر دستگیر شده و وارد نظام کیفری قضائی می‌شوند. در خصوص مساله صدر محکومیت لازم به ذکر است که به نسبت مردان، بخش بیشتری از زنان برای جرایم مربوط به مواد مخدر محکوم شده‌اند.

از آنجا که نظام‌های قضائی کیفری عمدتاً برای رسیدگی به مجرمان مرد طراحی شده‌اند، گاهی اوقات برای پاسخدهی به پیشینه‌ی زنان، دچار فقر امکانات هستند (به عنوان مثال حمایت‌های مراقبتی و پیشینه‌ی در معرض خشونت قرار گرفتن و نیز نیازهای خاص بهداشت روانی) و زنان ممکن است در وضعیت آسیب‌پذیر قرار گرفته و پیش‌فرض‌های جنسیتی، شرمساز و طرد شدن از اجتماع روبرو شوند.

با توجه به افزایش نامتناسب تعداد زنان زندانی در ارتباط با جرایم مربوط به مواد مخدر، صدور آرای محکومیت می‌بایست مطابق با آرای جایگزین حساس به جنسیت صورت بگیرد و در موارد لزوم، در راستای «قواعد ملل متحد برای رفتار با زنان زندانی و تدابیر جایگزین حبس رای مجرمین زن» موسوم به قواعد بانگکوک باشد. ماهیت انعطاف‌پذیر کنوانسیون‌های بین‌المللی مواد مخدر می‌بایست تا آنجا که امکان‌پذیر است مورد استفاده قرار گیرد تا افراد (چه مردان، چه زنان و کودکان) مبتلا به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بتواند بجای محکومیت یا تنبیه، مراقبت‌های درمانی را انتخاب کنند. کتابچه‌ی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی تحت عنوان «مراقبت و درمان برای افرادی که

دارای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بوده در ارتباط با نظام‌های قضائی کیفری» شامل رویه‌های مفیدی در این خصوص می‌باشد.

گاهی اوقات، زنان بیش از مردان از بازداشت و زندانی شدن، تاثیر می‌پذیرند. پیش از آنکه زنان به زندان فرستاده شوند، ممکن است تا حد به مراتب بیشتری به نسبت مردان، مورد سوءاستفاده فیزیکی و جنسی قرار بگیرند و ممکن است بیش از مردان از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و دیگر شرایط روحی و روانی نظیر اختلال استرسی پس از آسیب روانی رنج ببرند. ممکن است زنان از فشارهای روانی مضاعفی ناشی عدم اجرای نقش‌های سنتی حمایتی خود (به عنوان مادر یا همسر) رنج ببرند و زمانی که از زندان آزاد می‌شوند، در معرض شرمساری بیشتری نسبت به مردان قرار گیرند و از هرگونه حمایت اجتماعی که به بازیابی خود در جامعه کمک می‌نماید محروم باشند.

زنان زندانی معمولاً نیازمندی‌هایی دارند که نسبت به مردان تفاوت دارد. همانطور که در کتابچه‌ی دفتر مقابله با مواد مخدر سازمان ملل متحد در خصوص «زنان و زندان» مورد تاکید قرار گرفته است، مدیریت زندان‌ها می‌بایست مبتنی بر حساسیت‌های جنسیتی باشد. شناسایی نیازمندی‌های زنان می‌بایست در مدیریت اخلاقی زندانیان منعکس باشد و منطبق با مراقبت‌های درمانی، برنامه‌هایی پیشنهاد و مطرح شود. همچنین، در خصوص درمان نوع رفتار با زنان زندانی که فرزند دارند نیز می‌بایست ملاحظات مد نظر قرار بگیرد. این دسته از زندانی‌ها نیز می‌بایست موضوع قواعد بانگکوک قرار بگیرند. برآورده ساختن نیازهای خاص زنان در نظام قضائی کیفری در ارتباط با جرایم مربوط به مواد مخدر، نه تنها تبعیض‌آمیز نیست بلکه حتی اساسی و ضروری نیز هست.

پیشگیری از جرم و متخصصان حوزه‌ی قضائی کیفری می‌بایست نیازمندی‌های متمایز کودکان را مورد

شناسایی قرار دهند

چارچوب‌های بین‌المللی حقوقی در زمینه حقوق کودکان، از جمله کنوانسیون حقوق کودک و مدل استراتژی‌ها و تدابیر عملی ملل متحد در زمینه حذف خشونت علیه کودکان در زمینه پیشگیری از جرم و

عدالت کیفری، معیارهایی برای هدف گذاری هستند کودکان با مشکل مصرف مواد مخدر و یا کودکانی که مرتکب جرایم مرتبط با مواد مخدر شدند را تحت پوشش قرار داده و در ارتباط سیستم قضائی کیفری هستند. آسیب پذیری ها و نیازمندی های خاص کودکانی که به دلیل جرایم مرتبط با مواد مخدر وارد نظام قضائی کیفری شده و یا مشکلاتی از قیب مصرف مواد مخدر دارند، مستلزم رسیدگی است.

