أخر تحديث: 20 أيلول/ سبتمبر 2019

الهدف 3: ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار

الغاية 3.5: تعزيز الوقاية من إساءة استعمال المواد المخدّرة، بما في ذلك تعاطي المخدرات وتناول الكحول على نحو يضر بالصحة، وعلاج ذلك.

المؤشر 3.5.1: نطاق تغطية التدخلات العلاجية (الخدمات الدوائية والنفسانية وخدمات إعادة التأهيل والرعاية اللاحقة) لمعالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة

المعلومات المؤسسية

المنظمة الراعية:

منظمة الصحة العالمية

مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة

المفاهيم والتعاريف

التعريف:

يُعرّف نطاق تغطية التدخلات العلاجية لمعالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة بعدد الأشخاص الذين تلقوا علاجًا في خلال سنة مقسومًا على العدد الإجمالي للأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المواد المخدرة في السنة نفسها. يُصنف هذا المؤشر بحسب مجموعتين كبيرتين من المؤثرات النفسانية: (1) المخدرات و(2) الكحول وغيرها من المؤثرات النفسانية الأخرى.

كما يُصنف هذا المؤشر أيضًا بحسب نوع التدخلات العلاجية (الخدمات الدوائية والنفسانية وخدمات إعادة التأهيل والرعاية اللاحقة) كلما كان ذلك ممكنًا. ويُرفق المؤشر المقترح بمعلومات سياقية حول التغطية المتاحة، على سبيل المثال القدرة على معالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة المنتجة على المستوى العالمي لتوفير معلومات إضافية وتفسير بيانات تغطية الاتصال.

الأساس المنطقي:

وفقًا لبيانات مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية، تعاطى حوالى 271 مليون شخص تتراوح أعمارهم بين 15 و64 سنة حول العالم مخدرات غير مشروعة مرة واحدة على الأقل في العام 2017، ويشرب حوالى 2.3 مليار شخص الكحول حاليًا، ويعاني حوالى 35 مليون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المواد المخدرة و289 مليون شخص اضطرابات ناتجة عن تناول الكحول.

الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة هي أوضاع صحية تشكل عبئًا ثقيلًا على الأشخاص المتضررين وعائلاتهم ومجتمعاتهم. وقد تُرتّب الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة غير المعالجة تكاليف باهظة على المجتمع، بما في ذلك انخفاض الإنتاجية وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية والتكاليف المتعلقة بالعدالة الجنائية والرعاية الاجتماعية وغيرها من العواقب الاجتماعية الأخرى. وينطوي تعزيز الخدمات العلاجية على توفير الوصول إلى مجموعة شاملة من التدخلات القائمة على الأدلة (المنصوص عليها في المعايير والتوجيهات الدولية) ويجب أن تتوفر لكافة فئات السكان التي تحتاج إليها. ويعكس المؤشر إلى أيّ مدى تبقى التدخلات القائمة على الأدلة لمعالجة الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المواد المخدرة متوفّرة، وإلى أيّ مدى يمكن للسكان أن يصلوا إليها على المستويات القطرية والإقليمية والعالمية.

ولا يتلقّاه إلاّ عددًا محدودًا من الأشخاص الذين يعانون اضطرابات يسبّبها تعاطي المواد المخدرة علاجًا فعّالاً على الرغم من توفّره. فعلى سبيل المثال، تشير التقديرات إلى أنّه على الصعيد العالمي واحدًا من أصل سبعة أشخاص من الذين يعانون اضطرابات يسبّبها تعاطي المواد المخدرة يستطيعون الوصول إلى خدمات معالجة تعاطي المخدرات أو يوفّرونها (تقرير المخدرات العالمي لعام 2019). وأشارت بيانات نظام إنذار منظمة الصحة العالمية لربط اتّجاهات إساءة استعمال العقاقير في العام 2014 إلى أنّ 11.9 في المائة من البلدان (من أصل 103 بلد مستجيب) سجلت نسبة عالية تخطّت 40 في المائة من المدمنين على الكحول. ومؤشِّر أهداف التنمية المستدامة مهم لقياس التقدم المحرز نحو تعزيز معالجة إساءة استعمال المواد المخدّرة حول العالم على النحو المعبّر عنه في الهدف 3.5.

