

الفصل الأول

تعاطي المخدرات لدى المرأة

١- كان آخرها دورتها التاسعة والخمسون المنعقدة في آذار/مارس ٢٠١٦ باعتمادها القرار ٥/٥٩ المعنون "إدماج المنظور الجنساني في صميم السياسات والبرامج المتعلقة بالمخدرات".

٢- وإقراراً بأهمية مراعاة الاعتبارات الجنسانية، خصّصت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات الفصل الأول من هذا التقرير السنوي لموضوع تعاطي المخدرات لدى المرأة. غير أنه لا يمكن، نظراً إلى تعدّد جوانب هذا الموضوع، الإحاطة بجميع هذه الجوانب في فصل واحد فقط. وعلاوة على ذلك، فإنّ البيانات المتعلقة بالنساء اللاتي يتعاطين المخدرات قليلة، ممّا يزيد من تعقيد التحليل. ولهذه الأسباب، يقتصر هذا الفصل على تناول بعض الجوانب البارزة، وهي الأضرار المترتبة على المخدرات، وفئات خاصة من النساء المتعاطيات للمخدرات، والوقاية والعلاج من الارتهاان للمخدرات وإعادة تأهيل المرتهنات لها.

٣- وقد تواجه المرتهنات للمخدرات صعوبات عديدة. فقد تلاحقهن وصمة عار شديدة؛ أو تنبذهن الأسرة أو المجتمع المحلي؛ أو يتعرّضن للعنف على يد الشريك أو أفراد الأسرة؛ أو يلجأن إلى الاشتغال بالجنس أو يُرغمن عليه لتغطية مصاريفهن أو مصاريف الشريك من أجل تعاطي المخدرات. وبالإضافة إلى ذلك، ليس لديهن إمكانية الحصول على العلاج من الارتهاان للمخدرات بمراعاة احتياجاتهن الخاصة. ويتبيّن من البيانات المحدودة المتاحة على المستوى العالمي أنّ عدد النساء اللاتي يتعاطين المخدرات آخذ في التزايد في صفوف الشباب ونزلاء السجون. وهناك قلة من البلدان التي توفّر علاجاً كافياً من الارتهاان للمخدرات للنساء، وجميع البلدان تقريباً بحاجة إلى تعزيز العلاج بمراعاة الاعتبارات الجنسانية. إذ ما أرادت الوصول بحالة المرأة الصحية إلى أفضل مستوى ممكن.

٤- وتشير بيانات العدالة الجنائية إلى إلقاء القبض على عدد متزايد من النساء بسبب جرائم المخدرات؛ وقد يكون لحبس

١- هناك إدراك متزايد لأهمية إدماج المنظور الجنساني على النحو المناسب في صميم السياسات والبرامج المتعلقة بالمخدرات. فقد روعيت الاعتبارات الجنسانية في الإعلانين السياسيين لعامي ١٩٩٨^(٣) و ٢٠٠٩^(٤)، كما أولت الجمعية العامة^(٥) ولجنة المخدرات^(٦) اهتماماً متزايداً لهذا الجانب خلال السنوات العشر الماضية. وبالإضافة إلى ذلك، أكّدت الجمعية العامة، في قرارها بشأن خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠^(٧)، على الأهمية الحاسمة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة. وتُشجّع الدول الأعضاء، في الوثيقة الختامية لدورة الجمعية العامة الاستثنائية الثلاثين، المنعقدة تحت عنوان "التزامنا المشترك بالتصدّي لمشكلة المخدرات العالمية ومواجهتها على نحو فعّال"^(٨)، على مراعاة الاحتياجات الخاصة للمرأة في سياق السياسات المتعلقة بالمخدرات. واعتمدت لجنة المخدرات، وهي الهيئة الرئيسية لتقرير السياسات في منظومة الأمم المتحدة بشأن المسائل ذات الصلة بالمخدرات، عدداً من القرارات فيما يتعلق بالمرأة في إطار مشكلة المخدرات العالمية. وإسهاماً في تعزيز سياسات تراعي الفوارق بين الجنسين لمعالجة هذه المشكلة، سلّطت اللجنة الضوء على الاحتياجات الخاصة للمرأة، في مناسبات

(٣) الإعلان السياسي الذي اعتمدهت الجمعية العامة في دورتها الاستثنائية العشرين، المخصّصة لموضوع التعاون على مواجهة مشكلة المخدرات العالمية (مرفق قرار الجمعية العامة ١٥-٢٠٠١/٢٠٠١).

(٤) الإعلان السياسي وخطة العمل بشأن التعاون الدولي صوب استراتيجية متكاملة ومتوازنة لمواجهة مشكلة المخدرات العالمية (انظر تقرير لجنة المخدرات عن أعمال دورتها الثانية والخمسين (E/2009/28)، الفصل الأول، القسم جيم).

(٥) قرارات الجمعية العامة ١٣٨/٥٨ و ١٤٣/٦١ و ٢٤١/٦٣ و ١٨٢/٧٠.

(٦) قرارات لجنة المخدرات ١/٥٢ و ٥/٥٥ و ٥/٥٩.

(٧) قرار الجمعية العامة ١/٧٠.

(٨) مرفق قرار الجمعية العامة ١٥-٣٠١/١٥.

نسبة كبيرة من الأشخاص الذين يسيئون استعمال عقاقير الوصفات الطبية. فقد أفاد فريق بومبيدو التابع لمجلس أوروبا أن استعمال المرأة لعقاقير الوصفات الطبية يزداد حسب الفئة العمرية، ويبلغ ذروته في الثلاثينيات من العمر. وعلى الرغم من أن البيانات محدودة، فقد أفادت ألمانيا وصربيا أن الوفيات الناجمة عن الجرعات المفرطة بسبب سوء استعمال عقاقير الوصفات الطبية أكثر شيوعاً لدى النساء منها لدى الرجال.^(١٠) وتبين الدراسات أن احتمال استعمال النساء لعقاقير الوصفات الطبية، مثل المسكنات المخدرة والمهدئات (مثل البنزوديازيبينات)، لأغراض غير طبية أكبر مقارنةً بالرجال.^(١١) يضاف إلى ذلك أن المرأة أشد عرضة للاكتئاب والقلق والصدمات النفسية والإيذاء من الرجل. وتفيد النساء أنهن يتعاطين المخدرات لمواجهة ضغوط الحياة، وهناك أدلة على أن احتمال إصدار وصفات طبية للنساء بعقاقير مخدرة وأدوية مضادة للقلق أكبر بكثير مقارنةً بالرجال.^(١٢)

٨- ويسجل باطراد معدّل انتشار أعلى لتعاطي المخدرات غير المشروع وتعاطي المخدرات بالحقن والارتهان للمخدرات في صفوف النساء اللاتي يمارسن الجنس مع نساء أخريات مقارنةً بغيرهن. كما يشيع تعاطي المخدرات، بما في ذلك التعاطي بالحقن، لدى المتحوّلات جنسياً، إذ تتراوح نسبته ما بين ٣٠ في المائة تقريباً في الولايات المتحدة و٤٢ في المائة في أستراليا وحتى ٥٠ في المائة في إسبانيا والبرتغال. لكن دراسة أجريت في باكستان عام ٢٠٠٤ خلصت إلى أن نسبة تعاطي المخدرات بالحقن في صفوف النساء المتحوّلات جنسياً كانت أقل من ٢ في المائة في السنة السابقة.^(١٣)