خشونت علیه کودکان و سوءاستفاده از کودکانی که از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می برند، نیازمند اتخاذ تدابیر پیشگیرانه است، این در حالی است که مطابق با سن، جنسیت و سایر عوامل مرتبط، می بایست نسبت به این مساله که در رفتار و حمایت های اعطایی به کودکان محبوس در ندامتگاه ها، نیازها آنها مورد توجه قرار می گیرد.

پژوهش های بیشتری برای درک هر چه بهتر نقش زنان و جوانان در توزیع مواد مخدر نیاز است

پژوهش هایی که به نقش زنان و مشارکت گروه های سنی جوان در زنجیره توزیع مواد مخدر بپردازند، چندان گسترده نیستند. کمبود قابل توجهی در تحقیقات پیرامون مداخله و مشارکت زنان و جوانان در کشت، تولید و قاچاق مواد مخدر وجود دارد. داده ها و اطلاعات موجود در خصوص زنجیره ی توزیع مواد مخدر بیشتر در مورد سطوح بین المللی مصرف مواد مخدر در دسترس قرار دارد و این در حالی است که اغلب داده های موجود نیز بر مبنای سن و یا جنسیت تفکیک نشده اند. به همین جهت، این مساله مستلزم آن است که تمامی داده ها و پژوهش های انجام شده بر مبنای رهیافت های حساس به سن و جنسیت مورد ارزیابی قرار بگیرند تا برای ایجاد و اتخاذ سیاست های مربوط به مواد مخدر، شواهدی بر مبنای سن و جنسیت در دسترس سیاستگذاران وجود داشته باشد.

پیچیدگی فزاینده، نیازمند انجام پژوهش ها، سرمایه گذاری و نوآوری است

همزیستی بازار مواد مخدر قاچاق برای مخدرهای سنتی، مواد روانگردان های جدید، داروهای تجویز شده که از کانال های قانونی انحراف پیدا کرده اند و جریان رو به رشد مخدرهایی که منبع اصلی آنها نامشخص است اما به عنوان دارو فروخته شده ولیکن برای مصارف غیر پزشکی تولید شده اند، در کنار عواملی دیگر از جمله

مصرف مخدرهای مختلف (پلی‌دراگ)، قاچاق مخدرهای مختلف و ظهور دارکوب به عنوان محلی برای تجارت مواد مخدر به پیچیدگی بی‌سابقه‌ی معضل مواد مخدر می‌افزاید.

این پیچیدگی، چالش‌هایی در مقابل توسعه‌ی پاسخ‌های مناسب به معضل مواد مخدر ایجاد می‌کند. در صورتی که تعامل و ارتباطی میان بازارهای مواد مخدر مورد توجه قرار نگیرد و یا آنکه انواع رسیدگی‌های مختلف در معضل مواد مخدر به خوبی درک نشود و مورد ملاحظه و توجه قرار نگیرند، اقدامات متمرکز بر یک نوع مواد مخدر و یا پاسخ‌های یکسویه به معضل مواد مخدر، ناکارآمد و با نتیجه‌ی عکس خواهند بود.

به طور کلی، پیشگیری‌های علمی، محدود بر مخدر خاص نیستند، بلکه اهداف آنها شناسایی عوامل آسیب‌پذیری در کل هستند. افزون بر این، از آنجا که مصرف‌کنندگانی وجود دارند که طیف گسترده‌ای از مخدرها را مورد مصرف قرار می‌دهند، در حالی که برخی از این مواد در بازار مواد مخدر جدیدالورود هستند، خدمات درمانی مستلزم چند بعدی و چند بخشی شدن است. یکپارچه‌سازی برنامه‌ها درمانی برای اختلالات ناشی از مصرف چند ماده‌ی مخدر با بخش خدمات درمانی عمومی، می‌تواند به پاسخگویی بهتر به نیازهای مصرف‌کنندگان پاسخ دهد. آزمایشگاه‌های قانونی و سم‌شناسی و نیروهای انتظامی در صورتی می‌توانند در تجزیه و تحلیل و اقداماتشان موفق باشند که از روش‌های جدید و ابزارهای پیشرفته‌ای استفاده کنند که قادر به کشف طیف وسیعی از روانگردان‌های موجود در بازار و نیز ردیابی فعالیت‌های مستمر قاچاقچیان هست.