المفاهيم:

ينطوي المفهوم الأساسي لـ"إساءة استعمال المواد المخدّرة" في الهدف 3.5 من أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة على مؤثرات نفسانية تؤثّر في العمليات العقلية عندما تؤخذ أو تُعطى ضمن جهاز الإنسان كالوعي أو الإدراك أو العاطفة. ويتضمن مفهوم "الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة" كلا المفهومين "الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات" و"الاضطرابات الناشئة عن تعاطي الكحول" وفقًا للتصنيف الدولي للأمراض (التصنيف الدولي للأمراض–10 والتصنيف الدولي للأمراض–11).

يشير مصطلح "المخدرات" إلى المؤثرات النفسانية التي تخضع للمراقبة كما هو مقرر في ثلاث اتفاقيات لمكافحة المخدرات (1961 و1971 و1988) والمؤثرات النفسانية التي تخضع للمراقبة بموجب التشريعات الوطنية والمؤثرات النفسانية التي لا تخضع للمراقبة بموجب هذه الاتفاقيات، إلّا أنّه يمكن أن تشكل تهديدًا للصحة العامة. ويشير مصطلح "الكحول" إلى الإيثانول – مؤثر نفساني ذو خصائص مسببة للإدمان يُستهلك في المشروبات القائمة على الإيثانول أو المشروبات الكحولية.

الأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المواد المخدرة هم الأشخاص الذين يستخدمون المواد المخدّرة بشكل ضار و /أو المتضررين من إدمان المخدرات. ويُعرَف تعاطي المواد المخدّرة بشكل ضار في التصنيف الدولي للأمراض–11 بنمط تعاطي المواد المخدّرة التي سببت ضررًا للصحة البدنية والعقلية لشخص ما أو التي نتج عنها سلوك أدى إلى إلحاق الضرر بصحة آخرين. ووفقًا للتصنيف الدولي للأمراض–11، ينشأ الإدمان عن تعاطي المؤثرات النفسانية بشكل متكرر أو

مستمر. هذه الميزة هي دافع محلي قوي لتعاطي المؤثرات النفسانية، ما يتجلى في ضعف القدرة على مراقبة تعاطي المواد المخدرة وإعطاء المزيد من الأولوية لتعاطي المواد المخدرة على أنشطة أخرى واستمرار التعاطي على الرغم من الضرر أو العواقب السلبية.

معالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة: أي تدخل هيكلي يهدف لا سيما إلى أ) الحد من تعاطي المواد المخدّرة والرغبة في تعاطي المواد المخدّرة و(ب) تحسين صحة الشخص المتضرر ورفاهه وأدائه الاجتماعي و(ج) الوقاية من الأضرار المستقبلية من خلال تقليص خطر المضاعفات والانتكاسات. ويمكن أن تتضمن هذه المعالجة الدوائية والتدخلات النفسانية وإعادة التأهيل والرعاية اللاحقة. وتتضح معالم كل التدخلات القائمة على أدلة لمعالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة في الوثائق الصادرة عن منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.

تشير المعالجة الدوائية إلى التدخلات التي تتضمن تطهير الجسم من السموم والعلاج بشوابه الأفيون وبمواد مناهضة ذات المفعول الأفيوني (منظمة الصحة العالمية والمعايير الدولية لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لمعالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، 2016).

تشير التدخلات النفسية إلى البرامج التي تعالج العوامل التحفيزية والسلوكية والنفسية والاجتماعية والبيئية التي تتعلق بتعاطي المواد المخدرة والتي أثبتت أنها تؤدي إلى انخفاض تعاطي المخدرات والامتناع عن تعاطيها والوقاية من الانتكاسات. للاضطرابات المختلفة الناشئة عن تعاطي المخدرات، تدعم الأدلة المستمدة من تجارب سريرية طرائق تخطيط المعالجة والكشف والاستشارة ومجموعات دعم الأقران والعلاج السلوكي المعرفي والمقابلات التحفيزية ونهج التعزيز المجتمعي والعلاج التحفيزي والعلاج الأسري وإدارة الطوارئ والاستشارة والعلاجات ذات التوجه البصري ودعم السكن والعمالة وغيرها. (منظمة الصحة العالمية والمعايير الدولية لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لمعالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات، 2016).

