



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



بررسی جهانی تقاضا و توزیع مواد مخدر آخرین روندها و مسائل چند بعدی

گزارش جهانی
مواد مخدر
۲۰۱۸

2

پیشگفتار

هیچگاه به اندازه ی امروز، طیف مخدرها و حجم بازار مواد مخدر رو به گسترش، افزایش و تنوع نبوده است. یافته های موجود در کتابچه یامسال گزارش جهانی مواد مخدر، نشان می دهد که جامعه بین المللی نیازمند افزایش اقدامات و تلاش های خود برای دادن پاسخ سریع به چالش های پیش رو است. ما در حال مشاهده ی افزایش توزیع موادر در بازار مواد مخدر هستیم که همراه با افزایش تولید تریاک و کوکائین، در بالاترین سطحی که تا به امروز ثبت شده است.

بازار مربوط به کوکائین و مت آمفتامین نیز در حال گسترش به مناطقی و رای نواحی مورد استفاده معمول است؛ در حالیکه که بازار تجارت مواد مخدر از طریق استفاده ی آنلاین از دارک وب، تنها بخش بسیار کوچکی از حجم تجارت مواد را شامل می شود، ولیکن علیرغم این مساله که بسیاری از وبسایت های مشهور خرید و فروش اینترنتی مواد مخدر بسته شدند، میزان استفاده از اینترنت به سرعت رو به رشد و گسترش است.

در برخی مناطق جهان، استفاده های غیر پزشکی از داروهای تجویزی 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 بین المللی 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 شده اند را، جزو مخدرهای ممنوعه قلمداد کرد. 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 بین المللی هستند. با اینحال، همانطور که گزارش جهانی مواد مخدر پیش رو نشان می دهد، معضل مواد مخدر فراتر از این گفته ها است.

ما نیازمند آن هستیم که زنگ خطرِ 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 در فهرست مخدرهای ممنوعه‌ی 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 به‌رمنند 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 پاسخی قطع 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 برای کشورهایی که نیازمند حمایت هستند، کمک‌ها 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 و جرم 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 و جرم سازمان ملل متحد، در حال کار برای تشویق و پیشبرد رهیافت‌های متعادل و جامع است. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم 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 کسب و کارهای مشروع و 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 سوءمصرف 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

دفترمقابله با مواد مخدر و جرم‌سازمان 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 مقابل‌ه‌ب‌ا‌م‌و‌ا‌م‌خ‌د‌ر و ج‌ر‌م‌س‌ا‌ز‌م‌ل‌ل‌م‌ت‌ح‌د بوده و از طریق پرسشنامه‌ی گزارش‌سالانه 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 تُن، 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:

ATS	Amphetamine-Type Stimulants	محرک‌های نوع آمفتامین
EMCDDA	European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction	مرکز اروپایی نظارت بر مواد مخدر و اعتیاد
Europol	European Union Agency For Law Enforcement Cooperation	آژانس اتحادیه اروپا برای همکاری‌های انتظامی
GHB	Gamma-Hydroxybutyric Acid	گاما-هیدروکسی‌بوتیریک اسید
Ha	Hectares	هکتار
HBV	Hepatitis B Virus	ویروس هپاتیت B
HCV	Hepatitis C Virus	ویروس هپاتیت C
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ویروس نقص ایمنی انسانی
LSD	Lysergic Acid Diethylamide	اسید لایزرژیک دی اتیل آمید (ال‌اس‌دی)
MDMA	۳,۴-Methylenedioxymethamphetamine	اکستازی
NPS	New Psychoactive Substances	روانگردان‌های جدید
PWID	People Who Inject Drugs	معتادان تزریقی
UNAIDS	Joint United Nations Programme On HIV/AIDS	برنامه مشترک ملل متحد در خصوص ایدز
UNODC	United Nations Office On Drugs And Crime	دفتر مقابل‌بها مواد مخدر و جرم‌سازمان ملل - متحد
WHO	World Health Organization	سازمان بهداشت جهانی

یافته‌های کلیدی

مصرف مواد مخدر عامل بروز پیامدهای منفی گسترده بر سلامت است

نزدیک به ۲۷۵ میلیون نفر در سرتاسر جهان، که تقریباً ۵/۶ درصد جمعیت بالغ ۱۵ تا ۶۴ سال جهان را شامل می‌شود، دستکم یکبار در طول سال ۲۰۱۶، اقدام به مصرف مواد مخدر کرده‌اند. قریب به ۳۱ میلیون نفر که مواد مخدر مصرف می‌کنند، از اختلالات ناشی از مصرف مواد رنج می‌برند که این خود بدان معناست است که میزان مصرف مواد در این افراد تا به آن حد آسیب‌رسان شده است که این افراد نیازمند درمان هستند.

اپیوئیدها (مشتقات تریاک) سبب بیش از ۷۶ درصد مرگ و میرهای ناشی از مصرف مواد مخدر هستند و به همین دلیل کماکان، اصلی‌ترین مخدر مضر محسوب می‌شوند. معتادان تزریقی مواد مخدر، یعنی افرادی که مواد را با سرنگ یا سوزن به بدن خود تزریق می‌کنند، با جمعیتی بالغ بر ۱۰/۶ میلیون نفر در سراسر جهان در سال ۲۰۱۶، در معرض بیشترین آسیب‌های بالینی و بهداشتی قرار دارند. بیش از نیمی از معتادان تزریقی جهان، دارای بیماری هپاتیت C بوده و به ازای هر هشت نفر از آنها، یک نفر مبتلا به ویروس اچ‌آی‌وی است.

میزان مرگ و میرهای ناشی از مصرف مواد مخدر کماکان بالاست

بنا بر آماری که توسط سازمان بهداشت جهانی ارائه شده است، تقریباً ۴۵۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۵، در نتیجه مصرف مواد مخدر جان خود را از دست داده‌اند. از میان این تعداد موارد مرگ و میر، ۱۶۷۷۵۰ مورد به طور مستقیم به بروز اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر که عمدتاً نیز بروز حالت بیش‌مصرفی (اوردوز) است، مربوط می‌شوند. باقی موارد به صورت غیرمستقیم به مصرف مواد مخدر مربوط می‌شوند که شامل تلفات ناشی از بیماری‌های ایدز و عفونت اچ‌آی‌وی یا هپاتیت C است که از طریق انجام روش‌های تزریقی غیرایمن منتقل می‌شوند.



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

در سال‌های ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶، برای نخستین بار در نیم قرن گذشته، برای دو سال متوالی، امید به زندگی در ایالات متحده‌ی امریکا 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 دادند 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 میر 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 بوده 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. خارج از منطقه‌ی امریکای شمالی، به استثنای استونی، پیامدهای مخرب ناشی از مصرف فنتانیل و مشتقات آن تقریباً ناچیز گزارش شده است.

بسیاری از کشورها 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 پیامدها و آثار 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 است 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 پوشش‌دهی 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.

تجربه‌ی بروز حالت‌های بیش‌مصرفی (اوردوزهای) غیرکشنده شایع است

مشاهده‌ی بروز حالت بیش‌مصرفی در میان کسانی که هروئین یا کوکائین مصرف کرده و نیز کسانی که مواد مخدر را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند، امری شایع است. این مسئله، این امکان را فراهم می‌کند که پیامدهای ناشی از این وضعیت را مورد بررسی و مشاهده‌ی دقیق قرار داد (به عنوان مثال برای استفاده از نالوکسان) و بتوان میزان سطح کشنده بودن این شرایط را سنجید.

اکثر افرادی که هروئین و یا کوکائین مصرف می‌کنند و یا آنکه تزریق‌کننده مواد مخدر هستند، تایید کرده‌اند که بروز حالت بیش‌مصرفی‌های غیرکشنده را شخصاً تجربه کرده‌اند. حالت بیش‌مصرفی غیرکشنده می‌تواند باعث بروز پیامدها و آثار مخرب شدید بر سلامتی فرد شود و همچنین تحقیقات نشان داده است که خطر مرگ با بروز حالت بیش‌مصرفی غیرکشنده افزایش می‌یابد، به این صورت که در ادامه ممکن است منجر به بروز بیش‌مصرفی کشنده شود.



زندانیان در معرض بیشترین خطر ناشی از بیماری‌های عفونی هستند ولیکن چندان مورد توجه قرار نمی-

گیرند

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، اچ‌آی‌وی و هپاتیت C قرار دارند ولیکن گاهی اوقات دسترسی چندان به خدمات درمانی و یا برنامه‌های پیشگیرانه ندارند. حتی در جاهایی که این برنامه‌ها در دسترس هستند، لزوماً همان استاندارد 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 اچ‌آی‌وی و دیگر بیماری‌های عفونی منجر شود.

افرادی که در زندان‌ها هروئین مصرف می‌کنند، به طور خاص در دو هفته‌ی نخست آزادی، در معرض خطر شدید مرگ ناشی از بروز حالت بیش‌مصرفی قرار دارند. این مرگ و میرها بیشتر مربوط به کاهش آستانه‌ی تحمل بدن نسبت به آثار هروئین پس از پرهیز نسبی در طول دوره‌ی بازداشت در زندان‌ها است. با این وجود، زندانیان آزاد شده به ندرت به برنامه‌های مدیریت و کاهش بروز حالت بیش‌مصرفی از جمله داروهای پیشگیری نظیر نالوکسان (نوعی داروی ضد اپیوئید) یا درمان‌های جایگزین اعتیاد از جمله برای متادون دسترسی دارند.

کاشت بوته‌ی تریاک در افغانستان سبب ایجاد رکورد در تولید افیون‌ها شده است

تنها طی سال‌های 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 مقابل به مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد شروع به نظارت و سنجش میزان تولید جهانی تریاک نموده است. مساحت کل زمین‌هایی که در سطح جهان زیر کشت بوته‌ی خشخاش قرار دارند، به رقم ۴۲۰۰۰۰ هکتار در سال ۲۰۱۷ رسید. بیش از ۷۵ درصد از این نواحی، در افغانستان قرار دارد.

میزان کل کشف و ضبط محموله‌های 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 شده‌اند مربوط مناطق نزدیک به گلوگاه‌های 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. تنها در سال ۲۰۱۶، تولید کوکائین به نسبت سال پیش از خود، ۲۵ درصد افزایش یافته 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.

بیشترین میزان کشفیات مواد مخدر مربوط به شادهدانه است ولیکن مطابق گزارش‌ها، حجم کشفیات مربوط به سایر مخدرها نیز با شیب زیادی رو به افزایش است

علیرغم روند کاهشی خود در سال ۲۰۱۶، شاه‌دانه، مخدری است که کماکان در سطح جهان بیشترین میزان کشفیات را به خود اختصاص می‌دهد و پس از آن مخدرهایی همچون مشتقات کوکائین و اپیوئیدها (مشتقات تریاک) قرار دارند. میزان کشفیات و ضبط محموله‌های محرک‌های نوع آمفتامین و نیز کوکائین در جهان، به بالاترین میزان خود در سال ۲۰۱۶ رسید. در سال ۲۰۱۶ و مطابق گزارش‌هایی که ارائه شده است، بیشترین میزان افزایش در حجم مخدرهای رهگیری شده در سطح جهان مربوط به روانگردان‌های جدید گیاهی بوده که رشد هفت برابری داشته است و عمدتاً به واسطه افزایش کشفیات مربوط به کراتوم است. البته لازم به ذکر است که برخلاف تصور، در سال ۲۰۱۶ میزان کشفیات مربوط به مخدرهای صنعتی



جدید در سطح جهان کاهشی بسیار شدید بیش از ۵۰ درصد - داشته است که بیشتر به دلیل کاهش در میزان کشفیات محموله‌های فنتیل‌آمین و کانابینوئیدهای صنعتی است.

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.

پیش از آنکه وبسایت «آلفابی» بسته شود، بیش از ۲۵۰ هزار مخدر غیرقانونی و ماده‌ی شمیایی 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 کردند که از زمان بسته شدن این وبسایت‌ها، آنها به مراتب کمتر از این طریق 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 قاچاق مواد مخدر از طریق دارکوب، محدود و حجم معاملات در آن تقریباً ناچیز است، ولیکن نشانه‌ها حاکی از آن هستند که این میزان به سرعت رو به گسترش و رشد است. برخی برآورد و تخمین برخی مقامات اروپایی، 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.

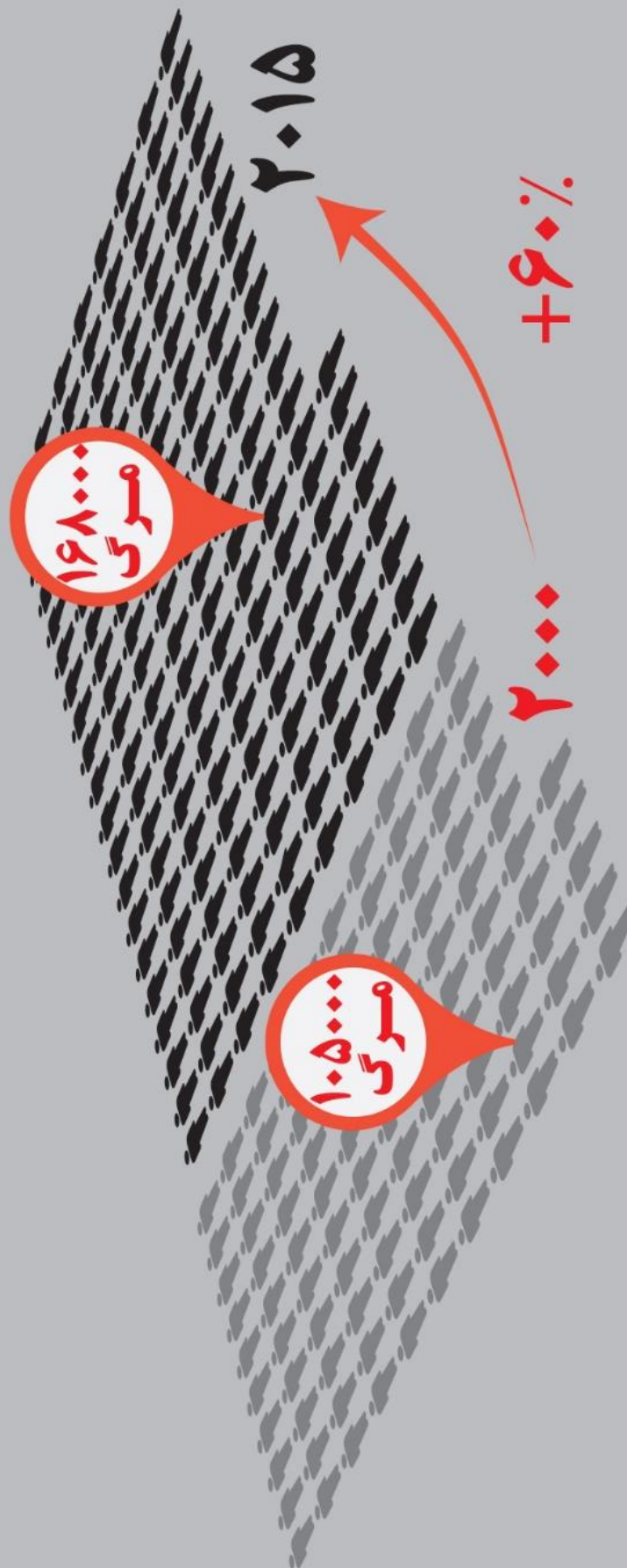
مقدمه

این کتابچه، دومین بخش از گزارش جهانی مواد مخدر سال ۲۰۱۸ است. در این گزارش تلاش می‌شود که تصویری جهانی از آخرین تخمین‌ها و برآوردها از روندهای موجود در مصرف مواد مخدر و توزیع مخدرها در بازار فراهم شود. همچنین تلاش می‌شود که مسائل چندبعدی و پیچیده‌ی مربوط به معضل جهانی مواد مخدر مطرح شود.

از جمله‌ی این مسائل می‌توان به پیامدهای بهداشتی ناشی از مصرف مواد مخدر، اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، مشکلات موجود در بخش‌های خدماتی و درمانی مصرف مواد مخدر که در تقاضاهای مربوط به درمان سوءمصرف مخدرها منعکس می‌شود و نیز میزان جمعیت افرادی که تخمین زده می‌شود که مواد مخدر را به روش‌های تزریقی مصرف می‌کنند و کسانی که مبتلا به بیماری اچ‌آی‌وی و هپاتیت هستند، اشاره کرد.

همچنین، با ترسیم آخرین روندها و آمارهای مربوط به بروز حالت بیش‌مصرفی کشنده در برخی کشورها، کتابچه‌ی حاضر به دنبال ارزیابی میزان مرگ و میرهای ناشی از مصرف مواد مخدر نیز است. به همین سبب، طی آمارهای موجود در این کتابچه، شواهدی در خصوص تجربه‌ی بروز حالت بیش‌مصرفی غیرکشنده نیز عرضه شده است. افزون بر این، میزان و سطح برنامه‌های حمایتی – به ویژه اجرای برنامه‌های ارائه سرنگ و سوزن و درمان جایگزین مشتقات تریاک – که به کاهش و پیشگیری از گسترش اچ‌آی‌وی و ویروس هپاتیت نوع C در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مخدر مواد کمک می‌کنند، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در پایان، این کتابچه شامل یک ارزیابی جامع و جهانی از آخرین برآوردهای و روندهای موجود در کاشت، تولید و قاچاق غیرقانونی مخدرها با استفاده از اینترنت و از طریق دارکوب است.

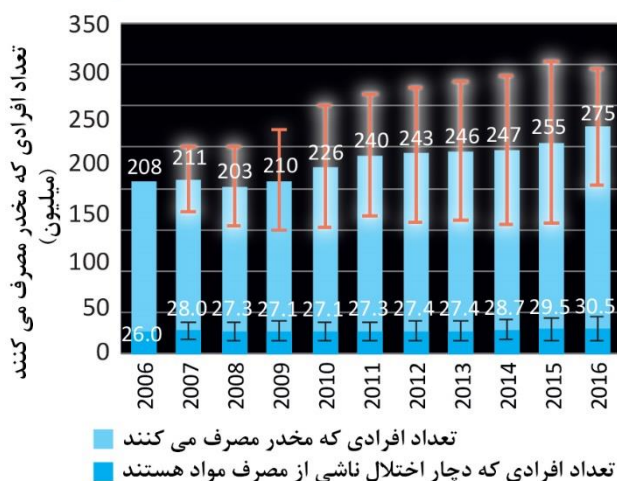
تعداد موارد مرگ و میر که مستقیماً ناشی از مصرف مواد مخدر باشند افزایش یافته است



الف. گستره‌ی مصرف مواد مخدر

بیشاز ربع یک میلیارد نفر در جهان مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر هستند

FIG. 1 روند جهانی افزایش تعداد مصرف کنندگان مخدر



برآورد می‌شود که در سال ۲۰۱۵، قریب به ۲۷۵

میلیون نفر در جهان، دستکم یکبار در طی سال

گذشته، مواد مخدر مصرف کرده‌اند. (کمینه‌ی

برآوردها ۲۰۴ میلیون نفر و بیشینه‌ی آن ۳۴۶

میلیون نفر) این میزان برابر با ۵/۶ درصد از

جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال در جهان است (کمینه‌ی

برآوردها ۴/۲ درصد و بیشینه‌ی آن ۷/۱ درصد)،

که تقریباً یک نفر به ازای هر هجده نفر است. در

سال ۲۰۱۶ میزان واقعی که به جمعیت مصرف-

کننده‌ی مواد مخدر اضافه شده است، ۲۰ میلیون

نفر بیش از سال ۲۰۱۵ است. این تغییر نتیجه‌ی

افزایش تعداد مصرف‌کننده‌های شاه‌دانه در جهان

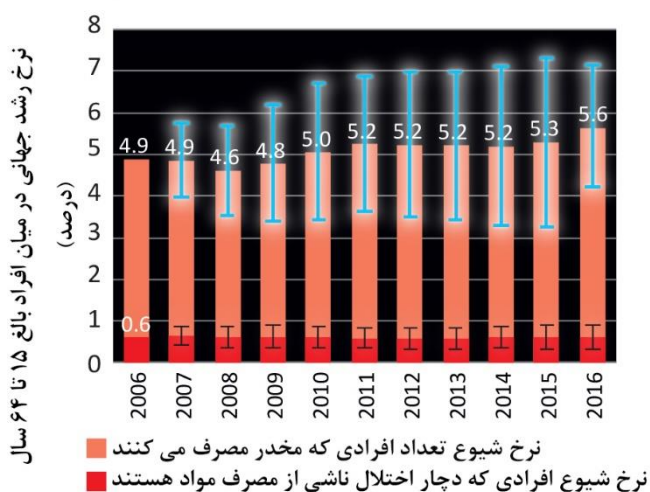
است و پس از آن، تغییراتی که در متد و روش

انجام تحقیقات میدانی صورت گرفته است، سبب

شده که آمار متفاوتی برای ارزیابی تعداد مصرف-

کنندگان به دست آید.^۱ با این وجود، در تفسیر

FIG. 2 برآورد جهانی از نرخ رشد مصرف مواد و اختلالات ناشی از مصرف مخدرها



روندهای به دست آمده می‌بایست اندکی تامل به خرج داد چرا که موارد که عدم قطعیت در خصوص آنها

وجود دارد بر برون‌داد تخمین‌ها و برآوردها اثرگذار است.

^۱ به بخش روش‌شناسی این پژوهش مراجعه کنید.

۳۱ میلیون نفر در سرتاسر جهان از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می‌برند

تخمین زده می‌شود که به ازای هر ۹ نفری که مواد مخدر مصرف می‌کنند، یکی دچار اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باشد (۱۱ درصد)، به عبارت دیگر مصرف مواد مخدر در این افراد به میزانی رسیده است که برای سلامتی آنها مضر بوده و یا به مخدرها اعتیاد پیدا کرده‌اند و یا نیازمند درمان هستند. این میزان، برابر با جمعیتی بالغ بر ۳۰/۵ میلیون نفر در سرتاسر جهان در سال ۲۰۱۶ است (برآورد کمینه قریب به ۱۶/۷ میلیون نفر و بیشینه‌ی آن ۴۴/۴ میلیون نفر است)، به عبارتی، ۰/۶۲ درصد (برآوردی مابین ۰/۳۴ درصد تا ۰/۹۱ درصد) از جمعیت افراد بالغ میان ۱۵ تا ۶۴ سال دارای اختلال ناشی از مصرف مواد مخدر هستند. از سال ۲۰۱۵ تا سال ۲۰۱۶، حدود یک میلیون نفر به این جمعیت افزوده شده است که عمدتاً نشانه‌دهنده‌ی افزایش در تعداد مصرف‌کنندگان تریاک و نیز مصرف‌کنندگان کوکائین است.