باء- بدء تعاطي المخدرات وأسبابه وظروفه

٩- عادة ما يبدأ تعاطي المخدرات، بما في ذلك التعاطي بالحقن، في سنّ المراهقة وبداية مرحلة البلوغ. أمّا الشبان الأشد عرضة من غيرهم لتعاطي المخدرات، مثل الشبان المشردين، فقد

Marilyn Clark, *The Gender dimension of non-medical use of prescription drugs* (Strasbourg, Council of Europe, 2015)

L. Simoni-Wastila, G. Ritter and G. Strickler, "Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs"; *Substance Use and Misuse*, vol. 39, No. 1 (2004), pp. 1-23; 2007 ESPAD Report: *Substance Use Among Students in 35 European Countries* (Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2009)

UNODC, *The Non-Medical Use of Prescription Drugs: Policy Direction Issues* (Vienna, 2011)

Sarah Larney and others, "Global epidemiology of HIV among women and girls who use or inject drugs: current knowledge and limitations of existing data", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 69, supp. 2 (June 2015)

النساء المتورطات في هذه الجرائم وقع الكارثة على أطفالهن، ولا سيّما إذا كنّ يتولّين المسؤولية الرئيسية عن رعايتهم. وبالإضافة إلى ذلك، تكون مستويات ارتهان السجينات للمخدرات عالية جداً لكنهنّ قلماً يحصلن على خدمات العلاج وإعادة التأهيل.

الف- انتشار تعاطي المخدرات وأنماطه

٥- تشكّل النساء والفتيات ثلث الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات على الصعيد العالمي. ففي عام ٢٠١٠، أفادت التقديرات أن أعداد النساء المرتهات بلغت ٦,٣ ملايين للأمفيتامينات، و٤,٧ ملايين للمؤثرات الأفيونية، و٢,١ مليون للكوكايين على الصعيد العالمي. وكانت نسبة انتشار الارتهان للأمفيتامينات مرتفعة في صفوف النساء (٠,٣١ في المائة) في جنوب شرق آسيا وأوقيانوسيا، وللمؤثرات الأفيونية (٠,٢٥ في المائة) في أوقيانوسيا، وللكوكايين (٠,٢٢ في المائة) في أمريكا الشمالية وأمريكا اللاتينية. وفي عام ٢٠١٠ أيضاً، بلغ عدد النساء اللاتي تعاطين المخدرات بالحقن على الصعيد العالمي ٣,٨ ملايين امرأة حسب التقديرات، أي ما يعادل ٠,١١ في المائة من سكان العالم من الإناث.^(٩) وتختلف أنماط تعاطي المخدرات لدى النساء باختلاف الفرص السانحة للتعاطي، الناتجة عن تأثير بيئتهن الاجتماعية أو الثقافية.

٦- وعادة ما تبدأ النساء في تعاطي المخدرات في سنّ أكبر مقارنةً بالرجال، لسبب رئيسي هو تعاطي الشريك للمخدرات أيضاً. لكن معدّل تعاطي المرأة للقفب والمؤثرات الأفيونية والكوكايين، بعد بدئها في تعاطي المخدرات، يتزايد بسرعة أكبر مقارنةً بالرجل، كما يغلب أن تصاب باضطراب تعاطي مواد الإدمان في وقت أقصر مقارنةً بالرجل. وتبدأ النساء في تعاطي الميثامفيتامينات في سنّ أبكر مقارنةً بالرجال، وهن أكثر عرضة لاضطرابات تعاطي هذه المادة من الرجال. والنساء اللاتي يتعاطين الهيروين أصغر سنّاً من نظرائهن الرجال، ويرجع أن يتعاطين مقادير أقل منه لمدة أقصر، واحتمال تعاطيهن له بالحقن أقل مقارنةً بالرجال، كما أن احتمال تأثرهن بتعاطي المخدرات من طرف شركائهن في العلاقات الجنسية أكبر. وفي كثير من الأحيان، يكون تعاطي المرأة عن طريق الحقن لأول مرة على يد شخص آخر، عادة ما يكون شريكها.

٧- ونسبة تعاطي المخدرات لدى النساء في البلدان المرتفعة الدخل أعلى مقارنةً بالبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. والفارق بين الإناث والذكور أضيّق لدى فئة الشباب مقارنةً بالبالغين فيما يتعلق بتعاطي جميع المخدرات. كما أن النساء يمتلن

Harvey A. Whiteford and others, "Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010", *The Lancet*, vol. 382, No. 9904 (2013), pp. 1575-1586

تحليل أجراه فيروايج وآخرون (٢٠١٠) لدراسات على توائم أنه يمكن عزو ٥٩ في المائة من التعاطي الإشكالي للقنب لدى الإناث إلى الجينات المشتركة، في حين تُعزى نسبة ٥١ في المائة فقط إلى الجينات المشتركة فيما يتعلق بالذكر.

١٣- وقد تواجه النساء اللاتي يتعاطين المخدرات مشاكل خاصة، تتأثر جزئياً بالاختلافات البيولوجية والفروق على أساس الخصائص المنسوبة لكل جنس. فقد تبين من البحوث التي أجريت أن العوامل التالية قد تؤثر على تعاطي النساء المخدرات وقدرتهن على التعافي منه: الهرمونات، والدورة الشهرية، والخصوبة، والحمل، والرضاعة الطبيعية، وسن اليأس. وتبلغ درجة التأثير بالمنشطات حداً الأقصى في الطور الجريبي من الدورة الشهرية، الذي يشهد ارتفاع مستويات الاستراديول وانخفاض مستويات البروجسترون. كما خلص بحث بشأن رد الفعل على تعاطي الكوكايين إلى إفادة النساء في الطور الأصفرى بتدني مستويات الشعور بالانتشاء مقارنةً بالنساء في الطور الجريبي أو بالرجال.^(١٥) وقد أظهرت البحوث أيضاً مختلف آثار الأنماط الوراثية لأكسيداز أحادي الأمين "ألف" (MAO-A) (وهو إنزيم يكسر الموصلات العصبية الأحادية الأمينات مثل السيروتونين) على سلوك المرأة وأمراضها النفسية.^(١٦) وهناك أيضاً أدلة على أن الوقوع ضحية اعتداء جنسي في مرحلة الطفولة والتعرض للعنف على يد الشريك في العلاقات الجنسية من العوامل التي تختص بها المرأة وتعرضها لخطر ارتكاب سلوك معاد للمجتمع وتعاطي المخدرات ويمكن الاستناد إليهما لتوقع حدوث انتكاس بعد سنوات عديدة.^(١٧)

٢- العوامل الاجتماعية والبيئية

١٤- ترتفع مستويات البطالة في بعض البلدان وتنتشر فيها المخدرات والإجرام، مما يهيئ بيئة من شأنها أن تشجع على تعاطي المخدرات الإشكالي. وقد ربي أن هناك ترابطاً بين تدني الوضع الاجتماعي-الاقتصادي وتعاطي المخدرات. فالعيش في فقر قد يؤدي إلى الإجهاد العصبي المزمن الذي يؤثر على صحة الفرد العقلية، وهو وضع قد تساعد المخدرات على تخفيف حدته

Mehmet Sofuoglu and others, "Sex and menstrual cycle differences in the subjective effects from smoked cocaine in humans", *Experimental Clinical Psychopharmacology*, vol. 7, No. 3 (1999), pp. 274-283

J. Kim-Cohen and others, "MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis", *Molecular Psychiatry*, vol. 11 (2006), pp. 903-913

Office of Research on Women's Health, "Research summaries, FY 2011" (Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, 2011)

يبدوون بالحقن في مستهل سنوات المراهقة. وتعاطي المرأة المخدرات لأسباب متنوعة شأنها في ذلك شأن الرجل، منها خوض تجربة جديدة وتأثير الرفاق والهروب من الواقع والاسترخاء. وثمة عوامل، مثل طبيعة الشخصية أو البيئة المحيطة، قد تدفع بالمرأة إلى الانتقال من تعاطي المخدرات بالوسائل المعتادة إلى تعاطيها بالحقن. وقد تشمل هذه العوامل أيضاً التعرض لاعتداء جسدي أو جنسي في الطفولة والاشتغال بالجنس والاختلاط بأشخاص يتعاطون المخدرات بالحقن.