تشير إعادة التأهيل والرعاية اللاحقة (إدارة التعافي والدعم الاجتماعي) إلى التدخلات التي تستند إلى الأدلة العلمية وتركز على عملية التأهيل والتعافي وإعادة الإدماج الاجتماعي المكرّسة لمعالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات.

التعليقات والقيود:

إنّ التحديين الأساسيين فيما يتعلّق باحتساب أهداف التنمية المستدامة 3.5.1 هما محدودية توفّر الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية حول تعاطي المواد المخدّرة وعدم رفع قدر كاف من التقارير بشأن التعاطي من بين المستجيبين إلى الدراسة الاستقصائية.

والبيانات التي يتم تجميعها من الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية هي أحد مصادر المعلومات حول عدد الأشخاص الذين يعانون الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدّرة. كما يتجلّى نقص في الإبلاغ عن بعض المواد المخدّرة في البلدان التي ترتبط فيها وصمة العار بالمواد المخدّرة وعندما تكون نسبة كبيرة من السكان الذين يتعاطون المخدرات أو الكحول محتجزة في

مؤسّسات خاصة أو من المشرّدين أو أنّه لا يمكن للدراسات الاستقصائية بشأن تعداد السكّان أن تصل إليها. بالإضافة إلى ذلك، تتطلب الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية بشأن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة عينة كبيرة ويمكن أن تكون مكلفة بما أنّها حالة نادرة نسبيًا. وبهدف معالجة هذه القضايا، تُستخدم نهج إضافية (كأساليب رفع المستوى) بشكل متزايد في الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية لمعالجة قضية عدم الاحتساب الدقيق. ويمكن أن تُستخدم هذه النهج بالاقتران مع دراسات خاصة و/ أو معلومات إضافية بهدف الحصول على تقديرات مقبولة عبر الأساليب غير المباشرة وعبر أساليب النقطة المرجعية/ عوامل المضاعفة أو عبر تقدير الأعداد بإعادة فحص العيّنات.

ويتم تطبيق خطوة إضافية في التحقق من البيانات وبناء قدرات البلد لرصد تغطية معالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدّرة في السنتين المقبلتين لتوليد بيانات متعمقة بشأن عيّنة أخرى من بلدان منتشرة في مناطق مختلفة من العالم نظمها الصحيّة متفاوتة المستويات. وتقوم منظمة الصحة العالمية بتطوير أداة تقييم سريع لتوليد البيانات المتعمقة. ويؤكد المؤشر على نوع الخدمات وتوفرها وتغطيتها، إلّا أنّه لا يقدّم بالضرورة المعلومات حول النوعية الفعلية للتدخلات/ الخدمات المقدّمة. ولمعالجة ذلك، يُرفق المؤشر المقترح بمعلومات سياقية حول التغطية المتاحة، على سبيل المثال القدرة على معالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدرة المنتجة على المستوى العالمي لتوفير معلومات إضافية تفسر بيانات تغطية الاتصال.

المنهجية

طريقة الاحتساب:

يُحتسب المؤشر بقسمة عدد الأشخاص الذين يتلقون الخدمات العلاجية مرة واحدة في السنة على الأقل على العدد الإجمالي للأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المواد المخدّرة في السنة نفسها.

$$Coverage_{SUD} = \frac{\text{number of people in treatment for SUD}}{\text{number of people with SUD}} X\ 100$$

$Coverage_{SUD}$	تغطية معالجة الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدّرة
number of people in treatment for SUD	عدد الأشخاص الذين يتلقون الخدمات العلاجية للاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدّرة
number of people with SUD	العدد الإجمالي للأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المواد المخدّرة

تفصيل:

نظرًا إلى أهمية السياسة، يُفصّل المؤشر لتوفير البيانات حول المخدرات والكحول. وبالإضافة إلى ذلك، يُفصّل المؤشر بما يلي بالاعتماد على توفر البيانات:

- التدخلات العلاجية (الخدمات الدوائية والنفسانية وخدمات إعادة التأهيل والرعاية اللاحقة)
- النوع الاجتماعي
- الفئات العمرية

