



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



زنان و مواد مخدر

مصرف مواد مخدر، توزیع مواد مخدر و پیامدهای آنان

گزارش جهانی
مواد مخدر
سال ۲۰۱۸

5

پیشگفتار

هیچگاه به اندازه‌ی امروز، طیف مخدرها و حجم بازار مواد مخدر رو به گسترش، افزایش و تنوع نبوده است. یافته‌های موجود در کتابچه‌ی ام‌سال گزارش جهانی مواد مخدر، نشان می‌دهد که جامعه بین‌المللی نیازمند افزایش اقدامات و تلاش‌های خود برای دادن پاسخ سریع به چالش‌های پیش‌رو است. ما در حال مشاهده‌ی افزایش توزیع موادر در بازار مواد مخدر هستیم که همراه با افزایش تولید تریاک و کوکائین، در بالاترین سطحی که تا به امروز ثبت شده است.

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

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

ما نیازمند آن هستیم که زنگ خطر اعتیاد به ترامادول را به صدا در آوریم که در بخش‌هایی از آفریقا، به صورت تصاعدی رو به افزایش است. استفاده‌های غیرپزشکی از این اپیوئید مسکن که در فهرست مخدرهای ممنوعه‌ی بین‌المللی قرار ندارد، در آسیا نیز رو به افزایش است.



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

قریب به ۴۵۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۵، در نتیجه مصرف مواد مخدر جان خود را از دست داده‌اند. از این میان، ۱۶۷۷۵۰ مورد، مستقیماً در نتیجه اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بوده است که در اغلب آنها اپیوئیدها (مشتقات تریاک) نقش داشته‌اند. این میزان از اعمال تهدید از سوی مواد مخدر بر سلامت، رفاه، امنیت، ایمنی و توسعه پایدار، نیازمند ارائه پاسخی قطع و سریع است.

سند برون‌داد نشست ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در خصوص معضل جهانی مواد مخدر در سال ۲۰۱۶، حاوی بیش از ۱۰۰ توصیه در خصوص پیشبرد راهکارهای پیشگیرانه علمی، درمان و دیگر اقدامات ضروری در قبال تقاضا و توزیع مواد مخدر است. ما احتیاج داریم که فعالیت‌های بیشتری برای پیشبرد این اجماع جهانی انجام دهیم، تا برای کشورهایی که نیازمند حمایت هستند، کمک‌ها را افزایش دهیم و همکاری‌های بین‌المللی را تقویت کرده و برای متلاشی کردن گروه‌های سازمان‌یافته‌ی تبهکار و قطع قاچاق مواد مخدر، ظرفیت‌های قانونی لازم را ایجاد کنیم.

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

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

گزارش جهانی مواد مخدر سال ۲۰۱۸ بر اهمیت مسائل سنی و جنسیتی در سیاست‌گذاری‌های مربوط به مواد مخدر تأکید می‌کند و به بررسی الزامات، نیازها و چالش‌های خاص زنان و جوانان می‌پردازد. افزون بر این، گزارش سال ۲۰۱۸، به موضوع افزایش مصرف مواد مخدر در میان گروه‌های بزرگسال نیز پرداخته است که نیازمند خدمات درمانی و مراقبتی خاص هستند.

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، در حال کار برای تشویق و پیشبرد رهیافت‌های متعادل و جامع است. دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، حمایت‌های یکپارچه خود را از افغانستان و کشورهای همجوار آن افزایش داده است تا بتوانند به موضوع افزایش بی‌سابقه تولید تریاک و نیز مسائل امنیتی مرتبط با آن رسیدگی کنند.

ما از طریق ایجاد کسب و کارهای مشروع و معیشت‌های قانونی به دور از کاشت کوکائین، در حال حمایت از دولت کلمبیا و فرآیند صلح‌سازی میان آن و گروه نیروهای مسلح انقلابی کلمبیا (فارک) هستیم. به علاوه، دفتر ما به حمایت خود از فعالیتهایی که دسترس به روانگردان‌های کنترل شده برای مصارف پزشکی و اهداف علمی را فراهم می‌کنند، ادامه می‌دهد؛ البته این در حالی است که اگر بخواهیم به کشورهای آفریقایی یا دیگر مناطق برای حل بحران ترامادول کمک کنیم، پیشگیری از سوءمصرف و تنوع مواد، چالش‌های اساسی پیش‌روی ما هستند.



سال آینده، کمیسیون مواد مخدر، برای بررسی اهداف «بیانیه سیاسی سال ۲۰۰۹» و نیز «برنامه اقدام عمل در خصوص همکاری‌های بین‌المللی در خصوص اتخاذ استراتژی یکپارچه و متعادل برای رسیدگی به معضل جهانی مواد مخدر»، میزبان نشست رده‌بالای وزرا خواهد بود. مقدمات این امر در حال آماده‌سازی است. من از اعضای جامعه بین‌المللی تقاضا دارم که از این فرصت پیش آمده برای تقویت همکاری‌ها استفاده کرده و در خصوص راه‌حل‌های موثر توافق کنند.

مدیرکل اجرایی

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد

نکات توضیحی

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



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

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

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

❖ ارجاعات به تُن، بر مبنای تن متریک یا تن هزار کیلویی است، مگر آنکه به طریق دیگری مشخص شود.

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

PWID	People Who Inject Drugs	معتادان تزریقی
UNODC	United Nations Office On Drugs And Crime	دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد
WHO	World Health Organization	سازمان بهداشت جهانی

یافته‌های کلیدی

مصرف مواد مخدر در زنان متفاوت از مردان است

در زنان مصرف آرامش‌بخش‌ها و اپیوئیدها برای مقاصد غیرپزشکی شایع است

شیوع مصرف اپیوئیدها و آرامش‌بخش‌ها به منظور استفاده‌ی غیرپزشکی در زنان، اگر بیشتر از مردان نباشد، دستکم بطور برابر یک‌سان باقی‌مانده است. از طرف دیگر، مردان بسیار بیشتر از زنان به مصرف شاه‌دانه، کوکائین و افیون‌ها گرایش دارند. در حالی که زنان مصرف‌کننده‌ی منظم و دائم مواد مخدر، معمولاً دیرتر از مردان، مصرف خود را آغاز می‌کنند، با اینحال، زمانی که زنان، مصرف مواد مخدر را آغاز می‌کنند، به ویژه مصرف الکل، شاه‌دانه، اپیوئیدها و کوکائین، سریعتر از مردان تمایل دارند که میزان و نرخ مصرف خود را افزایش دهند. این موضوع به کرات توسط زنانی که مصرف‌کننده‌ی مخدرهای یاد شده هستند، گزارش شده است. این مساله به عنوان «اثر تلسکوپی» شناخته می‌شود.

تفاوت دیگری که میان الگوی مصرف زنان و مردان وجود دارد این است که در اغلب موارد زنان مصرف مواد مخدر را در کنار شریک زندگی خود آغاز می‌کنند، در حالی که مردان در میان جمع دوستان مذکر خود بیشتر به سمت مصرف مواد مخدر گرایش دارند.

زنانی که در کودکی شرایط سختی را گذرانده‌اند ممکن است با مصرف مواد مخدر اقدام به خوددرمانی کنند

مشکلات درونگرایی نظیر افسردگی و اضطراب، در زنان بسیار شایع‌تر از مردان است. مردان، بیش از زنان در معرض مشکلات رفتاری برونگرا نظیر اختلالات رفتاری، اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه و اختلال شخصیتی ضداجتماعی قرار دارند. مطابق گزار شاتی که ارائه شده است، زنانی که دچار اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر هستند، از میزان بالای اختلال استرسی پس از آسیب روانی برخوردارند و ممکن است در دوران کودکی خود تجربیاتی از قبیل نادیده انگاشتن، سوءاستفاده فیزیکی و یا سوءاستفاده جنسی داشته باشند.



زنانی که مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر هستند معمولاً مسئولیت‌هایی از جمله مراقبت (از کودکان) بر عهده دارند و مصرف مواد مخدر بر خانواده‌هایشان و به ویژه بر کودکان پیامدهای منفی و مخرب خواهد گذاشت. چنین پیامدهای مخربی در دوره‌ی کودکی می‌تواند بر نسل‌های بعدی اثرگذار باشد و خطر مصرف مواد مخدر در میان کودکانی که مادرانی با اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر دارند را افزایش دهد.

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

خشونت‌های جنسی در میان زنان مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر بسیار بالا گزارش شده است

خشونت جنسی شامل اشکال مختلف و متعدد اعمال خشنی است که علیه زنان انجام می‌شود و از جمله‌ی آن می‌توان به سوءاستفاده‌ی جنسی از کودکان، خشونت‌های خانگی از سوی شریک زندگی، خشونت از سوی افرادی غریبه، همچون قاچاق زنان و بردگی جنسی است. تحقیقات و پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که خشونت جنسی در زنانی که مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر هستند بین دو تا پنج برابر بیش از دیگر زنان در جامعه است (زنانی که مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر نیستند).

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

زنان یک سوم مصرف‌کنندگان مواد مخدر را تشکیل می‌دهند و برآورد می‌شود که یک پنجم تعداد جهانی کسانی که معتاد تزریقی مواد مخدر هستند نیز زنان باشند. زنان بیش از مردان نسبت به ویروس اچ‌آی‌وی، هپاتیت C و دیگر عفونت‌های خونی آسیب‌پذیر هستند. مطالعات و پژوهش‌های بسیاری، جنسیت زن را به

عنوان یکی عوامل مستقل در خصوص اچ‌آی‌وی یا هپاتیت C در میان معتادان تزریقی مواد مخدر در نظر می‌گیرند، به ویژه در خصوص زنان جوان و یا زنانی که به تازگی شروع به تزریق مواد مخدر می‌کنند.

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

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

زنان نقش مهمی در زنجیره‌ی توزیع مواد مخدر ایفا می‌کنند. محکومیت کیفری زنانی که بر شبکه‌های بین‌المللی قاچاق مواد مخدر ریاست می‌کردند - بطور خاص در آمریکای لاتین و آفریقا - مؤید این ادعاست. مشارکت زنان در کشت بوته‌ی تریاک در افغانستان و کشت بوته‌ی کوکا در کلمبیا، همچون نقش آنها در قاچاق مواد مخدر، هرچند به عنوان پادو، به خوبی مستند شده است.

علیرغم این، آمارهای چندان موثق و یکپارچه‌ی دولتی در این خصوص وجود ندارد تا بتوان بر اساس آن بیشتر به نقش زنان در قاچاق مواد مخدر پی‌برد: در بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶، قریب به ۹۸ کشور جهان، با رویکردی جنسیتی، اقدام به ارائه گزارشی در خصوص جرایم مرتبط با مواد مخدر به دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد کردند. در این دوره‌ی زمانی، از میان تمامی افرادی که در کشورهای فوق برای جرایم مرتبط با مواد مخدر دستگیر شده‌اند، ۱۰ درصد را زنان تشکیل می‌دهند.

همانطور که در پژوهش‌های بسیار زیادی مورد اشاره واقع شده است، زنان ممکن است برای فراهم کردن یا تامین مخدر مصرفی خود، وارد قاچاق مواد مخدر شوند. با اینحال، همانطور که در دیگر از مطالعات مورد توجه قرار گرفته است، برخی از زنانی که در قاچاق مواد مخدر مشارکت دارند در واقع قربانیان قاچاق انسان، از جمله برای استثمار جنسی هستند.

مشارکت زنان در زنجیره‌ی توزیع مواد مخدر بعضاً ممکن است به آسیب‌پذیری و اجبار آنها منتسب شود به عبارتی آنها از ترس، مجبور هستند که وارد این اقدامات شوند. افزون بر این، زنان ممکن است به نسبت مردان، دستمزد به مراتب کمتری طلب کنند: برخی محققان بیان کرده‌اند که معمولاً ممکن است زنان



احساس کنند که مجبورند برای قاچاق مواد مخدر دستمزد کمتری به نسبت مردان قبول کنند؛ به عبارت دیگر، این بدین معناست که باندهای قاچاق مواد مخدر ممکن است تمایل داشته باشند، بیشتر از زنان به عنوان پادوی قاچاق مواد مخدر استفاده کنند.

رہیافت ہنجاری دیگری کہ فرضیہ‌های فوق را مورد انتقاد قرار می‌دهد این است کہ زنان ممکن است بازیگران کلیدی و قدرتمندی در دنیای تجارت مواد مخدر باشند. در این گزارش‌ها، بہ برخی موارد مستند از نقش زنان بہ عنوان افراد کلیدی در تجارت مواد مخدر اشارہ شدہ است. از آنجا کہ برخی زنان قربانی بودہ و برخی زنان نیز بنا بر تصمیم خود وارد این موضوع شدند، هیچ کدام از توضیحات فوق، تصویر کاملی از نقش و مشارکت زنان در زنجیرہ توزیع مواد مخدر فراہم نمی‌کنند. مشارکت زنان در قاچاق مواد مخدر می‌تواند بہ زنان فرصت و امکان بیشتری برای دست یافتن بہ پول و رسیدن بہ تحرک اجتماعی ببخشد ولیکن در عین حال می‌تواند نابرابری جنسیتی موجود را نیز تشدید کند؛ چرا کہ فرض اولیہ بر آن است کہ زنان نقش‌های اجتماعی سنتی خود را بہ عنوان مادر، خانہ‌دار و ہمسر ایفا می‌کنند.

بطور کلی، اگرچہ عوامل متعددی در پس پردہی مشارکت زنان در قاچاق مواد مخدر وجود دارد، این مسئلہ موضوعی است کہ بہ واسطہ شرایطی چون آسیب‌پذیری‌های اجتماعی و اقتصادی، خشونت، روابط دوستانہ و ملاحظات اقتصادی شکل می‌گیرد.