١٠- وتفيد بعض النساء تعاطيهن مواد لتخفيف الإجهاد العصبي أو الانفعالات السلبية أو للتغلب على تداعيات الطلاق أو فقدان حضانة الأطفال أو وفاة أحد الأقرباء. وغالباً ما تكون النساء المصابات باضطرابات تعاطي مواد الإدمان قد نشأن في ظروف صعبة يسودها النزاع داخل الأسرة وتولين مسؤوليات تفوق أعمارهن. وكثيراً ما يكون أحد أفراد أسرهن مرتهاً للمخدرات، وثمة نساء كثيرات يشرن إلى وجود مشاكل في علاقاتهن كواحد من العوامل المفضية إلى بدء تعاطي المخدرات. وبالإضافة إلى ذلك، كثيراً ما تسبق اضطرابات المزاج والقلق ظهور مشاكل تعاطي المخدرات. وثمة عوامل أخرى تذكرها النساء كأسباب لتعاطي المخدرات، هي المساعدة على اتباع نظام غذائي معين ومقاومة الإرهاق وتخفيف الآلام والمعالجة الذاتية لمشاكل الصحة العقلية.

١- العوامل البيولوجية

١١- يتحدد الارتهاان للمخدرات بمجموعة من العوامل البيولوجية والبيئية والسلوكية والاجتماعية. فمن العوامل التي تزيد من خطر الارتهاان: الذكورة، والنزوع إلى البحث عن الجودة والإثارة، ونشوء سلوك تمرددي واضطرابات سلوكية في سن مبكرة، وضعف التحصيل الدراسي، والنوم غير الكافي. وقد تواجه المرأة التي تعاطي المخدرات مشاكل خاصة ترتبط جزئياً بعوامل بيولوجية.

١٢- وينشأ الارتهاان عندما تتكيف خلايا الشخص العصبية مع تكرار تعاطي المخدر فلا تعود تعمل بصورة طبيعية إلا في وجوده. ويمكن أن يحدد التباين الجيني إلى حد بعيد مدى تعرض الشخص لخطر الارتهاان، ومن ثم فإن فهم دور العوامل الجينية قد يساعد على علاج الارتهاان للمخدرات. ويُعتقد أن العوامل الجينية مسؤولة عما يتراوح بين ٤٠ و ٦٠ في المائة من خطر تعرض الشخص للإدمان. وقد كشفت دراسات لتوائم أن احتمال وراثية اضطرابات الإدمان يتراوح، على مقياس من صفر إلى ١، بين ٠,٣٩، فيما يتعلق بالمهلوسات و٠,٧٢ بالنسبة للكوكايين.^(١٤) وأفاد

Laura Bevilacqua and David Goldman, "Genes and addictions", *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, vol. 85, No. 4 (2009)

البحوث تجرى في البلدان المرتفعة الدخل، ممّا يحّد من فهم الوضع على الصعيد العالمي. ومع ذلك، فقد توافر قدر معقول من البيانات عن فيروس نقص المناعة البشرية لدى النساء، ممّا يتيح بعض المؤشّرات على طبيعة المشكلة بالنظر إلى الصلة بين تعاطي المخدّرات بالحقن وخطر الإصابة بالفيروس. وقد تتفاوت نسبة انتشار فيروس الأيدز بين الإناث اللاتي يتعاطين المخدّرات تفاوتاً كبيراً، بين المستويات المنخفضة في عدّة بلدان إلى أكثر من ٥٠ في المائة في بعض البلدان الأخرى، مثل إستونيا والفلبين. وفي جمهورية تنزانيا المتحدة، تبلغ نسبة الإصابة بفيروس الأيدز لدى النساء اللاتي يتعاطين الهيروين بالحقن ٧٢ في المائة، مقابل ٤٥ في المائة لدى نظرائهن من الرجال. وفي السنغال، تزيد نسبة انتشار فيروس الأيدز بين النساء اللاتي يتعاطين المخدّرات بالحقن ثلاث مرات على نسبة انتشاره بين نظرائهن من الرجال.

١٧- وعموماً، تزيد نسبة إصابة المشتغلات بالجنس بفيروس الأيدز ١٢ مرة على نسبة إصابة عامة النساء به، وذلك حتى في حالة الأوبئة العامة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وبالمثل، يرتفع احتمال الإصابة بفيروس الأيدز في البيئات الأخرى التي تكون فيها نسبة انتشار الفيروس متوسطة أو مرتفعة أو في حالة الأوبئة العامة.^(٢٠) كما أنّ مستويات إصابة السجينات بفيروس الأيدز أعلى بالقياس إلى عامة الناس وإلى السجناء الذكور.^(٢١)

١٨- وكثيراً ما تفيد النساء اللاتي يتعاطين المخدّرات بالحقن أنهن يتشاركن في الإبر، مع تقديم أسباب مثل عدم إدراك مخاطر ذلك وعدم إمكانية الحصول على إبر من الصيدليات والخوف من الوقوع في يد الشرطة. وتفيد بعض النساء بأنهن يتشاركن في الإبر مع شركائهن في الحياة تعبيراً عن الحب أو الثقة. وتتسبّب رداءة أساليب الحقن في جروح للأوردة، مع ما قد يترتّب على ذلك من مضاعفات خطيرة. وتواجه النساء اللاتي يتعاطين المخدّرات بالحقن مشاكل مثل الإرهاق وفقدان الوزن وآلام الإقلاع عن التعاطي والاكنتاب والميول الانتحارية؛ وكثير منهن مصابات أيضاً بأمراض منقولة جنسياً وبالتهاب الكبد. والسبب الرئيسي الذي يعوق حصولهن على الرعاية الطبية هو وصمة العار التي تلاحق النساء اللاتي يتعاطين المخدّرات بالحقن.

١٩- وفي عام ٢٠١٢، تسبّب تناول جرعات مفرطة من المخدّرات في وفاة ما يزيد على ١٥ ٠٠٠ امرأة في الولايات المتحدة. وفي الفترة ما بين عامي ١٩٩٩ و٢٠١٠، ازداد عدد الوفيات بسبب

لبعض الوقت. وبالإضافة إلى ذلك، قد يؤدّي تعاطي المخدّرات، وإن بدرجة أقل، إلى تدني الوضع الاجتماعي-الاقتصادي. وكثيراً ما يتفاقم تأثير هذه العوامل في حالة المرأة. فعلى سبيل المثال، أجرى مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدّرات والجريمة بحثاً في تأثير تعاطي المخدّرات على وحدة الأسرة في أفغانستان، خلص إلى وجود صلة قوية بين تعاطي المخدّرات والبطالة والفقير.^(١٨) إذ فقد أكثر من نصف الأشخاص الذين كانوا يعملون قبل بدء تعاطي المخدّرات عملهم، وقال ما يزيد على ثلث الأطفال الذين استطلعت آراؤهم إنهم أُجبروا على ترك المدرسة بسبب تعاطي أحد أفراد الأسرة للمخدّرات. وكثيراً ما يصعب في المجتمعات المحلية التي يكثر فيها تعاطي المخدّرات الحصول على الدعم الاجتماعي والرعاية الصحية وخدمات المنظمات الأهلية، ممّا يجعل حصول المقيمين فيها على المساعدة لكسر حلقة تعاطي المخدّرات والفقير أمراً أشد صعوبة.