شواهد حاکی از افزایش مصرف شاه‌دانه در برخی نواحی است

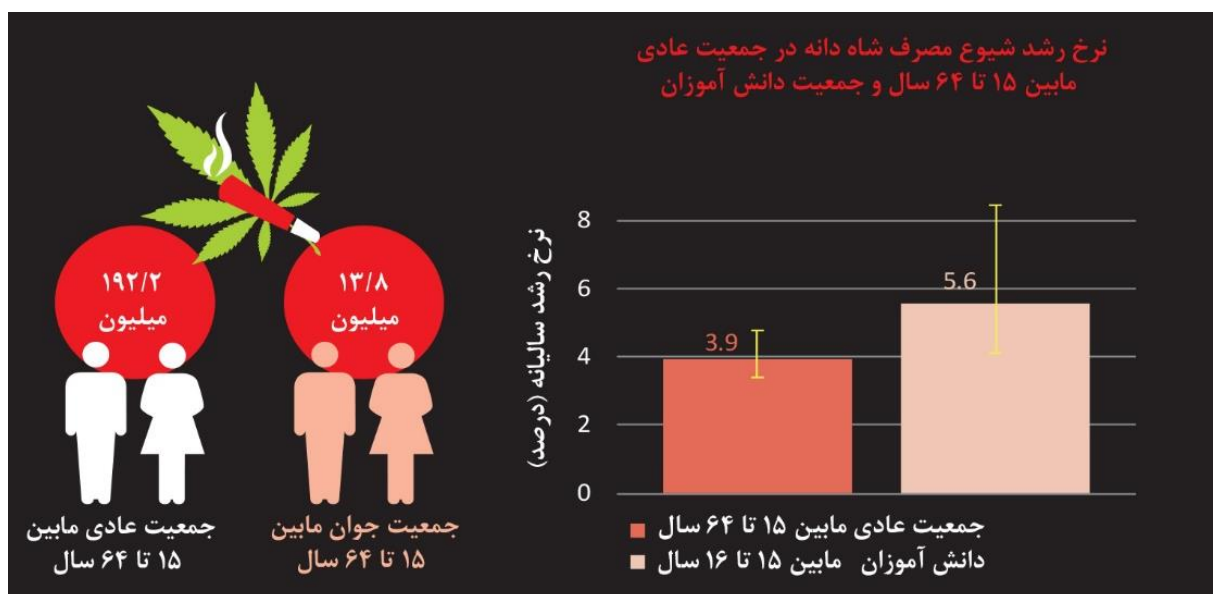
شاه‌دانه با بیش از ۱۹۲/۲ میلیون نفر مصرف‌کننده در طی یکسال، کماکان، پرمصرف‌ترین و معمول‌ترین مخدر مورد استفاده در جهان در سال ۲۰۱۶ است که این میزان برابر با ۳/۹ درصد از جمعیت کل افراد بالغ ۱۵ تا ۶۴ سال جهان است. افزایش نرخ بالای شیوع مصرف شاه‌دانه در آفریقای غربی و آفریقای مرکزی (۱۳/۲ درصد)، شمال آمریکا (۱۲/۹ درصد) و اقیانوسیه (۱۱ درصد) ادامه یافته است.

مطابق نظر بسیاری از کارشناسان در بسیاری از کشورهای آفریقایی و آسیایی روند مصرف شاه‌دانه رو به گسترش است ولیکن در عین حال، در خصوص گستره و میزان مصرف مواد مخدر، داده و اطلاعاتی چندانی که از طریق انجام تحقیقات ملی در این کشورها به دست آمده باشد، وجود ندارد و به همین سبب در این دو منطقه (آسیا و آفریقا) اطلاعات و شواهد بیشتری مورد نیاز است. مصرف شاه‌دانه همچنان به رشد خود در کشورهای آمریکای شمالی ادامه می‌دهد، این در حالی است که در بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین نیز گزارش‌هایی در مورد افزایش مصرف این مخدر ارائه شده است. مصرف شاه‌دانه در کشورهای اروپای غربی و اروپای مرکزی نیز کماکان در میزان بالایی قرار دارد که این روند افزایشی در این کشورها ثابت باقی مانده

است. این در حالی است که در بسیاری از کشورها که به طور سنتی، نرخ شیوع مصرف شاه‌دانه تقریباً محدود بوده، گزارش‌هایی از افزایش این نرخ مطرح شده است.

مصرف شاه‌دانه در میان جمعیت جوان

در بسیاری از کشورهای جهان، مصرف شاه‌دانه چه در میان جمعیت به طور کلی و چه به ویژه در میان جوانان، شایع است. مطابق برآوردهای جهانی برای نخستین بار توسط دفتر مبارزه با مواد مخدر سازمان ملل متحد منتشر شد - و شامل داده‌های مربوط به ۱۳۰ کشور جهان است، نشان می‌دهد که در سال ۲۰۱۶، قریب به ۱۳/۸ میلیون نفر از جمعیت جوان (عمدتاً دانش‌آموز) مابین ۱۵ تا ۱۶ سال، دستکم یکبار در طول دوازده ماه پیش از انجام تحقیقات، شاه‌دانه مصرف کرده‌اند که برابر با ۵/۶ درصد از جمعیت موجود در این رده‌ی سنی در جهان است. مصرف سالانه‌ی شاه‌دانه در جمعیت‌های ۱۵ تا ۱۶ سال، کمی بیش از میانگین مصرف در میان جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال است (۳/۹ درصد در سال ۲۰۱۶). علیرغم این مساله، می‌بایست به انحراف از معیار ناشی از همپوشانی میان دو آمار توجه کرد.



در بسیاری از کشورهای جهان، مصرف شاه‌دانه چه در میان جمعیت به طور کلی و چه در میان جوانان به طور خاص، شایع است. مطابق برآوردهای جهانی - که برای نخستین بار توسط دفتر مبارزه با مواد مخدر سازمان ملل متحد منتشر شد - شامل داده‌های مربوط به ۱۳۰ کشور جهان است و نشان می‌دهد که در سال

۲۰۱۶، قریب به ۱۳/۸ میلیون نفر از جمعیت جوان (عمدتاً دانش‌آموز) مابین ۱۵ تا ۱۶ سال، دستکم یکبار در طول دوازده ماه پیش از انجام تحقیقات، شاه‌دانه مصرف کرده‌اند که برابر با مصرف سالانه‌ی شاه‌دانه در جمعیت‌های ۱۵ تا ۱۶ سال، کمی بیش از میانگین مصرف در میان جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال استعلیرغم این مساله، می‌بایست به انحراف از معیار ناشی از همپوشانی میان دو آمار توجه کرد.

اپیوئیدها (مشتقات تریاک) مسئول بیشترین عامل بروز پیامدهای منفی بر سلامت هستند

در حالیکه شاه‌دانه معمول‌ترین مخدر مورد مصرف در جهان به شمار می‌رود، اپیوئیدها عامل اصلی بروز اختلالات و آثار منفی بر سلامت مصرف‌کنندگان هستند. به عنوان مثال، اپیوئیدها، عامل اصلی ۷۶ درصد از مرگ و میرها مربوط به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر سال ۲۰۱۵ بودند.^۲ به طور جهانی برآورد می‌شود که ۳۴/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۱۶ مصرف‌کننده‌ی اپیوئیدها بودند - شامل افرادی که تریاک مصرف کرده و یا از اپیوئیدهای تجویزی یا داروی برای مقاصد غیرپزشکی استفاده می‌کردند - که این میزان برابر با ۰/۷ درصد از جمعیت بالغ ۱۵ تا ۶۴ سال در جهان است. نرخ شیوع مصرف اپیوئیدها در یک سال گذشته در میان جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال، در دو منطقه‌ی آمریکای شمالی (با ۴/۲ درصد) و در اقیانوسیه (۲/۲ درصد) بالا گزارش شده است. در میان مصرف‌کنندگان اپیوئیدها، ۱۹/۴ میلیون نفر مصرف‌کننده‌ی افیون (شامل تریاک و هروئین) بوده‌اند که معادل ۰/۴ درصد جمعیت بالغ ۱۵ تا ۶۴ سال در جهان می‌شود. نرخ شیوع مصرف اپیوئیدها طی یکسال گذشته در آسیای مرکزی و ماورای قفقاز (۰/۹)، اروپای شرقی و اروپای جنوب شرقی (۰/۷ درصد) و در آمریکا (۰/۸ درصد) است.

سوءاستفاده از اپیوئیدهای دارویی چالشی رو به رشد است

در بسیاری از کشورهای آفریقایی (بویژه در مناطق غربی و شمال آفریقا) و نیز در برخی از کشورهای خاورمیانه و خاور نزدیک، موارد متعددی از سوءمصرف اپیوئیدهای دارویی نظیر ترامادول گزارش شده

^۲ WHO, Disease burden and mortality estimates, Global Health Estimates ۲۰۱۵: deaths by cause, age, sex, by country and by region, ۲۰۰۰-۲۰۱۵. Available at www.who.int/.



است. این مسئله از افزایش تعداد افرادی که وارد دوره‌های درمانی مربوط به مشکلات ناشی از مصرف ترامادول می‌شوند، مشخص شده است، همچنان که افزایش تعداد موارد بروز حالت بیش‌مصرفی (اوردوز) در برخی کشورها قرینه‌ی دیگری بر این مدعا است. میزان بالای سوءاستفاده از اپیوئیدهای دارویی در کشورهای آمریکای شمالی، کماکان یک منبع عمده نگرانی محسوب می‌شود؛ به ویژه که در برخی نواحی به ویژه ایالات متحده آمریکا، مصرف هروئین در چهار سال گذشته رو به افزایش دوباره داشته است.

افزون بر مصرف فنتانیل و مشتقات آن، اپیدمی مصرف توامان هروئین و اپیوئیدهای تجویزی یا دارویی عامل بروز تلفات بالایی شده است، به خصوص اینکه در موارد بسیار زیادی از بیش‌مصرفی‌های کشنده، مصرف همزمان این دو نوع مخدر گزارش شده است. همچنین، نشانه‌هایی از افزایش سوءاستفاده از مصرف اپیوئیدهای دارویی در کشورهای اروپای غربی و اروپای مرکزی وجود دارد. یکی از نمودها و نشانه‌های این مساله، به عنوان مثال، افزایش سهم افراد در این نواحی است که وارد خدمات پزشکی و بالینی برای درمان مصرف غیرپزشکی از اپیوئیدها می‌شوند.

در کشورهای اروپای غربی و اروپای مرکزی نیز بروز بیش‌مصرفی‌های کشنده‌ی ناشی از مصرف فنتانیل و مشتقات آن گزارش و ثبت شده است، در حالی که این میزان به اندازه‌ی کشورهای آمریکای شمالی نیست.

آمفتامین‌ها یکی از اصلی‌ترین خطرات ناشی از مصرف مواد مخدر در کشورهای شرقی و کشورهای آسیای شرقی است

در سال ۲۰۱۶، برآورد می‌شود که ۳۴/۲ میلیون نفر از جمعیت سراسر جهان، یا به عبارتی ۰/۷ از جمعیت بالغ ۱۵ تا ۶۴ سال، در طی یکسال گذشته‌ی منتهی به انجام تحقیقات، از مخدرهای نوع آمفتامین مصرف کرده‌اند. بیشترین نرخ شیوع سالانه‌ی مصرف آمفتامین‌ها در میان جمعیت بالغ ۱۵ تا ۶۴ سال، مربوط به کشورهای آمریکای شمالی (۰/۲ درصد) است که پس از آن کشورهای اقیانوسیه (۱/۳ درصد) قرار دارند.

از آنجا که داده و اطلاعات کافی و دقیقی از میزان مصرف مت‌آمفتامین‌ها در کشورهای آسیای شرقی و آسیای جنوب شرقی وجود ندارد، نمی‌توان در خصوص میزان شیوع مصرف این مخدر در این نواحی برآورد دقیقی داشت، ولیکن بسیاری از کشورها در این مناطق مصرف مت‌آمفتامین یکی از اصلی‌ترین خطرات ناشی از مصرف مواد مخدر محسوب می‌شود. همچنین، نگرانی‌های جدی در خصوص افزایش تعداد کشورهایی که مصرف مت‌آمفتامین را گزارش می‌دهند وجود دارد؛ این مساله به ویژه در میان مصرف‌کنندگان اپیوئید در کشورهای آسیای غربی مشهود است.

«اکستازی» توسط قریب به ۰/۴ درصد از جمعیت افراد بالغ ۱۵ تا ۶۴ سال در جهان مصرف شده است، ولیکن برخلاف این میزان به ظاهر کم، میزان گسترش آن در مناطق مختلف در سال‌های اخیر بسیار شدید بوده است؛ این در حالی است که همزمان روند رو به رشدی از مصرف اکستازی در کشورهای اروپای مرکزی و اروپای غربی و نیز کشورهای امریکای لاتین وجود دارد.

نشانه‌هایی دال بر افزایش مصرف کوکائین در کشورهای امریکایی

مصرف کوکائین به طور عمده در امریکای شمالی و امریکای جنوبی صورت می‌پذیرد که به ترتیب ۱/۹ درصد و ۰/۹۵ درصد از جمعیت بالغ ۱۵ تا ۶۴ مناطق یاد شده، در یک ساله گذشته‌ی منتهی به انجام تحقیقات، دستکم یکبار از این مخدر مصرف کرده‌اند. این میزان در کشورهای اقیانوسیه (با ۱/۷ درصد) و در کشورهای اروپای مرکزی (با ۱/۲ درصد) نیز صحت دارد. بطور کلی در سطح جهان، برآورد می‌شود که ۱۸/۲ میلیون نفر در سال ۲۰۱۶ یا به عبارتی ۰/۴ درصد از جمعیت بالغ ۱۵ تا ۶۴ سال، کوکائین مصرف کردند.

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مصرف کوکائین در بسیاری از کشورهای امریکای شمالی و امریکای جنوبی رو به رشد و گسترش است. افزون بر این، مصرف خمیر کوکائین، که سابقاً تنها در کشورهای تولیدکننده‌ی کوکائین رواج داشت، به دیگر مناطق، از جمله بسیاری از کشورهای امریکای جنوبی گسترش یافته است.



مصرف غیرپزشکی بنزودیازپین‌ها در ترکیب با دیگر اپیوئیدهای تجویزی یا دارویی یک معضل رو به رشد است

در حالی که هیچ برآورد و تخمین جهانی از آن مصرف غیرپزشکی داروهای تجویزی در دسترس نیست، اینگونه سوءاستفاده از داروها، کماکان به صورت گسترده انجام می‌شود. این مساله به طور خاص در میان افرادی که اقدام به مصرف چندین نوع مخدر می‌کنند (پلی‌دراگ) شایع است. در بسیاری از کشورهای جهان، مصرف غیرپزشکی از مخدرهای دارویی مانند محرک‌های تجویزی و بنزودیازپین‌ها، در ترکیب با سایر اپیوئیدهای تجویزی به عنوان یک معضل رو به گسترش مطرح شده است. در خصوص مساله سوءاستفاده از مخدرهای تجویزی، مصرف بنزودیازپین‌ها برای مقاصد غیرپزشکی بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است:

تقریباً، ۶۰ کشور در جهان، بنزودیازپین‌ها را در زمره‌ی سه مخدر با بیشترین فراوانی مصرف قرار داده‌اند و در برخی کشورها نرخ بالای شیوع مصرف آنها بیش از سایر مخدرها گزارش شده است.^۲ همچنین، در بسیاری از موارد بروز حالت بیش‌مصرفی (اوردوزهای) کشنده، وجود بنزودیازپین‌ها در ترکیب با دیگر اپیوئیدها گزارش شده است.

روندهای موجود در درمان سوءمصرف مواد مخدر با تغییرات زمینه‌ای در مصرف مواد مخدر در

مناطق مختلف همخوانی دارد

در سطح جهان، گستره و میزان دسترسی مردمی که واقعاً به برنامه‌های درمانی مصرف مواد مخدر نیاز دارند محدود باقی مانده است. در سال ۲۰۱۶، همانند سال‌های پیش از خود، برآورد می‌شود که به ازای هر شش نفری که دچار اختلالات ناشی از مصرف مواد است، تنها یک نفر از خدمات درمانی برخوردار بوده است. برخلاف محدودیت‌های موجود، اطلاعات مربوط به افرادی که در برنامه‌ها و خدمات درمانی ناشی از

^۲ Based on responses to the annual report questionnaire by Member States in ۲۰۱۵ and ۲۰۱۶.

مصرف مواد مخدر شرکت می‌کنند، می‌تواند نگرش و دیدگاه مفیدی از رهیافت‌ها و تنوع جغرافیایی پیرامون اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر فراهم سازد.

با اینحال، این داده‌ها و اطلاعات را می‌بایست با احتیاط مورد بررسی و استفاده قرار دارد، چرا که تعداد افرادی که در برنامه‌های درمانی شرکت می‌کنند، نه تنها منعکس کننده‌ی میزان تقاضا برای درمان است (تعداد افرادی که به دنبال برخورداری از خدمات بالینی هستند) بلکه، میزان و گستره‌ی ابعاد مختلف درمان را نیز نشان می‌دهد (بسته به تمایل دولت‌ها برای تامین مالی برنامه‌های خدماتی درمانی).

بسیاری از افرادی که در کشورهای آفریقایی، آمریکایی و یا در مناطق اقیانوسیه وارد برنامه‌های درمانی مصرف مواد مخدر می‌شوند، برای درمان مصرف شاه‌دانه مورد مراقبت قرار می‌گیرند. در تمامی مناطق فوق به استثنای کشورهای آفریقایی، بخش رو به رشدی از خدمات درمانی مواد مخدر مربوط به برنامه‌های درمان مصرف شاه‌دانه است. اگرچه مطابق گزارش‌های مختلف و متعدد از کشورهای آفریقایی، شاه‌دانه به عنوان شایع‌ترین مخدر مورد استفاده در میان کسانی محسوب می‌شود که به دنبال بهره‌مندی از خدمات درمانی مصرف مواد مخدر هستند، برنامه‌های درمانی برای بهبود اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در این مناطق نیز رو به گسترش است.

ممکن، این روند نشانه‌ای از قاچاق هروئین و اپیوئیدهای دارویی از طریق خطوط ترانزیت آفریقا به دیگر مقاصد در مناطق مختلف جهان باشد که در طی مسیر انتقال، بخشی از آن در بازارهای مصرف مواد مخدر در درون آفریقا سرریز می‌شود. اپیوئیدها کماکان نگرانی اصلی و عمده در کشورهای اروپایی و آسیایی به شمار می‌روند، بویژه در مناطق شرقی و جنوب شرقی اروپا، دو سوم افرادی که وارد برنامه‌های درمانی برای بهبود اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر می‌شوند، برای درمان اختلالات ناشی از مصرف اپیوئیدها بستری شده‌اند.

کوکائین هنوز نیز به عنوان یک معضل اساسی در کشورهای حوزه‌ی امریکای لاتین و کارائیب مطرح است، به ویژه آنکه در این مناطق، یک سوم افرادی که وارد برنامه‌های درمانی می‌شوند به دنبال بهبود آثار ناشی از

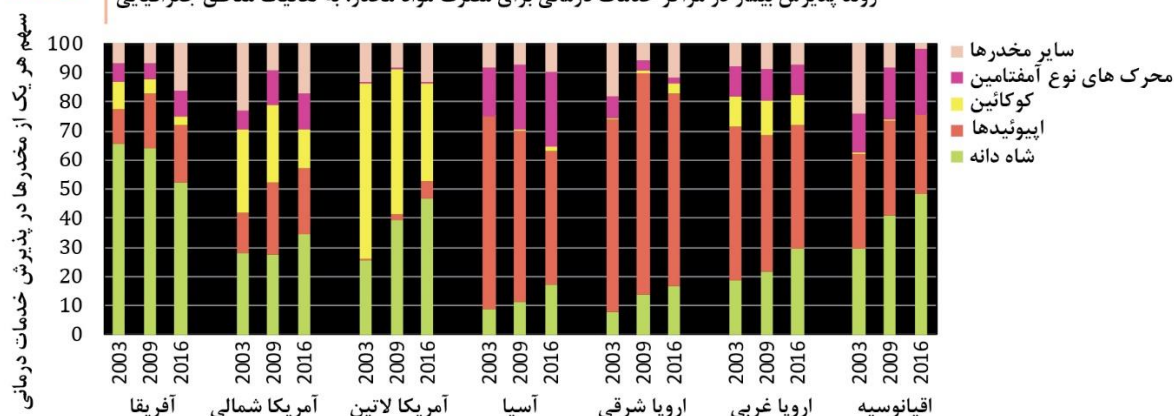
مصرف کوکائین هستند؛ هرچند که طی سال‌های اخیر این میزان سیر نزولی به خود گرفته است. اختلالات ناشی از مصرف کوکائین، اصلی‌ترین عامل گزارش شده برای مراجعه به مراکز ارائه خدمات درمانی برای بهبود آثار ناشی از مصرف مواد مخدر در اروپا است؛ البته این مساله، به میزان کمتری در کشورهای آمریکای شمالی، اروپای غربی و اروپای مرکزی نیز صادق است.

در آمریکای شمالی، در حالی که برنامه‌های درمانی که عمدتاً به منظور بهبود آثار اختلالات ناشی از مصرف کوکائین تعبیه شده‌اند، روند نزولی به خود گرفته است، سهم بخش درمان در این حوزه که به اختلالات ناشی از مصرف اپیوئیدها اختصاص دارد، رو به افزایش است.

مابین سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۴ در ایالات متحده، میزان پذیرش‌ها برای شرکت در برنامه‌های خدمات درمانی بهبود آثار مصرف کوکائین تا ۶۵ درصد کاهش یافته است و از رقم ۲۴۸۰۰۰ به رقم ۸۸۰۰۰ تنزل پیدا کرده است، میزان و سهم برنامه‌های درمانی برای بهبود اختلالات ناشی از مصرف افیون‌ها تا ۵۱ درصد افزایش یافته و از ۳۲۳۰۰۰ به رقم ۴۹۰۰۰۰ نفر رسیده است. در اقیانوسیه و کشورهای آسیایی، میزان تقاضا برای دریافت خدمات درمانی به منظور کاهش و بهبود آثار ناشی از مصرف محرک‌های نوع آمفتامین بیش از سایر مناطق است.