زنان بہ واسطہی حبس ناشی از جرایم مرتبط با مواد مخدر، از مشکلات و آسیب‌های طولانی مدت اجتماعی و بہداشتی رنج می‌برند

بہ نسبت مردان، درصد بیشتری از زنان برای جرایم مربوط بہ مواد مخدر محکوم شدہ‌اند. در برخی از کشورہای جہان، جرایم مرتبط با مواد مخدر جزو عوامل اول یا دوم زندانی شدن و حبس زنان محسوب می‌شود و این در حال است کہ مواد مخدر و جرایم مربوط بہ آن، جزو علل دوم و چہارمی است کہ مردان بہ واسطہ انجام آن بہ زندان می‌افتند. بہ عبارتی، بعضاً استدلال می‌شود کہ در نتیجہ هدف قرار دادن جرایم

خرد مرتبط با مواد مخدر، زنان ممکن است به صورت تبعیض آمیز به حبس و گذراندن در زندان محکوم شوند.

معمولاً اینگونه به نظر می‌رسد که زنان به واسطه‌ی گذراندن مجازات حبس ناشی از جرایم مرتبط با مواد مخدر، از مشکلات و آسیب‌های طولانی مدت اجتماعی و بهداشتی رنج می‌برند که بر ابعاد مختلف زندگی آنها اثر خواهد گذاشت. در اغلب موارد، بر مبنای قواعد و قوانینی که به صورت برابر بر زنان و مردان اعمال می‌شود، زنان وارد همان پروسه‌ی کیفری و قضائی می‌شوند که مردان طی می‌کنند که این مساله بطور ویژه، ویژگی‌های جنسیتی خاص زنان را در نظر نمی‌گیرد. زنانی که در بازداشت هستند، به نسبت مردان در وضعیت مشابه خود، گاهی دسترسی به مراتب کمتری به خدمات درمانی برای رسیدگی به مشکل مصرف مواد مخدر یا دیگر مسائل مربوط به وضعیت سلامتی، بهداشتی، جنسی و باروری خود دارند.

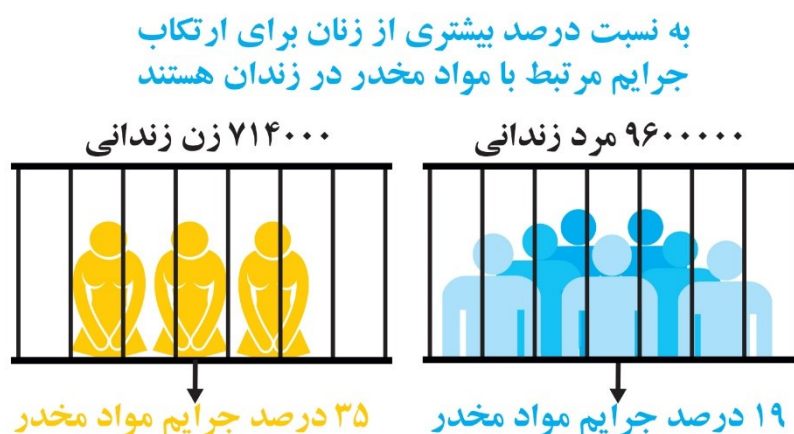
افزون بر این، عموماً به نسبت مردان، زنان کمتری از حمایت‌های لازم برای آماده سازی و بازگشت به جامعه و یا خانواده‌ی خود برخوردار می‌شوند. زنان در بدو آزادی خود، با وضعیت ملامت‌کننده‌ای مواجه هستند که نه تنها به دلیل جنسیت است بلکه به دلیل سابقه‌دار بودن نیز به آنها تحمیل می‌شود و با چالش‌هایی از جمله تبعیض در دسترسی با خدمات اجتماعی و مراقبت درمانی روبرو خواهند شد. همچنین، ممکن است که این زنان به واسطه طرد شدن از سوی اجتماع، به زندگی خود در شرایطی که دچار نابرابری اجتماعی و اقتصادی هستند، دچار شوند.



دیباچه

این کتابچه، پنجمین بخش از گزارش جهانی مواد مخدر سال ۲۰۱۸ است و در عین حال، دومین بخش از این مجموعه است که تنها به بررسی وضعیت یک گروه جمعیتی خاص توجه کرده است. تمرکز این کتابچه بر زنان است. بخش زنان و مواد مخدر به موضوعاتی پیرامون مصرف مواد مخدر در میان زنان اختصاص یافته است که شامل تفاوت‌ها در مصرف مواد مخدر، عوامل شخصی، اجتماعی و محیطی که زنان را در برابر مصرف مواد مخدر و ایجاد اختلال ناشی از مصرف است. همچنین، در این بخش مسائلی نظیر آثار و پیامدهای اجتماعی و بهداشتی مخرب مصرف مواد مخدر بر زنان و نیز دسترسی زنان به خدمات بالینی درمان مصرف مواد مخدر بررسی می‌شود.

افزون بر این، بخش زنان و مواد مخدر به نقشی که زنان در زنجیره توزیع مواد مخدر ایفا می‌کنند پرداخته و ابعاد حضور آنها را در کاشت، تولید و قاچاق مواد مخدر مورد کنکاش قرار می‌دهد. همچنین، به زنان و نظام‌های قضائی کیفری نیز پرداخته شده است.



Source: Based on Roy Walmsley, "World prison population list", 11th ed. (Institute for Criminal Policy Research, 2016) and Roy Walmsley, "World female imprisonment list", 4th ed. (Institute for Criminal Policy Research, 2017). Share of prisoners for drug offences based on 50 Member States (UNODC, Special data collections on persons held in prisons (2010-2014), United Nations Surveys on Crime Trends and the Operations of Criminal Justice Systems (UN-CTS).

اهداف توسعه‌ی پایدار مرتبط با زنان و معضل مواد مخدر

در چارچوب اهداف دستورالعمل ۲۰۳۰ برای توسعه‌ی پایدار، اهداف توسعه‌ی پایدار هم به مسائل زنان پرداخته است و هم مشکل و معضل جهانی مواد مخدر را مدنظر قرار داشته است. به عنوان مثال، هدف شماره‌ی ۳ سند توسعه‌ی پایدار، به دنبال تضمین زندگی سالم و افزایش رفاه در تمامی سنین است؛ هدف شماره‌ی ۵، به دنبال دستیابی به برابری جنسیتی و تقویت تمامی زنان و دختران است؛ هدف شماره‌ی ۸ از مجموعه اهداف توسعه‌ی پایدار به دنبال پیشبرد رشد و رونق اقتصادی پایدار، ایجاد اشتغال کامل و درآمد برای همگان است؛ هدف شماره‌ی ۱۰ به قصد کاهش نابرابری در و میان کشورها تعبیه شده است؛ و هدف شماره ۱۶ نیز به منظور تقویت جوامع مسالمت‌آمیز برای توسعه‌ی پایدار است.

الف. زنان و مصرف مواد مخدر

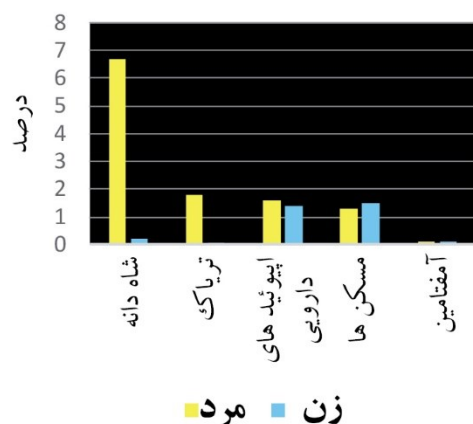
بسیاری از ابعاد مختلف مصرف مواد مخدر، از جمله عواملی که بر آن اثرگذار هستند، دارای عناصر جهانی شمول بوده است که از میان آنها می‌توان به محدودهی سنی، فرهنگ و جنسیت اشاره کرد که البته ملاحظات خاصی در مورد تاثیر آنها بر برخی گروه‌های جمعیتی نظیر زنان وجود دارد. به منظور توسعه درک و شناخت هر چه بهتر مسائل مرتبط با مصرف مواد مخدر در میان زنان و مطلع شدن از سیاست‌هایی که میان زنان و مردان تفاوت قائل می‌شوند و آگاه شدن از نیازهای ویژه زنان را در مباحث پیشگیری از مصرف مواد مخدر یا درمان اختلالات ناشی از مصرف مخدرها، این بخش، به دنبال بررسی ابعاد خاص مصرف مواد مخدر در میان زنان است.

تفاوت‌های جنسیتی در مصرف مواد مخدر

بطور کل، مردان بسیار بیشتر از زنان به مصرف شاه‌دانه، کوکائین و افیون‌ها گرایش دارند در حالی که شیوع مصرف اپیوئیدها و مسکن‌ها در زنان برای مصارف غیرپزشکی، اگر بالاتر در نظر گرفته نشود، دستکم برابر

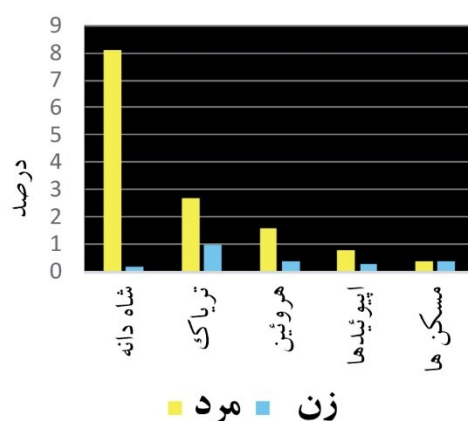


FIG. 1 نرخ رشد سالانه مصرف مواد مخدر در زنان و مردان بالغ ۱۵ تا ۶۴ سال، پاکستان ۲۰۱۳



Source: UNODC and Pakistan, Ministry of Interior and Narcotics Control, "Drug use in Pakistan 2013" (2014).

FIG. 2 نرخ رشد سالانه مصرف مواد مخدر در زنان و مردان بالغ ۱۵ تا ۶۴ سال، افغانستان ۲۰۰۹



Source: UNODC, "Drug use in Afghanistan: 2009 survey" (2009).

است.^۱ اگرچه، تفاوت‌های بسیاری در زمینه‌های فرهنگی وجود دارد، بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در خصوص ابعاد جنسیتی معضل مصرف مواد مخدر، صرفاً محدود به جوامع کشورهای توسعه یافته بوده و تنها بخش بسیار کمی از آنها به دیگر نقاط جهان پرداخته‌اند. تحقیقات موجود، بر مساله وجود فرصت‌های نابرابر دسترسی به مواد مخدر، به عنوان یکی از دلایل تفاوت در شیوع مصرف مواد مخدر در میان زنان و مردان تاکید می‌کنند (همچون اشاره به تفاوت‌های اجتماعی و هنجارهای فرهنگی).^{۳، ۴، ۵، ۶}

بر مبنای این ادبیات پژوهشی، در صورتی که دسترسی به مواد مخدر میان زنان و مردان برابر بود، می‌بایست احتمال و نرخ شیوع مخدرها میان مردان و زنان یکسان می‌شد؛ به عبارت دیگر در این صورت تفاوتی میان زنان

¹ Shelly F. Greenfield and others, "Substance abuse in women", Psychiatric Clinics of North America, vol. 33, No. 2 (June 2010), pp. 339-355.

² Ellen Tuchman, "Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research", Journal of Addictive Diseases, vol. 29, No. 2 (April 2010).

³ Rakesh Lal, Koushik Sinha Deb and Swati Kedia, "Substance use in women: current status and future directions", Indian Journal of Psychiatry, vol. 57, Suppl. No. 2 (July 2015).

⁴ Dorte Hecksher and Morten Hesse, "Women and substance use disorders", Mens Sana Monographs, vol. 7, No. 1 (January and December 2009).

⁵ Farzaneh Zolala and others, "Pathways to addiction: a gender-based study on drug use in a triangular clinic and drop-in center, Kerman, Iran", International Journal of High Risk Behaviors and Addiction, vol. 5, No. 2 (2016).

⁶ Michelle L. Van Etten and James C. Anthony, "Malefemale differences in transitions from first drug opportunity to first use: searching for subgroup variation by age, race, region, and Urban Status", Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine, vol. 10, No. 8 (2001).

و مردان مشاهده نمی‌شد.^۷ هر زمان که فرصت‌ها و امکانات مصرف مواد مخدر افزایش پیدا می‌کند، همانطور که در بسیاری از کشورهای غربی مشاهده می‌شود، می‌توان به وجود یک شکاف جنسیتی بسیار ظریف در مصرف مواد مخدر پی برد؛ این مساله به ویژه در مورد نرخ شیوع و میزان مصرف مواد مخدر میان گروه‌های جمعیتی زنان و جوانان قابل مشاهده است.

به علاوه، بر اساس یافته‌های رو به رشد بخش مهمی از تحقیقات انجام شده، بیان می‌شود که بر خلاف طیف رفتارهای درونگرا، اختلالات ناشی از مصرف مخدرها می‌تواند به عنوان طیفی از رفتارهای برونگرایی در نظر گرفته شود.^۸ مردان بیش از زنان، از مشکلات رفتاری برونگرا رنج می‌برند (مواردی مانند اختلالات رفتاری، اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی و اختلال شخصیتی)، این در حالی است که زنان معمولاً دچار رفتارهای درونگرا نظیر افسردگی و اضطراب می‌شوند (بنگرید به فصل «مواد مخدر و جوانان» در چهارمین کتابچه‌ی گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۱۸).

