الفصل الأول

وباء مخفي: تعاطي المخدرات في أوساط كبار السن

مقدمة

1- ثمة زيادة مستمرة في أعمار الناس في جميع أنحاء العالم؛ وفي ضوء تلك الزيادة، يصادفون عددا من الفرص والتحديات. ومن بين تلك التحديات تزايد تعرض كبار السن لتعاطي المخدرات والارتهان لها.

2- وفي عام 2016، خصصت الهيئة الفصل الأول من تقريرها السنوي لقضية المرأة والمخدرات، أما في عام 2019، فقد خصصته لتحسين خدمات وقاية الشباب وعلاجهم من تعاطي مواد الإدمان. وقد أدت أنماط تزايد تعاطي المخدرات والارتهان لها في أوساط كبار السن بالهيئة إلى أن كرست هذا الفصل المواضيعي لهذا الوضع المستجد.

3- ووفقاً لإحصاءات الأمم المتحدة، في عام 2019، بلغ عدد من هم في سن 65 أو أكثر في العالم 703 ملايين شخص. ومن المتوقع أن يتضاعف هذا العدد ليصل إلى 1,5 مليار شخص في عام 2050. وعلى الصعيد العالمي، ارتفعت نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم 65 عاما أو أكثر من 6 في المائة في عام 1990 إلى 9 في المائة في عام 2019. ومن المتوقع أن تتواصل الزيادة في هذه النسبة، وبحلول عام 2050، من المتوقع أن تصل نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم 65 عاما أو أكثر 16 في المائة من سكان العالم أو ما يساوي واحد من كل ستة أشخاص.[1] وفي عام 2018، كان من المتوقع أن يفوق عدد الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 عاما في عام 2020 عددَ الأطفال دون سن الخامسة، وذلك لأول مرة على الإطلاق.[2]

4- وكان اتجاه السكان نحو الشيخوخة قد بدأ في الأصل في البلدان المرتفعة الدخل، واستغرق ذلك فترة زمنية طويلة نسبيا. وقد أصبح هذا الاتجاه واضحا الآن أيضاً في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، وهو يحدث على مدى فترة زمنية أقصر على نحو ملحوظ. فعلى سبيل المثال، في فرنسا استغرق الأمر 150 عاماً قبل أن ترتفع نسبة سكانها الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة من 10 في المائة إلى 20 في المائة. ومن المتوقع أن يحدث التحول نفسه في البرازيل والصين والهند في غضون 20 عاما. أما في اليابان، فتبلغ أعمار 30 في المائة من السكان ما يربو على 60 سنة؛ وبحلول عام 2050، من المتوقع أن تبلغ نسبة كبار السن في الاتحاد الروسي وإيران (جمهورية-الإسلامية) وشيلي والصين نسبة مماثلة لنسبتهم في اليابان. وعلاوةً على ذلك، بحلول عام 2050، من المتوقع أيضاً أن تبلغ نسبة جميع كبار السن 80 في المائة في البلدان المنخفضة الدخل والأخرى المتوسطة الدخل.[3] غير أن التخطيط لمعالجة الأثر المترتب على هذه التغيرات العالمية والمشاكل والتحديات المتصلة بتعاطي مواد الإدمان المحتمل أن تواجه كبار السن ضروري منذ الآن.

5- وتماشيا مع الاتجاه العالمي نحو شيخوخة السكان، تشير الأدلة الواردة من الولايات المتحدة الأمريكية وأنحاء كثيرة في أوروبا إلى أن تعاطي المخدرات والوفيات المتصلة بها في أوساط كبار السن وعدد كبار السن الذين يُعالجون من مشاكل تعاطي المخدرات قد ازدادت أيضاً في السنوات الأخيرة.[4] وقد تكون هذه الزيادة، التي حدثت في معظمها في البلدان المرتفعة الدخل، نتيجة لشيخوخة جيل "طفرة الإنجاب" (أي أولئك الذين ولدوا بين عامي 1946 و1964، وهي فترة شهدت ارتفاعا في معدلات المواليد، وأصبحوا بالغين أثناء فترة شهدت مستويات عالية نسبيا من تعاطي المخدرات غير المشروعة وإساءة استعمال الأدوية). ومن المرجح أن يستمر هذا الاتجاه التصاعدي في عدد كبار السن الذين يتعاطون المخدرات، حيث إن بقية هذا الجيل تتقدم في العمر نحو الشيخوخة.[5]

(1) *World Population Ageing 2019: Highlights* (United Nations publication, 2020).

(2) منظمة الصحة العالمية، صحائف الوقائع، "الشيخوخة والصحة"، 5 شباط/فبراير 2018.

(3) المرجع نفسه.

(4) تقرير المخدرات العالمي 2018، الكتيب الرابع، المخدرات والسن: المخدرات والمسائل المرتبطة بها في أوساط الشباب والمسنين (منشورات الأمم المتحدة، 2018).

(5) Sarah Wadd and Sarah Galvani, "The forgotten people: drug problems in later life – a report for the Big Lottery Fund—July 2014", (Luton, University of Bedfordshire, 2014).

6- ولا توجد سوى بيانات وبائية محدودة عن مدى تعاطي مواد الإدمان في أوساط كبار السن. وبصفة عامة، فإن معظم البيانات الشاملة والطويلة الأجل المتوافرة عن تلك المواد تخص البلدان المرتفعة الدخل، حيث إن الفئة العمرية من 15 إلى 65 سنة هي عادة الفئة التي تخضع للدراسة. والمعلومات المتوافرة عن تعاطي مواد الإدمان في أوساط الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة محدودة حتى في البلدان التي تُجري دراسات استقصائية منتظمة عن تعاطي المخدرات. وقد ركزت عمليات جمع البيانات عن تعاطي المواد المخدرة على عموم السكان (15-65 سنة) وصغار السن والشباب والفئات المهمشة والمعرضة للخطر؛ وأهملت بعض الفئات، مثل النساء وخصوصاً كبار السن، في جمع البيانات على هذا النحو. وكان هناك ميول، على مستوى الدراسات العلمية والوبائية والثقافية، إلى إهمال كبار السن، ويستدل على ذلك من غياب البيانات عنهم ومن المواقف السائدة تجاههم داخل المجتمع. ولم يُعترف بمشكلة تعاطي مواد الإدمان في أوساط كبار السن كمشكلة إلا حديثاً، ولم يبدأ إجراء دراسات محددة إلا في الآونة الأخيرة. ومن بين النتائج المترتبة على محدودية المعلومات والبيانات أن تحديات الشيخوخة، وإن كانت تحظى باعتراف جيد في جميع أنحاء العالم، فما يخص منها تقدم متعاطي المخدرات في السن نحو الشيخوخة لا يحظى بالدرجة نفسها من الاعتراف.

تعريف كبار السن

7- تعتبر معظم البلدان الصناعية الشخص الذي يزيد عمره عن 65 عاما من كبار السن. ويرتبط هذا التعريف بالسن التي يحق له فيها الحصول على استحقاقات المعاش التقاعدي، رغم أن سن 65 سنة المحدد للتقاعد آخذ في الزيادة نحو 70 سنة في عدة بلدان مع ارتفاع متوسط العمر المتوقع. غير أن تعريف كبار السن ليس شائعاً في جميع الثقافات والمجتمعات. وفي كثير من البلدان المنخفضة الدخل والأخرى المتوسطة الدخل وفي الثقافات غير الغربية، لا يكون سن التقاعد محددا بطريقة مؤسسية، ولا تكون المعاشات التقاعدية (حيثما وجدت) كافية، مما يضطر كبار السن إلى مواصلة العمل في مرحلة متأخرة من حياتهم. وإلى جانب بلوغ المرحلة الزمنية (65 سنة) والوضع الاقتصادي (التقاعد)، قد يكون لعوامل أخرى، مثل الدور الثقافي في المجتمع المحلي والحالة الصحية، مزيد من الأهمية، في بعض المجتمعات، في تعريف كبار السن.