FIG. 3

روند پذیرش بیمار در مراکز خدمات درمانی برای مصرف مواد مخدر، به تفکیک مناطق جغرافیایی



زنانی که دچار اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر هستند، حضور چندانی در برنامه‌های درمانی ندارند

اگرچه یک سوم کسانی مصرف‌کنندگان مواد مخدر را زنان تشکیل می‌دهند، اما تنها یک پنجم افرادی که وارد برنامه‌های خدمات درمانی برای بهبود آثار اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر می‌شوند، زنان هستند. سهم زنان برای دستیابی به خدمات درمانی برای بهبود مصرف آرامش‌بخش‌ها و مسکن‌ها بیش از دیگر مخدرها (تقریباً یک سوم پذیرش‌های درمانی در اکثر کشورهای آمریکایی و اروپایی) رو به افزایش است. این مساله، نشاندهنده این است که اگرچه مردان سه برابر بیش از زنان تمایل دارند که شاه‌دانه، کوکائین یا آمفتامین مصرف کنند، زنان گرایش بیشتری به مصرف‌مسکن‌ها و آرامش‌بخش‌ها برای مقاصد غیرپزشکی دارند.

افرادی که برای درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر از نوع اپیوئیدها و کوکائین وارد برنامه‌های درمانی می‌شوند، سن بیشتری داشته و معمولاً به طور میانگین در سنین سی سالگی خود هستند. ولیکن، بر خلاف این، افرادی که برای درمان مصرف اختلالات ناشی از مصرف شاه‌دانه به این مراکز مراجعه می‌کنند، جوانتر بوده و اغلب در سنین بیست سالگی هستند.

ب. پیامدهای مصرف مواد مخدر بر سلامت انسانی

تمرکز عمده‌ی این بخش از کتابچه، بر ابعاد بهداشتی و سلامتی مربوط به مصرف مواد مخدر است، از جمله تزریق مواد مخدر، بیماری‌هایی چون اچ‌آی‌وی و ویروس هپاتیت C که از طریق انجام روش‌های تزریقی ناایمن منتقل شده و عامل اصلی مهلک‌ترین بیماری‌ها، مرگ و میر و ناتوانی‌های جسمی هستند که در نتیجه‌ی مصرف مواد مخدر پدید می‌آید.^{۵۴}

^۴ Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease Data. Available at www.healthdata.org/.

^۵ World Drug Report ۲۰۱۷ (United Nations publication, Sales No. E.۱۷.XI.۶).



در حالیکه، اپیوئیدها عامل بروز بیشترین پیامدهای منفی ناشی از مصرف مواد مخدر هستند، در مناطقی که مصرف اپیوئیدها از شیوع کمتری برخوردار است، مصرف دیگر مخدرها از جمله کوکائین و آمفتامین (هم به روش تزریقی و هم به صورت غیرتزریقی) سبب بروز پیامدهای جدی بر سلامت می‌شود.

همچنین لازم به ذکر است که اگر چه در مقایسه با مقیاس و میزان معضلات و مشکلاتی که مصرف مخدرهای روانگردان جدید ایجاد می‌کند، بسیار ناچیز به شمار می‌آید ولیکن آگاهی نسبت به خطرات مصرف این مواد بر سلامتی رو به افزایش است. افزون بر این، در بسیاری از مناطق جهان، مصرف غیرپزشکی و غیردرمانی بنزودیازپین‌ها منجر به بروز بیش‌مصرفی (اوردوز) کشنده شده است که البته در اغلب موارد، ماده‌ی مخدر دیگری نیز به صورت ترکیبی مورد مصرف قرار گرفته است.

در سال ۲۰۱۶، تقریباً یازده میلیون نفر در جهان، اقدام به تزریق مواد مخدر کردند

طبق برآورد مشترک دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت، برنامه ایدز سازمان ملل متحد و بانک جهانی، تعداد معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در سال ۲۰۱۶، چیزی بالغ بر ۱۰/۶ میلیون نفر است (کمینه‌ی پیش‌بینی‌ها در این خصوص ۸/۳ میلیون نفر و بیشینه‌ی آن ۱۴/۷ میلیون نفر است) که این میزان برابر با ۰/۲۲ درصد (کمینه‌ی آن ۰/۱۷ درصد و بیشینه‌ی آن ۰/۳ درصد) جمعیت افراد بالغ ۱۵ تا ۶۴ در جهان است.

این برآوردها، بر مبنای آخرین و باکیفیت‌ترین داده‌ها و اطلاعات قابل دسترس دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد تخمین زده شده است. البته، به نسبت تخمین‌هایی که در شماره‌ی پیشین گزارش جهانی مواد مخدر منتشر شد، آمار جدید تغییر چندانی در تعداد معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر نشان نمی‌دهد. بر اساس داده‌هایی که از ۱۰۷ کشور جهان جمع‌آوری شده است، برآورد انجام شده دستکم ۸۸ درصد از جمعیت بالغ ۱۵ تا ۶۴ سال جهان را تحت پوشش قرار می‌دهد.

در برخی مناطق و نواحی، اطلاعات چندانی از گستره و میزان تزریق مواد مخدر در دسترس نیست و یا آنکه داده‌های آن از قطعیت و شفافیت کافی برخوردار نیستند: به عنوان مثال در کشورهای حوزه‌ی کارائیب صرفاً اطلاعات مربوط به معتادان تزریقی مواد مخدر در پورتوریکو در دسترس قرار دارد؛ از تمامی کشورهای منطقه اقیانوسیه، تنها از دو کشور نیوزیلند و استرالیا داده‌های مربوطه در دسترس است؛ در حالی که در آفریقا، داده‌ها و اطلاعاتی که از کشورها قابل دسترس است، قریب به ۵۸ درصد جمعیت بالغ مابین ۱۵ تا ۶۴ را شامل می‌شود، این آمار برای کشورهای خاور نزدیک و خاورمیانه تنها ۱۷ درصد از همان گروه جمعیتی است.

بیشترین تعداد یا جمعیت معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر مربوط به کشورهای اروپای شرقی و اروپای جنوب‌شرقی است که ۱۷ درصد از کل جمعیت جهانی معتادان تزریقی را شامل می‌شوند و نرخ شیوع مصرف مواد مخدر به روش تزریق در این مناطق در بالاترین حد خود قرار داشته و ۳/۸ برابر بیش از نرخ میانگین جهانی است. کشورهای امریکای شمالی، ۱۷ از جمعیت کل معتادان یا مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر را به خود اختصاص می‌دهند، در جایی که نرخ شیوع مصرف تزریقی مواد مخدر ۲/۵ برابر بیش از نرخ میانگین جهانی است؛ کشورهای آسیای شرقی و آسیای جنوب‌شرقی، با بیش از ۳۰ درصد معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در سطح جهان، اما نرخ شیوع به مراتب پایینی در خصوص مصرف تزریقی مواد مخدر دارند و این نرخ حتی پایین‌تر از نرخ میانگین جهانی است.

تخمین زده می‌شود که تقریباً نیمی از معتادان تزریقی مواد مخدر در سطح جهان، تنها در سه کشور چین، فدراسیون روسیه و ایالات متحده زندگی می‌کنند. اگرچه این سه کشور فوق در مجموع یکدیگر، تنها ۲۷ درصد از جمعیت افراد بالغ ۱۵ تا ۶۴ ساله به خود اختصاص می‌دهند، اما در حدود ۴۵ درصد از جمعیت معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در جهان در این کشورها زندگی می‌کنند که چیزی بالغ بر ۴/۸ میلیون نفر می‌شود.

افزون بر تمامی این برآوردها و تخمین‌های که زده شد، طبق مطالعات دیگری، آماری در سطوح ملی، منطقه‌ای و جهانی از میزان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر و نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در بین این



افراد توسط سازمان بهداشت جهانی لانسِت در سال ۲۰۱۷ منتشر شد (به کوتاه نوشت «تزریق مواد مخدر و اچ‌آی‌وی: مطالعه تطبیقی جهانی» بنگرید).^۶ همچنین، این پژوهش داده و اطلاعات موردی و با جزئیات بالایی در خصوص معتادان و مصرف‌کنندگان مواد مخدر به تفکیک جنسیت، سن عرضه عرضه کرده و تخمین می‌زند که به ازای هر پنج مصرف‌کننده‌ی تزریقی مواد مخدر، یکی از آنها را زنان تشکیل می‌دهد و کمتر از یک چهارم این افراد جوانان زیر ۲۵ سال هستند.

اطلاعات مربوط به جزئیات جنسیتی معتادان و مصرف‌کنندگان مواد مخدر در ۹۱ کشور در دسترس است (۴۰ کشور در اروپا، ۲۱ کشور در آسیا، ۶ کشور در آمریکا، ۲ کشور در اقیانوسیه و ۲۲ کشور در آفریقا) و داده‌های مربوط به سن معتادان و مصرف‌کنندگان مواد مخدر نیز در مورد ۷۲ کشور (۳۰ کشور در اروپا، ۱۶ کشور در آسیا، ۵ کشور در آمریکا، ۱ کشور در اقیانوسیه و ۲۰ کشور در آفریقا) در دسترس قرار دارد.

معتادان و مصرف‌کنندگان مواد مخدر در زمره‌ی به حاشیه‌رانده شده‌ترین گروه‌های مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر هستند. این افراد در معرض خطرات خاص رفتار و زیست‌محیطی هستند و طیف گسترده‌ای از پیامدهای اجتماعی و بهداشتی مخرب را تجربه می‌کنند. بی‌خانمانی و حبس و نیز انجام رفتارهای پرخطر همچون روابط جنسی غیرایمن، استفاده‌ی مشترک از سرنگ‌ها و سوزن‌های برای تزریق مواد مخدر و روسپی‌گری در میان این افراد شایع است.^۷ روش‌های تزریق غیرایمن مواد مخدر از جمله به اشتراک گذاشتن سرنگ‌ها و سوزن‌های آلوده یکی از اصلی‌ترین انتقال بیماری‌ها نظیر اچ‌آی‌وی، ویروس هپاتیت C در میان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر است.

افزون بر این، افرادی که از طریق تزریق غیرایمن مواد مخدر مبتلا به اچ‌آی‌وی و ویروس هپاتیت C می‌شوند، می‌توانند از طرق مختلف، مانند انتقال جنسی، بیماری را به دیگران منتقل کنند. ویروس هپاتیت C، به

^۶ Louisa Degenhardt and others, "Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review", The Lancet Global Health, vol. ۵, No. ۱۲ (۲۰۱۷), pp. e۱۱۹۲–e۱۲۰۷.

^۷ Ibid.

مراتب بیش از اچ‌آی‌وی، می‌تواند از طریق تزریق مواد مخدر منتقل شود. مطالعات پیرامون کارکنان بخش خدمات درمان در ایالات متحده نشان می‌دهد (داده‌های بیمارستانی در خصوص جراحات‌های ناشی از سرنگ) که احتمالاً انتقال ویروس هپاتیت C از طریق سرنگ‌های آلوده بین ۵ تا ۲۰ برابر بیشتر از نرخ انتقال اچ‌آی‌وی باشد.^۸

خمیر کوکائین در آمریکای جنوبی

به طور سنتی خمیر کوکائین در کشورهای کلمبیا و پرو مورد استفاده و مصرف قرار می‌گرفت ولیکن طی یک دهه‌ی گذشته مصرف خمیر کوکائین، به صورت تدریجی در حال گسترش به نواحی جنوبی قاره‌ی آمریکا، به ویژه به کشورهای نظیر آرژانتین، برزیل، شیلی و اروگوئه است. خمیر کوکا از برگ‌های بوته‌ی کوکا مشتق شده و برای سلامتی بسیار مضر است و در عین حال نیز بسیار اعتیادآور است. علیرغم این مسئله، اطلاعات چندانی در خصوص زمینه‌های استفاده و مصرف آن، پیامدهای بالینی آن بر سلامت و نحوه‌ی درمان موثر مصرف آن وجود ندارد.*

محدودیت‌های شدید در مقابل فروش و دسترسی به مواد خام و اولیه شیمیایی مورد استفاده در تولید کوکائین هیدروکلراید یکی از اصلی‌ترین دلایل گسترش مصرف خمیر کوکائین به بسیاری از کشورهای آمریکای جنوبی است. خمیر کوکائین که از مشتقات برگ بوته‌ی کوکا محسوب می‌شود یکی از محصولات فرعی و میانی در پروسه‌ی تولید کوکائین هیدروکلراید است.

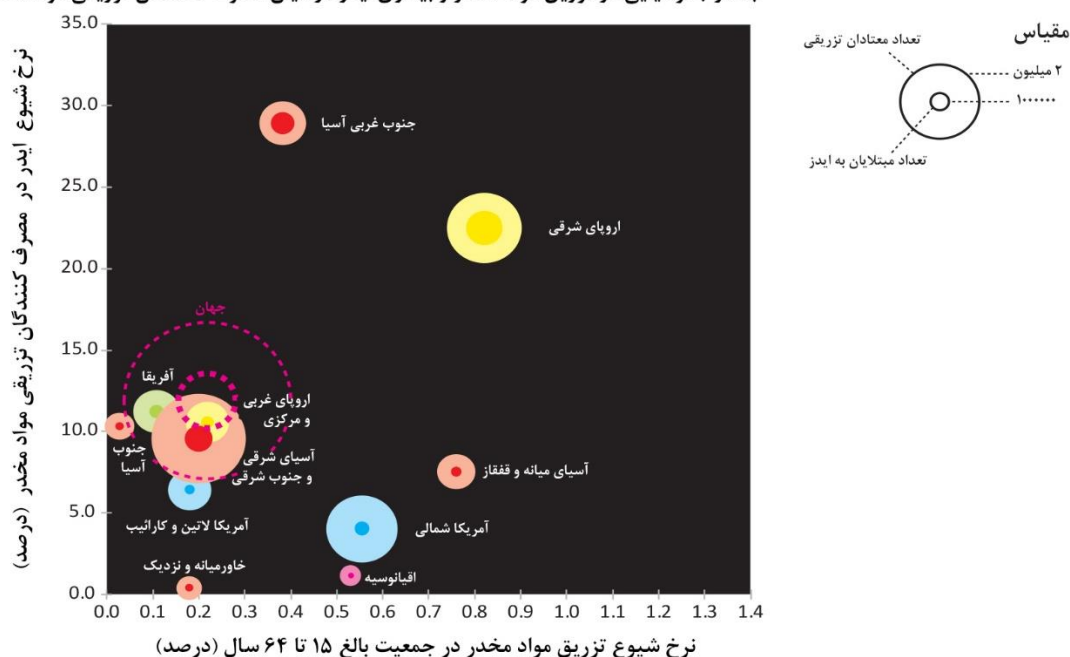
خمیر کوکائین، یکی از اشکال «کوکائین استنشاقی» است که با دارا بودن سطح بالاتری از سموم، خاصیت اعتیادآور بسیار شدیدتری حتی به نسبت کوکائین هیدروکلراید دارد و امروزه تبدیل به یکی از نگرانی‌ها و چالش‌های عمده در کشورهای آمریکای لاتین شده است که می‌تواند منجر به ایجاد اختلالات روانی و فیزیکی شدیدی شود. مانند درمان بسیاری از محرک‌های روانی، کماکان درمان دارویی برای بهبود آثار

^۸ Elijah Paintsil and others, "Survival of hepatitis C virus in syringes: implication for transmission among injection drug users", Journal of Infectious Diseases, vol. ۲۰۲, No. ۷ (۲۰۱۰), pp. ۹۸۴-۹۹۰.

اختلالات ناشی از مصرف کوکائین وجود ندارد. به همین ترتیب، داده‌ها و اطلاعاتی که بتواند برای انجام درمان و بهبود اختلالات ناشی از مصرف خمیر کوکائین موثر و مفید واقع شود نیز بسیار محدود است.

*. Antonio Pascale and others, Cocaine Base Paste Consumption in South America: A Review of Epidemiological and Medical-Toxicological Aspects (Washington, D C., Organization of American States, Inter-American Drug Abuse Control Commission, ۲۰۱۵)

FIG. 4 بافتار جغرافیایی در تزریق مواد مخدر و بیماری ایدز در میان مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر



یک نفر از هر هشت نفری که مواد مخدر را تزریق می‌کنند مبتلا به بیماری ایدز است

خارج از منطقه‌ی زیر صحرای آفریقا، معنادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر عامل اصلی انتقال ۲۰ درصد از موارد جدید آلودگی به ویروس اچ‌آی‌وی در سال ۲۰۱۵ بودند.^۹ افزون بر این، همه ساله به تعداد افراد تزریق‌کننده‌ی مواد مخدر که اخیراً به بیماری آلوده شده‌اند، افزوده می‌شود و با بیش از یک سوم افزایش، از ۱۱۴۰۰۰ مورد در سال ۲۰۱۱ به ۱۵۲۰۰۰ مورد در سال ۲۰۱۵ رسیده است.^{۱۰} این مسئله، در

^۹ UNAIDS, Ending AIDS: Progress Towards the ۹۰-۹۰-۹۰ Targets (Geneva, ۲۰۱۷).

^{۱۰} UNAIDS, Get on the Fast-Track: The Life-cycle Approach to HIV (Geneva, ۲۰۱۶).

تضاد با تخمین یازده درصدی در رشد منفی موارد آلودگی به اچ‌آی‌وی در میان جمعیت بزرگسالان است (بطور خاص، جمعیت افراد بالغ بالاتر از ۱۵ سال) که مابین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶ مشاهده شده است.^{۱۱}

بر اساس تخمین و برآورد مشترک دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت، برنامه ایدز سازمان ملل متحد و بانک جهانی، نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان و معتادان تزریقی مواد مخدر ۱۱/۸ درصد است که به نظر می‌رسد بر مبنای آن ۱/۳ میلیون نفر از مصرف‌کنندگان تزریقی مبتلا به بیماری اچ‌آی‌وی هستند. این داده‌های آماری بر مبنای گزارش‌های نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی است که از سوی ۱۱۹ کشور جهان عرضه شده و جمعیتی بالغ بر ۹۴ درصد تعداد جهانی معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی را تحت پوشش قرار داده است.

برای معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر که به اچ‌آی‌وی مبتلا هستند، آلودگی همزمان به ویروس هپاتیت C نیز بسیار شایع بوده و تقریباً ۸۲/۴ درصد موارد را شامل می‌شود.^{۱۲} با اختلاف بسیاری، نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در میان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در جنوب غربی آسیا و اروپای شرقی و اروپای جنوب شرقی بسیار بیشتر از سایر مناطق است و به ترتیب ۲/۴ و ۱/۹ برابر بیشتر از نرخ میانگین جهانی است. مناطق یاد شده، بیش از ۴۹ درصد موارد از معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر که مبتلا به اچ‌آی‌وی نیز هستند را، شامل می‌شوند.

اگرچه نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در میان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در آسیای شرقی و آسیای جنوب شرقی پایین‌تر از میانگین جهانی است، ۲۴ درصد از موارد معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر که مبتلا به مواد مخدر نیز هستند، در این مناطق زندگی می‌کنند.

^{۱۱} Ending AIDS: Progress Towards the ۹۰-۹۰-۹۰ Targets.

^{۱۲} Lucy Platt and others, "Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis", *Lancet Infectious Diseases*, vol. ۱۶, No. ۷ (۲۰۱۶), pp. ۷۹۷-۸۰۸.



تخمین زده می‌شود به طور جهانی، در سال ۲۰۱۶، ۵۳ درصد از معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر که مبتلا به مواد مخدر هستند (۶۶۲۰۰۰ نفر) در سه کشور (چین، پاکستان و فدراسیون روسیه) زندگی می‌کنند که در مقایسه با درصد معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی که در کشورهای یاد شده زندگی می‌کنند (۳۵ درصد)، دچار عدم تناسب بسیاری است.

تزریق مواد مخدر، یکی از راه‌های عمده‌ی انتقال ویروس هپاتیت C است

آثار ناشی از ابتلا به بیماری ویروس هپاتیت C (نظیر مرگ و یا عوارض جانبی) در میان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر از نتایج ابتلا به اچ‌آی‌وی به مراتب بیشتر است.^{۱۳} تزریق غیرایمن مانند استفاده-ی مشترک از سرنگ‌ها و سوزن‌ها یکی از مهمترین راه‌های گسترش و انتقال ویروس هپاتیت C در جهان است. از میان ۱/۷ میلیون مورد جدید ابتلا به آلودگی ویروس هپاتیت C در جهان در سال ۲۰۱۵، ۲۳ درصد (۳۹۰۰۰۰ نفر) به تزریق مواد مخدر اقدام می‌کردند.^{۱۴} از میان آمار مربوط به مرگ و میر ناشی از سرطان و سیروز کبدی که مرتبط با آلودگی به ویروس هپاتیت C است، ۳۱/۵ درصد دارای سابقه تزریق مواد مخدر بوده‌اند.^{۱۵}

آلودگی به ویروس هپاتیت C در میان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر بسیار شایع است به گونه‌ای که یک دوم از این افراد احتمالاً مبتلا به ویروس هپاتیت C هستند. برآورد مشترک دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت، برنامه ایدز سازمان ملل متحد و بانک جهانی در خصوص نرخ شیوع ویروس هپاتیت C در میان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر، چیزی در حدود ۵۱/۹ درصد است؛ به عبارت دیگر، ۵/۵ میلیون نفر از جمعیت افرادی که مواد مخدر تزریق می‌کنند، دچار ویروس هپاتیت C هستند.

^{۱۳} Louisa Degenhardt and others, "Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study ۲۰۱۳", The Lancet Infectious Diseases, vol. ۱۶, No. ۱۲ (۲۰۱۶), pp. ۱۳۸۵-۱۳۹۸.

^{۱۴} WHO, Global Hepatitis Report ۲۰۱۷ (Geneva, ۲۰۱۷).

^{۱۵} Ibid.