در حالی که به سختی بتوان پیرامون میزان مصرف مواد مخدر در میان مردان و زنان، برآوردهایی جهانی یا منطقه‌ای داشت، در ادامه‌ی نوشتار، مثال برخی کشورهای خاص مطرح می‌شود تا بتوان درک بهتری از تفاوت‌ها و زمینه‌های مختلف مصرف مواد مخدر در بین زنان و مردان داشت. اطلاعات این بخش در خصوص گستره و میزان مصرف مواد مخدر در میان زنان، بر مبنای داده‌ها و اطلاعاتی است که بطور کلی در دسترس هستند و این داده‌ها بگونه‌ای مشخص در خصوص وضعیت یک منطقه‌ی خاص نیستند. با توجه به نقش جنسیت و هنجارها و نیز نفوذ مسائل فرهنگی و اجتماعی بر مردان و زنان - که موانع بیشتری برای مصرف

⁷ R. Kathryn McHugh and others, "Sex and gender differences in substance use disorders", Clinical Psychology Review, 10 November 2017.

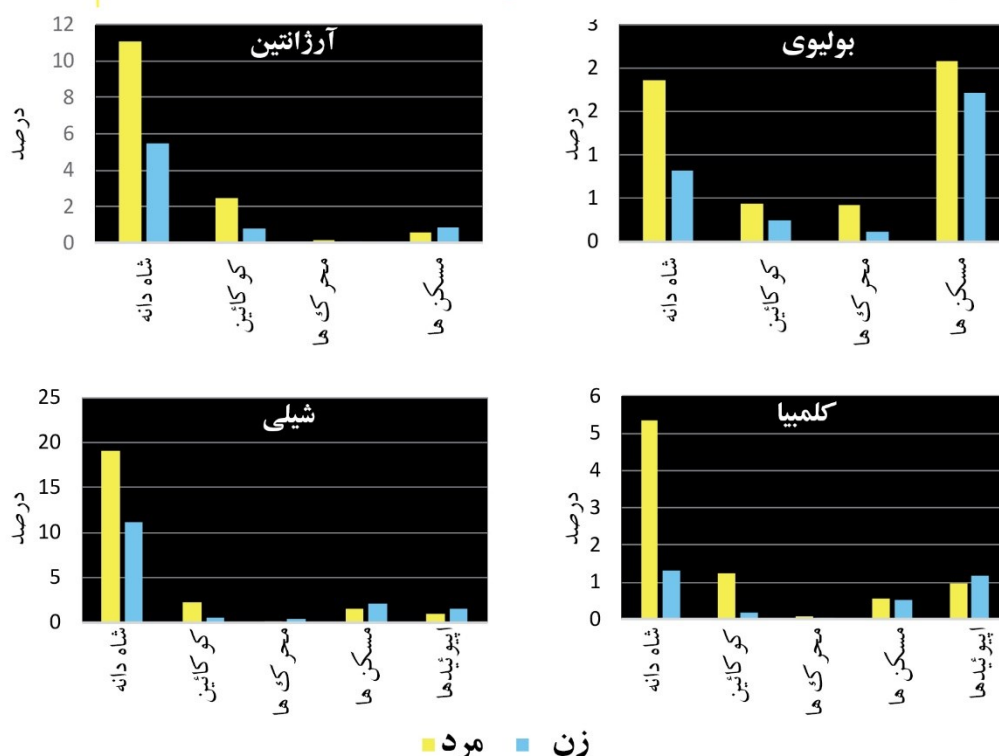
⁸ Hecksher and Hesse, "Women and substance use disorders".



مواد مخدر برای زنان اعمال می‌کند تا علیه مردان - در کشورهای آسیای جنوب غربی، نرخ شیوع مصرف اکثر مخدرها در میان زنان در سطح پایینی قرار دارد.^۹

WORLD DRUG REPORT 2018

FIG. 3 نرخ شیوع سالانه مصرف مواد مخدر در میان زنان و مردان بالغ ۱۵ تا ۶۴ سال در کشورهای آمریکای جنوبی



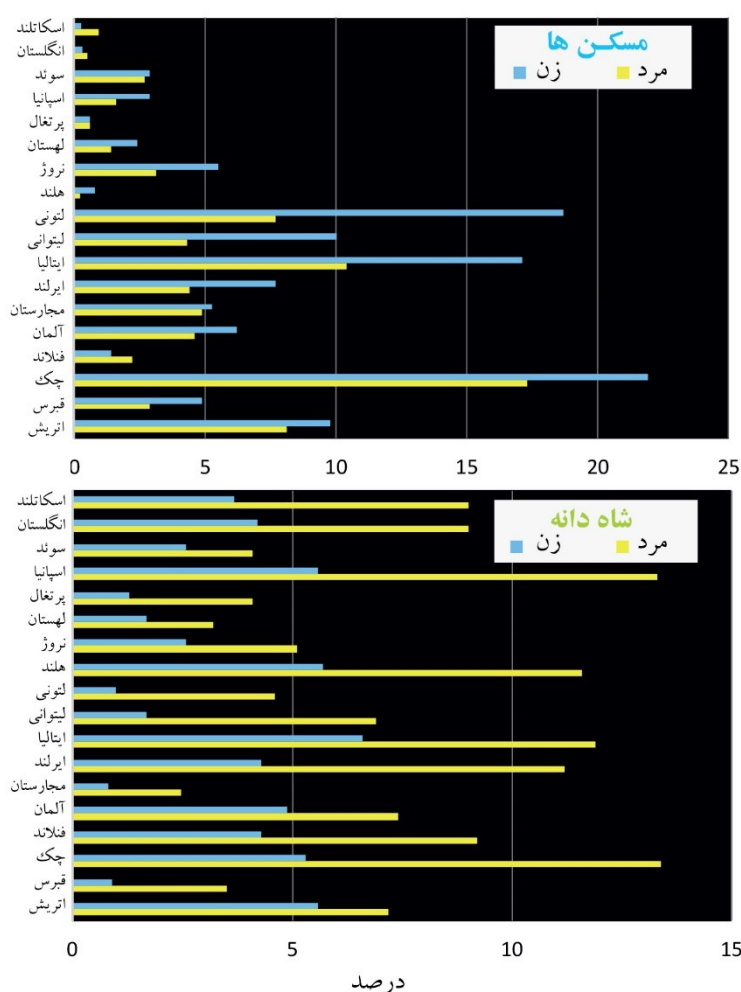
Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire. The reference years for the data are: 2017 for Argentina; 2013 for Bolivia (Plurinational State of); 2014 for Chile 2014 and 2013 for Colombia.

تفاوت موجود میان مصرف مواد مخدر در میان زنان و مردان، بیش از هر چیزی در مورد مصرف مخدرهایی همچون شاهدانه و تریاک مشخص می‌شود که در این منطقه از سابقه‌ی طولانی برخوردار است. در پاکستان، مصرف مخدرهایی مانند شاه‌دانه و تریاک در مردان رواج بسیار بیشتری دارد و میزان بسیار ناچیزی از مصرف این دو مخدر در میان زنان گزارش شده است. ولیکن میزان مصرف مسکن‌ها و آرامش‌بخش‌ها برای مقاصد غیرپزشکی در میان زنان و مردان یکسان است.

^۹ See, for example, Amir Ghaderi and others, "Gender differences in substance use patterns and disorders among an Iranian patient sample receiving methadone maintenance treatment", Electronic Physician, vol. 9, No. 9 (September 2017).

بطور مشابه، مصرف غیرپزشکی مسکن‌ها در سطح یکسانی قرار دارد و تفاوت‌های میان زنان و مردان در مصرف تریاک کمتر از تفاوت میان این دو در مصرف دیگر مخدرهاست. ممکن است یکی از دلایل این امر در افغانستان، عدم دسترسی کافی به خدمات درمانی باشد که زنان را به سمت خوددرمانی با تریاک سوق می‌دهد که بر اساس باورهای محلی برای بسیاری از بیماری‌ها مفید است.

FIG. 4 | نرخ رشد سالانه مصرف شاه دانه و مصرف غیرپزشکی مسکن‌ها در میان جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال، کشورهای اروپایی سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۶



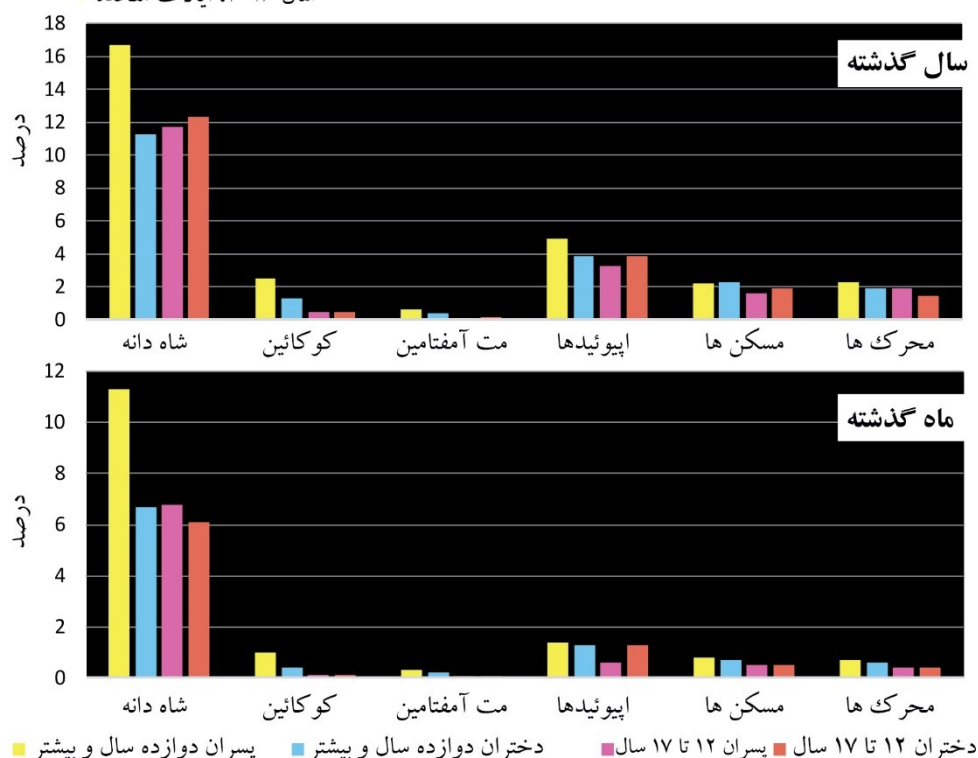
Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

گستره و میزان مصرف شاهدانه و کوکائین در بسیاری از کشورهای آمریکای جنوبی از همین الگویی که گفته شد، پیروی می‌کند، به عبارتی دیگر نرخ مصرف در مردان بسیار بیشتر از زنان است (دستکم از دو تا سه برابر بیشتر)؛ در حالی که مصرف مسکن‌ها و اپیوئیدها برای مقاصد غیرپزشکی میان زنان و مردان تقریباً



یکسان گزارش شده است. در کشورهای اروپای غربی و اروپای مرکزی، مردان دو تا سه برابر بیشتر از زنان در معرض مصرف مواد مخدر قرار دارند. با اینحال، در برخی از نواحی (که داده‌های آنها در دسترس است)، مصرف مسکن و آرامش‌بخش‌ها برای مقاصد غیرپزشکی، نه تنها بطور میانگین در زنان بسیار بیشتر از مردان است، بلکه در برخی کشورها و در مقام مقایسه با سایر انواع مخدرها، درصد بیشتری از جمعیت بالغ را تحت تاثیر قرار می‌دهند. میزان و گستره‌ی مصرف مواد مخدر در زنان و مردان جمعیت ایالات متحده نشان می‌دهد که در این کشور نیز همچون سایر کشورها، این مسئله از همان الگوی کلی پیروی می‌کند، صرفاً با این تفاوت که شکاف جنسیتی در خصوص مصرف اغلب مخدرهای قاچاق، کمتر از جاهای دیگر است. افزون بر این، مصرف تمامی مخدرها توسط زنان نوجوان (رده‌ی سنی ۱۲ تا ۱۷ سال) یا با مردان هم سن هم‌سو بوده و یا حتی بیشتر از آنهاست.

FIG. 5 نرخ رشد سالانه مصرف مخدرها طی یک سال و یک ماه گذشته، در میان جمعیت نوجوان سال ۲۰۱۶، ایالات متحده



Source: United States of America, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioural Health Statistics and Quality, Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (Rockville, Maryland, 2017).

Note: The data on opioids include the non-medical use of prescription opioids and the use of heroin; the data on tranquilizers and stimulants refer to the non-medical use (misuse) of these substances.

عوامل شخصی، اجتماعی و محیطی

دلایل بسیاری وجود دارند که به این سوال پاسخ می‌دهند که چرا احتمال شروع به مصرف مواد مخدر و افزایش مصرف آن تا حد بروز اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در مردان بیش از زنان است؛ اما این مسئله‌ای نیست که در این بخش بدان پرداخته شود. پژوهش‌های علمی نشان می‌دهند که فرآیند شروع به مصرف مواد مخدر، عوامل اجتماعی و ویژگی‌های مربوط به مصرف مواد مخدر، آثار و پیامدهای بیولوژیکی و روند توسعه و بروز اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، بسیار تفاوت‌های چشمگیری در میان زنان و مردان دارند.^{۱۰ ۱۱ ۱۲}

همچنین، تحقیقات نشان می‌دهند که زنان معمولاً مصرف مواد مخدر را دیرتر از مردان آغاز می‌کنند و مسئله مصرف مواد مخدر توسط زنان بیشتر تحت تاثیر و نفوذ شریک زندگی رخ می‌دهد که از قضا مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر نیز هست.^{۱۳} در اغلب موارد زنان مصرف مواد مخدر را در کنار شریک زندگی خود آغاز می‌کنند، در حالی که مردان در میان جمع دوستان مذکر خود بیشتر به سمت مصرف مواد مخدر گرایش پیدا می‌کنند.^{۱۴} برخی از عوامل شخصی، اجتماعی و محیطی که بطور خاص در شروع و توسعه مصرف مواد تا حد بروز اختلالات ناشی از مصرف مخدرها در میان زنان نقش دارند، در این بخش توضیح داده می‌شوند.