تعريف متعاطي المخدرات من كبار السن

8- اختارت بعض الدراسات في شتى أنحاء أوروبا سن الأربعين كي تكون الحد الأدنى لدراسة متعاطي المخدرات من كبار السن.[6][7]

ففي ويلز بالمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، يُعرف متعاطو مواد الإدمان (الكحول والمخدرات) بأنهم من كبار السن عند بلوغهم 50 عاماً أو أكثر.[8] وانتهى المجلس الاستشاري المعني بإساءة استعمال العقاقير بالمملكة المتحدة إلى أن الإحصاءات أظهرت، في السنوات الأخيرة، تحولاً واضحاً في الملامح العمرية للأفراد الذين يحصلون على العلاج من تعاطي المخدرات في المملكة المتحدة، وتعتبر فئة المتقدمين في العمر هي تلك الفئة التي تضم من تزيد أعمارهم عن 35 سنة.[9] وركز استعراض الدراسات السابقة المتعلقة بتعاطي الكحول والاضطرابات الناجمة عن تعاطيه في أوساط كبار السن في الهند على من تزيد أعمارهم عن 50 عاماً.[10] وفي إطار استعراض للمشاكل الصحية والاجتماعية التي يعاني منها كبار السن الذين يتلقون العلاج الصياني الأفيوني في النرويج، صُنف كبار السن على أنهم من تبلغ أعمارهم 45 عاماً أو أكثر.[11]

9- ويمكن أن يكون لعدم وجود توافق في الآراء بشأن تعريف "كبار السن" في إحصاءات تعاطي مواد الإدمان أثر كبير على متعاطي المخدرات وعلى كيفية عمل الممارسين ومقدمي الخدمات مع زبائنهم ومرضاهم.[12] وتشير التقديرات الواردة في إحدى الدراسات إلى أن عملية التقدم في العمر في أوساط من يعانون من مشاكل ناجمة عن تعاطي مواد الإدمان تتسارع بمدة لا تقل عن 15 عاماً؛ وتظهر لدى هذه الفئة التي تتقدم في العمر قبل الأوان طائفة من المشاكل الصحية البدنية التي يصاب بها كبار السن عادة.[13]

التقديرات العالمية لحجم التحدي وطبيعته

10- كما ذكر أعلاه، هناك نقص في البحث في مجال تعاطي مواد الإدمان في أوساط كبار السن، والسبب في ذلك هو أن الدراسات الوبائية الوطنية المتعلقة بتعاطي المخدرات تميل إلى الاقتصار على السكان الذين تشملهم الدراسات الاستقصائية ممن تقل أعمارهم عن 65 عاماً. غير أن بعض المعلومات متوافرة، وهي تشير إلى زيادة عامة في تعاطي المخدرات في أوساط كبار السن.

11- وفي الكتيب الرابع من تقرير المخدرات العالمي 2018 الذي أعده المكتب المعني بالمخدرات والجريمة، والمعنون المخدرات والسن: المخدرات والمسائل المرتبطة بها في أوساط الشباب والمسنين، شُدد

(6) Catherine Comiskey and others, *Addiction Debates: Hot Topics from Policy to Practice* (London, SAGE Publications, 2020).

(7) Lauren Johnston and others, "Responding to the needs of ageing drug users", (EMCDDA , Lisbon, 2017).

(8) Wales, United Kingdom, Advisory Panel on Substance Misuse, *A Report on Substance Misuse in an Ageing Population* (February 2017).

(9) United Kingdom, Advisory Council on the Misuse of Drugs, *Ageing Cohort of Drug Users* (June 2019).

(10) Abhijit Nadkarni and others, "Alcohol use and alcohol-use disorders among older adults in India: a literature review", *Aging and Mental Health*, vol. 17, No. 8 (May 2013).

(11) Zhanna Gaulen and others, "Health and social issues among older patients in opioid maintenance treatment in Norway", *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 34, No. 1 (March 2017), pp. 80–90.

(12) Comiskey and others, *Addiction Debates*.

(13) I. Vogt, "Life situations and health of older drug addicts: a literature report", *Suchttherapie*, vol. 10, No. 1 (2009), pp. 17–24.

على أن ثمة أدلة في بعض البلدان على أن تعاطي المخدرات في أوساط كبار السن كان في زيادة مستمرة على مدى العقد الماضي بمعدل أسرع من معدله في أوساط الفئات الأصغر سنا. ورغم عدم وجود أدلة عالمية، فهناك بعض الإحصاءات المتاحة التي تبين أن هذه التغيرات تُلاحظ في البلدان المرتفعة الدخل والمتوسطة الدخل والمنخفضة الدخل.

12- ففي ألمانيا، زاد تعاطي جميع المخدرات في العام الماضي في أوساط من هم في سن 40 عاماً أو أكثر عما يماثله في أوساط الفئات العمرية الأصغر في الفترة من عام 2006 إلى عام 2015. وفي السويد، بلغت معدلات انتشار تعاطي جميع العقاقير على نحو غير مشروع في السنة الماضية في أوساط من تتراوح أعمارهم بين 55 و64 عاماً 5,8 في المائة في عام 2017. وفيما يخص مخدرات معينة، شهد تعاطي القنب زيادة في أوساط من تتراوح أعمارهم بين 55 و64 عاماً في بعض من أكثر البلدان المأهولة بالسكان في غرب أوروبا. وتشير بيانات معدل الانتشار السنوي الواردة من إسبانيا وألمانيا وإيطاليا وفرنسا والمملكة المتحدة إلى أن تعاطي القنب في أوساط المنتمين إلى هذه الفئة العمرية كان في زيادة مستمرة بمعدل أعلى منه في أوساط أي فئة عمرية أخرى.

13- وفي أستراليا، زادت معدلات انتشار تعاطي المخدرات، خلال الفترة من عام 2007 إلى عام 2016، في أوساط من تتراوح أعمارهم بين 50 و59 عاماً ومن تبلغ أعمارهم 60 عاماً والفئات العمرية الأكبر سناً بما يتراوح بين 60 و70 في المائة. وفي شيلي، شهد تعاطي القنب في العام السابق في أوساط من تتراوح أعمارهم بين 45 و64 عاماً زيادة بمقدار أربعة أضعاف على مدى ذلك العقد حتى عام 2016، وبنحو ثلاثين ضعفاً من عام 1996 إلى عام 2016. وكشف أيضاً عن أنماط مماثلة لتعاطي الكوكايين، حيث زاد معدل انتشاره السنوي بمقدار أربعة عشر ضعفاً في أوساط من تتراوح أعمارهم بين 35 و44 عاماً، في حين انخفض في الفئتين العمريتين اللتين تضمان من تتراوح أعمارهم بين 12 و18 عاماً ومن تتراوح أعمارهم بين 19 و25 عاماً خلال الفترة نفسها.

14- وفي الولايات المتحدة، ارتفع عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 50 عاماً أو أكثر ممن تعاطوا المخدرات في العام السابق من أقل بقليل من مليون شخص في عام 1996 إلى ما يقرب من 11 مليون شخص في عام 2016.[14] وفي عامي 2018 و2019، تراوح معدل انتشار تعاطي المخدرات غير المشروعة في العام الماضي في أوساط الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاما أو أكثر في الولايات المتحدة بين نصف وثلث ما هو عليه في أوساط عموم السكان وذلك فيما يخص معظم المخدرات (انظر الجدول 1).

15- وإذا قورنت معدلات بعض المخدرات المختارة (التي يمكن إجراء مقارنة بشأنها) السائدة في عام 2012 بمعدلاتها في عام 2019، تتضح الزيادة في معدل انتشار تعاطيها في أوساط الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر. وفي الفترة من عام 2012 إلى عام 2019، زاد تعاطيها في العام السابق في أوساط من تزيد أعمارهم عن 65 عاماً ثلاث مرات أو أكثر فيما يخص معظم المخدرات؛ أما فيما يخص عموم السكان، فقد كانت الزيادة تتسم بمزيد من المحدودية.

16- فعلى سبيل المثال، ارتفع معدل انتشار تعاطي القنب في العام السابق في أوساط من بلغوا 65 عاماً أو أكثر من 1,2 في المائة في عام 2012 إلى 5,1 في المائة في عام 2019 – وهو ما يمثل زيادة بنسبة 325 في المائة. وفيما يخص عموم السكان، كانت الزيادة

(14) Comiskey and others, *Addiction Debates*.

الجدول 1 تعاطي المخدرات غير المشروعة في العام الماضي في أوساط من تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر وفي أوساط عموم السكان، الولايات المتحدة الأمريكية، 2018-2019

نوع المخدر	التعاطي في العام السابق (بالنسبة المئوية) 2018		التعاطي في العام السابق (بالنسبة المئوية) 2019	
	65 عاما أو أكثر	عموم السكان	65 عاما أو أكثر	عموم السكان
أي مخدر غير مشروع	5,7	19,4	7,1	20,8
أي مخدر غير مشروع بخلاف القنب	2,1	8,5	2,7	8,6
القنب	4,1	15,9	5,1	17,5
المؤثرات الأفيونية	0,4	1,1	0,5	1,1
مسكنات الألم (سوء الاستخدام)	1,3	3,6	1,7	3,5
الكوكايين	0,1	2,0	0,2	2,0
المنشطات	2,4	6,6	2,5	6,6
المُهلوِسات	0,1	2,0	0,2	2,2
الميثامفيتامين	0,1	0,7	0,1	0,7

المصدر: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, National Survey on Drug Use and Health, 2018 and 2019.