این تخمین بر مبنای گزارش ارائه شده توسط ۹۶ کشور در خصوص شیوع ویروس هپاتیت C در میان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر تهیه شده است که بیش از ۹۱ درصد جمعیت جهانی معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر را تحت پوشش قرار می‌دهد. بیشترین خطر ابتلا به ویروس هپاتیت C در میان زنان معتاد و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر است که بدل به چالش و نگرانی جدی شده است. مطابق برخی پژوهش‌های انجام شده بر روی ۱۸۶۸ معتاد و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در استرالیا، کانادای هلند و ایالات متحده، نشان می‌دهد که زنانی که اقدام به مصرف تزریقی مواد مخدر می‌کنند، به نسبت سایر مردانی که همین کار را انجام می‌دهند، ۳۸ درصد احتمال بیشتری برای ابتلا به ویروس هپاتیت C دارند.

به نظر نمی‌رسد که افزایش خطر ابتلا به بیماری، مربوط تفاوت در روش‌های اشتراکی تزریق از طریق سرنگ‌های مشترک باشد که البته خود یکی از عوامل بارز در گسترش ویروس هپاتیت C، اما سایر مسائل نظیر ژنتیک و دسترسی به برنامه‌های خدمات درمانی و پیشگیرانه نیز در این خصوص موثرند.^{۱۶}

برآورد مشترک دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت، برنامه ایدز سازمان ملل متحد و بانک جهانی از نرخ شیوع ویروس هپاتیت B در میان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در سال ۲۰۱۶، ۷/۵ درصد است، به عبارت دیگر، تخمین زده می‌شود که ۰/۸ میلیون نفر از معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر مبتلا به ویروس هپاتیت B هستند.^{۱۷}

تزریق مواد مخدر و اچ‌آی‌وی: مطالعه تطبیقی جهانی

^{۱۶} Aryan Esmaeili and others, "The effect of female sex on hepatitis C incidence among people who inject drugs: results from the International Multicohort InC³ Collaborative", Clinical Infectious Diseases, vol. ۶۶, No. ۱ (۲۰۱۸), pp. ۲۰-۲۸.

^{۱۷} The HBV prevalence estimate is intended to refer to active infection (HBsAg), rather than anti-HBc, which indicates previous exposure. However, it is not always possible to differentiate that in the data reported to UNODC.

از آنجا که تزریق مواد مخدر، معمولاً در خفا و پنهانی صورت می‌گیرد، به سختی بتوان در خصوص تعداد و جمعیت معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر و نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی در یک کشور تخمین درست و معتبری به دست آورد. همچنین، از آنجا که در این خصوص معمولاً اطلاعات چندانی در کشورها تولید نمی‌شود، دشوار بتوان داده‌هایی با جزئیات بالا در سطوح ملی و منطقه‌ای ارائه نمود.

روش‌های متعددی به کار گرفته شد، از جمله نمونه برداری مبتنی بر پاسخ دهی، ضبط، باز پس گیری، ضریب تصحیح یا روش‌های چندگانه منحصر به فرد، مقیاس شبکه، سرشماری و شمارش، و نظرسنجی عمومی جمعیت برای تولید چنین برآوردهایی به کار رفته است. هر کدام از روش‌های فوق، دارای مزایا و معایب خاص خود هستند که بر اساسی برخی پیش‌فرض‌های نظری، ممکن است منعکس کننده‌ی تمامی واقعیت نباشند که از این منظر یا به طور کامل اجرایی نشده و یا آنکه از اعتبار متقن و تمام و کمال برخوردار نیستند.*

تخمین نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر یکی از دشوارترین این کارهاست چرا که معمولاً ممکن است در خصوص فرآیند انتخاب یا نمونه‌برداری از جامعه آماری، تعصب یا پیش‌داوری وجود داشته باشد. نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در میان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر می‌تواند در مناطق مختلف جغرافیایی درون یک کشور، بسیار متفاوت و مختلف باشد که این موضوع محاسبه این نرخ را حتی در سطوح ملی با دشواری روبرو می‌سازد.

در سال ۲۰۱۷، گروهی از پژوهشگران، اقدام به انتشار آمارهایی تخمینی از جمعیت معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر و نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی در سطوح کشوری، منطقه‌ای و جهانی کردند.**

برآورد جهانی که توسط مطالعات این گروه از پژوهشگران منتشر شد، نشان می‌دهد که تعداد جمعیت میان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در سال ۲۰۱۵، ۳/۸ میلیون نفر بیشتر از میزانی است که

توسط مطالعات مشترک دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت، برنامه ایدز سازمان ملل متحد و بانک جهانی اعلام شده بود. همچنین، میزان جمعیت معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر که به اچ‌آی‌وی مبتلا هستند، نیز ۱/۲۵ میلیون نفر بیشتر است.

در معنای کلی خود، روش پژوهشی که توسط این گروه از محققان به کار گرفته شد در تطابق با مطالعات مشترک دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت، برنامه ایدز سازمان ملل متحد و بانک جهانی است. فرآیند انتخاب و تعیین برآورد مختص به هر یک از کشورها، بر اساس رده-بندی تطبیقی کیفیت داده‌ها و اطلاعات در دسترس از سوی هر یک کشور در سطوح ملی به دست آمد. در هر دو مورد، روش تعیین جمعیت میانگین برای تخمین عدد برآورد منطقه‌ای و جهانی به کار رفت و برای کشورهایی که هیچ داده‌ای از آنها در دسترس نیست، از روش استنباطی برای تعیین نرخ آمار استفاده شد.

در پژوهش این گروه از محققان، جمعیت معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در ۸۳ کشور و نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی برای ۱۰۸ کشور تعیین شده است. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، جمعیت معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در ۱۰۷ کشور و نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی را برای ۱۱۸ کشور تعیین کرده است.

پیش از آنکه دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد برای کشورهایی که داده و اطلاعات آنها به دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد گزارش نشده بود یا آنکه اطلاعات عرضه شده توسط آنها از کیفیت کافی برخوردار نبودند، یک جستجوی جامع سالانه از ادبیات علمی را انجام دهد، این گروه از محققان و همکاران آنها اقدام به بررسی سیستماتیک از ادبیات بررسی شده و غیرشفاف کرده و در طی چهار سال گذشته با متخصصان از سراسر جهان را نشست‌های مشورتی برگزار کردند.

در مواردی که برای یک کشور چندین منابع اطلاعاتی یا پژوهش متقن و یا کیفیت در خصوص جمعیت معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر وجود داشت، این گروه از محققان با انجام بررسی‌های فراتحلیلی، برآورد خود را مطرح می‌کردند. به عبارتی دیگر، داده‌های بدست‌آمده از پژوهش‌های مختلف را

یکجا گرد هم آورده و آنها را به عنوان یک مجموعه داده تحلیل کرده‌ام. با سرجمع کردن و تحلیل حجم زیادی از داده‌ها، امکان اعتماد به نتایج به طور قابل توجهی بیشتر می‌شود. به این ترتیب می‌توان گفت که یافته‌های فراتحلیل اساسی‌تر از یافته‌های مطالعات پژوهشی منفرد هستند.

برای تعیین نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در میان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر، در صورتی که برآوردهای متعددی در خصوص وضعیت یک کشور وجود داشته باشد، پژوهشگران یاد شده داده‌ها و تخمین‌های منتشر شده در چهار سال منتهی به بررسی وضعیت کشور را جمع‌آوری کردند.

با توجه به برخی ملاحظات در خصوص مفاهیم و معنای تزریق مواد مخدر، اندازه‌ی نمونه‌ها و پوشش جغرافیایی، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد معمولاً برآوردها و تخمین‌های خود را بر مبنای آخرین برآوردهای انجام شده توسط با کیفیت‌ترین مطالعات پژوهشی انتخاب می‌کند.

تقریباً می‌توان گفت که در مطالعات انجام شده توسط این گروه از محققان، جمعیت اعلام شده از معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر برای یک سوم از کشورها، همان میزانی است که در نسخه‌ی پیشین بازبینی سیستماتیک جهانی، که ده سال پیش و در سال ۲۰۰۸ منتشر شد، اعلام شده است.***

تخمین و برآورد جمعیت اعلام شده از معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در برخی از کشورها به روز رسانی نشده است، این در حالی است که این کشورها سهم گسترده‌ای از جمعیت مصرف‌کنندگان تزریقی را تشکیل می‌دهند: برزیل، چین، هند، ایتالیا و فدراسیون روسیه. نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان و معتادان تزریقی مواد مخدر که برای ۱۰۸ کشور برآورد شده است که در این میان، برآورد اعلام شده برای ۱۲ کشور از جمله برزیل و آرژانتین، همان میزانی است که پیشتر در بازبینی سیستماتیک جهانی سال ۲۰۰۸ اعلام شده بود.

داده‌ها و اطلاعات جدیدتر در خصوص تزریق مواد مخدر در کشورهای فدراسیون روسیه، چین و ایتالیا در دسترس بوده و توسط گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۱۷ توسط دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل

متحد منتشر شده است. برآوردهایی که بر اساس روش‌های آماری تخمینی غیرمستقیم به دست آمده‌اند، به صورت رسمی یا به دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد یا به برنامه ایدز سازمان ملل متحد گزارش شدند ولیکن به صورت عموم در دسترس قرار نگرفتند.

یک مطالعه تطبیقی مستقیم در سطوح ملی در خصوص تعداد جمعیت معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در کشور و نیز تعداد مصرف‌کنندگانی که مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند انجام شده است؛ مقصود از این مطالعه تطبیقی، شناسایی آن دسته از کشورهایی است که در پژوهش منتشر شده توسط محققان یاد شده و نیز در گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۱۷، بیشترین میزان اختلاف آماری را دارند.

روش پژوهش مورد استفاده برای تعیین برآوردهای منطقه‌ای و جهانی و گنجاندن داده برای کشورهایی که اطلاعات چندانی از آنها در دسترس نیست، دقیقاً همانند همان رهیافتی است که در هر دو مطالعه‌ی صورت گرفته انجام شده و از این منظر تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود ندارد. بخش اعظمی از اختلاف موجود در برآوردهای منطقه‌ای و جهانی به دلیل تفاوت‌هایی است که در داده‌های بدست آمده از سطوح ملی وجود دارد. آثار و پیامدهای مهمی در سیاست‌های اعمال شده وجود دارند که ناشی از تفاوت در برآوردهای منطقه‌ای است که توسط این دو مجموعه‌ی اطلاعاتی ارائه شده است.

مطابق مطالعات انجام شده توسط این گروه از محققان، بیشترین نرخ شیوع اچ‌آی‌وی در میان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر مربوط به کشورهای آمریکای لاتین است؛ این در حالی است که مطابق گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۱۷، بیشترین نگرانی مطرح شده نسبت به کشورهای حوزه‌ی اروپای شرقی بوده است.

از دیدگاه جهانی نیز، اولویت دادن به ارائه و فراهم کردن داده‌های منطقه‌ای در خصوص معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر و مصرف‌کنندگان تزریقی که مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند بسیار حائز اهمیت است از این جهت که بتواند برای موسسات حمایتی ملی و یا سازمان‌های غیردولتی برای پیشبرد برنامه‌های خدماتی و پیشگیرانه کمک کند. در نتیجه، برای تضمین یافتن از این که تلاش‌های جهانی به درستی

معطوف به نیازهای اساسی هستند، سبب می‌شود که تعیین تعریف جدید و روش‌شناختی ارائه‌ی مجموعه‌ای از اطلاعات حیاتی جلوه کند.

* Abu S. Abdul-Quader, Andrew L Baughman and Wolfgang Hladik, “Estimating the size of key populations: current status and future possibilities”, Current Opinion in HIV and AIDS, vol. ۹, No. ۲ (۲۰۱۴), pp. ۱۰۷-۱۱۴.

** Louisa Degenhardt and others, “Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review”, The Lancet Global Health, vol. ۵, No. ۱۲ (۲۰۱۷), pp. e۱۱۹۲-e۱۲۰۷.

*** Bradley M. Mathers and others, “Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review”, The Lancet, vol. ۳۷۲, No. ۹۶۵۱ (۲۰۰۸), pp. ۱۷۳۳-۱۷۴۵.

شمول و پوشش برنامه‌های پیشگیرانه‌ی اچ‌آی‌وی و ویروس هپاتیت C در میان مصرف-

کنندگان تزریق مواد مخدر ناکافی و محدود است

در بسیاری از کشورها، شمول و پوشش برنامه‌های پیشگیرانه‌ی اچ‌آی‌وی و ویروس هپاتیت C در میان مصرف‌کنندگان تزریق مواد مخدر آنچنان محدود است که موثر واقع نخواهد شد.^{۱۸} برنامه‌های علمی پیشگیرانه در خصوص جلوگیری از گسترش اچ‌آی‌وی، به ترتیب اهمیت، موارد ذیل هستند: برنامه‌های سرنگ و سوزن که در طی آن تجهیزات تزریق استریل و بهداشتی ارائه می‌شود؛ درمان‌های جایگزین اپیوئید که به وسیله‌ی آنها بتوان میزان اعتیاد به اپیوئیدها را کاهش داد و به همین ترتیب فراوانی تزریق مواد مخدر را کم کرد؛ برنامه‌های مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی که راهی بسیار مهم برای انجام درمان و مراقبت پزشکی هستند؛ و گسترش درمان‌های ضد ویروس اچ‌آی‌وی که به طریق آن می‌توان سرعت انتقال ویروس ایدز را کاهش

^{۱۸} 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”, The Lancet Global Health, vol. ۵, No. ۱۲ (۲۰۱۷), pp. e۱۲۰۸-e۱۲۲۰.

داد.^{۱۹} برای پیشگیری موثر در مقابل گسترش ویروس هپاتیت C، برنامه‌های کلیدی شامل برنامه‌های سرنگ و سوزن و درمان‌های جایگزین اپیوئید است که همراه با خدمات و مراقبت‌های پزشکی مختص درمان ویروس هپاتیت C ارائه شده و به طور اساسی منجر به کاهش سرعت انتقال ویروس هپاتیت C، به افراد جامعه می‌شود.^{۲۱۲۰}

به طور خاص، زمانی که برنامه‌های سرنگ و سوزن و درمان‌های جایگزین اپیوئید به صورت توأمان و با پوشش فراوان جمعیت افراد معتاد و مصرف‌کنندگان تزریق‌مواد مخدر به اجرا در آید، می‌توانند به طور موثر به پیشگیری از اچ‌آی‌وی و ویروس هپاتیت C منتج شوند.^{۲۴۲۳۲۲}

دسترسی به خدمات برای زندانیان و دوره‌ی پس از آزادی

افرادی که در زندان‌ها اقدام به مصرف مواد مخدر می‌کنند، به نسبت افراد خارج از محیط زندان، در معرض خطرات و احتمال بسیار بیشتری از ابتلا به بیماری‌ها بوده و در عین حال دسترسی به مراتب محدودتری به برنامه‌های درمانی یا خدمات پیشگیرانه دارند. شیوع رفتارهای پرخطر، همراه با محدودیت دسترسی به اقدامات پیشگیرانه در بسیاری از زندان‌ها، می‌تواند منجر به گسترش مهلک بیماری ایدز شود.^۱

^{۱۹} WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users: ۲۰۱۲ Revision (Geneva, WHO, ۲۰۱۲).

^{۲۰} Katy M. E. Turner and others, "The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence", *Addiction*, vol. ۱۰۶, No. ۱۱ (۲۰۱۱), pp. ۱۹۷۸-۱۹۸۸.

^{۲۱} Peter Vickerman and others, "Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings", *Addiction*, vol. ۱۰۷, No. ۱۱ (۲۰۱۲), pp. ۱۹۸۴-۱۹۹۵.

^{۲۲} Louisa Degenhardt and others, "Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural and combination approaches are needed", *The Lancet*, vol. ۳۷۶, No. ۹۷۳۷ (۲۰۱۰), pp. ۲۸۵-۳۰۱.

^{۲۳} Natasha K. Martin and others, "Combination interventions to prevent HCV transmission among people who inject drugs: modeling the impact of antiviral treatment, needle and syringe programs, and opiate substitution therapy", *Clinical Infectious Diseases*, vol. ۵۷, Suppl. No. ۲ (۲۰۱۳), pp. S۳۹-S۴۵.

^{۲۴} Turner and others, "The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users".

شیوع بیماری‌هایی همچون اچ‌آی‌وی، هپاتیت C و هپاتیت B و عفونت سل در میان افرادی که در زندان‌ها و یا دیگر محیط‌های بسته زندگی می‌کنند، ۲ تا ۱۰ برابر بیشتر از افراد عادی در همان جوامع است. ۴ ۳ ۲

۵

علیرغم این مساله، دسترسی به برنامه‌های پیشگیرانه‌ی اچ‌آی‌وی، درمان و مراقبت‌های پزشکی در زندان‌ها محدود است و بعضاً در محل‌هایی که ممکن است دسترسی وجود داشته باشد، در بسیاری موارد این لزوماً دارای همان استانداردهایی که برای افراد عادی در همان جامعه ارائه می‌شود، نیستند. ۶

پس از آزادی از زندان، بسیاری از افرادی که مبتلا به اچ‌آی‌وی هستند، اغلب بدون حمایت رها می‌شوند و با اشکال فراگیر و چندبعدی از محرومیت، شرم و تبعیض ناشی از سابقه‌ی زندان خود، وضعیت اچ‌آی‌وی، طبقه اجتماعی، اقتصادی و قومیت روبرو می‌شوند. ۷ ۸

افرادی که در زندان‌ها به سر می‌برند، معمولاً تا زمان آزادی به برنامه‌ها و خدمات درمانی برای اچ‌آی‌وی، ویروس هپاتیت C و ویروس هپاتیت B و اعتیاد به مخدرها دسترسی ندارند و فقط ممکن است از برخی برنامه‌های پیشنهادی بهره ببرند که در واقع از چیستی و چگونگی آنها نیز ناآگاه هستند. فقدان گسترده‌ی برنامه‌های مناسب حمایتی پس از دوره‌ی آزادی از زندان، آثار عمیق و فوری بر میزان سلامت و بهداشت عموم دارد. مطابق یافته‌های یک پژوهش سیستماتیک، بعید است که زندانیان تا پیش از آزادی از زندان در تماس با خدمات بهداشتی و مراقبت‌های درمانی قرار گیرند. ۹ ۱۰

افرادی که به تازگی از زندان آزاد می‌شوند، به علت اعمال تبعیض‌های اجتماعی و شرم ناشی از زندانی بودن، دسترسی چندانی به برنامه‌های پیشگیری، خدمات درمانی و مراقبت‌های پزشکی برای اچ‌آی‌وی ندارند و در عین حال، به علت نبود برنامه‌های حمایتی پس از زندان از هیچگونه برنامه‌ی درمانی بهره نمی‌برند. ۱۱

نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که پس از آزادی از زندان، استفاده از درمان‌های ضد ویروس اچ‌آی‌وی، از ۵۱ درصد به ۲۹ درصد کاهش پیدا کرده و خدمات بالینی ضد ویروس نیز از ۴۰ درصد به ۲۱ درصد تنزل می‌یابد.^{۱۲}

فقدان برنامه‌های پیگیری وضعیت افراد پس از آزادی، برای درمان ویروس هپاتیت C، به کاهش تاثیر مفید خدمات و برنامه‌های درمانی منجر می‌شود که در زندان به فرد ارائه می‌شده است، البته در صورتی که این خدمات در دسترس بوده باشد، و این امر سبب می‌شود که بیماری از درون زندان به بدنه‌ی جامعه منتقل شود.^{۱۳ ۱۴}

افرادی که هروئین مصرف می‌کنند، پس از آزادی در زندان، در معرض خطر شدید بروز بیش‌مصرفی قرار دارند و احتمال بروز این مسئله در دو هفته‌ی ابتدایی در میزان بسیار بالایی قرار دارد. علت بروز این مرگ و میر ناشی از بیش‌مصرفی هروئین پس از دوره‌ی زندان، کاهش سطح تحمل بدن نسبت به هروئین است که این مسئله در طی تحمل دوره‌ی حبس تشدید می‌شود.^{۱۵}

افزادی که به تازگی از زندان آزاد می‌شوند، دسترسی چندانی به داروهای پیشگیری از بروز حالت بیش‌مصرفی (اوردوز)، نظیر متادون و نالوکسان یا درمان‌های جایگزین اعتیاد ندارند.^{۱۶} داشتن مسکن، یکی از عوامل تعیین‌کننده‌ی مهم در دسترسی و مراقبت در درمان اچ‌آی‌وی است.

فقدان دسترسی مناسب به مسکن، نقش اساسی در ایجاد تفاوت و خلل در نتایج انجام برنامه‌های درمانی اچ‌آی‌وی میان بیماران بی‌خانمان و سایر بیماران عادی ایفا می‌کند؛ از جمله اینکه این افراد بسته به شرایط موجود، امکان یکسانی به پیگیری روند درمان در طول زمان ندارند.^{۱۷}

^۱ Ralf Jürgens, Manfred Nowak and Marcus Day, "HIV and incarceration: prisons and detention", *Journal of the International AIDS Society*, vol. ۱۴, No. ۲۶ (۲۰۱۱), pp. ۱-۱۷.

۲ Kate Dolan and others, “Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees”, *The Lancet*, vol. ۳۸۸, No. ۱۰۰۴۹ (۲۰۱۶), pp. ۱۰۸۹–۱۱۰۲.

۳ Kate Dolan and others, “Drug injection, sexual activity, tattooing and piercing among prison inmates: A global systematic review and meta-analysis of ۲,۳۵۹,۲۲۰ prisoners” *Epidemiological Reviews*, (۲۰۱۸) (in press).

۴ Amber Arain, Geert Robaey and Heino Stöver, “Hepatitis C in European prisons: a call for an evidence-informed response”, *BMC Infectious Diseases*, vol. ۱۴, Suppl. No. ۶ (۲۰۱۴), pp. ۱–۶.

۵ Lilangane Telisinghe and others, “HIV and tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa”, *The Lancet*, vol. ۳۸۸, No. ۱۰۰۵۰ (۲۰۱۶), pp. ۱۲۱۵–۱۲۲۷.

۶ Josiah D. Rich and others, “Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis”, *The Lancet*, vol. ۳۸۸, No. ۱۰۰۴۹ (۲۰۱۶), pp. ۱۱۰۳–۱۱۱۴.

۷ Leonard S. Rubenstein and others, “HIV, prisoners, and human rights”, *The Lancet*, vol. ۳۸۸, No. ۱۰۰۵۰ (۲۰۱۶), pp. ۱۲۰۲–۱۲۱۴.