وفيما يتعلّق بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدّرات، تؤخذ بالاعتبار الأنواع التالية من المخدرات:

- القنّب (بما في ذلك الحشيش والراتنج)،
- المواد الأفيونية (الأفيون والهيروين والمنتجات الدوائية التي تحتوي على المواد الأفيونية وغيرها من المواد الأفيونية)،
- أنواع الكوكايين،
- المنشّطات الأمفيتامينية (الأمفيتامين والميثامفيتامين والمنتجات الدوائية التي تحتوي على المنشّطات الأمفيتامينية)،
- المواد الاكستاسية،
- المنوّمات والمهدّئات،
- المهلوسات،
- المذيبات ومواد الاستنشاق،
- المؤثرات النفسانية الجديدة

معالجة القيم الناقصة:

- على مستوى البلد

للاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدّرات، تتوفّر البيانات للبلدان التي تتوفّر فيها المعلومات لبسط الكسر ومقامه. ولن تُجرى التقديرات على المستوى الوطني.

للكحول، عند غياب المعلومات حول استخدام الخدمات في بلد ما، تُستخدم نُهج عدّة لإصدار التقديرات بالاستناد إلى البيانات المتوفرة من بيانات القدرة على تقديم الخدمات السياقية في البلد وعلى المستوى الإقليمي. ولا يتوفّر الرابط بين توفّر الخدمات واستخدام الخدمات لفهم عدد الأشخاص الذين قد يستخدمون الخدمات للبلدان التي لا تتوفّر المعلومات المباشرة حول عدد الأشخاص الذين يستخدمون الخدمات.

- على المستويين الإقليمي والعالمي

يتم تجميع المجاميع الإقليمية ودون الإقليمية عندما تتوفّر البيانات الكافية على المستوى الوطني (حد أدنى من البلدان وحد أدنى من نسبة السكان المشمولين). وعندما تتوفّر البيانات، توضع التقديرات دون الإقليمية أولًا ومن ثم يتم تجميعها على المستوى الإقليمي. ويحتسب المستوى العالمي كتجميع التقديرات الإقليمية.

مصادر التباين:

نظرًا لعدم تجانس أنظمة تجميع البيانات الوطنية، يُحتمل أن يكون هناك تناقضات تتعلّق بالاختلافات بين تسجيل عدد الأشخاص الذين يتلقون الخدمات العلاجية والأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المواد المخدرة. لهذه الغاية، تم تطوير الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية مؤخرًا ليسمح للبلدان بتحديد طبيعة البيانات المبلّغ عنها وليمكن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة من الوصول إلى تقييم دقة البيانات وقابليتها للمقارنة.

وبغض النظر عن تقييم اتساق البيانات ومعالجة تناقضات البيانات من خلال استعمال مصادر إضافية، يتواصل مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة بشكل مستمر مع البلدان التي رفعت التقرير ويناقش القضايا التقنية بهدف تقليص التناقضات وعدم اتساق البيانات.

المناهج والتوجيهات المتاحة للبلدان بشأن تجميع البيانات على الصعيد الوطني:

نشر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة سلسلة من المبادئ التوجيهية المنهجية حول قضايا متعددة تتعلّق بمشكلة المخدرات تحمل عنوان "برنامج التقييم العالمي". وتتألّف المبادئ التوجيهية من 8 نماذج تغطي أوجه مختلفة لرصد حالة المخدِّرات بما في ذلك إنشاء نظم معلومات عن المخدرات وتقدير انتشار المخدرات باستخدام أساليب غير مباشرة وإنشاء نظم رصد العلاج ونظم الإبلاغ إلخ. ويمكن إيجاد النماذج على: https://www.unodc.org/unodc/en/GAP/. ويتم التخطيط لتحديث هذه المبادئ التوجيهية في المستقبل القريب.