¹⁰ Christine E. Grella, "From generic to gender-responsive treatment: changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment", Journal of Psychoactive Drugs, vol. 40, SARC Suppl. No. 5 (November 2008), pp. 327–343.

¹¹ Tuchman, "Women and addiction".

¹² McHugh and others, "Sex and gender differences in substance use disorders".

¹³ Kathleen T. Brady and Carrie L. Randall, "Gender differences in substance use disorders", Psychiatric Clinics of North America, vol. 22, No. 2 (June 1999), pp. 241–252.

¹⁴ Tuchman, "Women and addiction".



زنانی که دارای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر هستند، بیشتر از اختلالات استرسی یا

دردهای مزمن رنج می‌برند

زنان بیشتر در معرض فشارهای روحی و روانی نظیر مشکلات عاطفی، خانوادگی و استرس‌های محیطی هستند که می‌تواند سبب آغاز مصرف یا ادامه یافتن مصرف مواد مخدر در آنها باشد.^{۱۵} یکی از نمودها و نمونه‌های استرس‌های عاطفی، مشکلات دوران کودکی است: در زنانی که در دوره‌ی کودکی خود سختی‌های بسیار متحمل شده‌اند، احتمال بیشتری وجود دارد که مصرف مواد مخدر شروع را شروع کرده و بسیار سریعتر از مردان، روند مصرف را آنچنان توسعه دهند که اختلالات ناشی از مصرف بروز پیدا کند.^{۱۶} لازم به ذکر است که از دید برخی، تفاوت‌های جنسیتی در مساله سازگاری روانی با استرس و سیستم عصبی آنها، زنان را بیشتر در معرض شروع و توسعه‌ی مصرف مواد مخدر تا حد مخرب آن قرار دهد.^{۱۷}

به عنوان مثال، در مقام مقایسه با مردان، زنانی که به مواد مخدر اعتیاد دارند از مکانیسم مقابله با استرس ناقص و تسلی‌دهنده احساسات برخوردارند که می‌تواند در نتیجه‌ی ضعف سیستم روانی پاسخ به حالت استرس باشد (هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک و کورتیزول خفیف).^{۱۸} ^{۱۹} در نتیجه‌ی تفاوت در درک احساس درد میان دو جنس زن و مرد، گزارش شده است که طی فرآیند توسعه‌ی یک بیماری یکسان، زنان دردهای

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Lindsay Oberleitner and others, "Childhood stressors differentially affect age of first use and telescoping across women and men", Drug and Alcohol Dependence, vol. 140 (July 2014), pp. e164–e165.

¹⁷ Greenfield and others, "Substance abuse in women".

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Helen C. Fox and Rajita Sinha, "Sex differences in drug-related stress-system changes: implications for treatment in substance-abusing women", Harvard Review of Psychiatry, vol. 17, No. 2 (April 2009), pp. 108–119.

شدیدتر و مکرر بیشتری متحمل می شوند که به دلایل تفاوت‌های آناتومیک میان بدن زن و مرد، بیشتر در بدن منتشر شده و مدت زمان طولانی‌تری نیز ادامه می‌یابد.^{۲۰ ۲۱ ۲۲}

این مساله، یکی از دلایلی است که در مقایسه با مردان، زنان، به ویژه در سنین ۴۵ سال و بیشتر، گرایش بیشتری به مصرف اپیوئیدهای مسکن درد دارند و تمایل دارند که آنها را برای مدت طولانی‌تری مصرف کنند که ممکن است سبب بروز اختلالات ناشی از مصرف اپیوئید شود.^{۲۳} افزایش آسیب‌پذیری در قبال ترکیب حالات روحی و اختلالات اضطرابی، بطور خاص اختلال استرسی پس از آسیب روانی، با اختلال ناشی از مصرف مخدرها در میان زنان ارتباط دارد.^{۲۴}

همانطور که توسط سازمان بهداشت جهانی گزارش شده است و در سایر پژوهش‌ها نیز مورد تایید و تاکید قرار گرفته است، نرخ برخورداری از اختلالات خلقی و اضطرابی مادام‌العمر در زنان، به طرز قابل ملاحظه‌ای بیشتر از مردان است – چه با وجود اختلالات ناشی از مصرف مخدرها و چه حتی بدون آن.^{۲۵ ۲۶ ۲۷}

گزارش شده است که نرخ برخورداری از اختلالات استرسی در زنانی که دارای اختلالات ناشی از مصرف مخدر هستند، بسیار بالا است؛ به عنوان مثال، طی پژوهشی که در ایالات متحده‌ی امریکا انجام شد،

²⁰ Cynthia I Campbell and others, "Age and gender trends in long-term opioid analgesic use for noncancer pain", *American Journal of Public Health*, vol. 100, No. 12 (December 2010), pp. 2541–2547.

²¹ Robert W. Hurley and Meredith C. Adams, "Sex, gender, and pain: an overview of a complex field", *Anaesthesia and Analgesia*, vol. 107, No. 1 (July 2008), pp. 309–317.

²² Roger B. Fillingim and others, "Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings", *Journal of Pain*, vol. 10, No. 5 (May 2009), pp. 447–85.

²³ Ibid.

²⁴ Lisa M. Najavits, Roger D. Weiss and Sarah R. Shaw, "The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women", *American Journal on Addictions*, vol. 6, No. 4 (Fall 1997), pp. 273–283.

²⁵ WHO, *Gender Disparities in Mental Health* (Geneva).

²⁶ Kevin P. Conway and others, "Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 67, No. 2 (February 2006), pp. 247–257.

²⁷ Vandad Sharifi and others, "Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011", *Archives of Iranian Medicine*, vol. 18, No. 2 (February 2015).



مشخص گردید که میزان اختلالات استرسی در زنانی که دارای اختلال ناشی از مصرف مخدر هستند، بین ۳۰ درصد تا ۵۹ درصد است.^{۲۸} بطور معمول اینگونه فرض می شود که اختلال استرسی پس از آسیب روانی در میان زنانی شیوع دارد که در دوران کودکی خود تجربه های متعددی از سوء استفاده جسمی و جنسی داشته اند. میزان و نرخ تشخیص اختلال استرسی و اختلال ناشی از مصرف مواد مخدر در مردان، دو تا سه مرتبه پایین تر است و معمولاً در نتیجه آسیب روحی یا جنایی به وجود می آید.^{۲۹} ۳۰ در میان زنان، اختلالات خلقی و اضطرابی، از جمله اختلالات استرسی معمولاً پیش از دوره ی شروع به مصرف مواد مخدر وجود دارد، این در حالی است موارد فوق، معمولاً پس از تشخیص اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر بروز پیدا می کنند.^{۳۱}

یکی از دیگر از توضیحاتی که برای نرخ بالای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر در زنانی که دارای اختلالات روانی نیز هستند، می تواند این باشد که مصرف مواد برای زنان کمتری هنجاری است تا برای مردان، به عبارتی، زنانی که مصرف مواد مخدر را تا آن حد ادامه می دهند که به آستانه ی بروز اختلالات ناشی از مصرف باشد، ممکن است نمود واضح تری از جوامعی باشند که دارای اختلالات روان شناختی شدیدتر است. توضیح ممکن دیگر آن است که زنان دچار به اختلالات روان شناختی، تمایل بیشتری به استفاده از مصرف مواد مخدر برای خوددرمانی دارند که در نتیجه، ریسک بالاتری برای توسعه ی مصرف به سطح بروز اختلالات ناشی از مصرف در آنها وجود خواهد داشت.^{۳۲}

²⁸ Najavits, Weiss and Shaw, "The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women".

²⁹ Ibid.

³⁰ Masoumeh Amin-Esmaili and others, "Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization results from the Iranian Mental Health Survey", *Addiction*, vol. 111, No. 10 (October 2016), pp. 1836–1847.

³¹ Monica L. Zilberman and others, "Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities", *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, No. 1 (February 2003).

³² Ibid.

زنان معمولاً سریعتر از مردان میزان و نرخ مصرف خود را افزایش می‌دهند تا آنجا که به آستانه‌ی

بروز اختلال ناشی از مصرف مخدر برسد

آندسته از زنانی که مواد مخدر را به صورت منظم مصرف می‌کنند، معمولاً دیرتر از مردان مصرف خود را آغاز می‌کنند، با اینحال، زمانی که زنان مصرف مواد مخدر را آغاز می‌کنند، به ویژه مصرف الکل، شاه‌دانه، اپیوئیدها و کوکائین، سریعتر از مردان تمایل دارند که میزان و نرخ مصرف خود را افزایش دهند.^{۳۳} این موضوع به کرات در زنانی که مصرف‌کننده‌ی مخدرهای یاد شده هستند، گزارش شده است. این مساله به عنوان «اثر تلسکوپی» شناخته می‌شود. در ادبیات تخصصی پژوهش‌های این حوزه، از این اصطلاح برای بیان توسعه‌ی تصاعدی مصرف مواد مخدر تا آستانه‌ی بروز اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر و ضرورت درمان آن استفاده می‌شود.

در مقایسه با مردان، علیرغم این مسئله که زنان مدت کوتاه‌تری از مصرف مواد مخدر را می‌گذرانند، در پرونده‌ی پزشکی زنانی که دارای اختلالات ناشی از مصرف مخدر هستند و وارد دوره‌های بالینی درمان می‌شوند معمولاً شرایط بغرنج‌تری از منظر تجربه‌ی داروها و مشکلات اجتماعی و رفتاری به چشم می‌خورد.^{۳۴}

زنانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند معمولاً در معرض خشونت جنسی قرار دارند

خشونت جنسی، نقض شدید حقوق بشر است که آثار نامتناسبی بر زنان وارد می‌سازد. خشونت جنسی شامل اقداماتی همچون سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی، خشونت خانگی، خشونت از سوی دیگران و قاچاق برای بردگی جنسی است. سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که تقریباً یک سوم از زنان در سرا سر

³³ Brady and Randall, "Gender differences in substance use disorders".

³⁴ Greenfield and others, "Substance Abuse in Women".



جهان، در طول زندگی خود، تجربه‌ی خشونت‌های فیزیکی یا جنسی از سوی شریک زندگی خود و یا سایر افراد را داشته‌اند.^{۳۵}

در حالی که برآورد چندانی در خصوص میزان خشونت مبتنی بر جنسیت علیه زنانی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند وجود ندارد، مطالعات و پژوهش‌های انجام شده، به عنوان مثال تحقیقات انجام شده در خصوص زنان گروه‌های جمعیتی نمونه‌ای که در ایالات متحده از مواد مخدر استفاده می‌کنند، نشان می‌دهند که شیوع خشونت‌های جنسیتی در میان زنان مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر، بین دو تا پنج برابر بیشتر از زنانی است که از مواد مخدر استفاده نمی‌کنند.^{۳۶} برخی از عناصر خشونت جنسی در بخش مربوط به «رنج‌های دوران کودکی، نقش شرکای زندگی و کارگران جنسی» مطرح شده است.

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

در ادبیات پژوهشی و تخصصی حوزه‌های مربوطه، منظور از «رنج و سختی‌های دوران کودکی» به معنای تجربه‌ی سوءاستفاده‌ی احساسی، فیزیکی و جنسی، نادیده‌انگاری فیزیکی و یا مشکلات خانوادگی است، از جمله آنکه والدین مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر باشند. تحقیقات نشان می‌دهند که اشکال مختلف بدرفتاری و رنج کشیدن در دوران کودکی می‌توانند منجر به بالا رفتن شانس مصرف مواد مخدر در سنین جوانی باشد همچنین که متعاقب آن احتمال توسعه‌ی مصرف تا بدان حد که اختلالات ناشی از آن بروز یابد.^{۳۷} رنج و مشکلات دوران کودکی، می‌تواند سبب بروز مشکلاتی چون احساس گناه و شرمساری در افراد شوند. به هر حال، به نظر می‌رسد که این مسائل بر زنان و مردان تأثیرات متفاوتی داشته باشد.

³⁵ WHO, Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence (Geneva, 2013).

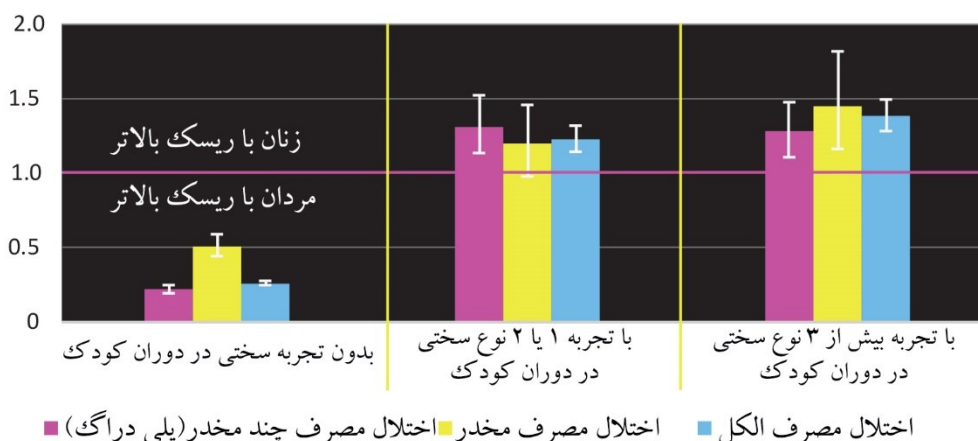
³⁶ Louisa Gilbert and others, "Targeting the SAVA (substance abuse, violence and AIDS) syndemic among women and girls: a global review of epidemiology and integrated interventions", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, vol. 69, Suppl. 2 (June 2015), pp. s118-s127.