١٥- وأجريت دراسة واسعة النطاق، شملت قرابة ٣٠٠٠ شخص من متعاطي المخدّرات في الهند،^(١٩) خلصت إلى أنّ نحو ١٠ في المائة منهم من النساء، منهن كثير من الأميات، وإلى أنّ من تلقى تدريباً مهنيّاً منهن قلة قليلة. وكان معظمهن يتعاطى الهيروين. وأفادت كثيرات منهن بتعرّضهن لمشاكل جسدية ونفسية نتيجة لتعاطي المخدّرات، منها الإجهاد الطبيعي أو إنهاء الحمل. وكان حوالي نصف النساء اللاتي شاركن في الدراسة يشتغلن بالجنس لتغطية مصاريف تعاطي المخدّرات، ممّا يزيد من خطر إصابتهن بفيروس نقص المناعة البشرية، الذي قد ينتقل إلى الطفل في حالة الحمل أو الرضاعة الطبيعية. ومن أسباب البدء في تعاطي المخدّرات التي ذكرتها الكثيرات النزاعات الزوجية.

جيم- الأضرار الناجمة عن المخدّرات

١- الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وتناول جرعات مفرطة وغيرهما من العواقب الصحية السلبية

١٦- كثيراً ما لا تتناول الدراسات المتعلقة بتعاطي المخدّرات وما ينجم عنه من أضرار موضوع المرأة تحديداً، فلا يكون بذلك تقييم كيفية تأثر النساء اللواتي يتعاطين المخدّرات بمختلف المشاكل بالدقة الكافية. وعلاوة على ذلك، فإنّ معظم

Stefan Baral and others, "Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis", *The Lancet*, vol. 12, No. 7 (2012), pp. 538-549.

Kate Dolan and others, "People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention", *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, Suppl. No. 1 (2015), pp. S12-S15.

UNODC, *Impacts of Drug Use on Users and Their Families in Afghanistan* (Vienna, 2014).

India, Ministry of Social Justice and Empowerment, and UNODC, Regional Office for South Asia, "Women and drug abuse: the problem in India—highlights of the report" (New Delhi, 2002).

في معدّل انتشار أعراض الأمراض النفسية بين الذكور المدانين، لا ينطبق ذلك على النساء المحتجزات رهن المحاكمة.

٣- العنف

٢٢- تعرّضت واحدة من كل ثلاث نساء للعنف البدني أو الجنسي حسب التقديرات على الصعيد العالمي. ونسب تعرّض النساء اللاتي يتلقّين العلاج من تعاطي المخدرات للعنف البدني والجنسي عالية جداً، إذ تتراوح بين ٤٠ و ٧٠ في المائة.^(٢٥) ولهذا العنف آثار ضارة على الصحة العقلية والبدنية والإنجابية للنساء. فنحو ٢٠ في المائة من النساء اللاتي تعرّضن للعنف يُصنن على الأرجح باضطراب نفسي، مثل الاكتئاب واضطراب الكرب التالي للصدمة النفسية. وقد أجرى المكتب بحثاً في تأثير تعاطي المخدرات على وحدة الأسرة في أفغانستان، خلص إلى أنّ التعاطي يزيد احتمال العنف العائلي.^(٢٦) وخلص استعراض أجراه فريق بوميديو التابع لمجلس أوروبا عام ٢٠١٥ إلى أنّ النساء اللاتي يتعاطين المخدرات يتعرّضن للعنف أكثر من النساء اللاتي لا يتعاطينها. وكانت معدّلات التعرّض للعنف أعلى من ذلك لدى الحوامل أو المشتغلات بالجنس اللاتي يتعاطين المخدرات.^(٢٧)

٤- الحبس

٢٣- تتزايد نسبة النساء الضالعات في جرائم المخدرات. فعلى مدى السنوات الثلاثين الماضية، ازداد عدد السجينات في الولايات المتحدة بسبب جرائم المخدرات بنسبة تفوق ٨٠٠ في المائة، مقابل زيادة قدرها ٣٠٠ في المائة في عدد السجناء الذكور. وثُلثا النساء في السجون الاتحادية بالولايات المتحدة محبوسات بسبب جرائم مخدرات غير عنيفة. وفي أوروبا وآسيا الوسطى، تبلغ نسبة السجينات المدانات بارتكاب جرائم مخدرات أكثر من ٢٥ في المائة (وما يصل إلى ٧٠ في المائة في طاجيكستان). وفي أمريكا اللاتينية، ازداد عدد نزيلات السجون في الفترة ما بين عامي ٢٠٠٦ و ٢٠١١ بمقدار الضعف تقريباً، وكانت نسبة تتراوح بين ٦٠ و ٨٠ في المائة منهن محبوسات بسبب جرائم مخدرات.

تناول عقاقير الوصفات الطبية من مسكّنات الألم الأفيونية لدى النساء في الولايات المتحدة بمقدار ٥ مرات، مقابل زيادة بمقدار ٣,٦ مرات لدى الرجال. وكشف استعراض بيانات الوفيات في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية عن الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٨ زيادات أكبر في تناول جرعات مفرطة (من جميع المواد) لدى النساء مقارنةً بالرجال (١٧ في المائة لدى النساء و ٨ في المائة لدى الرجال). ويذكر على الخصوص أنّ تلك الفترة شهدت زيادة قدرها ٨ في المائة في وفيات النساء بسبب تناول جرعات مفرطة من الهيروين/المورفين، وزيادة قدرها ٢٠ في المائة في وفيات النساء بسبب تناول جرعات مفرطة من الكوكايين.^(٢٢)

٢- الأمراض العقلية

٢٠- من الصعب تشخيص وعلاج الإصابة باضطراب تعاطي مواد الإدمان وبمرض عقلي، وهي أكثر شيوعاً بين النساء مقارنةً بالرجال. وفي حال عدم علاج النساء المصابات بالاضطرابين المذكورين، تكون نتائج فحوصهن الإكلينيكية أسوأ مقارنةً بالنساء المصابات باضطراب واحد. وفي أوروبا، تقترن اضطرابات تعاطي مواد الإدمان لدى النساء بالاكتئاب الشديد بنسبة أعلى مقارنةً بالرجال المصابين بهذه الاضطرابات. ويبلغ معدّل انتشار الاكتئاب الشديد لدى هذه الفئة من النساء ضعف المعدّل المسجّل لدى عامة النساء.^(٢٣) ومقارنةً بالأشخاص المصابين باضطراب واحد، تكون إمكانيات شفاء الأشخاص المصابين بالاضطرابين معاً أدنى وحاجتهم إلى العناية أشد تركيزاً ودرجة تعرّضهم لخطر الانتحار أشد.^(٢٤) وينصبُّ التركيز في العلاجات الفعّالة لحالات الإصابة بالاضطرابين على الاضطرابين كليهما، وهي تنطوي على تقديم خدمات متكاملة تماماً.