الجدول 2 تعاطي المخدرات غير المشروعة في العام السابق في أوساط من تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر وفي أوساط عموم السكان فيما يخص مخدرات مختارة، الولايات المتحدة الأمريكية، 2012-2019

نوع المخدر	التعاطي في العام السابق (بالنسبة المئوية) 2012		التعاطي في العام السابق (بالنسبة المئوية) 2019	
	65 عاما أو أكثر	عموم السكان	65 عاما أو أكثر	عموم السكان
أي مخدر غير مشروع	2,3	16,0	7,1	20,8
القنب	1,2	12,1	5,1	17,5
مسكنات الألم (الاستعمال غير الطبي/ إساءة الاستعمال)	0,8	4,8	1,7	3,5
الكوكايين	0,0	1,8	0,2	2,0
المُهلوِسات	0,1	1,7	0,2	2,2

المصدر: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, National Survey on Drug Use and Health, 2012 and 2019.

مضبوطة نسبياً، حيث كانت 12,1 في المائة عام 2012، فأصبحت 17,5 في المائة في عام 2019 – وهو ما يمثل زيادة بنسبة تقل عن 50 في المائة. ويمكن ملاحظة نمط مماثل في تعاطي مخدرات أخرى على نحو غير مشروع. فقد تضاعف الاستعمال غير الطبي في العام السابق لمسكنات الألم أو إساءة استعمالها (حيث كانت نسبته 0,8 في المائة في عام 2012، فأصبحت 1,7 في المائة في عام 2019) في أوساط من تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر، في حين حدث انخفاض طفيف في أوساط عموم السكان (حيث كانت نسبته 4,8 في المائة في عام 2012، فأصبحت 3,5 في المائة في عام 2019) (انظر الجدول 2).

17- وتظهر تقديرات جديدة لمعدل انتشار تعاطي المخدرات في الهند[15] ونيجيريا،[16] ضمن الفئة العمرية التي تضم من تتراوح أعمارهم بين 45 و64 عاماً، أن ثمة انتشاراً كبيراً للاستعمال غير الطبي للمؤثرات الأفيونية الصيدلانية وشراب السُعال. وفي نيجيريا، بلغت معدلات الانتشار السنوية في أوساط من تتراوح أعمارهم بين 60 و64 عاما أعلى مستوى لها في كل من الاستعمال غير الطبي لشراب السُعال (3,7 في المائة) والاستعمال غير الطبي للمهدئات (1 في المائة).

18- وفي جمهورية إيران الإسلامية، انتهت دراسة إلى أن العوامل البيئية هي أكثر أسباب تعاطي المخدرات شيوعاً في أوساط كبار السن. وتشمل هذه العوامل سهولة الحصول على المخدرات، والافتقار إلى المرافق الرياضية والترفيهية، وكذلك تعاطي الأصدقاء للمخدرات.[17]

19- وقد أبرزت دراسة أجريت عن عواقب إساءة استعمال مضادات القلق والمنومات على المدى الطويل في أوساط كبار السن خطر الارتهان للمخدرات الذي ينجم عن استخدام كبار السن للبنزوديازيبينات على المدى الطويل.[18] ففي اليابان، على سبيل المثال، أوضح تقييم أجري لأنماط إصدار الوصفات الطبية المتضمنة مواد منومة ومضادة للقلق أن نسبة الوصفات الطبية المتضمنة تلك الأدوية مرتفعة أكثر من غيرها فيما يتعلق بالمرضى من كبار السن.[19] وأظهرت الدراسة أيضاً أن جرعات عالية من مضادات القلق والمنومات توصف عادة للمرضى، ومعظمهم من كبار السن، الذين يعانون من اضطرابات النوم و/أو القلق، وأن من الشائع أيضاً أن يوصف لهؤلاء المرضى أكثر من دواء واحد يحتوي على مواد منومة ومضادة للقلق.

20- وفي الولايات المتحدة، يشكل الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاما أو أكثر ما يربو على 10 في المائة من مجموع السكان؛ ومع ذلك، فهم يستأثرون بنسبة تبلغ 30 في المائة من الوصفات الطبية. ومعدل انتشار استعمال مضادات الألم والمهدئات والبنزوديازيبينات والمسكنات لدى تلك الفئة الأكبر سناً في السنة السابقة أعلى منه لدى عموم السكان (انظر الجدول 3). وعلاوةً على ذلك، وردت تقارير تفيد الإفراط في استعمال العقاقير ذات التأثير النفساني على نطاق واسع في علاج كبار السن الذين يعانون من الخرف ويعيشون في دور رعاية المسنين أو في أماكن المعيشة التي تقدم لهم بها المساعدة أو في منازلهم.

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

(16) UNODC and Nigeria, "Drug use in Nigeria 2018: executive summary" (Vienna, 2019).

(17) Fatemeh Kazemi and others, "Predisposing factors for substance abuse among elderly people referring to Qazvin addiction treatment centers, Iran 2017", *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, vol. 22, No. 5 (2018).

(18) N. N. Ivanets and others, "The efficacy of psychopharmacotherapy of late onset depression: the optimization of treatment duration", *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova (Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry)*, vol. 116, No. 4 (January 2016).

(19) Takaaki Hirooka, "Excessive prescribing of hypnotic and anxiolytic drugs in Japan", *Nihon Rinsho (Japanese Journal of Clinical Medicine)*, vol. 73, No. 6 (June 2015), pp. 1049–1056.

الجدول 3 استعمال عقاقير الوصفات الطبية في العام السابق في أوساط من تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر وفي أوساط عموم السكان فيما يخص عقاقير مختارة، الولايات المتحدة الأمريكية، 2018-2019

نوع العقار	الاستعمال في العام السابق (بالنسبة المئوية) 2018		الاستعمال في العام السابق (بالنسبة المئوية) 2019	
	65 عاما أو أكثر	عموم السكان	65 عاما أو أكثر	عموم السكان
مضادات الألم	35,0	31,6	35,0	30,0
المهدئات	21,4	16,9	20,1	16,0
البنزوديازيبينات	13,0	11,2	12,6	10,7
المسكنات	9,1	6,1	8,3	5,7

المصدر: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, National Survey on Drug Use and Health, 2018 and 2019.

21- وفي تقرير المخدرات العالمي 2018 الذي أعده المكتب المعني بالمخدرات والجريمة، لوحظت زيادة في الوفيات الناجمة عن اضطرابات تعاطي المخدرات بمقدار ثلاثة أضعاف في أوساط الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 50 عاماً أو أكثر في غرب المحيط الهادئ والقارة الأمريكية خلال الفترة من عام 2000 إلى عام 2015.[20] أما في الولايات المتحدة، فعلى الرغم من أن معدلات الوفيات الناجمة عن تعاطي جرعات مفرطة من المخدرات زادت خلال الفترة من عام 1999 إلى عام 2017 في جميع الفئات العمرية، إلا أن تلك المعدلات كانت في عام 2017 أعلى كثيرا لدى الأشخاص ممن تتراوح أعمارهم بين 25 و64 عاما (31,4 لكل 100 000 نسمة) مقارنةً بالأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر (6,9 لكل 100 000 نسمة). ومع ذلك، في الفترة من عام 1999 إلى عام 2017، حدث أكبر تغير في نسبة الوفيات الناجمة عن تعاطي جرعات مفرطة من المخدرات في أوساط البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 55 و64 عاماً، حيث ارتفعت من 4,2 لكل 100 000 حالة وفاة في عام 1999 إلى 28,0 لكل 100 000 حالة وفاة في عام 2017.[21]

التحديات التي تُواجه في شتى مجالات السياسات فيما يخص الوقاية والعلاج والتعافي

22- يترجم النقص العام في البيانات المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان في أوساط كبار السن[22] إلى نقص في الاهتمام بهذه المسألة عند رسم السياسات وإنشاء البرامج. ونظراً إلى محدودية عدد البرامج المخصصة، ومحدودية عمليات جمع الأدلة العلمية، فمن الصعب تحديد التدخلات والسياسات التي أسفرت عن نتائج إيجابية فيما يتعلق بتعاطي المخدرات في أوساط كبار السن من حيث الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل.