³⁷ Tracie O. Afifi and others, "Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample", Canadian Journal of Psychiatry, vol. 57, No. 11 (November 2012).

تحقیقات نشان می‌دهند پسرانی که در دوران کودکی خود شرایط سختی را گذرانده‌اند، تمایل بیشتری به برونگرایی رفتارشان به شکل خشونت و تکانشگری داشته و بیشتر به مصرف مواد مخدر به عنوان یک نوع ابزار اعتراض گرایش پیدا می‌کنند. از طرفی دیگر، دخترانی که کودکی سختی گذرانده‌اند، بیشتر به سمت رفتارهای درونگرا از جمله اضطراب، افسردگی و گوشه‌گیری کشیده می‌شوند و در اغلب اوقات تمایل دارند که با مصرف مخدرها اقدام به خوددرمانی کنند.^{۳۸}

نتایج یک تحقیقات بر روی ۱۹۲۰۹ زن و ۱۳۸۹۸ مرد در ایالات متحده نشان داد که بطور کلی، مردان بیش از زنان به مصرف الکل و مواد مخدر گرایش داشته و بیشتر از زنان نیز دچار اختلالات ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر می‌شوند. با اینحال، نتایج نشان می‌دهند که قرار گرفتن در شرایط سخت و دشوار زندگی در دوران کودکی، ریسک و احتمال مصرف مواد مخدر و بروز اختلالات ناشی از مصرف مخدرها را در زنان تا حد تقریبی و یا حتی بیشتر از مردان بالا می‌برد.

FIG. 6 میانگین پیامدهای منفی و مخرب مادام‌العمر مصرف مخدرها در جنسیت‌های مختلف



Source: Elizabeth A. Evans, Christine E. Grella and Dawn M. Upchurch, "Gender differences in the effects of childhood adversity on alcohol, drug, and polysubstance-related disorders", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 52, No. 7 (July 2017), pp. 901–912.

³⁸ Elizabeth A. Evans, Christine E. Grella and Dawn M. Upchurch, "Gender differences in the effects of childhood adversity on alcohol, drug, and polysubstance-related disorders", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 52, No. 7 (July 2017), pp. 901–912.



قرار گرفتن در معرض سختی‌ها و مشکلات دوره‌ی کودکی، شکاف جنسیتی موجود در اختلالات ناشی از مصرف الکل را کاهش می‌دهد ولیکن در عین حال شکاف جنسیتی موجود در مصرف مواد مخدر به شکل مصرف چندگانه‌ی مخدرها (پلی‌دراگ) را بیشتر می‌کند.^{۳۹} در زنان و دخترانی که دوره‌ی کودکی عادی داشتند و در معرض تجربه‌های سخت قرار نداشتند و شرایط احساسی و عاطفی بسیار حادی را تجربه نکردند، خطر شروع به مصرف مواد مخدر و بروز اختلالات ناشی از آن، به نسبت مردان، به میزان کمتری است.^{۴۰}

همانطور که در کتابچه‌ی چهارم گزارش جهانی مواد مخدر سال ۲۰۱۸ اشاره شد – در بخشی تحت عنوان مصرف مواد مخدر و جوانان – سوءاستفاده‌های دوره‌ی کودکی و نادیده انگشتن یا بی‌ثباتی در آن دوره، مسائلی با پیامدهای میان‌نسلی هستند و خطر شروع به مصرف مواد مخدر و افزایش مصرف تا حد بروز اختلالات ناشی از آن را در افرادی که در دوران کودکی خود با تجربه‌های سختی مواجه بوده‌اند یا در خانواده‌ی خود دچار سوءاستفاده یا بی‌توجهی قرار گرفتند را، افزایش می‌دهد.^{۴۱ ۴۲}

معمولاً زمینه‌های مصرف مواد مخدر و آسیب‌های مرتبط با آن توسط شرکای مرد زندگی زنان شکل می‌گیرد

مطابق آنچه که نتایج تحقیقات نشان می‌دهند، داشتن روابط با افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند به شکل قابل ملاحظه‌ای بر احتمال شروع به مصرف و ادامه دادن آن در زنان تاثیر خواهد داشت. زنانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، معمولاً شریک زندگی مردی داشته‌اند که آنها را به مصرف مواد مخدر سوق داده

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Iris Torchalla and others, “‘Like a lots happened with my whole childhood’: violence, trauma, and addiction in pregnant and postpartum women from Vancouver’s Downtown Eastside”, Harm Reduction Journal, vol. 12, No. 1 (2015).

⁴² Fifi Rahman and others, “Pain, instability, and familial discord: a qualitative study into women who use drugs in Malaysia”, Harm Reduction Journal, vol. 12, No. 52 (2015).

است؛ در صورتی که در جمعی حضور داشته باشند، اغلب زنان از شرکای مرد خود درخواست می‌کنند که مواد مخدر را برای آنها تزریق کنند.^{۴۳ ۴۴}

همچنین گفتنی است که زنان به مراتب کمتر از مردان بر نحوه یا چگونگی به دست آوردن مواد مخدر تسلط دارند و اغلب اوقات تجهیزات تزریق مواد مخدر و لوازم جانبی آن توسط شرکای زندگی مرد آنها تامین می‌شود. از آنجا که مردان بیشتر اوقات، یا خودشان مواد مخدر را تزریق می‌کنند یا توسط یکی از دوستان آشنای دیگر انجام می‌دهند، در اغلب موارد، زنان زمانی مواد مخدر را تزریق می‌کنند که همسر یا مرد شریک زندگی وی، ابتدا تزریق کرده است؛ به عبارت دیگر، زنان معمولاً در مرتبه‌ی دوم از سرنگ یا سوزن برای تزریق استفاده می‌کنند.^{۴۵} تمامی این عوامل پیامدهای خاصی بر زنان خواهد داشت؛ به ویژه از این دیدگاه که این موضوع شانس ابتلا به بیماری‌های عفونی از جمله اچ‌آی‌وی و هپاتیت C را در مقایسه با مردان افزایش می‌دهد. همچنین پویایی‌های مربوط به جنسیت نیز نقش عمده و کلیدی در شکل‌دهی به زمینه‌های مصرف مواد مخدر و آسیب‌های مرتبط با آن در زنان ایفا می‌کند.

بسیاری از تحقیقات کیفی انجام شده به این نتیجه دست یافتند که در بیشتر مواردی که همسر یا شریک زندگی مرد، مخصوصاً در مواقعی که نه تنها مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر است بلکه در عین حال از نظر تامین هزینه‌های معاش تسلط کافی دارد، ممکن است زنان را به ادامه‌ی مصرف مواد مخدر مجبور کند یا مانع از آغاز برنامه‌های درمانی وی شوند. همچنین، در خصوص انجام رفتارهای ایمن، تقریباً این امکان که زنان بتوانند از سوزن و سرنگ‌های بهداشتی یا از کاندوم استفاده کنند، وجود ندارد.^{۴۶}

⁴³ Anna Roberts, Bradley Mathers and Louisa Degenhardt, *Women Who Inject Drugs: a Review of Their Risks, Experiences and Needs*, (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 2010), p. 8.

⁴⁴ Charles M. Cleland and others, "HIV risk behaviors among female IDUs in developing and transitional countries", *BMC Public Health*, vol 7, No. 271 (2007).

⁴⁵ Nabila El-Bassel, Assel Terlikbaeva and Sophie Pinkham, "HIV and women who use drugs: double neglect, double risk", *The Lancet*, vol. 376, No. 9738 (31 July 2010), pp. 312–314.

⁴⁶ Janie Simmons, Sonali Rajan and James M. McMahon, "Retrospective accounts of injection initiation in intimate partnerships", *International Journal of Drug Policy*, vol. 23, No. 4 (July 2012), pp. 303–311.



در مواردی که شرکای زندگی زنان، اقلام و تجهیزات و مخدرهای زنان را تامین می‌کنند، انتظار می‌رود که زنان خدمات جنسی تامین را تامین کنند که این مساله خود به عدم تعادل جنسیتی در این مورد اشاره می‌کند و می‌تواند به عنوان یکی از عوامل تشدیدکننده مصرف مواد مخدر در زنان نیز به شمار آید.^{۴۷} در اینگونه شرایط، عدم تمکین زنان در برابر درخواست نیاز جنسی و یا اصرار بر استفاده از کاندوم، می‌تواند سبب افزایش خشونت از سوی همسر یا شریک زندگی شود و این مسئله در صورتی که وی تحت تاثیر مصرف مواد مخدر نیز شده باشد، بیشتر می‌شود.^{۴۸}

همانطور که در خصوص خشونت‌های جنسی مطرح شد، رفتارهای سلطه‌جویانه مردان می‌تواند به صورت غیرمستقیم بر مصرف مواد مخدر زنان تاثیر بگذارد. زنان ممکن است پس از سوءاستفاده‌های انجام شده به خوددرمانی به وسیله مواد مخدر روی آورند تا از این طریق، بتوانند شرایط روحی و یا دردهای جسمی ناشی از خشونت شریک خود را تحمل کنند.^{۴۹} نتایج یک تحقیق صورت گرفته بر روی مسئله خشونت جنسی نشان می‌دهد که خشونت و بدرفتاری‌های شریک زندگی زنان، می‌تواند به طرز قابل ملاحظه‌ای شانس ابتلا به بیماری اچ‌آی‌وی را، بین ۲۸ درصد تا ۵۸ درصد، در زنان اقشار مختلف، از جمله زنان مصرف‌کننده مواد مخدر بالا ببرد.^{۵۰}

زمانی که روسپی‌ها مواد مخدر مصرف کنند، با اجبار و خشونت بیشتری مواجه می‌شوند

⁴⁷ Louisa Gilbert, and others, "Partner violence and sexual HIV risk behaviors among women in methadone treatment", AIDS and Behaviour, vol. 4, No. 3 (September 2000), pp. 261-269.

⁴⁸ Paula Braitstein and others, "Sexual violence among a cohort of injection drug users" Social Science and Medicine, vol. 57, No. 3 (August 2003), pp. 561-569.

⁴⁹ Alessandra Simonelli, Caterina E. Pasquali and Francesca De Palo, "Intimate partner violence and drug-addicted women: from explicative models to gender-oriented treatments", European Journal of Psychotraumatology, vol. 5, No. 1 (2014).

⁵⁰ Gilbert and others, "Targeting the SAVA (substance abuse, violence and AIDS) syndemic among women and girls".

زمانی که زنان مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر، به روسپیگری نیز مشغول باشند، مسئله نابرابری جنسیتی بیش از پیش نمایان می‌شود.^{۵۱} برای بسیاری از زنان مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر، به دست آوردن مواد مخدر یا پول، در ازای ارائه خدمات جنسی محقق می‌شود.^{۵۲} این مسئله در شرایط بسیار نابرابر و خطرناک صورت می‌پذیرد، به این صورت که حتی این زنان توان چندانی برای چانه‌زنی نداشته و ممکن است با تجاوز اجباری نیز مواجه شوند.^{۵۳} افزون بر این، زنانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند و در عین حال به روسپیگری می‌پردازند، ممکن است به صورت روزمره مورد اشکال مختلفی از خشونت ساختاری جنسیتی از سوی مشتریان، موادفروشان و ماموران پلیس واقع شوند.^{۵۴}

روسپی‌هایی که مواد مخدر را به روش تزریقی مصرف می‌کنند ممکن است از محل‌های عمومی و تفریحی طرد شده و در خیابان‌ها و نواحی حاشیه‌ای بی‌خانمان شوند که امنیت آنها را به مراتب کاهش داده و آنها را در معرض روابط جنسی پرخطر و ناایمن قرار می‌دهد و این در حالی است که دسترسی به خدمات پیشگیری و جلوگیری از ابتلا به ویروس ایدز در این مناطق بسیار محدود بوده و مراقبت‌های بهداشتی نیز چندان وجود ندارند.^{۵۵} این مسائل، در نتیجه‌ی روابط جنسیت‌زده‌ی اجتماعی تشدید شده و سلامت زنان را بیش از پیش در معرض تهدید قرار می‌دهد.^{۵۶}

⁵¹ Kate Shannon and others, "Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work", *Social Science and Medicine*, vol. 66, No. 4 (February 2008), pp. 911–992.

⁵² Rafael A. Guimarães and others, "Transactional sex among noninjecting illicit drug users: implications for HIV transmission", *The Scientific World Journal* (2016).

⁵³ Jing Gu and others, "Social environmental factors and condom use among female injection drug users who are sex workers in China", *AIDS and Behavior*, vol. 18, Suppl. 2 (February 2014), pp. 181–191.

⁵⁴ Shannon and others, "Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work".

⁵⁵ Steffanie A. Strathdee and others, "Substance use and HIV among female sex workers and female prisoners: risk environments and implications for prevention, treatment, and policies", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 69, Suppl. 2 (1 June 2015), pp. s110–s117.

⁵⁶ Gina M. Wingood and Ralph J. DiClemente, "Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women" *Health Education and Behavior*, vol. 27, No. 5 (October 2000).