۸ Alexis C. Dennis and others, “‘You’re in a world of chaos’: experiences accessing HIV care and adhering to medications after incarceration”, *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, vol. ۲۶, No. ۵ (۲۰۱۵), pp. ۵۴۲–۵۵.

۹ Liza Solomon and others, “Survey finds that many prisons and jails have room to improve HIV testing and coordination of postrelease treatment”, *Health Affairs (Millwood)*, vol. ۳۳, no. ۳ (۲۰۱۴), pp. ۴۳۴–۴۴۲.

۱۰ Sung-Pil Choi and others, “Prevalence and correlates of community re-entry challenges faced by HIV-infected male prisoners in Malaysia”, *International Journal of STD and AIDS*, vol. ۲۱, No. ۶ (۲۰۱۰), pp. ۴۱۶–۲۳.

۱۱ Rubenstein and others, “HIV, prisoners, and human rights”.

۱۲ Princess A. Iroh and others, “The HIV care cascade before, during, and after incarceration: a systematic review and data synthesis”, *American Journal of Public Health*, vol. ۱۰۵, No. ۷ (۲۰۱۵), pp. e۵–۱۶.

۱۳ Tianhua He and others, “Prevention of hepatitis C by screening and treatment in U.S. prisons”, *Annals of Internal Medicine*, vol. ۱۶۴, No. ۲ (۲۰۱۶), pp. ۸۴–۹۲.

۱۴ Natasha K. Martin and others, “HCV treatment as prevention in prison: key issues”, *Hepatology*, vol. ۶۱, No. ۱ (۲۰۱۵), pp. ۴۰۲ and ۴۰۳.

۱۵ WHO, *Preventing Overdose Deaths in the Criminal Justice System* (Copenhagen, ۲۰۱۴).

۱۶ D. Leach and P. Oliver, “Drug-related death following release from prison: a brief review of the literature with recommendations for practice”, *Current Drug Abuse Reviews*, vol. ۴, No. ۴ (۲۰۱۱), pp. ۲۹۲–۲۹۷.

۱۷ Alexei Zelenyev and others, “Patterns of homelessness and implications for HIV health after release from jail”, *AIDS and Behaviour*, vol. ۱۷, Suppl. No. ۲ (۲۰۱۳), pp. ۱۸۱–۱۹۴.

در همه کشورهایی که نشانه‌های دال بر رواج مصرف تزریقی مواد مخدر وجود دارد، روش‌های پیشگیرانه‌ی فوق در دسترس نیستند. میزان شمول و گستره‌ی اعمال چنین برنامه‌هایی توسط سازمان‌هایی همچون دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت، برنامه ایدز سازمان ملل متحد به سه سطح مختلف «ضعیف»، «متوسط» و «بالا» تقسیم‌بندی شده است.^{۲۵}

نتایج یک پژوهش و بازبینی جهانی، میزان دسترسی به برنامه ارائه سرنگ و سوزن و برنامه جایگزین درمان اپیوئیدها میان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر را، در سطح جهان ضعیف ارزیابی می‌کند؛

^{۲۵} WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide.



مطابق این پژوهش، برآورد می‌شود که سالانه تنها ۳۳ عدد سرنگ و سوزن به مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر ارائه شود (کمینه‌ی آن ۲۱ و بیشینه‌ی این تعداد ۵۰ عدد است). همچنین به ازای هر ۱۰۰ مصرف‌کننده‌ی تزریقی مواد مخدر، تنها ۱۶ بیمار از برنامه جایگزین درمان اپیوئیدها بهره‌مند می‌شوند (کمینه‌ی آن ۱۰ نفر و بیشینه‌ی آن ۲۴ نفر است).^{۲۶}

به دلیل نبود داده و اطلاعات جامع، نمی‌توان در خصوص برنامه‌های مشاوره و تست بیماری اچ‌آی‌وی و درمان‌های ضدویروس ایدز در سطح جهانی برآوردی دقیقی داشت. در مناطقی که دارای بیشترین میزان معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر هستند (آسیایی شرقی و آسیایی جنوب شرقی، اروپای شرقی و آمریکای شمالی)، سطح و گستره‌ی شمول ارائه برنامه‌های ارائه سرنگ و سوزن و برنامه جایگزین درمان اپیوئیدها ضعیف بوده و تنها استثنا در این خصوص، ارائه متوسط برنامه جایگزین درمان اپیوئیدها در شمال امریکاست که دارای سطح متوسط است.

از میان ۱۷۹ کشوری که در آن‌ها شواهدی دال بر مصرف مواد مخدر به روش تزریق وجود دارد (نه بر مبنای تعداد افراد یا میزان جمعیت افراد تزریق‌کننده‌ی مواد مخدر)، وجود برنامه‌های ارائه سرنگ و سوزن تنها در ۹۳ کشور (۵۲ درصد) تایید شده است و در ۸۳ کشور دیگر، هیچگونه برنامه‌ای در این خصوص وجود ندارد (۴۶ درصد).

قرائن حاکی از این است که برنامه جایگزین درمان اپیوئیدها در ۸۶ کشور (۴۸ درصد) اجرا می‌شود، این در حالی است که در ۹۲ کشور دیگر (۴۶ درصد) این برنامه اجرا نمی‌شود. تنها ۷۹ کشور در جهان هستند (۴۴ درصد) که هر دو برنامه‌ی ارائه سرنگ و سوزن و برنامه جایگزین درمان اپیوئیدها را اجرا می‌کنند.

اطلاعات جهانی در خصوص میزان دسترسی به برنامه‌های مشاوره و تست اچ‌آی‌وی و برنامه‌های درمان ضد ویروس ایدز بسیار محدود و پراکنده است. تنها در ۳۴ کشور، شواهدی از اجرای برنامه‌های تست اچ‌آی‌وی

^{۲۶} 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".

برای معتادان و مصرف‌کنندگان مواد مخدر وجود دارد و البته لازم به ذکر است که ۱۷ کشور، به طور رسمی تایید کرده‌اند که چنین برنامه‌ای را اجرا نمی‌کنند. در خصوص دسترسی به درمان‌های ضد ویروس ایدز در ۱۶۲ کشور جهان، داده و اطلاعاتی وجود ندارد.^{۲۷} از میان ۱۷۹ کشوری که در آن‌ها شواهد مصرف مواد مخدر به روش تزریق وجود دارد، گستره و پوشش دسترسی به سطح بالای برنامه‌های ارائه سرنگ و سوزن و برنامه جایگزین درمان اپیوئیدها، به ترتیب ۵ درصد و ۱۱ درصد هستند. تنها ۷۹ کشور در سطح جهان (۴۴ درصد)، هر دو برنامه‌ی ارائه سرنگ و سوزن و برنامه جایگزین درمان اپیوئیدها را اجرا کرده‌اند. با اینحال، تنها در چهار کشور (سه کشور در اروپای غربی و یک کشور در اقیانوسیه) هر دو برنامه ارائه سرنگ و سوزن و برنامه جایگزین درمان اپیوئیدها را در سطح بالای گستره و پوشش، ارائه می‌دهند.

مرگ و میر جهانی ناشی از مصرف مواد مخدر، کماکان بالا است

مرگ زودرس ناشی از مصرف مخدرها، یکی از نتایج و پیامدهای مصرف مواد در میان افراد است. با اینحال، تعیین و شناسایی گستره و میزان تلفات ناشی از مصرف مواد مخدر به این سادگی‌ها قابل انجام نیست. مرگ و میرهایی که در نتیجه‌ی مصرف مواد مخدر حادث می‌شوند، می‌توانند به صورت مستقیم مربوط به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر باشند نظیر بروز بیش‌مصرفی (اوردوز) یا آنکه به صورت غیرمستقیم به مصرف مواد مخدر ارتباط پیدا کنند، که از این جمله می‌توان به اشکال مختلف ابتلا به بیماری‌هایی همچون ایدز یا ویروس هپاتیت C از طریق روش‌های غیرایمن تزریق اشاره کرد.^{۲۸}

دهمین نسخه‌ی گزارش «طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها» میان علل و اسباب مختلف این مرگ‌ها تفاوت قائل می‌شود ولیکن این نکته که موارد ضبط و ثبت علل این تلفات چگونه اعمال می‌شود، از هر کشور به کشور دیگر فرق می‌کند. سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که در سال ۲۰۱۵ در حدود ۴۵۰۰۰۰ مورد مرگ

^{۲۷} Ibid.

^{۲۸} According to the International Classification of Diseases (tenth revision) of WHO, the corresponding codes are: X۴۰-۴۴ (unintentional overdose), X۶۱-۶۲ (intentional self-harm (suicide)), Y۱۰-۱۴ (overdose of undetermined intent), T۴۰ and T۴۲ (poisoning by narcotic drugs).



به مصرف مواد مخدر مرتبط باشد.^{۲۹} از میان این مرگ و میرها، ۱۶۷۷۵۰ مورد به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مرتبط هستند که به عبارت دیگر، مستقیماً در نتیجه‌ی مصرف مواد ایجاد می‌شوند (۷۶ درصد از مرگ‌های مربوط به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در نتیجه‌ی استفاده از اپیوئیدها بوجود می‌آیند).^{۳۰}

سازمان بهداشت جهانی برآورد می‌کند که میزان این تلفات، از ۱۰۵۰۰۰ مورد در سال ۲۰۰۰ رشد گسترده‌ای داشته و در طی این ۱۵ سال، در سطح جهان به میزان یاد شده رسیده است. مرگ و میرهایی که به صورت غیرمستقیم به مصرف مواد مخدر ارتباط پیدا می‌کنند، نظیر مواردی که در نتیجه‌ی انجام روش‌های تزریقی غیرایمن، فرد مبتلا به بیماری‌های عفونی نظیر اچ‌آی‌وی و ویروس هپاتیت C، می‌شود قریب به دو سوم (۶۴ درصد) از مجموع ۴۵۰۰۰۰ مورد تلفات ناشی از مصرف مواد در سال ۲۰۱۵ را تشکیل می‌دهند.

در سال‌های گذشته، گزارش جهانی مواد مخدر، برآوردهای جهانی و منطقه‌ای خود در خصوص مرگ‌های ناشی از مصرف مواد مخدر را اعلام کرده است. شرکت‌کنندگان در نشست گروه کارشناسان گروه بهبود آمار مواد مخدر و تقویت پرسشنامه‌ی گزارش سالانه، که در ژانویه‌ی سل ۲۰۱۸ در شهر وین برگزار شد، بیان کردند که با توجه به کمبود داده‌های مربوط به مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر به طور کلی، نیاز است که میان دفتر مقابل‌بها مواد مخدر و جرم‌سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت همکاری‌ها و گفتگوهای بیشتری صورت بگیرد تا بتوان در خصوص میزان تلفات ناشی از مصرف مواد مخدر در سطح جهانی (مستقیم و غیر مستقیم) برآوردهای بهتری ارائه کرد.

با افزایش تعداد تلفات، بروز بی‌مصرفی‌های (اوردوز) کشنده در بسیاری از کشورهای جهان رو به افزایش

است

^{۲۹} WHO, Public health dimension of the world drug problem. Report by the Secretariat to the ۷۰th World Health Assembly. A۷۰/۲۹. ۲۷ March ۲۰۱۷.

^{۳۰} WHO, Global Health Estimates ۲۰۱۵, deaths by cause, age, sex, by country and by region.

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 که نقش اساسی در خصوص ایفا می‌کند، افزایش سوانح غیرعمدی از جمله بروز حالت بیش‌مصرفی (اوردوز) منجر به مرگ است.^{۳۱}

مطابق یک یافته‌های یک پژوهش که برای تحقیق در مورد علل کاهش میزان امید به زندگی در جوامع، به بررسی برخی علل مرگ و میر در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ می‌پرداخت، که طی آن مشخص شد تلفات ناشی از بیش‌مصرفی (اوردوز) کشنده، به طور خاص مواردی که در ارتباط با مصرف اپیوئیدها هستند، از اصلی‌ترین اسباب کاهش سن امید به زندگی در جوامع به شمار می‌روند.^{۳۲}

بیش از هر زمان دیگری، تلفات مربوط به بیش‌مصرفی‌های (اوردوز) کشنده در ایالات متحده رو به افزایش است و بالاترین نرخ رشد مرگ و میر ناشی از بیش‌مصرفی برای سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۶ به ثبت رسیده است. در سال ۲۰۱۶، حدود ۶۳۶۳۲ نفر در امریکا به دلیل بیش‌مصرفی مواد مخدر جان خود را از دست داده‌اند که با ۲۱/۴ درصد افزایش نسبت به سال پیش از خود، به بالاترین میزان ثبت شده رسیده است. این افزایش، عمدتاً مربوط به مرگ‌هایی است که در نتیجه استفاده از اپیوئیدهای صنعتی به جز متادون (از جمله فنتانیل، مشتقات فنتانیل و ترامادول) رخ دادند که سبب شده دستکم ۱۹۴۱۳ مورد به تعداد بیش‌مصرفی‌های کشنده افزوده شود؛ این میزان ۱۰۳ درصد افزایش (بیش از دو برابر) به نسبت سال ۲۰۱۵ را نشان می‌دهد که به نظر می‌رسد ادامه دهنده‌ی روند صعودی‌ای باشد که از سال ۲۰۱۲ آغاز شده است؛ از آن زمان به این سو، میزان مرگ و میر ناشی از مصرف پیوئیدهای صنعتی به جز متادون، بیش از ده برابر در مردان و پنج برابر در زنان شده است.

^{۳۱} Kenneth D. Kochanek and others, Mortality in the United States, ۲۰۱۶. National Center for Health Statistics Data Brief No. ۲۹۳, December ۲۰۱۷. Centers for Disease Control and Prevention.

^{۳۲} Deborah Dowell and others, "Contribution of opioid-involved poisoning to the change in life expectancy in the United States, ۲۰۰۰-۲۰۱۵", JAMA. vol. ۳۱۸, No. ۱۱ (۲۰۱۷), pp. ۱۰۶۵-۱۰۶۷.



در سال ۲۰۱۶، برای نخستین بار، مرگ و میز ناشی از مصرف اپیوئیدهای صنعتی به جز متادون، از مجموع تلفات مربوط به مصرف هروئین و تلفات مربوط به اپیوئیدهای طبیعی و نیمه صنعتی (از جمله مورفین، کدئین، هیدروکدون و اوکسی کدون) گذر کرد. از سال ۲۰۱۵ تا سال ۲۰۱۶، بروز بیش مصرفی‌های کشنده‌ی ناشی از مصرف هروئین تا ۱۹ درصد افزایش یافته است. از سال ۱۹۹۹، مرگ و میر ناشی از مصرف هروئین، در زنان بیش از دوازده بار افزایش یافته و در مردان نیز هفت برابر بیشتر شده است.^{۳۳} این آمارها و داده‌ها مطابق با افزایش ۱۵۰ درصدی مصرف هروئین در زنان و ۷۹ درصدی در مردان است که از بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۴ تا بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۱۵ اتفاق افتاده است.^{۳۵}

بدون در نظر گرفتن مرگ‌ها یا تلفات مربوط به اپیوئیدهای صنعتی (از جمله فنتانیل)، تلفات ناشی از مصرف هروئین، کوکائین، مت‌آمفتامین، از سال ۲۰۱۳ به این سو، ثابت باقی مانده است. بیش مصرفی‌های کشنده در بریتانیا، کلمبیا، کانادا در سال ۲۰۱۷ به بالاترین میزان خود رسیده و روند افزایشی آن که از سال ۲۰۱۲ با شیب بسیار تندی آغاز شده است، کماکان ادامه دارد.

این افزایش، بیشتر در ارتباط با مصرف فنتانیل و مشتقات آن است (چه به صورت مصرف مفرد یا با ترکیب سایر مخدرها)، به این صورت که میزان بیش مصرفی‌های کشنده‌ی این مواد در سال ۲۰۱۲، تنها ۴ درصد بوده ولیکن در سال ۲۰۱۷، موارد بیش مصرفی‌های کشنده‌ی آن به ۸۱ درصد رسیده است.

تنها از سال ۲۰۱۶ تا سال ۲۰۱۷، تعداد بیش مصرفی‌های کشنده که در آن وجود فنتانیل مشخص شده است، ۷۳ درصد افزایش داشت. با اینحال، تعداد بیش مصرفی‌های کشنده که در آن مصرف فنتانیل شناسایی

^{۳۳} Holly Hedegaard, Margaret Warner and Arialdi M. Miniño, "Drug overdose deaths in the United States, ۱۹۹۹-۲۰۱۶", NCHS Data Brief, No. ۲۹۴ (December ۲۰۱۷).

^{۳۴} Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Health Statistics, CDC WONDER. Available at <https://wonder.cdc.gov/>.

^{۳۵} United States, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States; Results from the ۲۰۱۵ Survey on Drug Use and Health, HHS Publication No. SMA ۱۶-۴۹۸۴, NSDUH Series H-۵۱ (Rockville, Maryland, ۲۰۱۶).

نشد، برای دوره‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۷، تقریباً ثابت باقیمانده است.^{۳۷۳۶} به استثنای کشور استونی که در آن برای مدت زمان ۱۵ سال، فنتانیل بر بازار مصرف اپیوئیدها مسلط است، در سایر کشورها فنتانیل هنوز معضل گسترده‌ای محسوب نمی‌شود. در اروپا، بیش‌مصرفی‌های کشنده برای سومین سال پیاپی، با ۸۴۴۱ مورد به بالاترین میزان خود از سال ۲۰۱۵ (سالی که آخرین داده‌های موجود در دسترس قرار گرفتند) رسید. به دلیل آنکه اپیوئیدها (عمدتاً هروئین) در ۷۹ درصد موارد وقوع بیش‌مصرفی در سال ۲۰۱۵ نقش داشتند، تلفات ناشی از مصرف اپیوئیدها علت اصلی‌رشد افزایش کلی این مرگ‌ها محسوب می‌شوند.

در کشورهای نظیر آلمان، لیتوانی، هلند، اسپانیا، سوئد و بریتانیا، افزایش بیش‌مصرفی‌های کشنده گزارش شده‌اند.^{۳۸} بریتانیا بالاترین آمار مربوط به بروز بیش‌مصرفی‌های کشنده در اروپا را گزارش داده است که تقریباً یک سوم (۳۱ درصد) از آمار مجموع را شامل می‌شود.^{۳۹} در انگلستان و ولز،^{۴۰} تعداد موارد ثبت شده‌ی سوءمصرف مخدرها کهدر سال ۲۰۱۶ منجر به مرگ شده است، چه برای مردان و چه برای زنان، به بالاترین حد خود از زمان شروع به آماربرداری از سال ۱۹۹۳ رسیده است: ۲۵۹۳ مورد مگر ناشی از سوءمصرف مواد مخدر، عمدتاً به دلیل مصرف هروئین و یا مورفین ثبت شده است.^{۴۱} در استرالیا، از سال ۲۰۱۱ روند افزایشی محسوسی در نرخ تلفات ناشی از مصرف مواد مخدر (علل مستقیم بروز مرگ بواسطه مصرف مخدر) آغاز شده است که با ۱۸۰۸ مورد، در سال ۲۰۱۶ به بالاترین میزان خود رسیده است.

^{۳۶} Canada, British Columbia Coroners' Service, "Illicit drug overdose deaths in B.C. January ۱, ۲۰۰۸–February ۲۸, ۲۰۱۸" (Burnaby, British Columbia, Office of the Chief Coroner, ۵ April ۲۰۱۸).

^{۳۷} Canada, British Columbia Coroners' Service, "Fentanyl detected illicit drug overdose deaths. January ۱, ۲۰۱۲– December ۳۱, ۲۰۱۷" (Burnaby, British Columbia, Office of the Chief Coroner, ۳۱ January ۲۰۱۸).

^{۳۸} EMCDDA, European Drug Report ۲۰۱۷: Trends and Developments, (Luxembourg, Publications Office of the European Union, ۲۰۱۷).

^{۳۹} Ibid.

^{۴۰} The definition of a drug misuse death is either a death where the underlying cause is drug abuse or drug dependence or a death where the underlying cause is drug poisoning and where any substance controlled under the United Kingdom Misuse of Drugs Act ۱۹۷۱ is involved.

^{۴۱} United Kingdom, Office for National Statistics, "Deaths related to drug poisoning in England and Wales: ۲۰۱۶

registrations", Statistical Bulletin (August ۲۰۱۷).



اکثر این تلفات ناشی از بیش‌مصرفی‌های تصادفی یا غیرعامدانه است (۷۱ درصد)، که پس از آن بیش‌مصرفی‌های عامدانه به قصد خودکشی دومین عامل تشکیل‌دهنده‌ی مرگ و میر هستند (۲۳ درصد) و سایر علل دیگر مانند عوارض مزمن مصرف مواد مخدر یا مرگ‌هایی که چرایی وقوع آنها نامشخص است (۶ درصد) در مراتب بعدی قرار دارند. اغلب این مرگ و میرها مرتبط با مصرف بنزودیازپین‌ها و اوکسی‌کودون برای مقاصد غیرپزشکی است که هر دو در زمره‌ی اپیوئیدهای تجویزی و داروئی به شمار می‌روند و به ترتیب برای تسکین اضطراب و درد به کار می‌روند. مرگ و میر ناشی از مصرف مخدرهای ممنوعه نیز رو به افزایش گذاشته است، که در این میان، تلفات ناشی از مصرف محرک‌ها (از جمله مت‌آمفتامین و مت‌آمفتامین کریستال) از سال ۱۹۹۹ به این سو، چهار برابر شده است.^{۴۲}

علل تلفات و مرگ و میرهای زودرس قابل انتساب به مصرف مواد مخدر: مطالعات سال ۲۰۱۶ مرکز

مطالعات جهانی بیماری

مطالعات سال ۲۰۱۶ مرکز مطالعات جهانی بیماری،^{*} تخمین می‌زند که در سرتاسر جهان، ۴۵۲۰۰۰ مورد (کمینه-ی تخمین برابر با ۴۲۰۰۰۰ تا بیشینه‌ی آن ۴۸۷۰۰۰ مورد) از مرگ‌های سال ۲۰۱۶ مربوط به مصرف مواد مخدر باشد (به عبارتی ۰/۸۳ درصد علت موارد فوتی در سال ۲۰۱۶). تقریباً سه چهارم (۷۴ درصد) این مرگ و میر در آقایان اتفاق افتاده است. ویروس هپاتیت C که می‌تواند باعث ابتلا به سرطانی کبد یا سیروز کبدی شود، بیشترین سهم را در ایجاد این تلفات داشته است (۴۵ درصد).