23- وفي الوثيقة الختامية لدورة الجمعية العامة الاستثنائية الثلاثين، المعنونة "التزامنا المشترك بالتصدي لمشكلة المخدرات العالمية ومواجهتها على نحو فعال"،[23] يرد ذكر موجز للخدمات والسياسات المراعية للسن ونوع الجنس، ولكن لا يوجد تركيز على احتياجات كبار السن الخاصة.

24- فإساءة استعمال المخدرات في أوساط كبار السن لها خصائص مختلفة. وتدرج بعض الدراسات كبار السن في فئات ثلاث، وهي: (أ) المواظبون (لا تتغير أنماط تعاطيهم طوال العمر)؛ (ب) الناجون (متعاطون بمشاكل طويلة الأجل)؛ (ج) المتفاعلون (متعاطون في وقت متأخر من عمرهم أو يتزايد تعاطيهم في وقت متأخر). وفي دراسات أخرى، حددت فئتان متمايزتان هما: (أ) الاستعمال لأول مرة مبكراً؛ (ب) الاستعمال لأول مرة متأخراً. وتشير العبارة الاصطلاحية "أول مرة مبكراً" إلى تعاطي المخدرات في أوساط من لديهم ماض طويل حافل بتعاطي مواد الإدمان والذين يستمرون في تعاطيها مع تقدمهم في العمر، في حين تشير العبارة الاصطلاحية "الاستعمال أول مرة متأخراً" إلى تعاطيها في أوساط أفراد تتحول لديهم إلى عادة جديدة عند تقدمهم في السن.[24][25][26] وقد يعزى الاستعمال لأول مرة متأخراً إلى وصف أدوية تخفيف الألم، إذ إن هذا النوع من الأدوية يمكن أن يؤدي إلى إساءة استعمالها إذا وصفت على نحو غير سليم. وتتسم إدارة الأمراض المزمنة لدى كبار السن بالتعقيد كما أن الإدارة الصحيحة

(20) أستراليا وجمهورية كوريا والصين والفلبين وفييت نام وكمبوديا وماليزيا ومنغوليا ونيوزيلندا واليابان، علاوة على البلدان الجزرية في المحيط الهادئ.

(21) Holly Hedegaard, Arialdi M. Miniño and Margaret Warner, "Drug overdose deaths in the United States, 1999–2017", NCHS Data Brief, No. 329 (Hyattsville, Maryland, United States, National Center for Health Statistics, November 2018).

(22) لأغراض هذا الفصل، يعتبر "كبار السن" من هم فوق سن الخامسة والستين.

(23) مرفق قرار الجمعية العامة دا-1/30.

(24) Colin Atkinson, "Service responses for older high-risk drug users: a literature review", SCCJR Research Report No. 06/2016 (Glasgow, Scottish Centre for Crime and Justice Research, 2016).

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

(26) Brenda Roe and others, "Experiences of drug use and ageing: health, quality of life, relationship and service implications", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 66, No. 9 (September 2010), pp. 1968–1979.

للألم صعبة أيضاً، فكثير من كبار السن يفيدون بأنهم لا يتلقون من مقدمي الرعاية الصحية خدمة مناسبة فيما يتعلق بتخفيف الألم لأن استعمالهم للمسكنات الأخرى قد زاد من قدرتهم على تحمل المسكنات الأفيونية.[27] ويضاف إلى ذلك أنه مع تقدم سكان العالم في السن، تتزايد نسبة المرضى من كبار السن الذين يخضعون لعمليات جراحية ويتلقون أدوية إضافية. فاستخدام أدوية تخفيف الألم هو جزء أساسي من الرعاية الصحية؛ وتشمل التحديات الأخرى عدم وجود تأمين صحي لدى كبار السن، مما قد يجبرهم على شراء أدويتهم أو أدوية تخفيف الألم من مصادر غير مشروعة. وقد سبق أن بينت الهيئة اتساع نطاق وصف البنزوديازيبينات لكبار السن وخطر الإفراط في استخدامها عندما دعت جميع الحكومات إلى أن تظل يقظة إزاء عواقب إساءة استخدام البنزوديازيبينات والإفراط في استخدامها، وحثت على الرصد الدقيق لمستويات استهلاك تلك المواد.[28]

25- ومن المهم وضع تصنيفي الاستعمال لأول مرة مبكراً والاستعمال لأول مرة متأخراً في الاعتبار لدى تحديد التدخلات وإنشاء البرامج.[29] لكن بغض النظر عن التصنيف، يمكن أن تؤدي عملية التقدم في السن نحو الشيخوخة إلى مشاكل نفسية أو اجتماعية أو صحية تزيد من احتمال إدمان المواد المخدرة أو القابلية له، مع ما يؤدي إليه بدوره من تفاقم المشاكل القائمة من قبل.

26- ويتعين على مقدمي الخدمات وأخصائيي الرعاية الصحية النظر في احتمال إصابة الصحة العقلية باضطرابات مصاحبة أو موجودة من قبل، مثل ضعف الإدراك والاكتئاب، علاوة على المظاهر البدنية المعقدة مثل الشعور بالألم أو الأرق أو الاستعمال غير الطبي للعقاقير التي تُصرف بوصفات طبية والأخرى التي تُصرف دونها، وذلك في أوساط كبار السن الذين يتعاطون المخدرات.[30] فعلى سبيل المثال، أظهر استعراض لاضطرابات تعاطي العقاقير أجري في الهند في عام 2015 مدى التداخل بين تعاطي العقاقير والحالات المرضية المصاحبة.[31] وسُلط الضوء في دراسة عن الآثار السلبية للمخدرات على ضرورة أن ينتبه الممارسون الطبيون أيضاً إلى ما يتناوله مرضاهم من مكملات عشبية أو غذائية، قد لا يفصحون عنها على نحو طوعي، في حين أنها قد تؤدي إلى تفاعلات مع المخدرات. وينطبق هذا الأمر أكثر على كبار السن حيث تتزايد درجة تأثر الإنسان بالمخدرات مع تقدمه في العمر.[32]

27- ويمثل تعدد الأدوية المتناولة، أي تناول خمسة أدوية أو أكثر في اليوم، سواء كانت أدوية تُصرف بوصفة طبية أم بدونها أم كانت عقاقير غير مشروعة، مشكلة متنامية في أوساط كبار السن في جميع أنحاء العالم. وقد أبرزت التبعات الطبية والتمريضية والاجتماعية والاقتصادية السلبية للاستعمال غير المناسب للأدوية وتعدد تناولها في دراسة استعرضت مدى انتشارها على الصعيد العالمي.[33] وانتهت تلك الدراسة إلى أن المحاولات التي بذلت في بلدان مختلفة لتحسين الحصائل السريرية والاقتصادية للاستعمال غير المناسب للأدوية وتعدد تناولها قد شملت طائفة متنوعة من البرامج السريرية والصيدلانية والحاسوبية والتعليمية. وكان الاستنتاج الذي انتهت إليه الدراسة هو أن ثمة حاجة إلى اتباع نهج جديدة في البحوث والتعليم والممارسة السريرية، بحيث تختلف تماما عن "نموذج المرض الواحد" وتستند إلى مبادئ التلطيف ومراعاة الشيخوخة والتقيد بالأخلاق. وقد توفر تلك النهج الجديدة أدوات مستحدثة لعلاج مسألة الاستعمال غير المناسب للأدوية وتعدد الأدوية المتناولة وتقليلهما، وقد تفيد أيضاً عند النظر في مسألة تعدد العقاقير المتناولة.

28- وتقدم سلسلة من الدراسات والاستعراضات بعض الأدلة على التحديات التي يواجهها كبار السن الذين يتعاطون المخدرات فيما يتعلق بالأنشطة الصحية والمجتمعية والاجتماعية.

29- ففيما يتعلق بالصحة، تتمثل المشاكل الرئيسية المتعلقة بكبار السن من متعاطي المخدرات في الآتي:

(أ) ارتفاع خطر الوفاة من الأمراض والجرعات المفرطة والانتحار؛[34][35][36]

(ب) انخفاض متوسط العمر عند الوفاة؛[37]

(ج) الإصابة المبكرة بالاضطرابات التنكسية، والحالات المرضية في القلب والأوعية الدموية، وأمراض الكبد، والألم الجسدي، وتقلص الأداء البدني، ومشاكل الجهاز التنفسي، ومرض السكري؛

(27) Johnston and others, "Responding to the needs of ageing drug users".

(28) الفقرة 769 من الوثيقة E/INCB/2015/1.

(29) Rahul Rao and Ann Roche, "Substance misuse in older people: baby boomers are the population at highest risk", *British Medical Journal*, vol. 358 (2017).

(30) المرجع نفسه.