نابرابری‌های اجتماعی و دسترسی ناکافی به منابع اجتماعی و اقتصادی، زنان را نسبت به مصرف

مواد مخدر و اختلالات ناشی از مصرف آن آسیب‌پذیرتر می‌سازد

در حالی که فقر به تنهایی، عاملی برای شروع به مصرف مواد مخدر به شمار نمی‌رود، فقر شدید معمولاً با خصوصیات همچون عدم دسترسی به فرصت‌های اکتسابی شخصی و رشد اقتصادی، بهداشت عمومی ضعیف و مصرف مواد مخدر توأم است؛ تمامی این شرایط بیش از همه بر زنان اثرگذار خواهند بود.^{۵۷} به عنوان نمونه، مطابق با تحقیقاتی که در بریتانیا و ایرلند شمالی انجام شد، گستره و نرخ مصرف مخدرهایی همچون هروئین، کراک و کوکائین در میان زنان بی‌خانمان، بیش از مردان بی‌خانمان است.^{۵۸}

بر اساس تحقیقاتی که نتایج آن در نواحی و مناطق مختلف مشاهده شده است، اغلب اوقات، زنانی که برای گذراندن دوره‌های ترک مصرف مواد مخدر و درمان اختلالات ناشی از آن وارد مراکز درمانی می‌شوند، سطح تحصیلات کمتری به نسبت مردان دارند.^{۵۹} ^{۶۰} در حالی که محرومیت‌های اقتصادی به تنهایی مسبب شروع به مصرف مواد مخدر نیست، عوامل بسیاری در ارتباط با مسئله محرومیت اقتصادی هستند که از آن میان می‌توان به ناپایداری شخصیتی، برخورداری از اختلالات روانی شدید و پایین بودن میزان سطح تحصیلات اشاره کرد، که مجموعاً باعث می‌شوند، زنان به سبب فقدان منابع اجتماعی و اقتصادی کافی، به صورت فزاینده‌ای آسیب‌پذیرتر شوند.

⁵⁷ Robert Kaestner, "Does Drug Use Cause Poverty?", Working Paper No. 6406 (Cambridge, United Kingdom, National Bureau of Economic Research, February 1998).

⁵⁸ Homeless Link, "Women and homelessness", Research Briefing (London, September 2015). Available from www.homeless.org.uk.

⁵⁹ Wendee M. Wechsberg, S. Gail Craddock and Robert L. Hubbard, "How are women who enter substance abuse treatment different than men?: a gender comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)", *Drugs and Society*, vol. 13, Nos. 1 and 2 (2008), pp. 97-115.

⁶⁰ Kate Dolan and others, "Six-month follow-up of Iranian women in methadone treatment: drug use, social functioning, crime, and HIV and HCV seroincidence", *Substance Abuse and Rehabilitation*, vol. 3, Suppl. 1 (January 2012), pp. 37-43.

پیش‌فرض‌های جنسیتی و فشار اجتماعی می‌توانند زنان مصرف‌کننده مواد مخدر را شبکه‌ی مصرف مواد مخدر به دام ببندازند

فشار اجتماعی که علیه زنان مصرف‌کننده مواد مخدر وجود دارد، در تعامل با عواملی دیگر همچون خشونت‌های جنسیتی، تجربه‌های سخت دوران کودکی، اختلالات روانپزشکی هستند که به این موارد در این بخش پرداخته می‌شود. پیش‌فرض‌های اجتماعی مبتنی بر جنسیت، معمولاً استانداردهای متفاوتی برای زنان در نظر می‌گیرد و باعث می‌شود که زنان مصرف‌کننده مواد مخدر فشار اجتماعی بیشتر به نسبت مردان متحمل می‌شوند؛^{۶۱} مصرف مواد مخدر توسط زنان، موضوعی است که در تناقض با نقش سنتی آنها در جامعه، به عنوان مادر و نگهدارنده‌ی کودکان، قرار دارد.^{۶۲} فشار مضاعف اجتماعی ممکن است به بی‌خانمانی زنان مصرف‌کننده مواد مخدر منجر گردد که سبب می‌شود که بیش از پیش در دایره‌ی شبکه‌ی مصرف مواد مخدر محصور شوند و زمان کمتری را بیرون از این فضا سپری کنند که بطور بالقوه می‌توانند به دنبال منابع درمان و مراقبت باشند.^{۶۳}

پیامدهای بهداشتی و اجتماعی مصرف مواد مخدر بر زنان

زنانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، بیش از دیگران در برابر اچ‌آی‌وی و دیگر بیماری‌های عفونی خونی آسیب‌پذیر هستند

اگرچه تعداد زنانی که به روش تزریق مواد مخدر مصرف می‌کنند، کمتر از مردان است – زنان ۲۰ درصد از جمعیت برآورده شده‌ی معتادان و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر در جهان را تشکیل می‌دهند – اما زنانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند بیش از دیگران در برابر اچ‌آی‌وی و دیگر عفونت‌های خونی آسیب‌پذیر

⁶¹ Patricia O'Brien, *Making It in the Free World: Women in Transition from Prison* (Albany, New York, State University of New York Press 2001).

⁶² Julia Kensy and others, "Drug policy and women: addressing the negative consequences of harmful drug control", Briefing Paper (London, International Drug Policy Consortium, 2012).

⁶³ Joan S. Tucker and others, "Homeless women's personal networks: implications for understanding risk behavior", *Human Organization*, vol. 68, No. 2 (Summer 2009), pp. 129–140.



هستند.^{۶۴} علت این مسئله صرفاً به دلایل بیولوژیکی نیست، بلکه از نابرابری‌های اجتماعی نیز نشات می‌گیرد؛ به عنوان مثال، می‌توان به ناتوانی در استفاده از کاندوم در زمان روابط جنسی، تزریق مواد مخدر پس از تزریق مردان بدون آنکه سرنگ یا سوزن تعویض شود و رو سپیگری اشاره کرد. هرچند که در سطح جهان، مطالعات و پژوهشی جنسیت محور در خصوص تخمین و تعیین نرخ شیوع بیماری‌ها اچ‌آی‌وی و هپاتیت C، انجام نشده است، ولیکن مطالعات و پژوهش‌های بسیاری، جنسیت زن را به عنوان یکی عوامل مستقل در خصوص احتمال ابتلا به ویروس اچ‌آی‌وی یا هپاتیت C در میان معتادان تزریقی مواد مخدر در نظر می‌گیرند، به ویژه در خصوص زنان جوان و یا زنانی که به تازگی شروع به تزریق مواد مخدر می‌کنند، این مسئله صدق می‌کند.^{۶۵} داده‌های جمع‌آوری شده از ۱۴ کشوری که بالاترین نرخ شیوع اچ‌آی‌وی بیش از ۲۰ درصد میان معتادان و مصرف‌کنندگان مواد مخدر را دارند، نشان می‌دهد که نرخ شیوع اچ‌آی‌وی میان زنان تزریق‌کننده بیش از مردان تزریق‌کننده است، هر چند که میزان تاثیرپذیری هر دو گروه یکسان است.^{۶۶}

زنانی که در دوران بارداری مواد مخدر مصرف می‌کنند، بر نوزاد خود آثار مخربی وارد می‌سازند

مصرف مواد مخدر میان زنان می‌تواند موجب مشکلات عدیده‌ای در دوران بارداری شود که سندرم سقط جنین نوزادان، کم‌وزنی و تولد نارس بخشی از آنهاست. سندرم سقط جنین نوزادان بیشتر که بیشتر در خصوص ترک مخدرهای اپیوئید مطرح می‌شود، در زمانی دیده می‌شود که زنان در دوران بارداری خود به مصرف اپیوئیدها ادامه می‌دهند. علایم بالینی این سندرم در افراد به اشکال گوناگون بروز پیدا می‌کند و

⁶⁴ Louisa Degenhardt and others, "Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review", The Lancet Global Health, vol. 5, No. 12 (December 2017), pp. e1192 e1207.

⁶⁵ Steffanie A. Strathdee and others, "Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users: a 10-year perspective", Archives of Internal Medicine, vol. 161, No. 10 (2001), pp. 1281-1288.

⁶⁶ Don C Des Jarlais and others, "Are females who inject drugs at higher risk for HIV infection than males who inject drugs: an international systematic review of high seroprevalence areas", Drug and Alcohol Dependence, vol. 124, Nos. 1 and 2 (1 July 2012), pp. 95-107. According to that study, if men had a risk of 1, the likelihood (odds ratio) of women having HIV was 1.18.

شامل طیف متفاوتی از تحریک‌پذیری به تب‌بالا تا کاهش شدید وزن است. این علائم، معمولاً در روزهای نخست بعد از تولد بروز پیدا می‌کند ولیکن زمان بروز علائم و شدت آن می‌تواند متفاوت باشد.

دیگر پیامدهایی که در نتیجه‌ی مصرف اپیوئیدها از مادر به نوزاد تازه متولد شده ممکن است انتقال یابد، تولد نارس یا ناقص، با وزن بسیار کم یا با جمجمه‌ی کوچک متولد شوند.^{۶۷} با اینحال، از نظر علمی ثابت شده است در زنانی که دچار اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر هستند، پیگیری درمان‌های ضد اپیوئید در دوران بارداری می‌تواند تا حد بسیار زیادی ریسک‌های سلامتی را هم برای مادر و هم نوزاد وی کاهش می‌دهد.^{۶۸}

مصرف کوکائین در دوران بارداری می‌تواند سبب بروز مشکلات جدی در خصوص فشار خون، نارسایی عضلانی و تولد زودرس شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکان متولد شده از مادرائی که در دوران بارداری کوکائین مصرف می‌کنند، با وزنی کمتر از حالت عادی متولد می‌شوند و محیط سر کوچکتری خواهند داشت و همچنین قد آنها نیز از کودکان مادرائی که کوکائین مصرف نمی‌کنند، کوتاه‌تر است.^{۶۹}

همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهند مصرف شاه‌دانه توسط زنان در دوران بارداری می‌تواند به کاهش وزن نوزادان و تولد نارس منجر شود که با مصرف طولانی مدت، این احتمال بیشتر نیز خواهد شد. تحقیقات نشان می‌دهند که تولد جنین مرده در زنانی که در دوران بارداری خود شاه‌دانه مصرف می‌کنند دو تا سه برابر بیشتر از حالت عادی است.^{۷۰} و احتمال تولد ناقص و کم‌وزنی نوزاد در زنانی که در سه‌ماهه‌ی دوم

⁶⁷ Karen McQueen and Jodie Murphy-Oikonen, "Neonatal abstinence syndrome", New England Journal of Medicine, vol. 375, No. 25 (22 December 2016), pp. 2468–2479.

⁶⁸ WHO, Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy (Geneva, 2014).

⁶⁹ National Institute on Drug Abuse, "What is cocaine?", Research Reports (Bethesda, Maryland, United States, May 2016).

⁷⁰ National Institute on Drug Abuse, "Marijuana", National Institutes of Health, United States Department of Health and Human Services, May 2018).



و سوم بارداری از شاه‌دانه مصرف می‌کنند نیز بسیار افزایش می‌یابد.^{۷۱} همچنین، تحقیقات نشان می‌دهد نوزادانی که از زنانی متولد شده‌اند که در دوران بارداری شاه‌دانه مصرف می‌کردند، به محرک‌های بصری به گونه‌ای دیگر پاسخ می‌دهند، لرزش‌های بیشتری داشته و گریه‌های بلندتری دارند که می‌تواند ناشی از مشکلات توسعه عصبی باشد.^{۷۲}

همانطور که پیشتر توضیح داده شد، به نسبت مردان، بخش بیشتری از زنانی که وارد دوره‌های درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر می‌شوند، اختلالات روانپزشکی نظیر اضطراب، افسردگی و اختلالات استرسی تشخیص داده می‌شود که به عنوان شاخص‌های مهمی در مفید بودن برون‌داد دروهی درمان در زنان دارای اختلال ناشی از مصرف به شمار می‌آیند.

مادرانی که از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج می‌برند، خطر تسری آثار مخرب آن به کودکان خود را بالا می‌برند

پیامدهای مخرب مصرف مواد مخدر، نه تنها در افرادی که مخدر مصرف می‌کنند، بلکه در سایر اعضای خانواده نیز قابل تشخیص است. این موضوع به ویژه در خصوص زنان نیز صدق می‌کند چرا که انتظار می‌رود این افراد به نقش سنتی خود از نظر نقش مادرانه‌ی نگهداری از اعضای خانوار نیز بپردازند. خانواده‌ها، همسران یا شرکای زندگی و حتی کودکان می‌توانند از رنج روحی طولانی مدت، اثرات مالی و فیزیکی ناشی از مصرف توسط زنان آسیب ببینند. همسران یا شرکای زندگی زنانی که مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر هستند، بسته به این که آیا خود نیز مواد مخدر مصرف می‌کنند یا خیر، با پیامدهای متفاوتی روبرو می‌شوند.

⁷¹ Marleen M. H. J. van Gelder and others, "Characteristics of pregnant illicit drug users and associations between cannabis use and perinatal outcome in a population-based study", Drug and Alcohol Dependence, vol. 109, Nos. 1-3 (June 2010), pp. 243-247.

⁷² P. A. Fried and J. E. Makin, "Neonatal behavioural correlates of prenatal exposure to marihuana, cigarettes and alcohol in a low risk population", Neurotoxicology and Teratology, vol. 9, No. 1 (January/February 1987), pp. 1-7.

در حالی که ممکن است ۱ ساله مصرف مخدر توسط زنان سبب شود که با همسرانی که مخدر مصرف نمی‌کنند، مشکلات خانوادگی ایجاد کند، در مواردی که هر دو فرد مصرف‌کننده باشند، ممکن است میزان مصرف هر دو بیشتر شود. حتی مورد اخیر می‌تواند مانع از دسترسی به دوره‌های درمان مصرف مواد مخدر یا ترک اعتیاد، برنامه‌های پیشگیری از ابتلا به اچ‌آی‌وی یا دیگر خدمات اجتماعی نیز شود.