با هدف اصلی و اولیه برای حفاظت از سلامت بشری و به حداکثر رساندن دسترسی به داروهای ضروری، ضروری است که استراتژی‌های نوین و عملیاتی اتخاذ شوند تا به ظهور ناگهانی روانگردان‌های جدید کنترل نشده در بازار و همچنین داروهای غیرقانونی عرضه شده غیرمجاز برای مصارفی غیر از پزشکی، پاسخ داده شود. اغلب اسناد موجود که در سطوح ملی و بین‌المللی برای نظارت بر مسائل مربوط به مواد مخدر وجود دارند، پاسخگوی پیچیدگی‌های جدید بازار جهانی مواد مخدر نیستند. نظام‌های کنونی به تمرکز بر جنبه‌های محدودی از مصرف و توزیع مواد مخدر تمرکز دارند که مقیاس پیوند میان مخدرهای سنتی، استفاده‌های غیرپزشکی از داروهای تجویزی و دیگر مخدرهای روانگردان را ناچیز می‌پندارد.

سیستم‌های هشدار اولیه می‌توانند به نظارت بر پیچیدگی فزاینده کمک کرده و حرکتی در راستای اتخاذ رویکردهای فعال و پیشگیرانه باشد. کشورهایی که از منابع محدودی برخوردارند، نیاز دارند که در فرآیند جمع‌آوری داده و بررسی اطلاعات اولیه یاری شوند. نظام جمع‌آوری داده و اطلاعات بین‌المللی که از پرسشنامه سالانه‌ی دفتر مقابله با مواد مخدر سازمان ملل متحد به عنوان مبنا استفاده می‌کند، نیازمند باید واقعیات جدید (در حوزه بازار مواد مخدر) را بهتر در نظر بگیرد تا اطمینان حاصل شود که جامعه جهانی مشکل مواد مخدر چندجانبه را درک می‌کند.

واژه‌نامه

محرک‌های نوع آمفتامین: گروهی از روانگردان‌های صنعتی توهّم‌زا که مطابق کنوانسیون روانگردان‌های ۱۹۷۱ ممنوع بوده و از نوعی مخدرها تحت عنوان آمفتامین ساخته می‌شوند. این روانگردان‌ها شامل آمفتامین، مت‌آمفتامین، متکاتینون و روانگردان‌های نوع اکستازی هستند.

آمفتامین‌ها: گروهی از محرک‌های نوع آمفتامین که شامل آمفتامین و مت‌آمفتامین می‌شود.

نرخ شیوع سالانه: تعداد کل افرادی که در یک بازه سنی مشخص، دستکم یک بار و طی یک سال گذشته یک نوع ماده مخدر خاص مصرف کرده‌اند. این نرخ بر مبنای تعداد افراد در بازه سنی مشخص متمایز شده و به صورت درصد بیان می‌شود.

خمیر کوکا (یا پایه کوکا): عصاره‌ای که از برگ‌های بوته کوکا به دست می‌آید. از خلوص خمیر کوکا، کوکائین به دست می‌آید (پایه کوکا و هیدروکلوراید).

کراک کوکائین: پایه کوکائین که از فرآیند تبدیل کوکائین هیدروکلوراید به دست می‌آید تا آن را برای استعمال دخانی آماده سازد.

نمک کوکائین: کوکائین هیدروکلوراید

مواد روانگردان‌های جدید: موادی که یا به شکل خالص آن توسط کنوانسیون واحد مواد مخدر ۱۹۶۱ یا کنوانسیون ۱۹۷۱ ممنوع نشده‌اند اما برای سلامت عمومی بسیار خطرآفرین هستند. در این بافتار، واژه «جدید» لزوماً به معنای نو پدید بودن این مواد نیست بلکه به معنای این است که این مواد اخیراً در دسترس قرار گرفته‌اند.

افیون: زیرمجموعه‌ای از اپیوئیدها که شامل تولیدات متنوعی است که بیشتر از گیاه تریاک خشخاش به دست می‌آیند و شامل تریاک، مورفین و هروئین می‌شود.

اپیوئیدها: اصطلاحی است که بطور کلی به آلکالوئیدهایی (ترکیبات آلی شیمیایی که دارای نیتروژن هستند) که از تریاک خشخاش (افیون‌ها) تولید می‌شوند، ترکیبات صنعتی آنها (عمدتاً اپیوئیدهای تجویزی یا دارویی) و اجزای مصنوعی در ساختارشان اطلاق می‌شود.

مشکل مصرف‌کنندگان مواد مخدر: افرادی که درگیر مصرف میزان خطرناکی از مواد مخدر هستند؛ به عنوان مثال، افرادی که مواد مخدر را تزریق می‌کنند، یا آن دسته از افراد که به صورت روزانه مواد مخدر استعمال می‌کنند یا افرادی که بر اساس شاخص‌ها و معیارهای موجود در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا یا نسخه دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های سازمان بهداشت جهانی، دارای برخی اختلالات ناشی از مصرف مخدرها هستند (مصرف آسیب‌زا یا اعتیاد).