ويخطط مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لتعزيز أدواته لبناء القدرات واستكمال أنشطة بناء القدرات كجزء من عملية استعراض الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية عن طريق:

- وحدات تدريبية للتعلم الإلكتروني تتضمن مناهج تدريبية
- وضع مبادئ وأدوات توجيهية قضايا تتعلّق بالمخدرات، بما في ذلك الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات وعلاجها
- تعزيز آليات التنسيق الوطني بشأن البيانات الخاصة بالمخدرات، بما في ذلك مراصد المخدرات الوطنية

ونشرت منظمة الصحة العالمية سلسلة من الوثائق بشأن رصد استهلاك الكحول بين السكان (الدليل الدولي لرصد استهلاك الكحول وما يتّصل به من أضرار) ووضعت نظام المعلومات العالمي بشأن الكحول والصحة الذي يوفّر الوصول إلى المؤشرات الصحية ذات الصلة بالكحول. هو أداة أساسية لتقييم ورصد الحالة الصحية والاتجاهات المتصلة باستهلاك الكحول والأضرار المتصلة بالكحول واستجابات السياسات. ويواصل نظام المعلومات العالمي بشأن الكحول والصحة تطوير قاعدة بيانات الكحول العالمية التي بنتها إدارة الصحة العقلية والإدمان التابعة لمنظمة الصحة العالمية منذ العام 1997. ويهدف نظام المعلومات العالمي بشأن الكحول والصحة بشكل أساسي إلى خدمة الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية والمنظمات الحكومية وغير الحكومية، وذلك من خلال إتاحة البيانات الصحية المتعلّقة بالكحول. ويمكن لهذه البيانات أن تساعد على تحليل الحالة

الصحية المتعلّقة بالكحول في بلد ما أو إقليم منظمة الصحة العالمية أو إقليم فرعي أو العالم. وأعدّ دليل المؤشرات لمساعدة البلدان على جمع البيانات.

ضمان الجودة:

اعتمد مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، تدابير ضمان الجودة لجمع البيانات الإحصائية وتحليلها ونشرها. وتستند إلى "المبادئ الناظمة للأنشطة الإحصائية الدولية" وتنَّظم عملية جمع البيانات وتحليلها ونشرها.

وتُرسَل كل البيانات المتعلّقة بأهداف التنمية المستدامة التي جمعها المكتب إلى البلدان (من خلال جهات التنسيق الوطنية المعنية) لاستعراضها قبل أن يصدر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة البيانات الإحصائية بشكل رسمي. وعندما تبدي البلدان تعليقات حول البيانات، يتم إجراء مناقشة تقنية لتحديد موقف مشترك.

اعتمدت منظمة الصحة العالمية تدابير ضمان الجودة لإنتاج الإحصاءات الصحية التي تتضمن المؤشرات الأساسية لاستهلاك الكحول وعواقبها الصحية. ويقدّم الفريق الاستشاري والتقني المعني بانتشار الكحول والمخدرات التابع لمنظمة الصحة العالمية المشورة التقنية والمداخلات لأنشطة منظمة الصحة العالمية بشأن استهلاك الكحول والقدرة العلاجية للاضطرابات الناشئة عن تعاطي المواد المخدّرة في البلدان الأعضاء.

يجب على منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة أن يضطلع بجمع البيانات بالاستناد إلى البيانات التي تم تجمعيها من البلدان على أن تتحقق منها في ما بعد جهات التنسيق الوطنية المعنية).

مصادر البيانات

تتضمن المصادر:

- الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية
- الدراسات الاستقصائية بين الأشخاص الذين يستخدمون المواد المخدّرة – من خلال أخذ العينات بناءً على طلب المستجيبين على سبيل المثال
- الأساليب غير المباشر كأساليب تقدير الأعداد عبر إعادة فحص العيّنات أو النقطة المرجعية / عوامل المضاعفة

ويجب أن تمثّل الدراسات الاستقصائية الواقع الوطني وأن يكون حجم العينة كبيرًا بما فيه الكفاية لتغطية الأحداث ذات الصلة واحتساب التفصيل المطلوب، وأن تستند إلى تصميم متين للعيّنات. ويُشجع استعمال الأسئلة غير المباشرة لرفع مستوى الشبكة في الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية.

وسجلات العلاج هي مصدر البيانات الأساسي لعدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج. ويجب أن تغطي جميع الأراضي الوطنية وأن ترتبط بكافة وكالات تقديم الخدمات العلاجية المعنية.

ولتقدير عدد الأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي الكحول، تُعتبر الدراسات الاستقصائية بشأن تعداد السكّان التي تستهدف السكان البالغين (15 سنة وما فوق) المصادر المفضّلة للبيانات.