٢١- وقد أُجريت مقارنة بين سجينات مصابات بالاضطرابين المذكورين وأخريات مصابات بمرض عقلي شديد فقط، خلصت إلى أنه يَرَجَّح أن تكون السجينات في الفئة الأولى بحاجة أمس إلى خدمات، مثل السكن، عند الإفراج عنهن، وأنه يَرَجَّح أن يعاودن الإجرام. وتعرّض النساء بعد دخولهن إلى السجن لخطر الإصابة باضطرابات الاكتئاب والقلق الشديدة. وفي حين يلاحظ انخفاض

Mayumi Okuda and others, "Mental health of victims of intimate partner violence: results from a national epidemiologic survey", *Psychiatric Services*, vol. 62, No. 8 (August 2011).

Impacts of Drug Use on Users and Their Families in Afghanistan (٢٦)

Thérèse Benoit and Marie Jauffret-Roustide, *Improving the Management of Violence Experienced by Women Who Use Psychoactive Substances* (Strasbourg, Council of Europe, 2016) على الرابط التالي: www.coe.int/

Silvia Martins and others, "Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature", *American Journal of Public Health*, vol. 105, No. 11 (November 2015).

EMCDDA, *Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe* (Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2015)

Stephanie Hartwell, "Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system", *Criminal Justice Policy Review*, vol. 15, No. 1 (March 2004)

٢٤- والفئة التي يتبين أنها أكثر ضلوعاً في تجارة المخدرات هي النساء اللاتي لم يتلقين سوى القليل من التعليم النظامي أو اللاتي يفتقرن إلى فرص العمل. ولم تصدر في حق معظم النساء الموقوفات بتهمة تهريب المخدرات إدانات جنائية سابقة، وكثير منهن مولودات في بلد أجنبي. وفي الأرجنتين، بلغ عدد المهرجات ٩ من كل ١٠ سجينات أجنبيات مدانات بارتكاب جرائم مخدرات، وكانت الأغلبية الساحقة منهن جانيات للمرة الأولى.^(٢٨) وليس لهؤلاء السجينات أسر أو روابط اجتماعية أو مؤسسية بالبلد الذي يحتجزن فيه وكثيراً ما يقضين فترة عقوبة طويلة.

٢٧- ونظراً إلى قلة عدد السجون المخصصة للنساء، كثيراً ما تكون السجينات بعيدات عن منازلهن، مما يجعل من الصعب تلقينهن زيارات. ويحدث هذا الابتعاد عن مجتمعاتهن المحلية ومنازلهن وأسرهن أثراً بالغ الضرر على صحتهم العقلية. ومعدّل إصابة السجينات بأمراض نفسية أعلى بكثير مقارنةً بالسجناء الذكور. ومن هذه الأمراض: الاكتئاب والاضطراب الثنائي القطب والذهان واضطراب الكرب التالي للصدمة النفسية والقلق واضطراب الشخصية والارتهاان للمخدرات.

٢٨- وثمة، على نطاق العالم، نسبة كبيرة من السجينات المحتجزات رهن المحاكمة. وهناك حالات احتجزت فيها بعض السجينات لمدة سنوات؛ وهي مدة كثيراً ما تكون أطول من مدة العقوبة المحتمل فرضها عليهن. ففي باكستان، كان أكثر من نصف السجينات اللاتي استطلعت آراؤهن في إطار دراسة أجراها المكتب قيد المحاكمة، وكان خمسهن قد قضى أكثر من سنة في انتظار المحاكمة. وخلص تفقّد لتسعة سجون في البلد إلى أنّ المرافق الترويحية والخدمات التعليمية والصحية للنساء أو الأطفال منعومة فيها تقريباً، وإلى عدم توافر تدريب مهني للنساء. وفي أحد السجون، كان هناك مرحاض واحد فقط لـ ٦٠ نزيله وكان ماء الشرب في ثمانية من السجون التسعة غير صالح للشرب، مما أدى إلى الإصابة بأمراض منقولة عن طريق الماء. وكانت المرافق الطبية غير لاثقة ولا تقدّم أيّ خدمات في مجال الصحة العقلية. وكانت منظمات غير حكومية، لا وزارة الصحة أو إدارة السجون، هي التي تقدّم معظم خدمات الرعاية الصحية المتخصصة للنساء. وفي المدن الصغيرة، كانت سجينات قد وُضعن أطفالهن في السجن دون أيّ مساعدة طبية.^(٢٩)

٢٩- وقد عدّلت عدّة من بلدان أمريكا الجنوبية تشريعاتها الوطنية المتعلقة بالاحتجاز رهن المحاكمة فيما يخصّ الحوامل والأمهات المرضعات. وتسمح التشريعات المعدّلة لهؤلاء النساء بقضاء فترة ما قبل المحاكمة في منازلهن.

٣٠- ويمكن للبلدان الراغبة في تخفيض عدد السجينات الاستناد إلى أحكام الفقرة الفرعية ٤ (ج) من المادة ٣ من اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لعام ١٩٨٨،^(٣٠) التي تنصّ بوضوح، كما يلي، على بدائل للحبس: "يجوز للأطراف، في الحالات القليلة الأهمية، إذا رأت ملاءمة ذلك، أن تقرّر، بدلاً من العقوبة، تدابير مثل

٢٥- على الرغم من أنّ عدد السجناء الذكور يزيد على عدد السجينات بنسبة ١٠ إلى ١، فإنّ عدد السجينات يتزايد. فعلى مدى السنوات الخمس عشرة الأخيرة، زاد عدد السجينات بحوالي ٥٠ في المائة.^(٣١) وفي عام ٢٠١٥، كان عدد النساء والفتيات المحتجزات في المؤسسات العقابية على نطاق العالم أكثر من ٧٠٠ ٠٠٠، إمّا كمحتجزات رهن المحاكمة أو كسجينات مدانات ومحكوم عليهن.^(٣٢) وينتشر تعاطي المخدرات بين السجينات أكثر بكثير من انتشاره بين السجناء الذكور. وعلى الصعيد العالمي، تتراوح نسبة النساء اللاتي تعاطين مخدرات في الشهر الذي سبق حبسهن بين ٣٠ و ٦٠ في المائة، مقابل نسبة تتراوح بين ١٠ و ٥٠ في المائة من السجناء الذكور.

دال- فئات خاصة من النساء المتعاطيات للمخدرات

١- السجينات وأطفالهن

٢٦- وكثيراً ما تختل الحياة الأسرية اختلالاً شديداً بسبب حبس المرأة؛ ففي أمريكا اللاتينية، يفقد ثلث السجينات منازلهن، ولا يبقى سوى ٥ في المائة من الأطفال في منازلهم بعد حبس الأم. وفي المقابل، كشفت دراسة أجريت في البرازيل أنّ معظم الأطفال يظلون تحت رعاية الأم عندما يسجن الأب؛ غير أنه لا يبقى سوى ١٠ في المائة من الأطفال تحت رعاية الأب في حالة حبس الأم. ومعظم السجينات في أمريكا اللاتينية من الجانيات للمرة الأولى، ونظراً إلى تحمّلهن المسؤولية الرئيسية عن رعاية الأطفال،

٢٨) Corina Giacomello, "Women, drug offenses and penitentiary systems in Latin America", IDPC Briefing Paper (International Drug Policy Consortium, 2013).