(31) Siddharth Sarkar, Arpit Parmar and Biswadip Chatterjee, "Substance use disorders in the elderly: a review", *Journal of Geriatric Mental Health*, vol. 2, No. 2 (December 2015), pp. 74–82.

(32) Paula A. Rochon, "Drug prescribing for older adults", UpToDate, 8 June 2020، يمكن الاطلاع عليه في الموقع: www.uptodate.com.

(33) Doron Garfinkel, Birkan Ilhan and Gulistan Bahat, "Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy", *Therapeutic Advances in Drug Safety*, vol. 6, No. 6 (December 2015), p. 212–233.

(34) Johnston and others, "Responding to the needs of ageing drug users".

(35) Atkinson, "Service responses for older high-risk drug users".

(36) Sarah Larney and others, "Defining populations and injecting parameters among people who inject drugs: implications for the assessment of hepatitis C treatment programs", *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, No. 10 (October 2015), pp. 950–957.

(37) Stephanie Yarnell and others, "Substance use disorders in later life: a review and synthesis of the literature of an emerging public health concern", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 28, No. 2 (February 2020), pp. 226–236.

(د) ارتفاع خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد C؛[38][39]

(هـ) تفاقم الأمراض الأخرى المرتبطة بالسن (يرتبط هذا بشكل خاص بمشكلة تعاطي المؤثرات الأفيونية)؛[40]

(و) ارتفاع خطر السقوط والكسور والإصابات وحوادث الطرق نتيجة لضعف القيادة؛[41][42]

(ز) زيادة صعوبة أداء أنشطة الحياة اليومية مثل المهام الشخصية المتعلقة بالرعاية الذاتية، وزيادة الألم البدني، وزيادة حالات الاكتئاب والصعوبات في أنشطة الحياة اليومية؛[43]

(ح) ارتفاع خطر الإفراط في التسكين والجرعات المفرطة والارتباك والانهيار؛[44]

(ط) ارتفاع معدل حدوث تحديات الصحة العقلية المزمنة.[45][46]

30- وفيما يتعلق بالأنشطة المجتمعية والاجتماعية، تتمثل المشاكل الرئيسية التي يواجهها كبار السن من متعاطي المخدرات في الآتي:

(أ) قد يؤدي الوصم المرتبط بمشاكل تعاطي مواد الإدمان إلى الشعور بالعار الذي يمنعهم من التماس الرعاية، وهو ما يمنع بدوره العائلة ومقدمي الرعاية الصحية من تحديد حاجتهم إلى الرعاية؛[47]

(ب) ارتفاع معدل حدوث المشاكل المالية والبطالة والتشرد؛

(ج) محدودية التواصل مع العائلة والمجتمع المحلي، مما يؤدي إلى العزلة الاجتماعية والوحدة والاستبعاد؛[48][49]

(د) زيادة احتمالية تلقي العلاج نتيجة التعامل مع منظومة العدالة الجنائية أكثر من تلقيه من خلال الإحالة الذاتية أو مقدمي الرعاية الصحية عموما؛

(هـ) الخوف من التعرض لسلوك يتضمن إطلاق الأحكام عليهم من أخصائيي خدمات علاج تعاطي المخدرات.

31- ويشير استعراض البيانات الوبائية والأدلة المعروضة أعلاه إلى ثلاثة مجالات يلزم تناولها فيما يتعلق بتعاطي المخدرات في أوساط كبار السن، هي: (أ) إجراء البحوث وجمع البيانات؛ (ب) مكافحة الوصم؛ (ج) الحاجة إلى رعاية متكاملة وكلية ومراعية للسن.

إجراء البحوث وجمع البيانات

32- يشكل نقص البيانات، عند مناقشة التحديات التي يواجهها كبار السن من جراء تعاطي المخدرات، إحدى المشاكل الرئيسية التي تواجهها البلدان. ونظراً إلى نقص الرصد والمعلومات، لا يشخص تعاطي المخدرات في أوساط كبار السن في كثير من الأحيان؛ وهذا هو السبب في الإشارة إليه بوصفه وباء مخفياً. وتحسين قياس ورصد صحة كبار السن ورفاههم من الضروريات بوجه عام، ولكنه من الضروريات الحتمية فيما يخص متعاطي المخدرات. ومع التسليم بأن ثمة حاجة دائمة إلى إدخال تحسينات على الرصد، فمن الصحيح أيضاً أن نظم الرصد القائمة لا تُستخدم على نحو كاف. فعلى سبيل المثال، يمكن استخدام البيانات المتعلقة بالطلب على العلاج، المستمدة من نظم الرصد القائمة، لتحسين المعلومات عن كبار السن من متعاطي المخدرات.

33- **ويوصى بتوسيع الفئة العمرية للسكان المشمولين بدراسات استقصائية وبائية.** وثمة حاجة أيضاً إلى الابتكار وتسخير البيانات الضخمة عند التصدي للتحديات العالمية الجديدة في مجال تعاطي مواد الإدمان. **ولذلك يوصى أيضاً بأن ينظر راسمو السياسات ومقدمو الخدمات في استخدام التكنولوجيات الصحية المساعدة المبتكرة أو الاستفادة من التكنولوجيات القائمة أو الوسائل المبتكرة لتنسيق معالجة كبار السن من متعاطي المخدرات ودعمهم ورصد الحصائل المتصلة بهم.**

34- فعلى سبيل المثال، يمكن استخدام نظم الاتصالات عن بُعد لتوفير إمكانية الحصول على التطبيب عن بُعد، كما يمكن أن تيسر تلك الأنظمة الحصول على خدمتي المشورة والرصد من مقدمي الرعاية الصحية عبر الإنترنت الذين يقدمون الخدمات المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان إلى كبار السن في المجتمعات الريفية. وقد يكون من الأمثلة الأخرى على استخدام نظم الاتصالات عن بعد لهذا الغرض إدخال تعديلات تكييفية على تكنولوجيات الهاتف الثابت أو الهاتف المحمول الموجودة حاليا لخدمة رعاية كبار السن ورصد حالتهم في منازلهم أو في منازل أفراد عائلاتهم. وتطوير تكنولوجيات الاتصالات عن بعد مهم جداً في دعم الأشخاص الذين يقدمون الرعاية لأحد أفراد عائلاتهم من كبار السن.

---

(38) Johnston and others, "Responding to the needs of ageing drug users".

(39) Atkinson, "Service responses for older high-risk drug users".

(40) *Ageing Cohort of Drug Users*.

(41) Marie-Claire van Hout and others, *A Scoping Review of Codeine Use, Misuse and Dependence* (Brussels, 2014).

(42) Ana Diniz and others, "Elderly substance abuse: an integrative review", *Psicologia: Teoria e Prática*, vol. 19, No. (2017), pp. 42–59.

(43) Van Hout and others, *A Scoping Review of Codeine Use, Misuse and Dependence*.

(44) Diniz and others, "Elderly substance abuse".

(45) Johnston and others, "Responding to the needs of ageing drug users".

(46) Atkinson, "Service responses for older high-risk drug users".

(47) Carol S. D'Agostino and others, "Community interventions for older adults with comorbid substance abuse: the Geriatric Addictions Program (GAP)", *Journal of Dual Diagnosis*, vol. 2, No. 3 (2006), pp. 31–45.

(48) Atkinson, "Service responses for older high-risk drug users".

(49) April Shaw and Austin Smith, "Senior drug dependents and care structures: Scotland – qualitative report" (Glasgow, Scottish Drugs Forum, 2010).