والدراسات الاستقصائية الدولية على غرار المسح الصحي العالمي، وأسلوب منظمة الصحة العالمية التدريجي للرصد، ودراسة منظّمة الصحة العالمية بشأن العلاقة بين النوع الاجتماعي والكحول والثقافة (GENACIS) والدراسة الاستقصائيّة بشأن فقر الدم الناجم عن السرطان في أوروبا (ECAS) من ممارسات السليمة.

جمع البيانات:

تستخدم منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة البيانات المجمّعة الموجودة لجمع الإحصاءات المتوفّرة من الدول الأعضاء.

- الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية الذي يقدّمه مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة
- الدراسة الاستقصائية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن التقدم المحرز في الهدف 5.3 من أهداف التنمية المستدامة

المخدرات:

- تجمع البيانات بشأن الأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات وعدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج من خلال استبيان موحّد يُرسل إلى البلدان، ألا وهوالاستبيان الخاص بالتقارير السنوية. ويقدّم الاستبيان تعاريف محددة عن البيانات التي سيتم جمعها، ويجمع مجموعة من البيانات الوصفية لتحديد التناقضات المحتملة من تعاريف موحّدة والوصول إلى نوعية البيانات عموماً (حجم العينة والفئة السكانية المستهدفة والوكالة المسؤولة عن جمع البيانات إلخ). وعلى المستوى الوطني يُطلب من البلدان أن يكون لديها نظام إبلاغ موحّد عن العلاج.
- وتُستخدم صيغة منقّحة من الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية من العام 2021 فصاعدًا. وتستمر عملية جمع البيانات بشأن الأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات وعلاجها مع التصنيفات ذات الصلة من خلال هذه الأداة.
- يطلب من البلدان تسمية جهات التنسيق الوطنية لضمان الإشراف التقني على المستوى الوطني
- توضع إجراءات التحقق التلقائية والموضوعية لتقييم اتساق البيانات وامتثالها للمعايير
- عندما تُفقد البيانات من مصادر وطنية رسمية أو لا تمتثل للمعايير المنهجية، تؤخذ في الاعتبار ويُنظر أيضًا في مصادر أخرى من خلال اللجوء إلى إجراءات ضمان الجودة نفسها.

الكحول وغيرها من المواد المخدّرة:

- في دراسات منظمة الصحة العالمية الاستقصائية الدورية بشأن الكحول والصحة، توفّر جهات التنسيق للكحول التي تسميها وزارة الصحة بشكل رسمي البيانات أو الروابط وجهات التواصل التي يمكن من خلالها تقييم البيانات.
- توفّر جهات التنسيق إحصاءات حكومية وطنية.

- بالإضافة إلى ذلك، يتم تقييم البيانات من مصادر البيانات الصناعية الخاصة بكل بلد في القطاع العام ومن قواعد بيانات أخرى ومن استعراضات منهجية للأدب.
- تولّد أنشطة المراقبة العالمية التي تضطلع بها منظمة الصحة العالمية بيانات قطرية قائمة على السكان لتقدير عدد الأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المواد المخدّرة في أوساط السكان (كالدراسة الاستقصائية العالمية للصحة العقلية وأسلوب منظمة الصحة العالمية التدريجي للرصد)
- تقوم الدراسة الاستقصائية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الهدف 5.3 من أهداف التنمية المستدامة بجمع البيانات بشأن استخدام الخدمات والمعلومات السياقية التي تمت تجربتها سابقًا ومن خلال أنشطة محدّدة كالدراسات الاستقصائية لرسم خرائط الخدمات التي تم تنفيذها بالتعاون مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.
- يتم إدراج البيانات المجمّعة والمقارنة والمحللة في عملية المشاورات القطرية.

بعد عملية التحقق، تُرسل البيانات إلى جهات التنسيق الوطنية لاستعراضها قبل نشرها.

توافر البيانات

الوصف:

في خلال الفترة المشمولة بالتقرير 2013–2017، قدّم 62 بلدًا بيانات حول الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدّرات، ووفّر 98 بلدًا بيانات حول علاج المخدّرات. ويزيد تدريجيًا توفّر البيانات ودقتها حول عدد الأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدّرات والأشخاص الذين يتلقون العلاج لتعاطي المخدرات.