٢٩) Roy Walmsley, "World Female Imprisonment List", 3rd ed., World Prison Brief (London, Institute for Criminal Policy Research, Birkbeck, University of London, 2015).

٣٠) Roy Walmsley, "World Female Imprisonment List", 3rd ed., World Prison Brief (London, Institute for Criminal Policy Research, Birkbeck, University of London, 2015).

٣١) المرجع نفسه.

٣١) UNODC, *Females Behind Bars: Situation and Needs Assessment in Female Prisons and Barracks* (Islamabad, 2011).

٣٢) الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ١٥٨٢، الرقم ٢٧٦٢٧.

٣- الحوامل

٣٤- ثمة صلة وثيقة بين تعاطي المخدرات وحالات الحمل غير المرغوب فيه وحدوث مشاكل عند الولادة والاعتداء على الأطفال أو إهمالهم. وقد يؤدي تعاطي المخدرات في أثناء الحمل إلى الخداج ونقص و المواليد والنزيف بعد الولادة. كما أن احتمال دخول النساء اللواتي يتعاطين المخدرات في أثناء الحمل إلى وحدات الرعاية المركزة خلال المخاض أكبر ومعدلات وفيات الرضع أكثر ارتفاعاً لديهن مقارنةً بغيرهن.

٣٥- وقد يؤدي التعرض لتأثير المخدرات قبل الولادة إلى مجموعة من الاضطرابات الانفعالية والنفسية والبدنية. فالأطفال الذين تعرضوا لتأثير المخدرات وهم في أرحام أمهاتهم قد يعانون من مشاكل كبيرة في النمو تتطلب عناية إضافية، وهو أمر مكلف من الناحيتين الشخصية والاجتماعية. كما أن الأطفال الذين يعيشون في بيئة ينم فيها تعاطي المخدرات يكونون أكثر تعرضاً بكثير لمخاطر الاعتداء البدني والجنسي، وكذلك الإهمال.

٣٦- وقد تنشأ لدى الرضع الذين تعاطت أمهاتهم القنب في أثناء الحمل اضطرابات في النمو العصبي. فالتعرض لتأثير القنب في سن مبكرة قد يؤثر سلباً على نمو الدماغ ووظائفه. وفي مرحلة لاحقة، يرجح أن يظهر لدى أولئك الأطفال نقص في الانتباه وفي القدرة على التعلم والتذكر واندفاع نزوي ومشاكل سلوكية في المدرسة. كما أنهم معرضون أكثر من غيرهم لتعاطي القنب عندما يصلون مرحلة البلوغ.

هاء- الوقاية والعلاج من الارتهان للمخدرات وإعادة تأهيل المرتهين للمخدرات

١- الوقاية من تعاطي المخدرات

٣٧- تتباين برامج الوقاية من اضطرابات تعاطي مواد الإدمان لدى فئات خاصة من بلد إلى آخر. والغرض الرئيسي من الوقاية من تعاطي المخدرات هو مساعدة الأشخاص، خاصة الشباب، على تفادي البدء في تعاطي المخدرات، أو تفادي الوقوع في شرك الارتهان في حال البدء فعلاً في التعاطي. وكثيراً ما تستهدف برامج الوقاية الأطفال المعرضين والأسر المعرضة لخطر تعاطي المخدرات والسجناء والأشخاص المصابين بالأيدز أو فيروسه والحوامل والمشتغلين بالجنس. وينبغي إيلاء اهتمام خاص في إطار هذه البرامج لوصمة العار التي تلاحق متعاطي

التوعية أو إعادة التأهيل أو إعادة الإدماج في المجتمع، وكذلك، وعندما يكون المجرم من متعاطي العقاقير المخدرة، العلاج والرعاية اللاحقة.

٢- المشتغلات بالجنس

٣١- تواجه المشتغلات بالجنس اللاتي يتعاطين المخدرات بالحقن مخاطر صحية جسيمة وخطر التعرض للعنف والتهميش الاجتماعي. وتفرض بلدان كثيرة عقوبات شديدة، تصل إلى حد عقوبة الإعدام، على المشتغلين بالجنس. وهناك ترابط قوي بين تعاطي المخدرات والاشتغال بالجنس: فقد يؤدي ارتهان المرأة للمخدرات إلى اشتغالها بالجنس كوسيلة لتغطية مصاريف المخدرات، وقد تتعاطى المرأة المخدرات كي تتمكن من تحمل متطلبات الاشتغال بالجنس وطبيعته.

٣٢- ويلاحظ، على الصعيد العالمي، ارتفاع معدلات تعاطي المخدرات والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والحبس لدى المشتغلات بالجنس. ففي ميانمار، أفاد ثلث المشتغلات بالجنس اللاتي استطلعت آراؤهن في إطار دراسة بتعاطي المنشطات الأمفيتامينية لأسباب مهنية، مما يفهم مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وغير ذلك من الأمراض المنقولة جنسياً. ولوحظ أن احتمال إفادة المشتغلات بالجنس المتعاطيات للمخدرات بالإصابة بأمراض منقولة جنسياً يزيد بمقدار ثلاث مرات ونصف عن احتمال إفادة غيرهن من المشتغلات بالجنس بهذه الإصابة.^(٣٣)

٣٣- وتتعاوى المشتغلات بالجنس المنشطات الأمفيتامينية من أجل زيادة طاقتهن والمحافظة على أوزانهن. كما أفادت المشتغلات الكمبروديات بالجنس اللاتي استطلعت آراؤهن في إطار دراسة أن تعاطي المنشطات الأمفيتامينية يزيد عموماً من درجة الثقة والانضباط لديهن مع الزبائن. غير أن تعاطي هذه المواد يرتبط بسلوك جنسي محفوف بالمخاطر وارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً. وعلاوة على ذلك، يمكن أن يؤدي تعاطي المنشطات الأمفيتامينية المزمن إلى جنون الارتياب والسلوك العدواني.^(٣٤)

(٣٣) Katie Hail-Jares and others, "Occupational and demographic factors associated with drug use among female sex workers at the China-Myanmar border", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 161 (April 2016).

(٣٤) Marie-Claude Couture and others, "Correlates of amphetamine-type stimulant use and associations with HIV-related risks among young women engaged in sex work in Phnom Penh, Cambodia", *Drug and alcohol dependence*, vol. 120 (January 2012).

فرص العمل المتاحة لهن محدودة فيلجأن إلى الاشتغال بالجنس، ممّا يزيد حدة الوصم الذي يلحقهن.

٤٣- وقد تخشى النساء الحوامل التماس المساعدة بسبب احتمال تدخّل السلطات في الأمر وما قد يترتب على ذلك من انعكاسات قانونية أو اجتماعية. غير أنّ بقاء الحوامل اللاتي يتعاطين المخدرات دون علاج قد يؤدي إلى آثار بالغة على صحة الجنين. ومن العوامل التي تحفّز المرأة على الخضوع للعلاج الحمل والأمومة وبدء الشريك في تلقي العلاج. ويرجّح، إذا انقطع شريك المرأة عن العلاج، أن تنقطع عنه هي أيضاً. ويكثر الجدل حول ما إذا كان ينبغي للشريكين أن يبدأ مرحلة إعادة التأهيل معاً أم على انفراد؛ وعلى الرغم من أنّ الكثير من الخبراء يرون أنه يجب على الشريكين أن ينفصلا للتغلّب على الارتهان، فثمة حالات كثيرة نجح فيها الشريكان في إتمام العلاج معاً. غير أنّ العلاقة نادراً ما تستمر إذا توقّف أحد الشريكين فقط عن تعاطي المخدرات.