افرادی که از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می‌برند / افرادی با اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر: زیرمجموعه‌ای از افرادی که از مصرف‌کننده مواد مخدر هستند. افراد با اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نیازمند درمان، مراقبت‌های اجتماعی و بازسازی هستند. اعتیاد به مواد مخدر، نوعی اختلال ناشی از مصرف مخدرهاست.

پیشگیری از مصرف مواد مخدر و درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر: هدف از پیشگیری از مصرف مواد مخدر، جلوگیری یا تأخیر در آغاز مصرف مواد مخدر و نیز تبدیل آن به مرحله بروز اختلالات ناشی از مصرف است. زمانی که اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر پدیدار شوند، درمان، مراقبت و بازسازی مورد نیاز خواهد بود.

گروه‌های منطقه‌ای:

گزارش جهانی مواد مخدر از تعدادی نامگذاری‌ها و علائم منطقه‌ای استفاده کرده است. این علائم و نامگذاری‌ها رسمی نبوده و به شرح زیر تعریف می‌شوند:

- **آفریقای شرقی:** برون‌دی، کومور، جیبوتی، اریتره، اتیوپی، کنیا، ماداگاسکار، موریس، رواندا، سیشل، سومالی، اوگاندا و جمهوری تانزانیا
- **شمال آفریقا:** الجزایر، مصر، لیبی، مراکش، سودان جنوبی، سودان و تونس
- **آفریقای جنوبی:** آنگولا، بوتسوانا، لسوتو، مالاوی، موزامبیک، نامیبیا، آفریقای جنوبی، سوازیلند، زامبیا و زیمبابوه
- **آفریقای غربی و مرکزی:** بنین، بورکینافاسو، کامرون، کابو وود، جمهوری آفریقای مرکزی، چاد، کنگو، ساحل عاج، جمهوری دموکراتیک کنگو، گینه استوایی، گابن، گامبیا، غنا، گینه، گینه بیسائو، لیبریا، مالزی، موریتانی، نیجر، نیجریه، سائوتومه و پرنسیپ، سنگال، سیرالئون و توگو
- **کارائیب:** آنتیگوا و باربودا، باهاما، باربادوس، برمودا، کوبا، دومینیکا، جمهوری دومینیک، گرنادا، هائیتی، جامائیکا، سنت کیتس و نوویس، سنت لوسیا، سنت وینسنت و گرنادین و ترینیداد و توباگو
- **آمریکای مرکزی:** بلیز، کاستاریکا، السالوادور، گواتمالا، هندوراس، نیکاراگوئه و پاناما
- **آمریکای شمالی:** کانادا، مکزیک، ایالات متحده
- **آمریکای جنوبی:** آرژانتین، بولیوی، برزیل، شیلی، کلمبیا، اکوادور، گویان، پاراگوئه، پرو، سورینام، اروگوئه و ونزوئلا
- **آسیای مرکزی:** ارمنستان، آذربایجان، گرجستان، قزاقستان، قرقیزستان، تاجیکستان، ترکمنستان و ازبکستان

- آسیای شرقی و جنوب شرقی: برونئی دارالسلام، کامبوج، چین، جمهوری دموکراتیک کره جنوبی، اندونزی، ژاپن، جمهوری دموکراتیک خلق لائوس، مالزی، مغولستان، میانمار، فیلیپین، جمهوری کره، سنگاپور، تایلند، تیمور لست و ویتنام
- آسیای جنوب غربی: افغانستان، ایران و پاکستان
- خاور نزدیک و میانه: بحرین، عراق، اسرائیل، اردن، کویت، لبنان، عمان، قطر، عربستان سعودی، دولت فلسطین، جمهوری عربستان سعودی، امارات متحده عربی و یمن
- آسیای جنوبی: 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، رومانی، صربستان، جمهوری مقدونیه و ترکیه
- اروپای غربی و مرکزی: آندورا، اتریش، بلژیک، قبرس، چکی، دانمارک، استونی، فنلاند، فرانسه، آلمان، یونان، مجارستان، ایسلند، ایرلند، ایتالیا، لتونی، لیختن اشتاین، لیتوانی، لوکزامبورگ، مالت، موناکو، هلند، نروژ، لهستان، پرتغال، سن مارینو، اسلواکی، اسلونی، اسپانیا، سوئد، سوئیس و انگلستان بریتانیا و ایرلند شمالی
- اقیانوسیه: استرالیا، فیجی، کیریباتی، جزایر مارشال، ایالات فدرال میکرونزی، نائورو، نیوزیلند، پالائو، پاپوآ گینه نو، ساموآ، جزایر سلیمان، تونگا، تووالو، وناتو و جزایر کوچک.