مصرف مواد مخدر در زنان سرپرست خانوار می‌تواند منجر به ناپایداری اقتصادی یا شرایط خانوار شود.^{۷۳} مطابق با موارد متعددی که گزارش شده است، زنانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، در دوران کودکی اغلب دارای خانواده‌هایی با وضعیت و شرایط متشنج بوده‌اند که این موضوع می‌تواند ناشی از پیامدهای بین نسلی ناپایداری ناشی از مصرف مواد مخدر باشد.^{۷۴} مطابق یافته‌های بسیاری از تحقیقات و پژوهش‌های علمی، مشخص شده است که تاثیر پدران مصرف‌کننده مواد مخدر بر کودکان، به هیچ عنوان به حد و اندازه‌های آثار مخرب مادران مصرف‌کننده مواد مخدر نیست.^{۷۵} از آنجا که کودکان به صورت عاطفی و مالی به والدین خود وابسته هستند، مصرف مخرب مواد مخدر توسط این پدر و مادرها، به ویژه مادرانی که در جوامعی زندگی می‌کنند که بطور سنتی نقش حمایتی برای آنها در نظر گرفته شده است، می‌تواند پیامدهای طولانی مدتی بر جای بگذارد. از آنجا که به دلیل مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر، نیازهای کودکان در اولویت‌های ثانویه یا چندم قرار می‌گیرند و سبب می‌شود که در نهایت به بی‌توجهی به کودکان و یا نادیده انگاشته شدن آنها منتهی شود، دوره‌های شدید یا افزایش استفاده از مواد مخدر می‌تواند ثبات خانوار را تضعیف کند.

⁷³ Ellen L. Bassuk and others, "Homelessness in femaleheaded families: childhood and adult risk and protective factors", American Journal of Public Health, vol. 87, No.2 (February 1997), pp. 241–248.

⁷⁴ Megan J. Rutherford, David S. Metzger and Arthur I. Alterman, "Parental relationships and substance use among methadone patients: the impact on levels of psychological symptomatology", Journal of Substance Abuse Treatment, vol. 11, No. 5 (September/October 1994), pp. 415–423.

⁷⁵ Joseph Gfroerer, "Correlation between drug use by teenagers and drug use by older family members" The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, vol. 13, Nos. 1 and 2 (1987), pp. 95–108.



افزون بر این، زمانی که تمرکز والدین بر تامین مواد مخدر و مصرف خود هست، نه تنها سلامت کودکان و رفاه حال آنان تحت تاثیر قرار می‌گیرد، بلکه بی‌توجهی والدین ممکن است موجب عدم نظارت کافی بر کودک و امنیت آن شود.^{۷۶} پژوهش‌های بسیاری هستند که یافته‌های آنان نشان می‌دهند کودکانی که یکی یا هر دو والدین آنها دچار اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر است، ممکن است وظیفه مراقبت از بزرگسالان را نیز بر عهده بگیرند؛ به عنوان مثال، ممکن است کودک موظف باشد از پدر یا مادر مصرف‌کننده‌ی مواد خود مراقبت کرده و یا حتی نقش تصمیم‌گیرنده در خانواده داشته باشد و از خواهران و برادران کوچکتر خود مراقبت کند و نگران وضعیت والدین معتاد خود نیز باشد.^{۷۷ ۷۸}

دست‌رسی به مراقبت و درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر

با توجه به زمینه‌های مختلف و پیچیده‌ای که سبب می‌شود زنان شروع به مصرف مواد مخدر کنند و مصرف خود را نیز تا بروز علایم ناشی از اختلال مصرف مواد ادامه دهند و نیز احتمال وجود اختلالات روانپزشکی، در خصوص باقی موارد، درک چندانی در خصوص نیازهای زنان و نبود خدمات درمانی مصرف مواد مخدر وجود ندارد که سبب می‌شود نیازهای مختلف زنان دارای اختلال ناشی از مصرف مواد، بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد.

این وضعیت در کشورهایی که اطلاعات چندانی در خصوص زنان و مصرف مخدر وجود ندارد، بسیار نگران‌کننده است و این نگرانی در کشورهایی که دسترسی به خدمات درمانی علمی مبتنی بر شواهد و مدارک در کل و نیز رسیدگی به نیازهای ویژه‌ی زنان به صورت خاص محدود است، تشدید نیز می‌شود.

⁷⁶ Marina Barnard and Neil McKeganey, "The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help?", *Addiction*, vol. 99, No. 5 (2002), pp. 552–559.

⁷⁷ Robert E Godsall and others, "Why some kids do well in bad situations: relation of parental alcohol misuse and parentification to children's self-concept", *Substance Use and Misuse*, vol. 39, No. 5 (April 2004), pp. 789–809.

⁷⁸ Oriella Cattapan and Jolyon Grimwade, "Parental illicit drug use and family life: reports from those who sought help", *Australia and New Zealand Journal of Family Therapy*, vol. 29, No. 2 (June 2008), pp. 77–87.

زنان با موانع بیشتری در خصوص دسترسی به خدمات یا فقدان برنامه‌های یکپارچه‌ی درمانی و نگهداری از کودکان مواجه هستند

زنان بطور قابل ملاحظه‌ای با موانع شخصی، فرهنگی، اجتماعی، ساختاری و سیستماتیک در برابر دسترسی به خدمات درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر مواجه هستند.^{۷۹} در سطوح ساختاری، بیشترین موانع مربوط به فقدان امکان مراقبت از کودکان یا اتخاذ رویکردهای تادیبی و تنبیهی علیه مادران و زنان باردار است که دچار اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر هستند.

همانطور که پیشتر گفته شد، زنان باردار که مواد مخدر مصرف می‌کنند، نیازهای خاصی دارا هستند که برای سلامت آنها در کل مهم بوده و بطور ویژه برای رسیدگی به وضعیت بارداری آنها الزامی است. زنان بارداری که دارای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر هستند، چالشی برای بخش‌های خدمات درمان به حساب می‌آیند؛ چرا که مصرف مواد نه تنها بر آنها، بلکه بر کودک به دنیا نیامده نیز اثرگذار است.

در جاهایی که دسترسی به خدمات محدود است یا در جاهایی که وجود رویکردهای تنبیهی علیه زنان غالب است، زنان از پیگیری برنامه‌های خدماتی واهمه دارند؛ چرا که ممکن است منجر به از دست دادن حق حضانت کودکان شده و یا آنکه مجبور به ترک کودکان خود به عنوان یکی از شرایط دوره‌ی درمان شوند. خدمات درمانی مصرف مواد مخدر ممکن است از محل اقامت و زندگی زنان دور باشد و شاید بعضاً شرایط غیرمعتفی برای پذیرش این زنان وجود داشته باشد یا دستکم برنامه‌های زمانی درمان آنچنان مناسب نیازهای زنان نباشد، به ویژه آنکه ممکن است این زنان مسئولیت کودکان خانواده را نیز بر عهده داشته

⁷⁹ See, for example, Erick G. Guerrero and others, "Barriers to accessing substance abuse treatment in Mexico: national comparative analysis by migration status", Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, vol. 9, No. 30 (July 2014).



باشند.^{۸۰ ۸۱} علاوه بر این، زنانی که کودک نیز دارند، ممکن است به مراکزی برای نگهداری کودک در طول دوره‌ی درمان نیاز داشته باشند ولیکن از آنجا که این زنان ممکن است توان پرداخت هزینه‌های حفظ و نگهداری از کودکان و یا حتی خود طول درمان را نداشته باشند.

نبود دوره‌های درمانی یکپارچه که سرویس نگهداری از کودکان را نیز شامل شود - حتی در برنامه‌های خدماتی که به منظور کاهش آسیب‌های اجتماعی ایجاد شده‌اند - یکی از موانع اصلی دسترسی زنان به این خدمات به شمار می‌رود، چرا که ممکن است تصمیم آنها به شرکت و حضور در این دوره‌های درمانی سبب شود که نتوانند از عهده مسئولیت مراقبت از کودکان بر بیایند. زنانی که به دلیل اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر وارد دوره‌های درمانی می‌شوند، اغلب دارای سابقه‌ی سوءاستفاده‌ی فیزیکی و روحی بوده و از ظرفیت‌های اجتماعی و حمایتی محدودی برخوردارند.

افزون بر این موارد، از آنجا که این زنان از آسیب‌هایی ناشی از جهت مشکلات روحی و روانی رنج می‌برند، بطور خاص اضطراب، افسردگی یا اختلالات استرسی، شیوع مشکلات روانپزشکی و بالینی در میان آنها شکل شدیدتری به خود می‌گیرد. در بسیاری از جوامع، مصرف مواد مخدر چه در میان جمعیت عادی و چه بطور خاص برای زنان، به شدت نهی شده است که این مسئله سبب می‌شود زنان مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر، بیش از مردان از جامعه پنهان شوند. به همین سبب، هنجارهای فرهنگی معمولاً مانع از آن هستند که زنان نسبت به معضل و مشکل مصرف مواد مخدر اذعان کنند و مجبور می‌شوند برای انجام درمان‌های لازم خانه و یا خانواده‌ی خود را ترک کنند.

از آنجا که بسیاری از زنانی که دچار اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر هستند، با کسانی زندگی می‌کنند که آنها نیز مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر هستند، روابط عاطفی و خانوادگی و نقش مواد مخدر در این رابطه،

⁸⁰ Erick G. Guerrero and others, "Gender disparities in utilization and outcome of comprehensive substance abuse treatment among racial/ethnic groups", Journal of Substance Abuse Treatment, vol. 46, No. 5 (May-June 2014), pp. 584-591.

⁸¹ Christine E. Grella, "From generic to gender-responsive treatment: changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment", Journal of Psychoactive Drugs, vol. 40, Suppl. 5 (November 2008), pp. 327-343.

اصلی‌ترین مسئله برای زنانی است که به دنبال درمان مصرف مواد مخدر هستند. شواهد روز افزونی حاکن از این هستند که خدمات درمان مصرف مواد مخدر که خدمات اجتماعی نیز ارائه می‌کنند و نیازهای خاص جنسیتی زنان را نیز در نظر می‌گیرند، به مراتب از اثرگذاری، دوام و نتایج بهتری برخوردارند.^{۸۲ ۸۳}

ب. زنان و توزیع مواد مخدر

در حالیکه طی چند سال اخیر، تحقیقات و پژوهش‌های بسیاری در خصوص زنان مصرف کننده‌ی مواد مخدر انجام شده است، ولیکن تا به امروز توجه چندانی به نقش زنان در توزیع مواد مخدر و معضل مخدرها (از منظر کاشت مواد مخدر، تولید مواد مخدر و تجارت مواد مخدر) نشده است. افزون بر این، تنها تعداد انگشت شماری از تحقیقات انجام شده به موضوع زنان و نظام‌های قضائی کیفری، نقش مشارکت زنان در توزیع مواد مخدر بر زندگی آنها انجام شده است.

بطور عموم، فرض بر این است که باندهای قاچاق مواد مخدر توسط مردان هدایت می‌شوند و در مقایسه با مردان، نقش زنان در این مورد چندان پررنگ و حائز اهمیت نیست.^{۸۴ ۸۵} در جهان، اکثریت غالب قاچاقچیان مواد مخدر مردان هستند و این موضوع سبب شده است که بسیاری از پژوهش‌های صورت گرفته بر روی مسئله قاچاق مواد مخدر، نقش جنسیت را نادیده بگیرند. در این بخش، داده‌ها و اطلاعات حاصل از تعداد معدودی تحقیقات مطرح می‌شود که به نقش زنان در تولید مواد مخدر، تولید و قاچاق مواد مخدر، از منظر جنبه‌های خاص مشارکت زنان در توزیع مواد مخدر و پیامدهای نقش آنها در این مسئله می‌پردازد. اطلاعات این بخش در خصوص سه حوزه‌ی کلی می‌باشد: (الف) نقش زنان در کاشت و تولید غیرقانونی مواد مخدر؛

⁸² UNODC, Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women (Vienna, April 2016).

⁸³ "International standards for the treatment of drug use disorders: draft for field testing" (E/CN.7/2016/CRP.4).

⁸⁴ Council on Hemispheric Affairs, "The rise of femicide and women in drug trafficking", 28 October 2011.

⁸⁵ Elena Azaola and others, "What roles are women playing in Mexico's drug war?", Inter-American Dialogue, 25 August 2011.



(ب) نقش زنان در قاچاق مواد مخدر؛ و (ج) مسئله‌ی زنان در نظام‌های قضائی کیفری در ارتباط با جرایم مرتبط با مواد مخدر.

نقش زنان در کاشت و تولید مواد مخدر

کاشت مواد مخدر معمولاً در مناطقی انجام می‌شود که حاکمیت قانونی چندان مستحکم نبوده و یا مخاصمه و خشونت‌هایی توسط گروه‌های مسلح در جریان است. به عبارت دیگر، مردمانی که در این مناطق زندگی می‌کنند یا به خدمات بنیادین و نیازهای اصلی نظیر آموزش، بهداشت و خدمات درمانی دسترسی ندارند یا آنکه دسترسی آنها به این امکانات بسیار محدود است.