در سطح جهان، مرگ و میر منتسب به مصرف مواد مخدر، در مجموعه منتج به از دست رفتن قریب به ۱۶/۸ میلیون (کمینه‌ی آن ۱۵/۵ سال و بیشینه‌ی آن ۱۸/۲ میلیون) سال زندگی از دست رفته به واسطه بروز مرگ‌های زودرس در سال ۲۰۱۶ شده است.^{**} این مساله حاکی از آن است که یک انسان که به واسطه-ی مصرف مواد مخدر دچار مرگ زودرس می‌شود، به طور میانگین ۳۷ سال از زندگی خود را از دست می-

^{۴۲} Australian Bureau of Statistics, "Causes of death, Australia, ۲۰۱۶", No. ۳۳۰۳,۰, ۲۷ September ۲۰۱۷. Available at www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/۳۳۰۳,۰.

دهد. این آمار نشاندهنده‌ی این مساله است که مرگ‌های زودرس ناشی از مصرف مواد مخدر، اغلب اوقات در سنین پایین جوانی رخ می‌دهند.

مرگ‌های مربوط به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر (به طور عمده بروز حالت بیش‌مصرفی یا اوردوز) در سنین پایین جوانی (۳۰ تا ۳۴ سال) رخ می‌دهند، در حالی که مرگ‌هایی ناشی از عدم درمان موفق بیماری‌هایی نظیر ابتلا به ویروس هپاتیت C، در سنین بالاتر مشاهده می‌شود (۵۵ تا ۵۹ سال).

* Emmanuela Gakidou and others, “Global, regional, and national comparative risk assessment of ۸۴ behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, ۱۹۹۰–۲۰۱۶: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study ۲۰۱۶”, *The Lancet*, vol. ۳۹۰, No. ۱۰۱۰۰ (۲۰۱۷), pp. ۱۳۴۵–۱۴۲۲.

** Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease Data.

تجربه‌ی شخصی بیش‌مصرفی مساله‌ای شایع است

اساساً موارد غیرکشنده‌ی بیش‌مصرفی، رقم بالاتری به نسبت انواع کشنده‌ی آن دارد و بسیاری از مصرف‌کنندگان مواد مخدر شخصاً تجربه‌ی بروز این حالت را داشته‌اند. حالت‌های کشنده‌ی بیش‌مصرفی بخش کوچکی از تمامی موارد بروز این حالت را شامل می‌شود، به عبارت دیگر، تعداد موارد بیش‌مصرفی کشنده تنها ۲ الی ۴ درصد از تمامی موارد را شامل می‌شود.^{۴۳}

بر مبنای یک بازبینی نظامند از گزارش‌های منتشر شده در سطح جهان،^{۴۴} تقریباً نیمی (۴۷ درصد) با کمینه-ی ۱۷ درصد تا بیشینه‌ی ۶۸ درصد از مصرف‌کنندگان، گزارش داده‌اند که دستکم یکبار در طول زندگی خود، بروز حالت بیش‌مصرفی را تجربه کرده‌اند. تقریباً یک ششم (۱۷ درصد) با کمینه‌ی ۴ درصد تا بیشینه-

^{۴۳} Shane Darke, Richard P. Mattick and Louisa Degenhardt, “The ratio of non-fatal to fatal heroin overdose”, *Addiction*, vol. ۹۸, No. ۸ (۲۰۰۳), pp. ۱۱۶۹–۱۱۷۱.

^{۴۴} Among the ۴۳ separate studies, ۶ studies were among users of any substance, while the vast majority of the studies were among heroin, “crack” and/or cocaine users (۲۱ studies), or among people who inject drugs (۱۶ studies).

ی ۳۸ درصد) افراد فوق، دستکم در طول یک سال منتهی به انجام تحقیقات، تجربه‌ی بروز حالت بیش-مصرفی غیرکشنده را داشتند.^{۴۵}

ریسک و خطر بروز حالت بیش‌مصرفی تا حدی مربوط به نحوه‌ی مدیریت مصرف مواد مخدر می‌باشد، بدین صورت که در مقایسه با راه‌هایی همچون قورت دادن، استعمال دخانی یا استنشاق مخدرها، بیشترین احتمال بروز بیش‌مصرفی مربوط به تزریق این مواد است.^{۴۶}

مصرف ترکیبی برخی از مخدرها خطر بروز بیش‌مصرفی را افزایش می‌دهد؛ به طور خاص مصرف هروئین در ترکیب با برخی مواد دژم‌ساز نظیر الکل یا بنزودیازپین‌ها سبب بروز بیش‌مصرفی می‌شود.^{۴۷} در مصرف-کنندگان اپیوئید که پس از یک دوره پرهیز، دوباره شروع به مصرف مخدر می‌کنند، مانند آغاز و رها کردن دوره‌ی مراقبت و درمان ترک اعتیاد یا مصرف دوباره پس از آزاد شدن از زندان، سبب می‌شود که با پایین آمدن آستانه‌ی تحمل اپیوئید، خطر بروز بیش‌مصرفی افزایش چشمگیر بیابد.^{۴۸}

بیش‌مصرفی‌های غیرکشنده می‌توانند مشکلات بهداشتی قابل توجهی مانند تجزیه بافت عضلانی، نارسایی کلیه، مشکلات قلبی، تشنج، آسیب-های عصبی و اختلال شناختی در افراد بوجود بیاورند.^{۴۹} به نظر می‌رسد که تجربه بروز حالت بیش‌مصرفی غیرکشنده، می‌تواند متعاقباً در ارتباط با بروز حالت کشنده‌ی آن باشد و خطر نوع کشنده آن با بروز حالت-

^{۴۵} Silvia S. Martins and others, "Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature", American Journal of Public Health, vol. ۱۰۵, No. ۱۱ (۲۰۱۵), pp. e۲۹-e۴۹.

^{۴۶} M. Teresa Brugal and others, "Factors associated with nonfatal heroin overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration", Addiction, vol. ۹۷, No. ۳ (۲۰۰۲), pp. ۳۱۹-۳۲۷.

^{۴۷} UNODC and WHO, "Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality", Discussion paper, UNODC/WHO ۲۰۱۳ (June ۲۰۱۳).

^{۴۸} WHO, Preventing Overdose Deaths in the Criminal Justice System (Copenhagen, ۲۰۱۴).

^{۴۹} John Strang and others, "Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study", British Medical Journal, vol. ۳۲۶, No. ۷۲۹۶ (۲۰۰۳), pp. ۹۵۹ and ۹۶۰.

^{۵۰} Matthew Warner-Smith and others, "Heroin overdose: causes and consequences", Addiction, vol. ۹۶, No. ۸ (۲۰۰۱), pp. ۱۱۱۳-۱۱۲۵.

های غیرکشنده‌ی پیشین افزایش می‌یابد.^{۵۲۵۱} شناسایی زود هنگام احتمال بروز بیش‌مصرفی و مدیریت آن برای جلوگیری از وقوع بیش‌مصرفی کشنده بسیار حیاتی است.

بخش قابل توجهی از افرادی که هروئین یا کوکائین مصرف می‌کنند و یا آنکه مواد مخدر را به روش تزریق مصرف می‌کنند (سه چهارم این افراد)، گفته‌اند که تجربه‌ی مشاهده‌ی بروز بیش‌مصرفی را داشته‌اند (از جمله مواردی که موجب مرگ شده است).^{۵۳} این بدان معناست که افراد مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر می‌توانند در مواردی که حالت بیش‌مصرفی بر کسی عارض شد، سریعاً اقدام کرده و بتوانند بر پیامد آن اثر بگذارند، به عنوان مثال در مواردی که بیش‌مصرفی به واسطه مصرف اپیوئیدها است با استعمال نالوکسان آن را کنترل کنند.

در طی بیست سال گذشته، برنامه‌ای تحت عنوان «نالوکسان خانگی» در برخی کشورها اجرا شده است که طی آن نحوه استفاده از نالوکسان و مدیریت حالت‌های بیش‌مصرفی آموزش داده شده و به مصرف‌کنندگان اپیوئیدها یا اطرافیان آنها، بسته‌های کوچک امدادی نالوکسان اهدا می‌شود. اگر در موارد بروز بیش‌مصرفی به سرعت اقدامات و تدابیر احتیاطی انجام شود، مثلاً توسط اطرافیان فرد نالوکسان استعمال شود، بیش‌مصرفی‌های ناشی از اپیوئیدها برگشت‌پذیر هستند.^{۵۷۵۶۵۵۵۴}

^{۵۱} Mark A. Stoové, Paul M. Dietze and Damien Jolley, "Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data", *Drug and Alcohol Review*, vol. ۲۸, No. ۴ (۲۰۰۹), pp. ۳۴۷-۳۵۲.

^{۵۲} Alexander Caudarella and others, "Non-fatal overdose as a risk factor for subsequent fatal overdose among people who inject drugs", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. ۱۶۲ (۲۰۱۶), pp. ۵۱-۵۵.

^{۵۳} Silvia S. Martins and others, "Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature", *American Journal of Public Health*, vol. ۱۰۵, No. ۱۱ (۲۰۱۵), pp. e۴۹-e۴۹.

^{۵۴} John Strang and Rebecca McDonald, eds., *Preventing Opioid Overdose Deaths with Take-home Naloxone*, Insights Series No. ۲۰ (Luxembourg, EMCDDA, ۲۰۱۶).

^{۵۵} WHO, *Community Management of Opioid Overdose* (Geneva, ۲۰۱۴).

^{۵۶} EMCDDA, *Preventing Fatal Overdoses: A Systematic Review of the Effectiveness of Take-home Naloxone*, EMCDDA Papers (Luxembourg, Publications Office of the European Union, ۲۰۱۵).

^{۵۷} Alexander Y. Walley and others, "Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis", *BMJ*, vol. ۳۴۶ (۲۰۱۳), pp. ۱-۱۳.

ج. گستره‌ی توزیع مواد مخدر

کاشت و تولید مواد مخدر

شاه‌دانه، کماکان به عنوان رایج‌ترین مخدر قاچاق تولید شده در سطح جهان محسوب می‌شود

افزون بر اینکه شاه‌دانه رایج‌ترین مخدر مصرفی در جهان است، بیشترین مخدر تولید شده نیز کماکان مربوط به همین ماده می‌شود. طی بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶، دفتر مقابل‌بامواد مخدر و جرم‌سازمان ملل متحد کاشت مستقیم یا غیرمستقیم شاه‌دانه را در ۱۴۵ کشور، از تمامی مناطق جغرافیایی، گزارش کرده است. این ۱۴۵ کشور، دارای ۹۴ درصد از جمعیت کل جهان هستند، همچنین این تعداد، بیش از دو برابر بیشتر از تعداد کشورهایی است که کاشت بوته‌ی تریاک را گزارش داده‌اند.

کاشت بوته‌ی خشخاش و نیز بوته‌ی کوکا، افزایشی شدید از خود نشان می‌دهند

با ۳۷ درصد افزایش به نسب سال پیش از خود، مساحت کل زمین‌هایی که تحت کاشت بوته‌ی خشخاش قرار دارند، با دو برابر افزایش به نسبت سال ۲۰۰۶، به رقم ۴۱۸۰۰۰ هکتار در سال ۲۰۱۷ رسید. این مساله، در درجه اول مربوط به افزایش سطح زمین‌های زیرکشت بوته‌ی خشخاش در افغانستان است که به تنهایی ۸۶ درصد از تولید جهانی تریاک در سال ۲۰۱۷ را به خود اختصاص می‌دهد.^{۵۸}

برای توجیه چرایی افزایش کشت خشخاش در افغانستان نمی‌توان صرفاً یک دلیل مطرح کرد بلکه مجموعه‌ای از علل و شرایط پیچیده و جغرافیایی متعدد سبب می‌شود که کشاورزان افغانستانی تصمیم به کاشت بوته‌ی خشخاش بگیرند. ترکیبی از حوادث مختلف از جمله عدم ثبات سیاسی، فساد و نبود کنترل دولتی و امنیت سبب بروز چالش‌هایی در برابر حاکمیت قانون در افغانستان شده است. دولت افغانستان با تمرکز بر

^{۵۸} For a detailed discussion on the opioid market, see booklet ۳.

رسیدگی به مسائل ضدامنیتی در شهرها و مراکز پرجمعیت، تقریباً کشاورزان افغانستانی را در مناطق روستایی در وضعیت آسیب‌پذیری قرار داده است. همچنین، کاهش کمک‌های بین‌المللی ممکن است بر وضعیت اجتماعی و اقتصادی و فرصت‌های توسعه در مناطق روستایی اثر منفی گذاشته باشد. بر خلاف افغانستان، میانمار با ۵ درصد تولید جهانی تریاک در سال ۲۰۱۷، روند کاهشی در میزان کاشت و تولید بوته‌ی خشخاش را گزارش داده است. زمین‌های زیر کشت بوته کوکا (کوکائین) که تقریباً نیمی از مساحت اختصاص یافته به کاشت تریاک است. کاشت جهانی بوته‌ی کوکا، که در بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ تا ۴۵ درصد کاهش یافته بود، از سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۶ تا ۷۶ درصد افزایش یافته است.^{۵۹}

حجم کاشت بوته‌ی کوکا به سطح کاشت خود در سال ۲۰۰۱ رسیده است و تنها اندکی (۴ درصد کمتر) از بالاترین حد خود در سال ۲۰۰۰ کمتر است. این کاهش و متعاقب آن افزایش در تولید کوکا، در درجه نخست به علت تغییر در حجم کاشت بوته‌ی کوکا در کلمبیا است؛ علیرغم این مساله، گفتنی است که افزایش کاشت بوته‌ی کوکا در هر سه کشور تولیدکننده‌ی کوکائین یعنی بولیوی، کلمبیا و پرو به افزایش بوده است که سبب شده میزان مساحت زمین‌های اختصاص یافته شده به کاشت بوته‌ی کوکا در سال ۲۰۱۶ تا ۳۶ درصد افزایش یابد.

تولید تریاک به بالاترین میزان خود از زمانی رسیده است که نظارت دفتر مقابله با مواد مخدر سازمان ملل شروع شده است و تولید کوکائین نیز به بالاترین میزان خود رسیده است

در سال ۲۰۱۷، تخمین زده می‌شود که با ۱۰۵۰۰ تن، تولید جهانی تریاک، 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 سالانه‌ی میزان تولید جهانی تریاک نموده است.^{۶۰} تنها طی سال‌های ۲۰۱۶ تا ۲۰۱۷، تولید جهانی

^{۵۹} The latest data available on coca bush cultivation are from ۲۰۱۶.

^{۶۰} Estimates available on opium production in the literature for the early decades of the twentieth century show far higher levels of opium production up to the mid-۱۹۳۰s than in the recent past (see UNODC, A Century of International Drug Control, ۲۰۰۹); however, those earlier estimates were based on different methodologies (such as payments of taxes and other levies by opium farmers) and are not fully comparable with the data presented in the present report, which are largely based on remote sensing and yield surveys (see the online methodological annex for details).



ترياک، ۶۵ درصد افزايش يافته است (و به نسبت سال ۲۰۱۵، افزايشی ۱۲۰ درصدی داشته است) که با بسيار بيشتر از ميزان افزايش سطح زمين‌های زيرکشت بوته‌ی خشخاش است.^{۶۱} چنين افزايشی، عمدتاً به دليل افزايش تدريجي سطح زمين‌های زير کشت بوته‌ی خشخاش در افغانستان است که طی چند سال گذشته شروع به بهبود زمين‌های زير کشت نموده‌اند.

با سير نزولی تجربه شده در بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۳، توليد جهانی کوكائين، تنها از سال ۲۰۱۳ تا سال ۲۰۱۶، ۵۶ درصد افزايش يافته است.^{۶۲} توليد ماده‌ی اوليه کوكائين در سال ۲۰۱۶ به ۱۴۱۰ تن رسيده است (با خلوص صد در صد) که بيشترين ميزانی است که تا به امروز برآورد می‌شده است و نشان‌دهنده‌ی ۲۵ درصد افزايش در توليد جهانی کوكائين به نسبت سال پيش از خوداست. بيشترين ميزان در توليد بالقوه‌ی کوكائين (۳۴ درصد) در سال ۲۰۱۶ توسط کلمبيا گزارش شد که معادل با ۶۰ درصد توليد جهانی آن است.

کشفیات مواد مخدر

فراوانی، سطح و بافتار کشفیات مواد مخدر می‌تواند به انحاء مختلف مورد بررسی و آناليز قرار بگيرد؛ چه از منظر حجم مواد مخدر کشف شده (بر اساس وزن) و يا بر مبنای تعداد موارد کشف شده. حجم و ميزان کشفیات مواد مخدر، نه یک شاخص مستقيم از قاچاق مواد مخدر محسوب می‌شود و نه نشان‌دهنده‌ی ظرفيت و اولويت‌های نيروهای انتظامی است. با اينحال، تغيير در تعداد موارد مربوط به کشفیات مواد مخدر و حجم مخدرهای ضبط شده، اگر توأمان در نظر گرفته شود و به مساله تغييرات قيمتی آنها نیز توجه شود، می‌تواند عاملی برای شناخت روند و زمينه‌های توزيع مواد مخدر باشد و چالش‌های پيش‌روی فعاليت‌های انتظامی و استراتژی‌های قاچاق مواد مخدر را آشکار سازد.

^{۶۱} To estimate opium production, the area under opium poppy cultivation is multiplied by the respective opium yield per hectare in each region.

^{۶۲} The Single Convention on Narcotic Drugs of ۱۹۶۱ refers to production of a substance, such as opium, where no further processing takes place, and the manufacture of substance, such as cocaine, where processing in laboratories is required.

به عنوان مثال، بر اساس یک پژوهش که به تازگی در استرالیا انجام شده است، برای اغلب مخدرها (به طور ویژه کوکائین و محرک‌های نوع آمفتامین) افزایش در فراوانی کشفیات و حجم محموله‌های ردیابی شده، در درجه‌ی نخست نشان‌دهنده تغییر در روندهای توزیع است؛ این افزایش‌ها متعاقباً نشان‌دهنده‌ی افزایش در قاچاق خرد، افزایش بازداشتی‌های جرایم مرتبط با مواد مخدر و افزایش مصرف مواد مخدر نیز است.^{۶۳}

شاه‌دانه کماکان به عنوان رایج‌ترین مخدر کشف شده در سطح جهانی محسوب می‌شود که پس از آن کوکا و مخدرهای نوع کوکائین قرار دارند

در سال ۲۰۱۶، شاه‌دانه بیشتر میزان کشفیات مواد مخدر در سطح جهان را به خود اختصاص داد که پس از آن کوکا و مخدرهای نوع کوکائین، اپیوئیدها، مخدرهای روانگردان جدید و محرک‌های صنعتی جدید (عمدتاً مت‌آمفتامین) قرار دارند. بیشترین میزان از اپیوئیدهای کشف شده در سال ۲۰۱۶، محموله‌های تریاک بوده است.

با اینحال، زمانی که با هروئین برابر شود، بیشترین میزان اپیوئیدهای کشف شده مربوط به هروئین است که پس از آن اپیوئیدهای دارویی قرار دارند.^{۶۴} درخصوص کشفیات اپیوئیدهای دارویی، بیشترین میزان مربوط به ترامادول است که تحت ممنوعیت بین‌المللی قرار ندارد و پس از آن کودئین، اوکسی‌کودون و فنتانیل قرار دارند. فنتانیل و مشتقات آن می‌توانند ۱۰۰ تا ۱۰۰۰۰ هزار بار قوی‌تر از مورفین باشند، به همین سبب، حتی مقادیر بسیار ناچیز آن دوز بسیار بالایی می‌تواند ایجاد کند. در صورتی که از منظر میزان دوز طبقه بشود، فنتانیل و مشتقات آن بالاترین میزان کشفیات مربوط به اپیوئیدهای دارویی در سال ۲۰۱۶ را به خود اختصاص می‌دهند.^{۶۵}

^{۶۳} Wai-Yin Wan, Don Weatherburn, Grand Wardlaw, Vsailis Sarafidis, Grant Sara, "Do drug seizures predict drug-related emergency department presentations or arrests for drug use and possession?", *International Journal of Drug Policy*, ۲۷ (۲۰۱۶), pp. ۷۴-۸۱.

^{۶۴} ۱۰ kg of opium is equivalent to ۱ kg of heroin.

^{۶۵} See the online methodological annex for detailed calculations of the quantities seized as expressed in estimated number of doses.



برای نخستین بار، بیشترین کشف مربوط به مواد روانگردان‌های جدید در سال ۲۰۱۶، کراتوم بوده است (میتراگینا اسپکیوسا یا روناس) که هم دارای خواص اپیوئیدها است و هم اثر شبه‌محرک دارد؛ پس از آن، دومین میزان کشفیات مربوط به روانگردان‌های جدید گیاهی مربوط به محرک گیاهی قات است.

از مجموع کل مسکن‌ها و آرامش‌بخش‌هایی که در سال ۲۰۱۶ کشف و ضبط شده‌اند، بیشترین میزان کشفیات مربوط به متاکوالون است که پس از آن بنزودیازپین‌ها قرار دارند، در حالی که حجم کشفیات مربوط به باربیتورات‌ها کماکان ناچیز باقی مانده است. در سال ۲۰۱۶ نیز، کماکان بیشترین میزان کشفیات مربوط به مخدرهای توهم‌زاها مربوط به اسیدلایزرژیک‌دی‌اتیل‌آمید (ال‌اس‌دی) بوده است.

حجم کشفیات محرک‌های نوع آمفتامین، کوکائین، مخدرهای روانگردان جدید گیاهی و آرامش‌بخش‌ها افزایش قابل توجهی یافت

اگرچه در کشفیات جهانی مواد مخدر، شاه‌دانه کماکان بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است، ولیکن میزان کشف و ضبط تولیدات شاه‌دانه در سال ۲۰۱۶ تا ۱۶ درصد کاهش داشته است. این مساله، نشان‌دهنده -۲۲ درصد کاهش در حجم کشف و ضبط گیاه شاه‌دانه به رقم ۴۷۰۰ تن است (این سیر نزولی مربوط به کشورهای آفریقایی و آمریکایی است) و نیز منعکس‌کننده‌ی تنزل ۶ درصدی در کشفیات مربوط به حشیش به میزان ۱۶۰۰ تن است.