وتتوفّر حاليًا البيانات حول عدد الأشخاص الذين يعانون الاضطرابات الناشئة عن تعاطي الكحول لـ188 دولة عضو (للعام 2016) ويتم التحقق منها من خلال عملية التشاور القطرية. ويقوم المرصد الصحي العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية بتحديث البيانات وتقديمها بشكل دوري. وتتوفّر البيانات حاليًا لـ30 بلد على الأقل للأشخاص الذين يعانون الاضطرابات الناشئة عن تعاطي الكحول ليستفيدوا من الخدمات العلاجية ويستمر جمع البيانات.

للمعلومات السياقية حول الخدمات العلاجية، جمعت منظمة الصحة العالمية البيانات من أكثر من 85 بلد عضو. ويستمر جمع البيانات لغيرها من البلدان، وستنجز في أواخر العام 2019.

التسلسل الزمني:

في خلال الفترة الممتدة بين عامي 2013 و2017، قدم 34 بلدًا نقطتا بيانات على الأقل لكلا بسط الكسر والمقام الضروريات لاحتساب مؤشر أهداف التنمية المستدامة بشأن الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات. مع الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية المحسّن، يفترض أن يرتفع عدد الاستجابات وجودة البيانات التي تم رفعها بعد العام 2021.

والكحول، تتوفّر البيانات حول المقام لفترة طويلة منذ تأسيس نظام المعلومات العالمي بشأن الكحول والصحة في العام 1997، وتم احتساب المؤشر مؤقتًا لـ30 بلد على الأقل في العام 2019. وتتوفر المعلومات السياقية لـ85 بلد.

الجدول الزمني

جمع البيانات:

يتم تشجيع البلدان على إجراء دراسات استقصائية عامة للسكان حول تعاطي المواد المخدرة بانتظام، لكن كل أربع أو خمس سنوات. كذلك، يتم تشجيع البلدان على استخدام بدائل أقل تكلفة لتقدير عدد الأشخاص الذين يعانون اضطرابات ناشئة عن تعاطي المواد المخدرة واستخدام الخدمات العلاجية والاستفادة من توفر البيانات الادارية من خلال استخدام أساليب التقدير غير المباشر. ويُخطط تجميع البيانات من البلدان على أساس سنوي أو كل سنتين.

تُجمع البيانات ذات الصلة حول مؤشر أهداف التنمية المستدامة وتُرسل مجددًا إلى البلدان لاستعراضها سنويًا. ومن ثم، ترفع التقارير حول البيانات إلى الشعبة الإحصائية بالأمم المتحدة من خلال قنوات تقديم التقرير المنتظمة سنويًا.

الجهات المزودة للبيانات

تُجمع البيانات حول الاضطرابات الناشئة عن تعاطي المخدرات من خلال جهات التنسيق الوطنية. ويختلف موفّرو البيانات من بلد إلى آخر، ويمكن أن توجد مؤسسات كوكالة مراقبة المخدرات ومراصد المخدرات الوطنية ووزارات الصحة و / أو المكاتب الإحصائية الوطنية.

الجهات المجّمعة للبيانات

تجمع المنظمتان الراعيتان بالشراكة البيانات لهذا المؤشر (منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة)

المراجع

https://www.who.int/gho/substance_abuse/en/

https://wdr.unodc.org/wdr2019/

https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/about/en/

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5608813/

https://icd.who.int/browse10/2016/en

https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/

https://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/

https://www.unodc.org/unodc/en/GAP/

https://www.unodc.org/documents/pakistan/Survey_Report_Final_2013.pdf

https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Drugs/Drug_Use_Survey_Nigeria_2019_BOOK.pdf

https://www.who.int/substance_abuse/activities/gisah/en/

https://www.who.int/substance_abuse/activities/gisah_indicatorbook.pdf?ua=1

المؤشرات ذات الصلة

المؤشر 3.5.2: الاستعمال الضار للكحول، محدداً وفقاً للظروف الوطنية في إطار استهلاك الفرد الواحد من الكحول (من سن 15 سنة فأكثر) في سنة تقويمية باللترات من الكحول الصافي.