35- كما أبرزت الحاجة إلى إدخال تحسينات على تقييم استعمال عقاقير الوصفات الطبية ورصده.[50] ومن المحتمل أن يؤدي وضع واستخدام نظام لرصد الوصفات الطبية إلى الحد، عموما، وفي أوساط كبار السن خصوصا، من الوصفات الطبية المتعددة، والسلوك المتمثل في استصدار وصفات متعددة متزامنة، وزيارات قسم الطوارئ. وإضافةً إلى ذلك، من المهم تحسين أدوات التشخيص والتقييم ذات الصلة لاستخدامها في حالة السكان من كبار السن الذين يتعاطون المخدرات.[51][52]

36- وتتمثل إحدى الأولويات الواضحة في وضع نظم رصد لقياس طبيعة تعاطي المخدرات ومداه، بما في ذلك إساءة استعمال العقاقير التي تصرف بوصفة طبية وتلك التي تصرف بدونها في أوساط كبار السن. **ولذلك فإن الهيئة توصي الحكومات بإنشاء نظم جديدة لرصد عملية وصف الأدوية أو توسيع نطاق نظمها القائمة في هذا المجال وتحسينها. وعند وجود نظم لرصد تعاطي المخدرات غير المشروعة، يوصى بإلغاء الحد الأقصى المصطنع الشائع وهو بلوغ سن 65 عاما، وتوسيع نطاق الرصد ليمتد إلى الأدوية التي تصرف بوصفة طبية والأدوية التي تصرف دونها.**

37- ويوصى أيضاً بتسخير قوة الموارد الموجودة وإضافة قيمة إليها، بما في ذلك مجموعات البيانات والتقييمات والرصد والفرص المستمدة من الابتكارات والتكنولوجيات الجديدة والذكية والصاعدة. **ومن حيث القيمة المضافة إلى البيانات الموجودة، يوصى بإجراء تحليل وبحوث فيما يتعلق بنظم السجلات الصحية الوطنية ذات الصلة المتعلقة بكبار السن من أجل تقديم تقديرات أولية لنطاق الانتشار المخفي لتعاطي المخدرات غير المشخص، بما في ذلك إساءة استعمال أدوية الوصفات الطبية، وما يتصل بذلك من حالات مرضية مصاحبة لدى كبار السن.** وينبغي تكرار هذه العملية بانتظام. ويمكن أن تشمل نظم السجلات المناسبة نظم أقسام الطوارئ في المستشفيات، ونظم سجلات العيادات الخارجية أو أقسام الإقامة بالمستشفيات، ونظم الأدوية أو الصيدليات، ونظم الممارسين العامين، ونظم التأمين الصحي، ونظم سجلات حوادث المرور على الطرق. وعند وجود نظم بيانات متعددة، قد يكون من الممكن استخدام أساليب أكثر تقدما لتحليل البيانات، مثل أساليب المعاينة والمقارنة، لتوفير تقديرات لمعدلات الانتشار المخفي على المستوى دون الوطني.

مكافحة الوصم

38- عولجت الطبيعة العالمية لتعاطي مواد الإدمان والتحديات التي تُواجه فيه على أرفع مستويات السياسات الدولية. فقد كُرست الوثيقة الختامية للدورة الاستثنائية الثلاثين للجمعية العامة، المنعقدة في عام 2016، للتصدي لمشكلة المخدرات العالمية ومواجهتها. وفي الوثيقة الختامية لتلك الدورة، سلمت الدول الأعضاء بأن الارتهان للمخدرات اضطراب صحي معقد متعدد العوامل، يتسم بطابع مزمن وانتكاسي وله أسباب وعواقب اجتماعية، ويمكن الوقاية منه وعلاجه بوسائل منها العلاج الفعال من المخدرات المستند إلى أدلة علمية، وبرامج الرعاية وإعادة التأهيل. وهذا الاعتراف بما يمثله تعاطي المواد المخدرة من تحد صحي عالمي له أهمية فيما يتعلق بالتصدي للوصم.

39- ومن الأرجح أن يعاني كبار السن الذين يتعاطون المخدرات من مزيد من الوصم والاستبعاد الاجتماعي والعزلة عن العائلة والأصدقاء. وقد استُبين هذا الوصم المتزايد في دراسة أجريت على كبار السن في ألمانيا وبولندا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية والنمسا.[53] وقد انتهت تلك الدراسة إلى أن أثر الوصم على كبار السن الذين يتعاطون المخدرات يمكن أن يكون عميقا ويمكن أن يشكل عائقا كبيرا أمام العلاج والتعافي. وتشمل الدعوة والاستجابات العملية للتصدي للوصم تفنيد اللغة والقوالب النمطية التي تستخدمها وسائل الإعلام، وتشجيع الشخصيات العامة على التحدث عن تجاربها الشخصية، وتوفير تدريب أفضل للموظفين غير المتخصصين، وتيسير زيادة التواصل بين متعاطي المخدرات وغير المتعاطين لها.[54]

40- وقد وضع الائتلاف الكندي المعني بالصحة العقلية لكبار السن مبادئ توجيهية لعلاج تعاطي كبار السن القنب والأفيونيات والبنزوديازيبين.[55] ومن النتائج الشائعة الاعتراف بأن الوصم الاجتماعي وضعف الإدراك لدى الأفراد قد يؤديان دوراً في نقص تحديد نسبة تعاطي مواد الإدمان في أوساط كبار السن. ومع مراعاة جودة الأدلة والتكلفة والجدوى، وضعت مجموعة من التوصيات، كان من أهمها ضمان ألا يتضمن تحري الحالات إطلاق الأحكام على أصحابها أو وصمهم. وفي استعراض لتعاطي مواد الإدمان في أوساط كبار السن، تبين أيضاً قلة الاعتراف بهذه المشكلة ودور ضعف الإدراك والوصم في نقص التشخيص.[56] واعترفت كذلك لجنة المخدرات بقضية الوصم المتصل بتعاطي المخدرات بوجه عام،

(50) Rachel D. Maree and others, "A systematic review of opioid and benzodiazepine misuse in older adults", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 24, No. 11 (November 2016), pp. 949–963.

(51) Ilana Crome, "Substance misuse in the older person: setting higher standards", *Clinical Medicine*, vol. 13, No. 6 (December 2013), pp. s46–s49.

(52) Diniz and others, "Elderly substance abuse".

(53) Shaw and Smith, "Senior drug dependents and care structures".

(54) Charlie Lloyd, "The stigmatization of problem drug users: a narrative literature review", *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, vol. 20, No. 2 (2013), pp. 85–95.

(55) Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, "Guidelines on opiate use disorder among older adults" (Toronto, 2019); and Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, "Canadian guidelines on cannabis use disorder among older adults" (Toronto, 2019).

(56) Alexis Kuerbis and others, "Substance abuse among older adults", *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 30, No. 3 (June 2014), pp. 629–654.

وذلك في قرارها 11/61 المعنون "التشجيع على مناهضة الوصم من أجل ضمان توافر خدمات الصحة والرعاية والخدمات الاجتماعية لمتعاطي المخدرات، ووصولهم إلى تلك الخدمات وتقديمها لهم".

41- **ويوصى باستخدام استراتيجيات الوقاية القائمة على الأدلة لمنع وصم كبار السن ممن يتعاطون المخدرات. ويوصى أيضاً بإشراك كبار السن في تصميم الرسائل المخصصة للتصدي للوصم على مستوى المجتمعات المحلية وفي الدورات التدريبية على التطوير المهني للعاملين في خدمات الوقاية الشاملة والخاصة على السواء. ويوصى كذلك بالاستمرار في رصد برامج التدريب على مكافحة الوصم وتقييمها لضمان استمرار تحديثها وملاءمة تلك البرامج للغرض المتوخى منها.**

42- ويُوصى، على وجه الخصوص، باستشارة كبار السن من متعاطي المخدرات ودعمهم في إعداد رسائل مكافحة الوصم المقرر نشرها على مستوى المجتمع المحلي وفي إيجاد فرص التدريب على استخدامها كجزء من التطوير المهني المستمر الذي يخضع له الموظفون العاملون في مجال تقديم الخدمات ذات الصلة.

الحاجة إلى رعاية متكاملة وكلية ومراعية للسن

43- بخلاف مشكلة الوصم بوصفها عائقاً أمام الاعتراف بمشكلة تعاطي المخدرات، **توصى الحكومات بإعداد استجابات خدمية فعالة تستهدف كبار السن من متعاطي المخدرات**. وينبغي أن تشمل العلاج المشترك لمشاكل متعددة، من قبيل ما يتعلق منها بالصحة البدنية والصحة العقلية والارتهان للمخدرات. وينبغي أيضاً تقديم الدعم الشخصي المستمر. وثمة حاجة إلى سلسلة متواصلة من الرعاية لضمان تقديم الدعم الكافي لكبار السن الذين يعانون من اضطرابات تعاطي مواد الإدمان، ابتداء بالتحري وانتهاء بالتعافي. وتتناول الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الشيخوخة والصحة الرعاية المتكاملة أيضا.[57] وفي إطار خطط تقديم الرعاية المتكاملة، يُشدد على ضرورة توجيه خدمات الرعاية الطويلة الأجل نحو تعزيز القدرة الوظيفية لكبار السن ورفاههم. وقد حددت الاستراتيجية أن هذا يمكن تحقيقه من خلال الرعاية المتكاملة في العديد من المهن والبيئات، علاوة على الخدمات الخاصة بحالات مَرضية وصور رعاية محددة. ويضرب المثل على ذلك بخدمات الرعاية الصحية المتعلقة بالخرف والرعاية التسكينية، ولكن التوصيات تخص خدمات الارتهان للمخدرات والصحة العقلية. كما أكدت الرابطة الدولية للرعاية الإيوائية والتسكينية على الحاجة إلى التدريب والحصول على الأدوية الأساسية الخاضعة للمراقبة الدولية فيما يتعلق بمعالجة الألم الشديد، وحالات الصحة العقلية، واضطرابات تعاطي مواد الإدمان، والرعاية الملطفة في مرحلة الاحتضار. وشدد على ضرورة معالجة التمييز ضد كبار السن وحقهم في الحصول على مسكنات الألم كجزء من الرعاية الملطفة، وعلى أهمية الحصول على الأدوية على مستوى العالم، كما شدد على عدم حصول أخصائيي الرعاية الصحية على التدريب في هذه المجالات.