٤٤- وبصفة عامة، فإنّ النساء اللاتي يحتجن إلى الحصول على العلاج ويستطعن الحصول عليه أقل من نظرائهن من الرجال. ويصح ذلك أكثر ما يصح في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل؛ ففي أفغانستان، وعلى الرغم من ارتفاع معدلات تعاطي الأفيون والهروين في صفوف النساء، لا تتعدى نسبة النساء من الأشخاص الخاضعين للعلاج ٤ في المائة، أمّا في باكستان فتبلغ نسبتهن ١٣ في المائة. وفي بعض مناطق العالم، مثل الشرق الأوسط، لا تزال النساء عموماً يمارسن دورهن التقليدي في رعاية الأسرة في حين يعمل الرجال خارج البيت. وقد تلاحق وصمة العار المرأة عندما تخرج عن نطاق هذا الدور المرسوم لها بتعاطيها للمخدرات، ممّا يمنعها من التماس العلاج من الارتهان للمخدرات.

٤٥- وقد ازدادت إمكانية حصول المرأة على العلاج من المخدرات في جمهورية إيران الإسلامية بإحداث مرافق لهذا الغرض مخصصة للنساء فقط. فقبل إحداث هذه المرافق، كانت نسبة النساء المتعاطيات للمخدرات اللاتي حصلن على العلاج في السنوات العشر السابقة أقل من ٢٠ في المائة. وأدّت النتائج الإيجابية التي حققتها العيادات المخصصة للنساء فقط إلى زيادة عدد هذه العيادات في البلد.

٣- نتائج العلاج

٤٦- مع أنّ الدراسات السكانية لا تُظهر أيّ اختلافات واضحة بين الرجال والنساء من حيث الاستمرار في المشاركة في برامج العلاج وإتمامها، ثمة عوامل معيّنّة ينبغي وضعها في الاعتبار. فهناك عاملان يرجّح أن يكون لهما تأثير سلبي على نتائج العلاج بالنسبة للمرأة، في حال عدم تقديم العلاج المناسب، وهما:

المخدرات، ولا سيّما النساء، وينبغي إعداد تدابير محدّدة تمكّن المرأة من المشاركة في برامج الوقاية.

٣٨- ومن شأن تمكين الحوامل من تلقي علاج متكامل مستند إلى أدلة علمية أن يؤثر تأثيراً إيجابياً على نمو الأطفال وانفعالات الأمهات وسلوكهن ومهارات التربية.

٢- عوائق الحصول على العلاج

٣٩- أفادت منظمة الصحة العالمية بأنّ معظم الحكومات لا ترصد مخصّصات محدّدة في الميزانية لعلاج اضطرابات تعاطي مواد الإدمان. كما أنّ إدماج خدمات الوقاية والعلاج من تعاطي المخدرات في نظم الصحة الوطنية ليس أمراً شائعاً. وخدمات العلاج المتخصّص من تعاطي المخدرات للحوامل (المتاحة في ٣١ في المائة من البلدان) وللمشتغلات بالجنس (المتاحة في ٢٦ في المائة من البلدان) محدودة وضيقة النطاق. غير أنّ خدمات علاج الحوامل من المخدرات متاحة في ٦١ في المائة من بلدان أوروبا، وتوفّر ٤٠ في المائة من بلدان جنوب شرق آسيا خدمات من هذا القبيل للمشتغلات بالجنس.^(٣٥)

٤٠- وتشكّل النساء ثلث عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات على نطاق العالم، لكنهن لا يشكّلن سوى خمس عدد الأشخاص الخاضعين للعلاج. فهناك عقبات نُظمية وهيكلية واجتماعية وثقافية وشخصية كأداء أمام حصول المرأة على العلاج من تعاطي المخدرات. فعلى الصعيد الهيكلي، تشمل العقبات الرئيسية نقص مرافق رعاية الأطفال والموقف السلبي من النساء اللاتي يتعاطين المخدرات، وخصوصاً الحوامل. فكثيراً ما لا تُقبل النساء اللاتي لديهن أطفال في برامج العلاج داخل مؤسسات إيوائية.

٤١- وقد لا تلتصق النساء اللاتي يتعاطين المخدرات العلاج خوفاً من فقدان حضانه أطفالهن. وثمة أسباب أخرى لتدنّي عدد النساء الخاضعات للعلاج، منها المواقف غير الودية للموظفين الطبيين أو العدد الهائل من الزبائن الذكور للعيادات، ممّا يؤدي إلى نفور النساء منها.

٤٢- وفي كثير من البلدان، تلاحق وصمة العار النساء اللاتي يتعاطين المخدرات. ولذلك، فقد يتردّدن في الإفصاح عن تلك الحقيقة وفي الحصول على الخدمات الصحية، بما فيها العلاج من المخدرات، خوفاً من تعرّضهن للتمييز. وقد تفقد النساء والفتيات اللاتي يتعاطين المخدرات مساندة أسرهن، وقد تكون

WHO, Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders (Geneva, 2010).

واو- التوصيات

٥٠- تشجّع الهيئة الدول الأعضاء على جمع وتبادل بيانات مصنفة حسب العمر ونوع الجنس والعوامل الأخرى ذات الصلة، عند تقديم معلومات من خلال الاستبيان الخاص بالتقارير السنوية، وعند تقديم تقارير إلى لجنة المخدرات.

٥١- تشجّع جميع الحكومات على جمع بيانات مصنفة حسب نوع الجنس عن المشاركة في برامج الوقاية من تعاطي المخدرات ومرافق الحصول على العلاج، من أجل توزيع الموارد توزيعاً فعّالاً. ومن شأن اتّخاذ تدابير هادفة، مستندة إلى بحوث، أن يكون بالغ الفعالية في تلبية الاحتياجات الخاصة للإناث اللاتي يتعاطين المخدرات.

٥٢- ينبغي توفير مزيد من التمويل للجهود الرامية إلى وقاية النساء وعلاجهن من تعاطي المخدرات، وتنسيق تلك الجهود وضمان استنادها إلى أدلة علمية. وبالإضافة إلى الحكومات، يمكن للجهات المعنية مثل المنظمات غير الحكومية والأوساط الأكاديمية توفير العلاج وإعداد بيانات من أجل فهم أفضل لتعاطي المخدرات لدى المرأة.

٥٣- ينبغي للحكومات إيلاء الأولوية لتوفير رعاية صحية ميسورة المنال للنساء المرتهنات للمخدرات. وثمة فئات خاصة، مثل الحوامل المرتهنات للمخدرات، تحتاج إلى خدمات معززة يقدّمها فريق متعدّد التخصصات ومدرب تدريباً خاصاً. ويمكن أن تشمل الرعاية قبل الولادة إجراء فحوص خاصة بفيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض المنقولة جنسياً من أجل تحسين الكشف عن هذه الأمراض وعلاجها، على ألا تكون تلك التدابير عقابية.