میزان کشفیات مخدرهای نوع آمفتامین در سطح جهان، با ۲۰ درصد افزایش در سال ۲۰۱۶ به ۴۱۵ تن رسیده است که بالاترین میزان ثبت شده است. میزان مت‌آمفتامین کشف و ضبط شده با ۳۵ درصد افزایش به رقم بی‌سابقه‌ی ۷۰ تن در سال ۲۰۱۶ رسیده است، حجم محموله‌های کشف‌شده‌ی اکستازی با ۳۷ درصد افزایش به ۱۴ تن رسیده است و مقادیر کشفیات مت‌آمفتامین با ۱۲ درصد افزایش، به بالاترین حد خود یعنی ۱۵۸ تن رسیده است.

به طور مشابه، با بیش از ۱۱۰۰ تن، حجم کل کشفیات جهانی کوکائین (از جمله خمیر کوکا یا مواد اولیه آن) به بالاترین میزان آن در سال ۲۰۱۶ رسیده است که این افزایش، به نسبت سال پیش از خود، رشدی بالغ بر ۲۰ درصد داشته و به نسبت سال ۲۰۱۲، ۶۰ درصد افزایش نشان می‌دهد.^{۶۶}

البته لازم به ذکر است که این مسئله بی‌ارتباط با افزایش قابل توجه میزان کاشت برگ کوکا و تولید جهانی کوکائین در سال‌های اخیر نیست. بیشترین افزایش میزان کشفیات گزارش شده در سال ۲۰۱۶ در خصوص یک مخدر خاص، مربوط به مخدرهای روانگردان گیاهی بوده است که عمدتاً ناشی از کشفیات کراتوم است که با بیش از ۴۰۰ تن، به نسبت سال پیش از خود هفت برابر شده است.

برخلاف همه موارد فوق، کشفیات و ضبط محموله‌های حاوی روانگردان‌های صنعتی جدید، به طور قابل توجهی تنزل داشته و در سال ۲۰۱۶ بیش از ۵۰ درصد کاهش یافته است که این روند نزولی به نسبت سال ۲۰۱۲، بیش از ۶۰ درصد بوده است. این کاهش، بیش از همه در خصوص مقادیر کشف شده‌ی فینتالایامین (۹۹ - درصد) و کانابینوئیدهای صنعتی خود را نشان می‌دهد که به نسبت دوره‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶، در حدود منفی ۸۷ درصد کاهش داشتند. این مسئله بیش از هر چیز مربوط به کاهش میزان کشفیات مخدرهای ترکیبی است (مخدرهای گیاهی که با کانابینوئیدهای صنعتی ترکیب می‌شوند).

میزان پیپرازینکشف و ضبط شده‌ی پایداری باقی مانده است، در حالی که مقادیر کاتیونین صنعتی، تریپتامین‌ها، کتامین و مخدرهای نوع فن‌سیکلیدینکشف شده در طول سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶ افزایش یافته‌است. مقادیر و حجم اپیوئیدهای کشف شده در سطح جهان، ۱۳ درصد افزایش در سال ۲۰۱۶ داشته است که علت اصلی آن را می‌توان در افزایش رهگیری محموله‌های افیون دانست که خود نشان‌دهنده‌ی سیر صعودی در تولید تریاک، مورفین و هروئین است. به ترتیب با افزایش ۱۲ و ۱۰ درصدی در کشفیات مربوط به تریاک (۶۵۸ تن) و هروئین (۹۱ تن)، رکورد جدیدی در ضبط محموله‌های مربوط به این مخدرها در سال ۲۰۱۶ ثبت شد، این در حالی است که حجم کل محموله‌های رهگیری شده‌ی مورفین با هفت برابر افزایش به ۶۵ تن رسید.

^{۶۶} This figure is not comparable to the estimated amount of cocaine manufactured (۱,۴۱۰ tons), as cocaine manufactured is estimated at ۱۰۰ per cent purity while cocaine seized is not adjusted for purity.



اگرچه در سال ۲۰۱۶، میزان کل اپیوئیدهای دارویی کشف شده در سراسر جهان، به نسبت بیشترین میزان خود در سال ۲۰۱۵ تا ۲۰ درصد کاهش یافته است ولیکن کماکان ۹ برابر بیشتر از بالاترین میزان کشفیات در سال ۲۰۱۲ است. افزایش تجربه شده در بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶، عمدتاً به دلیل افزایش قابل ملاحظه در مقدار ترامادول رهگیری شده و نیز افزایش کشفیات هیدروکودون، اوکسی کودون و فنتانیل بوده است.

در خصوص رهگیری محموله‌های آرامش‌بخش‌ها و مسکن‌ها در سال ۲۰۱۶، افزایشی هفت برابری گزارش شده است. این موضوع هم به سبب افزایش قابل توجه در حجم کشفیات متاکالون، بنزودیازپین‌ها و گاما-هیدروکسی بوتیریک اسید است. میزان کشفیات مربوط به مخدرهای توهم‌زا در جهان، تنها در طی سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۶، تا بیش از ۹۰ درصد کاهش داشته است و در بازه‌ی زمانی میان مدت سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶، قریب به ۷۵ درصد کاهش نشان می‌دهد که عمدتاً به دلیل سیر نزولی آن در کشورهای آمریکای شمالی است. علیرغم این، در سال ۲۰۱۶، مواد خام و اولیه مخدرهای توهم‌زا نظیر ال‌اس‌دی، بیش از دو برابر کشف شده است که بیشتر به دلیل افزایش کشفیات و ضبط محموله‌های آن در کشورهای اروپایی و مناطق آمریکای شمالی است.

روند کاهش در حجم کشفیات محموله‌های مواد مخدر ممکن است منعکس کننده‌ی تغییرات در روند قاچاق

مواد مخدر و استراتژی نیروهای انتظامی باشد

دولت‌های عضو، تنها در سال ۲۰۱۶، قریب به ۲/۵ میلیون مورد از کشف محموله‌های مواد مخدر را به دفتر مقابل بهامواد مخدر و جرم‌سازمان ملل متحد گزارش داده‌اند که این میزان در سال ۲۰۱۵، نزدیک به ۲/۴ میلیون مرود بود (که به ترتیب از سوی ۶۹ و ۶۵ کشور گزارش شده‌اند). بیش از نیمی از تمامی موارد کشف محموله‌های مواد مخدر که در سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۶ کشف شده‌اند، مربوط به شاه‌دانه (عمدتاً نیز گیاه شاه‌دانه) بوده است، در حالی که پس از آن بیشتر موارد کشف شده به محموله‌های محرک‌های نوع آمفتامین اختصاص دارد.

بررسی روندهای موجود درباره‌ی موارد کشف شده در خصوص هر یک از انواع مواد مخدر نشان می‌دهد که در طی دهه‌ی گذشته، کشفیات جهانی محموله‌های شاه‌دانه روند نزولی داشته است. بر خلاف این، فراوانی موارد کشف محرک‌های نوع آمفتامین (اغلب مت‌آمفتامین)، اپیوئیدها و مخدرهای روانگردان جدید در همین بازه‌ی زمانی افزایش یافته است. وجود چنین روندی به واسطه‌ی بررسی و آنالیز گزارش ارائه شده از سوی ۷۱ دولت نیز تایید می‌شود که برای دو بازه‌ی زمانی ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ و نیز ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶ تهیه شده‌اند. از آنجا که کشورها تمامی موارد مربوط به رهگیری محموله‌های قاچاق را گزارش نمی‌کنند، تهیه گزارش تطبیقی از روند جهانی موارد کشف محموله‌های قاچاق و حج کشفیات با مشکلاتی روبرو می‌شود.

با در نظر گرفتن جامعه‌ی نمونه‌ی کشورها که در هر دو بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ و نیز بازه‌ی زمانی ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶ تعداد موارد و میزان کشفیات محموله‌های مواد مخدر را گزارش داده‌اند (۷۱ کشور)، می‌توان اشاره داشت که تعداد موارد کشفیات محموله‌های مواد مخدر از دوره‌ی زمانی ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ تا دوره‌ی زمانی ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶، در حدود ۱۷ درصد افزایش یافته است ولیکن میزان و حجم کشفیات، تنها ۳ درصد افزایش داشته است.

میانگین وزن کشفیات مواد مخدر از تقریباً ۶ کیلوگرم در بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ به ۵ کیلوگرم در بازه‌ی زمانی ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶ کاهش یافته است. با اینحال، روند کلی کاهشی در میانگین کشفیاتی که از سوی ۷۱ کشور گزارش شده است، نشان‌دهنده انواع مخدرهای رهگیری شده نیست.

در حالیکه متوسط موارد کشف و ضبط گیاه شاهدانه، حشیش، کوکائین، مورفین، اکستازی، مخدرهای روانگردان جدیدگیاهی و مخدرهای روانگردان جدیدصنعتی از دوره سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ به دوره زمانی سال‌های ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶ کاهش داشته است، میانگین حجم کشفیات مربوط به محموله‌های گیاه شاه‌دانه، تریاک، مت‌آمفتامین، آمفتامین، ال‌اس‌دی و متاکولون افزایش یافته است.

بیشترین افزایش در تعداد موارد کشف و ضبط محموله‌های مواد مخدر، در مقایسه با مقدار پرو حجم مواد مخدر کشف شده در نتیجه، کاهش در میانگین مواد کشف شده از دوره سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ به دوره زمانی سال‌های



۲۰۱۵ و ۲۰۱۶ را می‌توان به سبب تغییر در رویه‌های قاچاق مواد مخدر و نیز نیروهای انتظامی دانست. تغییرات در استراتژی‌های نیروهای انتظامی ممکن است شامل تمرکز بر خردفروشی مواد و یا تاکید بیشتر بر انواع مواد مخدر با حجم کمتر باشد. تغییر در روند قاچاق مواد مخدر نیز ممکن است به شکل روند جاری باشد که بیشتر شامل افزایش تعداد ترانزیت مواد مخدر اما در حجم‌های کم و کوچکتر مواد باشد؛ این استراتژی که توسط باندهای قاچاق کننده‌ی مواد مخدر اتخاذ شده است، به منظور کاهش حجم از دست رفته محموله در صورت کشف به کار می‌رود (از جمله این روش‌ها استفاده از افراد پادو یا استفاده از سرویس‌های پستی به ویژه در مواردی که فروش از طریق دارکنت صورت می‌پذیرد، می‌باشد).

روند قاچاق محموله‌های کوچکتر مواد مخدر یا قاچاق مخدرهایی با خلوص بالاتر ممکن است از علل کاهش میزان کشفیات به نسبت هر مورد از کشفیات باشد، هر چند که ممکن است این مسئله به دلیل افزایش استفاده از شبکه‌های توزیع اجتماعی برای پخش مواد مخدر نیز باشد.

افزایش گزارش موارد کشف کوچکتر، ممکن است به روند نزولی میانگین اندازه‌ی کشفیات نیز منتهی شود. با اینحال، تفاوت در میانگین وزن موارد کشف شده برای انواع مختلف مواد مخدر، ضرورتاً نشاندهنده‌ی تغییر در رویه نیروهای انتظامی یا عملکرد باندهای قاچاق نیست، بلکه تفاوت‌های بسیار زیادی از نظر خلوص و قدرت مخدرهای مختلف وجود دارد. کشفیات مربوط به برخی از مخدرهای فله‌ای، از جمله روانگردان‌های جدید گیاهی (۱۳ کیلوگرم در هر مورد که عمدتاً مربوط به کشف کراتوم و قات هستند)، تریاک (۹/۵ کیلوگرم) و گیاه شاه‌دانه (۹/۲ کیلوگرم) بیشترین میانگین‌های کشف شده در هر مورد را در بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۶ را تشکیل می‌دهند.

میانگین‌میزان وزنی کشف کوکائین (۳/۴ کیلوگرم در هر مورد) رهگیری شده در بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۶، بسیار بیشتر از میانگین کشف محموله‌های مخدرهای نوع آمفتامین، مخدرهای روانگردان جدید یا هروئین است که نشان می‌دهد کوکائین معمولاً در مقدار بیشتر و حجم بزرگتری قاچاق می‌شود و به عنوان مثال در برخی موارد به وسیله زیردریایی‌ها، کشتی‌ها و یا کانتینرها جابجا می‌شود.

علیرغم این، هروئین معمولاً در مسیرهای طولانی و مختلف ترانزیت، قاچاق می‌شود تا به بازارهای مصرف برسد، موارد کشفیات هروئین (۲ کیلوگرم)، از نظر وزن بسیار کمتر از کوکائین هستند. کمترین میزان میانگین کشفیات (زیر ۱۰ کیلوگرم) که در بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۶ گزارش شده است مربوط به مخدرهای ال‌اس‌دی، بنزودیازپین‌ها، کراک کوکائین و باریتورات‌ها بوده است.

این مسئله ممکن است به دلیل فاصله‌ی نه چندان دور و نزدیکی مراکز تولید (ال‌اس‌دی، کراک کوکائین) باشد و یا آنکه از نقطه‌ای که این مخدرها به کانال‌های غیرقانونی انحراف پیدا می‌کنند تا بازارهای مصرف خود چندان فاصله‌ای نباشد (بنزودیازپین‌ها و باریتورات‌ها).

افزایش فزاینده‌ی قاچاق مواد مخدر از طریق دارکنت معضلی برای مقامات کشورها است

تحقیقات تجربی در خصوص دارکنت (قسمتی از «وب پنهان» محسوب می‌شود و حاوی اطلاعاتی است که صرفاً از طریق برخی مرورگرهای خاص قابل دسترسی است) کماکان محدود است. همانطور که در ادامه به طور خلاصه بیان خواهد شد، برخی مطالعات جدید (معمولاً از تکنیک‌های بررسی داده‌های اینترنتی استفاده می‌شود) به درک هر چه بهتر روندها و زمینه‌های داد و ستد مواد مخدر از طریق دارکنت کمک می‌کنند. این بخش به دنبال ترسیم تجربه و آگاهی عمیق نیروهای زبده‌ی پلیس در کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی است که درگیر رمزگشایی و شناسایی فعالیت‌های فروشندگان مواد مخدر و از کار انداختن وبسایت‌های داد و ستد مواد مخدر در دارکنت بودند.

دارکنت: مدل کسب و کار بازار مواد مخدر

از دارکنت برای بسیاری از فعالیت‌های غیرقانونی از جمله تجارت مواد مخدر استفاده می‌شود. در پی تحقیقات مشترکی که توسط «مرکز اروپایی نظارت بر مواد مخدر و اعتیاد» و «آژانس اتحادیه اروپا برای همکاری‌های انتظامی» انجام شد، مشخص گردید که بیش از ۶۰ درصد فهرست موجود در پنج وبسایت



بزرگ دارکنت در ماه آگوست ۲۰۱۷ به داد و ستد غیرقانونی مواد مخدر از جمله مواد شیمیایی مرتبط با مخدرها یا داروهای شیمیایی مربوط بوده است.^{۶۷} فروش غیرقانونی مخدرها به تنهایی نیمی از موارد فهرست-بندی شده را شامل می‌شد.

افرادی که تمایل دارند مخدر خود را از طریق دارکنت تهیه کنند، مشخصاً می‌بایست از طریق مرورگر خاصی تحت عنوان «تور» به وبسایت‌ها دسترسی پیدا کنند تا ماهیت حقیقی آنها پنهان بماند. استفاده از مرورگرهای خاص دارکنت، مانند «گرمز»، کاربران قادر می‌سازد که به وبسایت‌های مورد نظر خود دسترسی پیدا کنند که معمولاً در آن پرداخت‌ها توسط ارزهای دیجیتالی رمزنگاری شده نظیر بیت‌کوین انجام می‌شود.^{۶۸} بیت‌کوین‌ها می‌توانند برای خرید کالا و یا خدمت مورد استفاده قرار گرفته و یا به ارزهای ملی مختلف تبدیل شوند. اغلب مخدرهای خریداری شده از طریق این وبسایت‌ها با استفاده از سرویس‌های خدماتی پستی عمومی یا خصوصی فرستاده می‌شود و بسته‌های پستی معمولاً از طریق دفاتر پستی ناشناس و یا توسط باجه‌های خودکار پستی ارسال می‌شود که برای ارائه خدمات سلف‌سرویس پستی طراحی شده-اند.^{۶۹} مزیت اصلی این روش، ناشناس ماندن خریدار و فروشنده است چرا که برای انجام خرید و فروش، نیازی به حضور فیزیکی یکدیگر ندارند.

تجارت از طریق دارکنت سبب می‌شود برخی از مشکلات پیش‌روی فروشندگان یا خریداران که می‌بایست لزوماً در یک محل حاضر می‌شدند، حذف شود و همچنین دیگر نیازی نیست که فروشندگان، مشتریان عمده‌ی خود را برای حفظ استانداردهای بازار مواد مخدر محفوظ نگه دارند.

^{۶۷} EMCDDA and Europol, Drugs and the Darknet: Perspectives for Enforcement, Research and Policy, Joint publications series (Luxembourg, Publications Office of the European Union, ۲۰۱۷), p. ۱۵.

^{۶۸} Since the beginning of the darknet drug markets, the bitcoin has been the most popular payment currency (Martin Horton-Eddison and Matteo Di Cristofaro, "Hard interventions and innovation in crypto-drug markets: the escrow example", Policy Brief No. ۱۱ (Swansea, United Kingdom, Global Drug Policy Observatory, Swansea University, August ۲۰۱۷)), p. ۴.

^{۶۹} World Customs Organization, Illicit Trade Report ۲۰۱۵ (Brussels, December ۲۰۱۶), p. ۴۴.

با این روش‌های نوین داد و ستد اینترنتی، خریداران نیز می‌توانند بازخورد دقیقی از گفته‌های دیگر مشتریاندر مورد کیفیت محصولات فروخته شده و قابل اطمینان بودن فروشنده به دست آورند. بازارهای خرید و فروش اینترنتی معمولاً پرداخت هزینه‌های کالا را تضمین کرده و معمولاً از سیستم‌های اعتباری سپرده استفاده می‌کنند که در آنها درخواست پرداخت مبلغ کالا به صورت آنی داده می‌شود اما تا زمانی که کالا عملاً به دست خریدار برسد، نهایی ساختن پرداخت به تعویق می‌افتد.^{۷۰}

با ظهور بازارهای اینترنتی از سال ۲۰۱۰، این وبسایت‌ها نوسان‌های شدیدی داشته‌اند ولیکن اهمیت این وبسایت‌ها با شروع به کار وبسایت «راه ابریشم» در فوریه ۲۰۱۱، توجه‌ها را به خود جلب کردند.^{۷۱} این وبسایت‌ها که به عنوان بازارهای خرید مورد استفاده قرار می‌گرفتند، بسیار مشابه با وبسایت‌های عادی تجارت و داد و ستد قانونی در فضای عادی وب هستند که برای خرید و فروش خدمات و کالاهای قانونی به کار می‌روند.

عمده‌ترین تفاوت میان وبسایت‌های فعال در دارکنت با سایت‌های معمول اینترنتی، در ابزارهای خرید و فروش و قراردادهای غیرقانونی است. اصلی‌ترین تفاوت میان این دو نوع سیستم داد و ستد، استفاده از پول-های رمزنگاری شده، در بیشتر موارد بیت‌کوین، اکانت‌های سپرده‌گذاری و ظهور و ناپدید شدن سریع بازار اینترنتی است که بعضاً در ارتباط مستقیم با عملکردهای تجارت غیرقانونی است.

بر مبنای بررسی‌های دقیقی که توسط «مرکز اروپایی نظارت بر مواد مخدر و اعتیاد» و «آژانس اتحادیه اروپا برای همکاری‌های انتظامی» در خصوص ۱۰۳ بازار داد و ستد اینترنتی که از تاریخ ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۷ در دارکنت فعالیت داشتند، گفته می‌شود که این بازارها به طور میانگین، تنها برای هشت ماه فعالیت می‌کنند و در حالی که عمر اکثریت آنها به بیش از یک سال نخواهد رسید، طولانی‌ترین مدت زمان فعالیت‌تین وبسایت‌ها به طور میانگین کمتر از چهار سال است.

^{۷۰} Horton–Eddison and Di Cristofaro, “Hard interventions and innovation in crypto-drug markets”, p. ۳.

^{۷۱} EMCDDA and Europol, Drugs and the Darknet.



بازارهای اینترنتی اصلی در دارکنت در طول زمان تغییر کرده است؛ در سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۳، وبسایت «راه ابریشم»، در سال ۲۰۱۴ وبسایت «آگورا» و «ولوشن»، در سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۶ وبسایت‌های «آلفابی»، «نوکلئوس و دریم مارکت» و نیز در سال ۲۰۱۷، وبسایت «آلفابی» بر بازار مسلط بوده و هستند.

از زمان انهدام بازار آلفابی در جولای ۲۰۱۷، وبسایت دریم‌مارکت تبدیل به بازار اصلی دارکنت شده است و بازارهای جدیدی نیز رو به ظهور هستند که از آن جمله می‌توان به‌هوالهالا، راه ابریشم ۳/۱، دارکنت هیروز، لیگ، اپل‌مارکت، هاوس آو لاینز مارکت، تریدروت، وال‌استریت مارکت، آراس کلاب مارکت، زیون مارکت، اینفینایت مارکت، سی‌جی‌ام‌سی و اودابلیو مارکت‌شاره کرد.^{۷۲} همچنین، «مرکز اروپایی نظارت بر مواد مخدر و اعتیاد» و «آژانس اتحادیه اروپا برای همکاری‌های انتظامی» به بررسی علل بسته شدن ۸۹ وبسایت خرید و فروش پرداختند که از تاریخ ۲۰۱۰ تا اواخر جولای ۲۰۱۷ در سطح جهان فعالیت می‌کردند.