44- وقارنت دراسة[58] بين آثار إساءة استعمال مواد الإدمان وخدمات الصحة العقلية عند دمجها في الرعاية الأولية مع آثار هذه الخدمات عند استخدام الإحالة المحسنة إلى مقدمي الخدمات الخارجيين، فوجدت أنه على الرغم من عدم الإشارة إلى وجود اختلافات في الحصائل السريرية بين نموذجي الرعاية، إلا أن الحصول على خدمات الصحة العقلية وتعاطي مواد الإدمان والمشاركة فيها أفضل بكثير في نموذج الرعاية المتكاملة. ويمكن استخدام هذه النتائج لمعالجة إساءة استخدام البنزوديازيبين والأفيونيات في أوساط كبار السن في أماكن تقديم الرعاية الأولية.

45- وتسلم الكلية الملكية للأطباء النفسيين في المملكة المتحدة، في دليلها الإعلامي عن تعاطي مواد الإدمان في أوساط كبار السن، بأنه من المعتاد تقييم حالة الأشخاص ومعالجتهم في إطار طائفة من الخدمات، على نحو متواز ومتتابع في آن واحد. ولضمان الإحالة المناسبة وتحسين جودة الرعاية والحصائل، من المهم العمل في إطار نموذج للرعاية المنسقة حيث توجد خدمة رئيسية مع منسق محدد.[59]

46- وقد أنشئ برنامج الإدمان في الشيخوخة في الولايات المتحدة لتلبية احتياجات كبار السن الذين يعانون من مجموعة من المشاكل المتعلقة بالارتهان للمخدرات وصحتهم العامة. وفي حين أن غالبية الزبائن أحيلوا إلى البرنامج بسبب المشاكل الناجمة عن الكحول، فنحو 15 في المائة منهم كانوا قد تعرضوا لمشاكل مرضية مصاحبة لها علاقة بالمخدرات. والبرنامج يشمل تدخلات تنفذ على مستوى المجتمع المحلي، ويركز على تقديم التدخلات المتصلة بتعاطي مواد الإدمان والتقييم وخدمات الربط التي يحصل عليها كبار السن من منازلهم. وقد أظهرت الأدلة المستقاة من البرنامج تحقيق حصائل إيجابية، ولكن على الرغم من ذلك، لم تكرر تجربة البرنامج على نطاق واسع.[60]

47- وبصفة عامة، أظهرت البحوث أن كبار السن الذين يحتاجون إلى المساعدة لا يفضلون الحصول على الرعاية في منازلهم دون المؤسسات الرسمية أو دور الرعاية فحسب، بل يفضلون أيضاً أن يتلقوا الرعاية من مقدمي الرعاية غير الرسميين أو أفراد العائلة بدلا من الأخصائيين ومقدمي الرعاية الرسميين. وبالفعل، فإن

(57) منظمة الصحة العالمية (جنيف، 2017).

(58) Maree and others, "A systematic review of opioid and benzodiazepine misuse in older adults".

(59) Rahul Rao and Amit Arora, *Substance Misuse in Older People: An Information Guide*, Faculty Report, No. OA/AP/01 (London, Royal College of Psychiatrists , 2015).

(60) D'Agostino and others, "Community interventions for older adults with comorbid substance abuse".

الوضع الطبيعي في العديد من الثقافات والمجتمعات هو أن يعيش كبار السن عند أولادهم البالغين أو عند أقاربهم الأصغر سناً وأن يتلقوا الرعاية على أيديهم.[61]

48- ويُضطلع بأنشطة تقديم الخدمة المعينة على الاستقلالية في بيوت الفئات المستهدفة، وفقا للمعايير الدولية لعلاج الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات التي وضعها المكتب المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية.[62] ويكتسي هذا الأمر أهمية في المناطق التي يكون فيها الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات معزولين عن مجتمعاتهم بسبب الوصم والتمييز. وتشمل الخدمة المعينة على الاستقلالية القيام بزيارات منتظمة إلى منازل متعاطي المخدرات أو منازل أفراد عائلاتهم الذين يعتنون بهم. وبرامج العلاج من المخدرات التي تشمل تقديم الخدمة المعينة على الاستقلالية والرعاية المتكاملة، والتي تستهدف على وجه التحديد كبار السن الذين يعيشون داخل بيوتهم أو داخل بيوت أفراد عائلاتهم الذين يعتنون بهم، يمكن أن تحقق وفورات كبيرة في التكاليف، وأن تقلل ما لا لزوم له من المعاناة وعبء الرعاية الملقى على عاتق أفراد العائلة والأقارب.

49- وتقدم الخدمة المتجولة في البيئات التي يحصل فيها الناس على بعض الخدمات بالفعل أو حيث من المرجح للغاية مصادفة الفئات السكانية المستهدفة (مثل توفير المأوى للمشردين من كبار السن أو إقامة مشاريع الإسكان). وبدلا من التركيز على الأفراد، تركز الخدمة المتجولة على المؤسسات والبيئات التي يمكن فيها العثور على الفئات السكانية المستهدفة. وتركز تلك الخدمة على توسيع نطاق الأشخاص الذين يتلقون رسائل التثقيف الصحي، وعلى تدريب مزيد من العاملين والموظفين على تقديم الأنشطة التثقيفية والتوعوية إلى زبائنهم.

50- وتعكس الحاجة إلى رؤية كلية أوسع نطاقاً للعلاج والتعافي من تعاطي مواد الإدمان المفاهيم المتغيرة للتعافي في خدمات الصحة العقلية، كما تعكس المبادئ الواردة في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التي تعتمد تصنيفاً واسعاً للأشخاص ذوي الإعاقة. فوفقا للمادة 4 من الاتفاقية، تتعهد الدول الأطراف بكفالة وتعزيز إعمال كافة حقوق الإنسان والحريات الأساسية إعمالا تاما لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة دون أي تمييز من أي نوع على أساس الإعاقة. وعلاوة على ذلك، يعترف العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بحق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية. وبغض النظر عن عمر الشخص أو الموازنة بين التكاليف الاقتصادية والفوائد التي تعود على المجتمع، فإن الأمر يتعلق بحق أساسي وإنساني في المساواة بين كبار السن والأصغر سناً في الحصول على علاج مناسب للإدمان على تعاطي المخدرات. ولما كانت احتياجات كبار السن من متعاطي المخدرات قد أثبتت، في الدراسات التي أجريت في شتى أنحاء العالم، أنها فريدة ومعقدة في آن واحد، فيتحتم وضع نموذج مرن وقابل للتكييف من أجل تقديم سلسلة منسقة من الرعاية المتكاملة. ومن المهم أن تستخدم السياسات والممارسات في العمل على وضع نظام شامل للرعاية المتكاملة لكبار السن هؤلاء.