٥٤- ينبغي أن يكون بمقدور برامج العلاج من المخدرات ضمان سلامة الشخص واحترام خصوصيته بتخصيص أماكن أو أوقات للنساء فقط. ومن شأن هذه الخدمات أن تصبح أيسر منالاً عند توفير مرافق رعاية الأطفال وتدابير أو استراتيجيات للنساء اللاتي يشتغلن بالجنس أو اللاتي تعرّضن للعنف الجنساني. ومن أجل تعميم مراعاة المساواة بين الجنسين، ينبغي لمقرري السياسات أن يعملوا على زيادة توافر الخدمات للنساء اللاتي يتعاطين المخدرات وتيسير الحصول عليها بتكاليف معقولة وقبولها.

٥٥- يشمل حقّ المرأة في الصحة الحقّ في عدم الخضوع للتعذيب والعلاج القسري والتجارب. وينبغي أن تكون برامج العلاج من المخدرات على نفس المستوى من الأمان والنجاعة مقارنةً ببرامج العلاج من الأمراض الأخرى. وعلاوة على ذلك، ينبغي القضاء على أشكال المعاملة اللاإنسانية أو المهينة لمتعاطي المخدرات، مثل إيداعهم في مراكز الاحتجاز الإجباري، والأخذ

الإصابة باضطرابين معاً والصدمات السابقة. ومن المهم تبعاً لذلك أن تراعي برامج العلاج هذين العاملين حتى تكون أكثر نجاعة.

٤٧- وعلى الرغم من أنّ تقديم برامج علاج مخصّصة للإناث حصراً لا يزال نهجاً جديداً، فقد لاقت هذه البرامج قبول النساء. فالنساء اللاتي يشاركن فيها يشعرن بأنهن يلقين تفهماً أكثر ومن الأسهل عليهن تفهم وضع المشاركات الأخريات. وتفيد بعض النساء بأنهن يشعرن بعدم الأمان أو بالمضايقة في البرامج المشتركة بين الجنسين. وتشير المشاركات في البرامج المخصّصة للنساء إلى أهمية تيسر الحصول على استشارات فردية وانعدام التحرش الجنسي ووجود مرافق لرعاية الأطفال.

٤٨- غير أنّ مراعاة الاعتبارات الجنسانية في مرافق العلاج تتطلب تهيئة بيئة غير عدوانية واتّخاذ مواقف إيجابية تجاه النساء واحتياجاتهن. ومن المرجح، في البلدان التي لم يبدأ فيها توفير العلاج من المخدرات للمرأة سوى في الآونة الأخيرة، أن يحتاج الموظفون إلى تدريب للتخلص ممّا قد يكون لديهم من تحامل وضمان توفير العلاج دون وصم. ويتساوى احتمال استمرار المرأة والرجل في العلاج بعد بدئه، ولكن عوامل متعدّدة تزيد احتمال حصول ذلك، ومنها ما يلي: اتّباع نهج في العلاج يركّز على المريض، ووجود مرافق لرعاية الأطفال في عين المكان، والحصول على استشارات بشأن الصدمات النفسية أو الاعتداء الجنسي. كما ينبغي أن توفر برامج العلاج المهارات والمعلومات والدعم للنساء لتمكينهن من تغيير سلوك تعاطي المخدرات عند عودتهن إلى أسرهن ومجتمعاتهن المحلية. وينبغي أن تمكّن عملية إعادة التأهيل من تفادي العودة إلى تعاطي المخدرات من خلال تزويد المرأة بالمهارات اللازمة للسيطرة على الرغبة في التعاطي. والأهداف الأساسية من عملية إعادة التأهيل هي مساعدة النساء على استعادة السيطرة على حياتهن، وتحسين حالتهن الصحية وتمكينهن من إعادة ربط علاقات سليمة مع أطفالهن وأسرهن ومجتمعاتهن المحلية.

٤٩- وتؤكّد دراسات كثيرة الاستنتاج بأنّ العلاج ناجع للنساء والرجال على السواء، مع وجود فوارق ضئيلة في نتائجه. غير أنه خلص إلى أنّ المرأة أكثر تقبلاً من الرجل للعلاج من الارتهاق للميثامفيتامين. وينبغي أن يكون النوع الأول من العلاج المقدم للنساء اللواتي يتعاطين المخدرات طوعياً، لأنّ العلاج الإجباري ينبغي أن ينحصر في حالات استثنائية. وقد انتقد عدد من مؤسسات الأمم المتحدة استخدام مراكز الاحتجاز الإجباري لمتعاطي المخدرات.^(٣٦) ومن أسباب ذلك تعرّض النساء المحتجزات في تلك المراكز بشدة لخطر العنف والاعتداء الجنسيين.

International Labour Organization and others, (٣٦) "Compulsory drug detention and rehabilitation centres", joint statement, March 2012, www.unodc.org على الرابط التالي.

برامج العلاج من تعاطي المخدرات، وتوصي بتوفير برامج لعلاج التعاطي داخل المجتمع المحلي، تكون مراعية لاحتياجات النساء ولتطلبات علاج الصدمات النفسية ومخصصة للنساء فقط. كما توصي بتيسير حصول المرأة على هذا العلاج من أجل منع الجريمة وكذلك من أجل إعادة التأهيل والعقوبات البديلة. وتشدد القواعد على الحاجة إلى ضمان صون كرامة المرأة في السجن وتفادي أي مصدر للعنف البدني أو الجنسي.

٥٩- تشجّع الهيئة الحكومات على أن تضع في الاعتبار الاحتياجات والظروف الخاصة للنساء الخاضعات للاعتقال أو الاحتجاز أو الملاحقة أو المحاكمة أو تنفيذ عقوبة بسبب جرائم مخدرات، بما في ذلك التدابير المناسبة لمحاكمة المعتدين على النساء المحتجزات أو المسجونات بسبب جرائم مخدرات. وينبغي للحكومات الاستناد، حسب الاقتضاء، إلى قواعد بانكوك وقواعد الأمم المتحدة الدنيا النموذجية للتدابير غير الاحتجازية (قواعد طوكيو)^(٣٨) وقواعد الأمم المتحدة الدنيا النموذجية لمعاملة السجناء (قواعد نيلسون مانديلا)^(٣٩).

ببدائل طوعية وقائمة على أدلة علمية للعلاج داخل مؤسسات إيوائية في المجتمع المحلي.

٥٦- ينبغي للحكومات أن تتكفل بتوفير خدمات الوقاية من تعاطي المخدرات والعلاج القائم على أدلة علمية، خصوصاً في المجتمعات المحلية المتفككة اجتماعياً. وينبغي أن تكون هناك استراتيجيات تستهدف الفئات المعرضة للخطر بشدة، مثل الحوامل والمشتغلات بالجنس والسجينات.

٥٧- ينبغي أن تكون الجهود الرامية إلى إزالة وصمة العار التي تلاحق المرتين للمخدرات، لا سيما النساء، في صدارة الأولويات. ويتطلب القضاء على التمييز أن تبدي الحكومات روحاً قيادية. إذ إن النساء اللاتي يتعاطين المخدرات أو يشتغلن بالجنس أو يُصن بفيروس الأيدز يحتجن إلى الحماية وتيسير الحصول على الخدمات.

٥٨- تشير قواعد الأمم المتحدة لمعاملة السجناء والتدابير غير الاحتجازية للمجرمات (قواعد بانكوك)^(٣٧) تحديداً إلى

(٣٨) مرفق قرار الجمعية العامة ١١٠/٤٥.

(٣٩) مرفق قرار الجمعية العامة ١٧٥/٧٠.

(٣٧) مرفق قرار الجمعية العامة ٢٢٩/٦٥.