کارشناسان متوجه شدند «کلاهبرداری خروج» اتفاق می‌افتد به این صورت که در آن اپراتور به طور ناگهانی وبسایت‌های خود را تعطیل کرده و تمام پول‌ها را در حساب سپرده‌ای که برای تسهیل معاملات مورد استفاده قرار می‌گرفت، تخلیه می‌کند؛ این مسئله شایع‌ترین دلیل برای بسته شدن وبسایت‌ها بودند (۳۵ درصد) که پس از آن علل دیگری از جمله تعطیلی داوطلبانه (۲۷ درصد)، انهدام وبسایت توسط نیروهای انتظامی (۱۷ درصد) و هک کردن توسط اشخاص ثالث قرار دارند (۱۲ درصد).^{۷۳}

اگرچه نیروهای انتظامی مسئول بسته شدن زنجیره‌ای بسیاری از وبسایت‌های فعال در دارکنت، مابین سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۷ نیستند ولیکن مقامات امنیتی توانستند در ماه جولای سال ۲۰۱۷، به یک موفقیت بزرگ دست یابند که آن انهدام بزرگترین وبسایت داد و ستد اینترنتی مواد مخدر، «آلفابی» بود که

^{۷۲} Ibid.

^{۷۳} Ibid.

به عنوان بخشی از عملیات مشترک موسوم به عملیات بایونت توسط نیروهای کشورهای ایالات متحده، کانادا، تایلند، هلند، آژانس اتحادیه اروپا و یارهای همکاری‌های انتظامی و دیگر نیروهای پلیسی اروپایی بود.^{۷۴}

در اوایل سال ۲۰۱۷، با فهرستی بالغ بر ۳۸۰۰۰ مورد، آلفابی تقریباً ۳۰ درصد تمامی فهرست اقلام شناسایی شده در دارکنت را شامل می‌شد.^{۷۵} یک سال بعد، تعداد فهرست‌مواد مخدرهای غیرقانونی و مواد شیمیایی آلفابی، به بیش از ۲۵۰۰۰۰ مورد می‌رسد؛ افزون بر این بیش از ۱۰۰۰۰۰ مورد از اموال مسروقه و اسناد شناسایی جعلی و دستگاه‌های دسترسی، کالاهای تقلبی، نرم افزارهای مخرب و دیگر ابزارهای هک کامپیوتری، اسلحه و خدمات جعلی در آلفابی فهرست شده بودند. در زمان فعالیت، آلفابی به بیش از ۲۰۰۰۰۰ کاربر و ۴۰۰۰۰ فروشنده دست یافت.^{۷۶} تنها تا چند ماه پیش از آنکه آلفابی توسط مقامات امنیتی بسته شود، فروش روزانه این سایت در اوایل سال ۲۰۱۷ به بیش از ۶۰۰۰۰۰ یورو رسید که ۲۰۰۰۰۰ یورو بیشتر از سال پیشین بوده و تقریباً دو برابر بیشتر از بالاترین حد فروشی است که وبسایت راه ابریشم توانست در اوج فعالیت خود در تابستان ۲۰۱۳ بدان دست یابد.^{۷۷}

مقامات امنیتی در انهدام یکی دیگر بازارهای اینترنتی به هانسا نیز به توفیق دست یافتند که از آن به عنوان سومین وبسایت تبهکاری بزرگ در دارکوب نام برده می‌شود که حجم گسترده‌ای از داد و ستد مخدرها و کالاهای قاچاق را تحت پوشش قرار می‌داد.^{۷۸} در گذشته، انهدام مراکز داد و ستد عمده، تاثیر چندانی بر بازار تجارت مواد مخدر از طریق دارکنت در درازمدت ایفا نمی‌کرد. «مرکز اروپایی نظارت بر مواد مخدر و اعتیاد» و «آژانس اتحادیه اروپا برای همکاری‌های انتظامی» حدس می‌زنند که اگرچه فضای کلی موجود در داد و

^{۷۴} Europol, "Massive blow to criminal dark web activities after globally coordinated operation", Press release, ۲۰ July ۲۰۱۷.

^{۷۵} Kristy Kruithof and others, "Internet facilitated drugs trade: an analysis of the size, scope and the role of the Netherlands", Research Report Series, document No. RR- ۱۶۰۷-WODC (Santa Monica, California, Rand Corporation, ۲۰۱۶). Available at www.rand.org/.

^{۷۶} Europol, "Massive blow to criminal dark web activities...".

^{۷۷} EMCDDA and Europol, Drugs and the Darknet, p. ۴۲.

^{۷۸} Europol, "Massive blow to criminal dark web activities...".



ستد مواد مخدر در دارکنت، بواسطه ظهور سریع بازارهای جدید تقریباً پایدار باقی می ماند، ولیکن اقدام نیروهای انتظامی در انهدام و بستن برخی از وبسایت های اصلی سبب ایجاد اختلال در بازار دارکنت شد.^{۷۹} نمونه ها نشان می دهند که هم فروشندگان و هم خریداران به راحتی به دیگر مراکز و بازارهای بزرگ نقل مکان کرده و فعالیت خود را در آنجا از سر می گیرند.^{۸۰}

فهرست بزرگترین بازارهای دارکنت که توسط آژانس اتحادیه اروپا برای همکاری های انتظامی مورد بررسی واقع شدند، نشان می دهد که بالافاصله پس از انهدام بازارهای عمده ی دارکنت، فعالیت های دارکنت به سرعت کاهش یافته و قیمت ها در دیگر بازارهایی که کماکان به فعالیت خود ادامه می دهند، افزایش می - باید. ولیکن، علیرغم این مساله، قیمت ها پس از مدت کوتاهی، به روال عادی خود بازگشته و فروشندگان و خریداران نیز به بازارهای جایگزین منتقل می شوند.^{۸۱}

نظارت و بررسی بر حجم فعالیت های دارکنت نشان می دهد که آیا انهدام وبسایت های آلفابی و هانسا در جولای ۲۰۱۷، توانسته است که آثار بلند مدت بر جای بگذارد. در واقع، پس از آنکه نیروهای پلیس کنترل وبسایت هانسا را بر عهده گرفتند، کماکان تا چند روز به فعالیت آن ادامه دادند تا بتوانند در خصوص نحوه عملکرد این وبسایت و نیز اطلاعات فروشندگان و خریداران اطلاعات کسب کنند. ارزش بیت کوین تحت تاثیر بسته شدن بازارهای دارکنت قرار نگرفت. سرمایه گذاری انجام شده بر روی بازار بیت کوین بسیار بیش از بسته شدن بازارهای دارکنت بر روی ارزی این ارز رمزنگاری شده اثرگذار است.

بیت کوین کماکان به نقش اصلی خود برای انجام معاملات در بازارهای دارکنت ادامه می دهد ولیکن حجم و میزان بیت کوین تبادل شده برای معاملات غیرقانونی مواد مخدرها به نسبت حجم کل داد و ستد بیت کوئن، بسیار محدود و ناچیز به نظر می رسد. یک مطالعه جدید در خصوص بیت کوین شویی (فرآیندی همانند پول -

^{۷۹} EMCDDA and Europol, Drugs and the Darknet, p. ۱۱.

^{۸۰} Based on the findings of an international conference on joint investigations to combat drug trafficking via the virtual market (darknet) in the European Union, held in Bad Erlach, Austria, from ۱۸ to ۲۰ November ۲۰۱۵.

^{۸۱} EMCDDA and Europol, Drugs and the darknet, p. ۶۲.

شویی)، با استفاده از یک ابزار جدید تجزیه و تحلیل قانونی است که ترکیبی از داده‌های بلاچین با مجموعه داده‌های اختصاصی از آدرس بیت‌کوین است، بیان می‌کند که «بیت‌کوین غیرقانونی»، که بیشتر به معاملات در بازارهای دارکنت در ارتباط بودند (عمدتاً در سال ۲۰۱۳ برای وبسایت راه ابریشم، در سال‌های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۵ برای وبسایت آگورا و در سال ۲۰۱۶ برای وبسایت آلفابی)، فقط برای ۰/۶ درصد از تمام معاملات انجام شده در دوره سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۶ به ارزش‌های مختلف ملی مبادله می‌شده است. البته محققان همین پژوهش اذعان می‌کنند که این برآورد، احتمالاً میزان و حجم واقعی بین‌کوین شوئی را نشان نمی‌دهد و درصد واقعی آن به مراتب بیشتر خواهد بود.^{۸۲}

اهمیت کلی تجارت مواد مخدر از طریق دارکنت کماکان ناچیز است

مرکز اروپایی نظارت بر مواد مخدر و اعتیاد و آژانس اتحادیه اروپا برای همکاری‌های انتظامی تخمین می‌زنند که از تاریخ ۲۲ نوامبر ۲۰۱۱ تا ۱۶ فوریه ۲۰۱۵، تجارت مواد مخدر در ۱۶ بازار بزرگ اینترنتی دارکنت به میزان ۱۷۲/۴ میلیون یورو در سرتاسر جهان رسیده باشد (۷۹ میلیون یورو در کشورهای اتحادیه اروپا و ۹۳/۳ میلیون یورو نیز در سایر کشورها)، که معادل با ۲۲۲ میلیون دلار است یا به عبارتی دیگر سالانه ۴۴ میلیون دلار.^{۸۳}

بیشترین درآمد حاصله در اروپا، ناشی از فروش محرک‌های نوع آمفتامین (آمفتامین و اکستازی) است که پس از آن فروش شاه‌دانه، کوکائین قرار دارد، همچنین بیشترین سهم فروش و درآمد حاصله برای فروشندگانی است که در آلمان (بیش از ۲۵ میلیون یورو)، بریتانیا (۲۰ میلیون یورو) و هلند (۱۸ میلیون

^{۸۲} Yaya J. Fanusie and Tom Robinson, "Bitcoin laundering: an analysis of illicit flows into digital currency services", ۱۲ January ۲۰۱۸. Available at www.defenddemocracy.org/.

^{۸۳} EMCDDA and Europol, Drugs and the Darknet, p. ۳۰.



یورو) قرار دارند.^{۸۴} بررسی‌های انجام شده بر روی آلفابی حاکی از آن است که وبسایت پیشین در دوره‌ی زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۷ بیش از چهار سال گذشته، خرید و فروش مواد مخدر را عملیاتی می‌کرده است.^{۸۵}

در حالی که فروش انجام شده در دوره‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۷ بالغ بر ۱۶۳ میلیون یورو بوده است، که از این میان ۴۶/۴ میلیون یورو مربوط به کشورهای عضو اتحادیه اروپا و ۱۱۶/۶ میلیون یورو نیز مربوط به سایر مناطق جهان، در بازه‌ی زمانی ژانویه ۲۰۱۵ تا جولای ۲۰۱۷ است (برابر با ۶۵ میلیون یورو یا ۷۳ میلیون دلار به صورت سالانه).

با اینحال، مشخص نیست که افزایش حجم معاملات از طریق وبسایت آلفابی در دوره‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۷، در نتیجه‌ی افزایش قابلاً توجه تجارت مواد مخدر در دارکنت بوده و یا آنکه صرفاً افزایش محبوبیت این وبسایت در مقابل سایر بازارها باعث این مسئله بوده است.

مطابق پژوهشی دیگر که توسط یک موسسه تحقیقاتی اروپایی بنام RAND در سال ۲۰۱۶ انجام شد، برآورد می‌شود که درآمد و منافع حاصل از هشت بازار بزرگ اینترنتی در اوایل همین سال، دستکم رقمی مابین بالغ بر ۱۴ میلیون دلار تا ۲۵ میلیون دلار در ماه بوده است (که به صورت سالانه این میزان مابین ۱۷۰ میلیون دلار الی ۳۰۰ میلیون دلار می‌شود).^{۸۶} این ارقام بسیار بیشتر از چیزی است که توسط مطالعات مشترک مرکز اروپایی نظارت بر مواد مخدر و اعتیاد و آژانس اتحادیه اروپا برای همکاری‌های انتظامی برای دوره‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۵ تخمین زده می‌شد (۴۴ میلیون دلار در سال) که ممکن است به این دلیل باشد که بازار فعالیت‌های دارکنت رو به گسترش گذاشته است.

^{۸۴} EMCDDA and Europol, Drugs and the Darknet, p. ۴۷.

^{۸۵} Based on the application of DATACRYPTO, a web crawler, RAND Europe identified ۳۷,۸۹۶ listings on AlphaBay on ۲۲ December ۲۰۱۴; the total number of listings identified on ۱۹ cryptomarkets (mostly investigated a few months later, in ۲۰۱۵) reached a total of ۱۳۳,۰۶۱ listings; see web article “Internet-facilitated drugs trade”, available at www.rand.org.

^{۸۶} These markets were, in January–February ۲۰۱۶, AlphaBay, Nucleus, Dreammarket, Cryptomarket, Hansa, Python, French Dark Net, Dark Net Heroes League, then accounting for some ۸۰ per cent of all listings.

علیرغم این، بنابر برآوردی که توسط موسسه تحقیقاتی اروپایی RAND بیان داشته است، می‌توان اذعان داشت که فعالیت‌های جهانی دارکنت در بازار مواد مخدر در کل چیزی بیش از ۰/۱ تا ۰/۲ تمامی فعالیت‌های بازار ایالات متحده^{۸۷} و اتحادیه اروپا نخواهد شد.^{۸۸} البته می‌بایست نسبت به روش پژوهش و تحقیقاتی که توسط موسسه تحقیقاتی اروپایی RAND اعمال شده است، حساس بود. فرض این تحقیق آن است که مشتریان و خریداران مراجعه کننده به این بازارها، صرفاً مقادیر و میزان مشخص و معینی از لیست اقلام را خریداری می‌کنند که در فهرست پیشنهادی این وبسایت‌ها وجود دارد؛ به همین سبب، این مساله می‌تواند تخمین کلی میزان خرید به نسبت هر معامله و نیز درآمد کلی برآورد شده را تحت تاثیر قرار دهد.

افزون بر این‌ها، موسسه تحقیقاتی اروپایی RAND تخمین زده است که بیشترین درآمد حاصل از فعالیت‌های دارکنت در سال ۲۰۱۶ برای فروشندگان فعال در امریکای شمالی بوده است (۴۳ درصد درآمد جهانی)، که از این میان بخش قابل توجهی در ایالات متحده (۳۶ درصد از درآمد جهانی) و به میزان بسیار کمتری به فروشندگان کانادایی (۷ درصد) اختصاص دارد.

این برآورد در خصوص فروشندگان فعال در اروپا نیز در دسترس است (بیش از ۳۵ درصد از منافع حاصل در سطح جهان) که بیشترین درآمد در این منطقه به فعالیت‌های انجام شده در بریتانیا اختصاص دارد (۱۶ درصد از درآمدهای جهانی) که پس از آن آلمان (۸ درصد) و هلند (۸ درصد) قرار دارند.^{۸۹}

این سه کشور در تحقیقات انجام شده‌ی مرکز اروپایی نظارت بر مواد مخدر و اعتیاد و آژانس اتحادیه اروپا برای همکاری‌های انتظامی نیز مورد شناسایی قرار گرفتند، چرا که از دیدگاه این مراکز تحقیقاتی، تجارت

^{۸۷} The United States drug market was estimated by the Office of National Drug Control Policy at around \$1.09 billion in ۲۰۱۰ (range: \$1.1–\$1.2 billion) (Beau Kilmer and others, What America's Users Spend on Illegal Drugs: ۲۰۰۰–۲۰۱۰, Research Report Series, document No. RR-۰۳۴-ONDCP (Santa Monica, California, Rand Corporation, ۲۰۱۴)).

^{۸۸} EMCDDA estimated the European retail value of the illicit drug market was around ۲۴.۳ billion euros (range: ۲۱ billion–۳۱ billion euros) in ۲۰۱۳, equivalent to some \$۳۲ billion per year.

^{۸۹} Rand Europe, "Internet-facilitated drugs trade".

مواد مخدر در دارکنت بیشترین تاثیر خود را بر کشورهای اروپایی گذاشته است.^{۹۰} از دیگر مراکز فعالیت فروشندگان در دارکنت، مربوط به استرالیا (۱۱ درصد مجموع فروشندگان در جهان) است، در حالی که تعداد فروشندگان در دیگر کشورها تنها ۳ درصد جمعیت افراد فعال را شامل می‌شوند.

البته لازم به ذکر است که آنالیز تعداد فروشندگان، بر مبنای تعداد آدرس‌های الکترونیکی (ایمیل) است که در کنار فهرست مواد مخدر در بازارهای متعدد دارکنت قرار دارند که از آن طریق می‌توان تعداد فروشندگان در آسیا را مورد شناسایی قرار دارد که از این میان فراوانی قابل ملاحظه مربوط به چین (۹ درصد از تمامی ایمیل‌های شناسایی شده)، هند (۳ درصد) و افغانستان (۱ درصد) است.^{۹۱}

تحقیقات حاکی از آن هستند که فعالیت‌های مربوط به تجارت مواد مخدر از طریق دارکنت رو به رشد است

اطلاعات به دست آمده از نیروهای انتظامیو امنیتیچندین کشور جهان^{۹۲} و نیز تحقیقات انجام شده بر روی روندهای موجود در تقاضا و توزیع مواد مخدر نشان می‌دهند که فعالیت‌های مربوط به تجارت مواد مخدر از طریق دارکنت، طی سال‌های اخیر افزایش داشته است.^{۹۳} موسسه تحقیقاتی اروپایی RAND در تحقیقات خود متوجه شد که رشد ماهانه‌ی معاملات انجام شده در بازه‌ی زمانی اکتبر ۲۰۱۳ تا ژانویه ۲۰۱۷، بیش از ۲/۶ برابر شده است^{۹۴} و همچنین، مطابق با مطالعات مرکز اروپایی نظارت بر مواد مخدر و اعتیاد بر روی فعالیت‌های انجام شده در دارکنت نشان داده است که فروش ماهانه‌ی دارکنت از طریق وبسایت آلفابی، صرفاً از سال ۲۰۱۶ تا اوایل سال ۲۰۱۷، سه برابر شده است.^{۹۵}

^{۹۰} EMCDDA and Europol, Drugs and the Darknet, p. ۴۷.

^{۹۱} Rand Europe, "Internet-facilitated drugs trade".

^{۹۲} Europol, SOCTA ۲۰۱۷: European Union and Organised Crime Threat Assessment – Crime in the Age of Technology (The Hague, ۲۰۱۷), p. ۱۱.

^{۹۳} EMCDDA and Europol, Drugs and the Darknet, p. ۱۰.

^{۹۴} RAND Europe, "Internet-facilitated drugs trade".

^{۹۵} EMCDDA and Europol, Drugs and the Darknet, p. ۴۳.s

تا به امروز، هیچ داده و اطلاعات مشخصی در خصوص میزان و چگونگی تحول فروش مواد مخدر در دارک-نت پس از دوره‌ی توقف فعالیت‌های وبسایت‌های آلفابی و هانسا وجود ندارد. موسسه تحقیقاتی «نظرسنجی جهانی مواد مخدر» بر مبنای مدل تحقیقاتی غیرحضوری براساس مدل پژوهشی نمونه‌ای غیرمستقیم خود، از حدود ۱۰۰۰۰۰ نفر در بیش از ۵۰ کشور جهان (بیشتر از کشورهای توسعه یافته)، که خود انتخاب کردند به نظرسنجی آنلاین پاسخ دهند (و نمی‌توان بر مبنای این در خصوص مصرف‌کنندگان خارج از نظرسنجی قیاس کرد)، دریافت که سهم کاربران اینترنت که مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر هستند و مخدر مصرفی خود را از طریق دارکنت خریداری می‌کنند، از ۴/۷ درصد در سال ۲۰۱۴ به ۹/۳ درصد در ژانویه ۲۰۱۸ افزایش یافته است که رشد عملاً توسط تمامی کشورها گزارش شده است. در سال ۲۰۱۸، بیشترین سهم کاربران اینترنت که مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر نیز هستند و مخدر خود را از طریق دارکنت خریداری کرده‌اند، مربوط به کشورهای آمریکای شمالی، اقیانوسیه و اروپا بوده است.

یکی از سوالات موجود در نظرسنجی در مورد پیامدهای بسته شدن وبسایت‌هایی همچون آلفابی و هانسا نشان می‌دهد که ۱۵ درصد از کاربران اینترنت که مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر هستند و مخدر مصرفی خود را نیز از طریق دارکنت خریداری می‌کردند، پس از این اقدام فعالیت خود را کاهش داده و ۹ درصد نیز گفتند که به طور کامل استفاده از دارکنت برای خرید مواد مخدر را قطع کرده‌اند؛ این در حالی است که ۱۹ درصد اعلام کردند که تغییرات امنیتی جدیدی برای افزایش امنیت خود در زمان استفاده از دارکنت اعمال کرده‌اند. ولیکن، قابل ذکر است که بیشتر این افراد (۵۷ درصد)، اعلام کردند که تعطیلی و توقف مراکز فروش و بازارهای دارکنت هیچ تاثیری بر فعالیت آنها نداشته است.

واژه‌نامه

محرک‌های نوع آمفتامین: گروهی از روانگردان‌های صنعتی توهم‌زا 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 تریاک‌خشخاش به دست می‌آیند و شامل تریاک، مورفین و هروئین می‌شود.

اپیوئیدها: اصطلاحی است که بطور کلی به آکالوئیدهایی (ترکیبات آلی شیمیایی که دارای نیتروژن هستند) که از تریاکخشخاش (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:

شرقی:

• آفریقای

بروندی، کومور، جیبوتی، اریتره، اتیوپی، کنیا، ماداگاسکار، موریس، رواندا، سیشل، سومالی، اوگاندا و جمهوری تانزانیا

• شمال آفریقا: الجزایر، مصر، لیبی، مراکش، سودان جنوبی، سودان 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، لیبیا،

مالزی، موریتانی، نیجر، نیجریه، سائوتومه و پرنسیپ، سنگال، سیرالئون و توگو

• کارائیب: آنتیگوا و باربودا، باهاما، باربادوس، برمودا، کوبا، دومینیکا، جمهوری دومینیکن، گرانادا، 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:

برونیدارالسلام، کامبوج، چین، جمهوری دموکراتیک کره جنوبی، اندونزی، ژاپن، جمهوری دموکراتیک خلق لائوس، مالزی، مغولستان، میانمار، فیلیپین، جمهوری کره، سنگاپور، تایلند، تیمور لستو 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، لیختنشتاین، لیتوانی، لوکزامبورگ، مالت، موناکو، هلند، نروژ، لهستان، پرتغال، سنمارینو، اسلواکی، اسلوونی، اسپانیا، سوئد، سوئیس و انگلستان، بریتانیا و ایرلند شمالی

• اقیانوسیه: استرالیا، فیجی، کیریباتی، جزایر مارشال، ایالات فدرال میکرونزی، نائورو، نیوزیلند، پالاو،

پاپوآ گینه نو، ساموآ، جزایر سلیمان، تونگا، تووالو، وناواتو و جزایر کوچک.