51- وتفضيل تركيز الرعاية المتكاملة على تلبية احتياجات الأفراد وأسرهم ومجتمعاتهم المحلية مشمولة ضمنا في تعريف تلك الرعاية. وثمة حاجة إلى قيادة شاملة واضحة، وإرشادات وتوجيهات من الخبراء تتجاوز أولويات السياسات ذات المجال الواحد، وتضع كبار السن في صلب الحل المتوخى. **وفيما يتعلق بالمشاركة، في السياسة الصحية أو السياسة الاجتماعية والأمنية الأوسع نطاقا، يوصى بإدراج كبار السن الذين يتعاطون المخدرات أو تعاطوها من قبل في عملية رسم سياسة الرعاية المتكاملة ليشكلوا جزءا منها.**

52- **وفيما يتعلق بضمان حصول كبار السن من متعاطي المخدرات هؤلاء على سلسلة متصلة من الرعاية، يُوصى بتوسيع نطاق خدمات التوعية القائمة التي تستهدف متعاطي المخدرات أو تطويرها لتشمل الخدمة المنزلية المعينة على الاستقلالية والخدمة المتجولة، وجعل خدمات التوعية تلك سبيلا أو مدخلا لمواصلة تقديم سلسلة الرعاية المتكاملة إلى أكثر كبار السن من متعاطي المخدرات السن تهميشا.**

53- والتاريخ يقول إن إخضاع كبار السن، مقارنة بالفئات العمرية الأخرى، للتحري للكشف عن تعاطيهم مواد الإدمان من عدمه أندر حدوثا، وهناك عدة عوامل تمنع التحري والكشف عن التعاطي لاحقا. وتشمل هذه العوامل الشعور المحتمل بعدم الراحة سريريا عند تقييم الارتهان للمخدرات، وأوجه التشابه بين أعراض تعاطي مواد الإدمان واعتلالات أخرى تشيع الإصابة بها في وقت متأخر من العمر، والتصور الشائع في أوساط كبار السن الذي مفاده اعتبار الأعراض الناجمة عن تعاطي المخدرات جزءا من الشيخوخة العادية وليست ناجمة عن تعاطي مواد الإدمان نفسه. وعلاوة على ذلك، يمكن أن يُنظر إلى تعاطي المخدرات في بعض الأوساط الثقافية والاجتماعية على أنه آخر متعة تُمنح لكبار السن أو آخر تساهل معهم.

54- **ويوصى بإخضاع كبار السن للتحري والتقييم للوقوف على تعاطيهم المخدرات من عدمه، ويوصى أيضاً بإدخال تحسينات على التحري والتقييم اللذين يجريان على هذا النحو. ويوصى كذلك بإدخال تعديلات على أدوات التحري والتقييم والبرامج القائمة على الأدلة المستخدمة حاليا في حالة كبار السن من متعاطي المخدرات كي تكون ملائمة ثقافيا لهم على اختلاف مجتمعاتهم وخلفياتهم.**

(61) Catherine M. Comiskey and others, "The BREATHE Project, a mobile application, video-monitoring system in family homes as an aid to the caring role: needs, acceptability and concerns of informal carers", *Digital Health*, vol. 4 (2018), pp. 1–8.

(62) منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Revised Edition Incorporating Results of Field-Testing* (Geneva and Vienna, 2020).

55- وتماشيا مع أفضل الممارسات وأولويات منظمة الصحة العالمية المتعلقة بالشيخوخة، يوصى بإنشاء نظام للرعاية المتكاملة لكبار السن من متعاطي المخدرات. وفي الخدمات التي تدعم كبار السن، بخلاف خدمات العلاج من تعاطي المخدرات، يلزم توافر وعي ومعلومات بشأن احتمال تعاطي الزبائن مواد الإدمان، وما قد يكون لذلك من أثر، وكيفية تخفيفه. وعلاوةً على ذلك، يلزم زيادة الوعي بمسارات الإحالة إلى خدمات علاج إساءة استعمال مواد الإدمان. وسيكفل العمل الجاري من أجل وضع نظام للرعاية المتكاملة حصول كبار السن من متعاطي المخدرات على رعاية متواصلة متى وأينما احتاجوا إليها، وذلك ابتداء بمقدم الرعاية الأولية الذي يُجري مراجعة للأدوية التي يتناولونها وانتهاء بعلاجه المحتمل للحالات المرضية المصاحبة الحالية أو المستقبلية المرتبطة بتعاطي المخدرات أو بتقدم العمر. وعلى المستوى الفردي، قد يشمل ذلك إعداد وثائق إرشادية وتحديد مسارات رعاية لمقدمي الرعاية الأولية والممارسين العامين، علاوة على إعداد وثائق إرشادية ووضع بروتوكولات رعاية مشتركة لنظم الرعاية. ومن شأن هذه البروتوكولات أن تحدد أدوار ومسؤوليات الموظفين داخل المؤسسات وتوفر وسيلة للشراكة بين الأجهزة وتنفيذ الإحالات بين الجهات المقدمة للخدمات المتخصصة وتلك المقدمة لخدمات التعافي من ناحية والجهات المقدمة للخدمات الصحية والخدمات الاجتماعية من الناحية الأخرى.

56- ويُوصى بأن تشرك البلدان كبار السن من متعاطي المخدرات في تطوير الخدمات. فالاستماع إلى آراء المستفيدين من الخدمات والعمل على أساسها ركيزتان أساسيتان من ركائز تخطيط خدمات الرعاية الصحية وتقديمها إلى جميع المواطنين.

57- ونظرا لما قطعته الدول الأعضاء في الوثيقة الختامية للدورة الاستثنائية الثلاثين للجمعية العامة من التزام مفاده تقديم خدمات ملائمة للسن ونوع الجنس، **يوصى بأن تستند أي سياسات توضع بخصوص كبار السن من متعاطي المخدرات إلى مبادئ الاستقلالية والمشاركة والرعاية وتحقيق الذات وصون الكرامة، على النحو المبين في مبادئ الأمم المتحدة لكبار السن،**[63] **وينبغي وضعها بالاستعانة بالإطار المعنون الشيخوخة النشطة: إطار للسياسات،**[64] **والاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة.**

المضي قدما

58- في عام 2020، تفشت جائحة غير مسبوقة وغير متوقعة في جميع أنحاء العالم، متجاهلة الحدود وغيرها من الحواجز. وتخلف جائحة كوفيد-19 أثرا شديد العمق يعاني منه سكان العالم، إلا أن كبار السن يواجهون أشد التهديدات والتحديات في هذا الوقت. وعلى الرغم من أن الأشخاص من جميع الفئات العمرية معرضون لخطر الإصابة بمرض كوفيد-19، فكبار السن يواجهون خطرا شديدا يتمثل في الإصابة باعتلالات حادة بسبب التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للشيخوخة واحتمال وجود حالات صحية كامنة. وهناك فئة شديدة الضعف هي كبار السن الذين يتعاطون المخدرات، ومع استمرار الجائحة، ينبغي للبلدان أن تكفل تزويد كبار السن من متعاطي المخدرات بالدعم الصحي والاجتماعي المركز والمناسب لتمكينهم من النجاة من الجائحة إلى جانب منع تعاطي المخدرات وما يرتبط به من عواقب.

59- وتتراوح احتياجات كبار السن الذين يتعاطون المخدرات من الاحتياجات الفردية إلى احتياجاتهم إلى العائلة، والمجتمع المحلي والنظام، والخدمات. ويمكن أن تكون الاحتياجات الصحية معقدة بالنسبة لجميع كبار السن، بل وأكثر من ذلك بالنسبة لمتعاطي المخدرات، لا سيما إذا كانت تلك العقاقير المخدرة قد وصفها في الأصل أخصائيون صحيون أو إذا كان تعاطي المخدرات حالة انتكاسية مزمنة، تتراوح بين تعاطي الكحوليات على نحو غير ملائم إلى إساءة استعمال أدوية الألم الأفيونية وغيرها. وقد تكون هناك احتياجات أخرى تتعلق بخشية إساءة الاستعمال في أوساط كبار السن؛ والعزلة عن العائلة وفقدان الأصدقاء؛ والخوف من الوصم؛ والخوف من التعامل مع منظومة القضاء؛ والخوف من الفقر والتشرد.

60- لكن توجد مبادئ توجيهية وسياسات وممارسات جيدة لمعالجة هذه المشاكل نفسها. ويتعين على البلدان والمجتمعات المحلية وراسمي السياسات الابتعاد عن النموذج القائم على سد العجز عند تلبية احتياجات كبار السن من متعاطي المخدرات، واعتماد نماذج تستند إلى إشراك المواطنين، والرعاية الكلية المتكاملة، والمشاركة في إعداد أنشطة لتطوير مهني ومجتمعي مستمر للتصدي للوصم على مستوى الفرد والعائلة والخدمة.

61- ويواجه كبار السن من متعاطي المخدرات في شتى أنحاء العالم تحديات في مجالات الصحة والأمن والمشاركة لم يسبق أن واجهوها على نطاق عالمي. وتود الهيئة أن تحث الدول الأعضاء على اتخاذ إجراءات في مواجهة التحدي المشترك المتمثل في تعاطي مواد الإدمان والشيخوخة بطريقة شاملة، والاستفادة من الأدلة العلمية المتاحة والتوصيات الواردة في هذا التقرير (انظر الفصل الرابع) لمعالجة أوجه القصور التي وقعت في الماضي والمضي قدما نحو تحقيق مستقبل يتسم بمزيد من الإيجابية لواحدة من أكثر فئات المجتمع تهميشا ألا وهي: كبار السن الذين يتعاطون المخدرات.

(63) قرار الجمعية العامة 91/46.

(64) منظمة الصحة العالمية (جنيف، 2002).