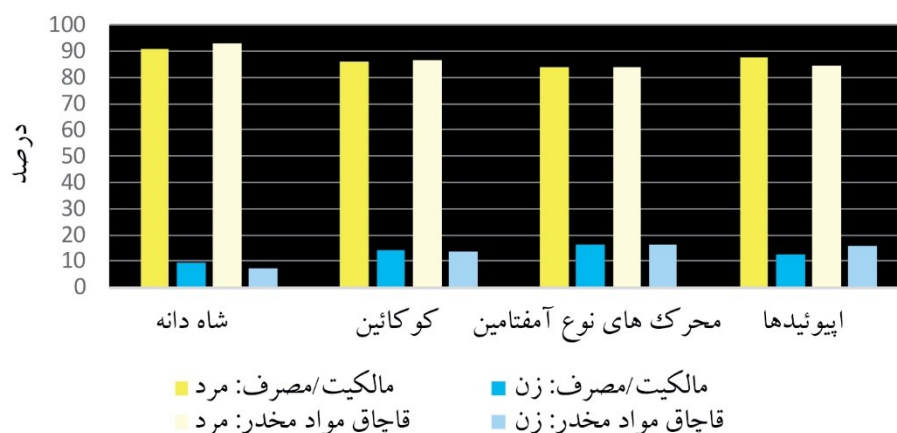
بطور مثال، در افغانستان، در جایی که شواهد نشان می‌دهند بوته‌ی تریاک در مناطقی کشت می‌شود که فرهنگ بسیار مستحکمی از نابرابری جنسیتی حاکم است: بوته‌ی خشخاش بیشتر در مناطقی روستایی کشت می‌شود که دختران حق رفتن به مدرسه را ندارند.^{۸۶} زنانی که در این مناطق زندگی می‌کنند معمولاً از پیامدهای ناشی از فقر گسترده رنج می‌برند و یا درآمدی نداشته و یا درآمد بسیار ناچیزی دارند و فرصت‌های اقتصادی دیگری برای آنها وجود نداشته و به خدمات آموزشی و بهداشتی و درمانی دسترسی ندارند.^{۸۷} بطور نمونه، در افغانستان زنانی که در مناطقی زندگی می‌کنند که بوته‌ی خشخاش کشت می‌شود و در بطور ساختاری نیز، فرصت‌های اقتصادی دیگری وجود ندارد، گزارش شده است که درآمد حاصل از کاشت بوته‌ی خشخاش تنها راه این زنان برای تامین هزینه‌های خانوار و تهیه اقلام ضروری از جمله غذا، لباس و وسائل زندگی است.^{۸۸} هرچند که عایدی حاصل از کاشت مواد مخدر، عموماً منجر به افزایش درآمد متوسط خانوار می‌شود اما ضرورتاً منافع اجتماعی یا اقتصادی برای زنان فراهم نمی‌کند و یا حتی سبب تقسیم منافع میان زنان و مردان نیز نمی‌شود.

⁸⁶ World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6).

⁸⁷ Afghanistan, Ministry of Counter Narcotics and UNODC, Sustainable Development in an Opium Production Environment: Afghanistan Opium Survey Report 2016 (Vienna, 2017).

⁸⁸ World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).

FIG. 8 سهم مردان و زنان در نظام های قضائی کیفری برای تملک مواد مخدر، فروش و یا مصرف انواع مواد مخدر سال های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

با افزایش سطح انتظارات از زنان، این انتظار وجود دارد، زنانی که در کاشت مواد مخدر فعالیت می کنند، نقش های سنتی جنسیتی خود را به عنوان مادر، زنان خانه دار و همسر نیز ایفا کنند. افزایش انتظارات کاری از زنان می تواند به توسعه ی بین نسلی و نیز انتقال نقش های سنتی بر کودکان نیز اثرگذار باشد.^{۸۹}

نتایج حاصل از انجام یک تحقیق در سال ۲۰۱۶، در افغانستان، نشان می دهد زنان خانه داری که در کاشت بوته ی خشخاش فعالیت نمی کنند، می توانند مشاغلی را انجام دهند که در ازای آنها عایدی کسب خواهند کرد (۴۷ درصد). در مقابل، تنها کمی بیش از یک سوم زنان خانه داری که درگیر کاشت بوته ی خشخاش هستند، می توانند چنین کاری را انجام دهند (۳۷ درصد). اغلب زنان خانه داری که در کاشت بوته ی خشخاش فعالیت نمی کنند، درآمد خود را از طریق تولید صنایع دستی نظیر بافندگی به دست می آورند، در حالی که بیشتر زنان خانه داری که در کاشت بوته ی خشخاش فعالیت می کنند صرفاً به عنوان کارگران کشاورزی روزمزد، درآمد کسب می کنند.^{۹۰}

⁸⁹ Kensy and others, "Drug policy and women".

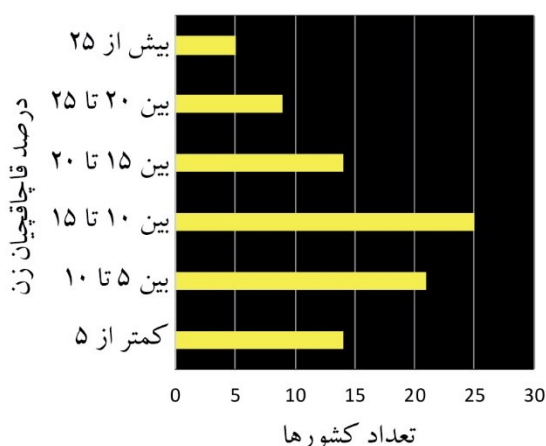
⁹⁰ Sustainable Development in an Opium Production Environment.



پژوهش‌های انجام شده در افغانستان نشان می‌دهند که زنان در تصمیم‌گیری‌های مربوط به تولید تریاک، تا حد بسیار زیادی نقشی منفعل بر عهده دارند و تنها ممکن است نفوذی محدود بر تصمیم مردان خانوار برای کاشت یا عدم کاشت بوته‌ی خشخاش داشته باشند.^{۹۱} زنان و کودکان نیروی کار ارزان و مجانی در کاشت و برداشت بوته‌ی خشخاش محسوب می‌شوند، هرچند که این کار، بسیار سخت و طاقت‌فرسا است. زنان در فرآیند طاقت‌فرسای کاشت بوته‌ی تریاک معمولاً به اموری نظیر کندن علف‌های هرز و پاک‌سازی زمین‌های کشاورزی، شکستن تخم‌های تریاک و پرتاب دانه‌های آن و پاک‌سازی دانه‌های خشخاش می‌پردازند و تریاک به عمل آورده شده را برای فروش آماده می‌کنند. زنان، همچنین به تولید دیگر مصنوعات ساخته شده از تریاک نظیر روغن و صابون نیز می‌پردازند.

FIG. 9

درصد زنان دتگیر شده به نسبت کل افراد بازداشتی
برای قاچاق مواد مخدر در سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.
Note: Data from 88 countries.

بر خلاف این موارد، در کشورهای امریکای لاتین، در مراحل مختلف کاشت بوته‌ی کوکا و تولید کوکائین، زنان نقش به مراتب فعال‌تری در تصمیم‌سازی ایفا می‌کنند. زنان بیشتر در مراحل ابتدایی روند تولیدات نقش دارند، به عبارتی در کاشت و برداشت برگ کوکا، ولیکن داده و اطلاعات چندانی در خصوص مشارکت زنان در مراحل بعدی تولید کوکائین در دسترس نیست. به ویژه که این مراحل تخصصی‌تر بوده و نیازمند حضور افراد باتجربه و متخصص نظیر شیمیدان‌ها است که البته معمولاً مردان

این نقش را بر عهده دارند.^{۹۲} در برخی مناطق کلمبیا، زنان خانه‌دار مشارکت‌کننده در کاشت کوکا، از

^{۹۱} World Drug Report 2016, p. 24.

^{۹۲} Roberto Laserna, "Coca cultivation, drug trafficking and regional development in Cochabamba, Bolivia", PhD dissertation, University of California at Berkeley, 1995, p. 170-175.

پیامدهای منفی ناشی از حضور نیروهای مسلح غیرقانونی رنج می‌برند که سبب افزایش سطح خشونت و تعمیق موانع اجتماعی و کاهش تحرک اقتصادی، به ویژه برای زنان می‌شود.^{۹۳}

مجموع این شرایط، هم بر زنان و هم بر مردان تاثیرگذار است ولیکن زمانی که به مسئله گستره و میزان دسترسی به خدمات عمومی پرداخته شود، مشاهده می‌شود که زنان می‌بایست فشارهای اجتماعی بیشتری متحمل شوند؛ نخست به دلیل زن بودن و در ثانی به این دلیل که این زنان بخشی از خانواده‌هایی هستند که به کشت کوکا مشغول هستند. از طرفی دیگر، در خصوص تعریف و پیشبرد راه‌های حل مشکل کاشت غیرقانونی در کشورهای امریکای لاتین، زنان جایگاه منحصر بفردی در ایفای نقش حمایتی ایفا کردند. به عنوان مثال، زنان در تضمین اجرای موفقیت‌آمیز بسیاری از برنامه‌های جایگزین و توسعه‌ی پایدار در مناطقی که کاشت غیرقانونی مواد مخدر انجام می‌شد، مشارکت و مداخله داشتند.^{۹۴}

شاه‌دانه در بسیاری از کشورهای جهان کشت می‌شود و این مسئله به مدد استفاده از تکنولوژی‌های جدید، حتی به صورت کشت درون گلخانه‌ای یا درون سالن‌ها در مناطق شهری هم گزارش شده است اما اطلاعات چندانی در خصوص نقش ایفا شده توسط زنان یا مردان مشارکت‌کننده در تولید این مخدر وجود ندارد.^{۹۵ ۹۶} طی انجام تحقیقات متعددی در آفریقا، به ویژه در کشورهای آفریقایی جنوبی، مشاهده شد که بسیاری از زنان کهنسال و زنان خانه‌دار در مناطق روستایی، درگیر کشت شاه‌دانه برای گذران مخارج خانوار خود هستند. بعضاً گفته می‌شود که حضور این زنان در روند کاشت شاه‌دانه، در نتیجه‌ی عدم حضور همسر یا یکی

^{۹۳} María Clara Torres Bustamante, *Coca, Política y Estado: El caso de Putumayo* (Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2012).

^{۹۴} World Drug Report 2015.

^{۹۵} Martin Bouchard, "Towards a realistic method to estimate cannabis production in industrialized countries", *Contemporary Drug Problems*, vol. 35, Nos. 2 and 3 (2008), pp. 291–320.

^{۹۶} Evan Mills, "The carbon footprint of indoor Cannabis production", *Energy Policy*, vol. 46 (July 2012), pp. 58–67.



از مردان خانواده‌ی این زنان است؛ چرا که مردان در این مناطق معمولاً برای کار به مناطق شهری می‌روند یا آنکه مردان سرپرست این زنان از دینا رفته‌اند که اغلب نیز به دلیل ابتلا به بیماری‌های مرتبط با ایدز است.^{۹۷}

از دلایل و انگیزه‌های کاشت شاه‌دانه، که بطور خاص در آفریقای جنوبی جذابیت بسیاری دارد، به نسبت محصولات معمول کشاورزی مانند گندم و ذرت، می‌توان به آسانی فرآیند رشد در مناطق خشک و کوهستانی اشاره کرد و نیز اینکه بر خلاف سایر محصولات کشاورزی، شاه‌دانه چندان از مسائلی نظیر بروز خشکسالی، نوسان قیمت بذر یا هزینه ماشین‌آلات و کود تاثیر نمی‌پذیرد. در حالی که کشت شاه‌دانه عمدتاً توسط زنان انجام می‌شود، محصول نهایی آن به مردان یا زنان «مامور» سپرده می‌شود که وظیفه‌ی حمل و نقل آن را به مناطق استراتژیک و یا به مصرف کننده‌ی نهایی در مناطق شهری، بر عهده دارند.^{۹۸}

تحقیقات حاکی از آن هستند که در موارد تولید آمفتامین‌ها، زنان هر دو نقش «آشپز» (اصطلاحاً برای تولیدکننده به کار می‌رود) و «خریدار» را بر عهده دارند (این فرد محموله‌ها را برای تولید خریداری می‌کند). آشپز، می‌تواند زن یا مرد باشد که در زنجیره‌ی تولید آمفتامین بسیار با ارزش هستند.^{۹۹} اگرچه اغلب اوقات، «آشپزی» (تولید) مت‌آمفتامین کاری عمدتاً مردانه در نظر گرفته می‌شود، در برخی موارد مشاهده شده است که زنان نیز در این فرآیند نقش ایفا کرده‌اند.^{۱۰۰ ۱۰۱} به عنوان مثال، در ایالت میسوری در ایالات متحده‌ی امریکا، تحقیقات انجام شده نشان دادند که در ۴۰ درصد از موارد کشف لابراتوارهای تولید مت‌آمفتامین، زنان بازداشت شده، فعالانه در تولید، فروش یا مصرف آمفتامین مشارکت داشته‌اند.^{۱۰۲}

⁹⁷ Annette Hübschle, "Of bogus hunters, queenpins and mules: the varied roles of women in transnational organized crime in Southern Africa", Trends in Organized Crime, vol. 17 (2014) pp. 31–51.

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Robert Jenkot, "'Cooks are like gods': hierarchies in methamphetamine-producing groups", Deviant Behavior, vol. 29, No. 8 (2008), pp. 667–689.

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ Hübschle, "Of bogus hunters, queenpins and mules".

¹⁰² Robert Jenkot, "'Cooks are like gods': hierarchies in methamphetamine-producing groups", Deviant Behavior, vol. 29, No. 8 (2008), pp. 667–689.

نقش زنان در قاچاق و تجارت مواد مخدر

با توجه به داده‌های مربوط به سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶، که به تفکیک جنسیت از سوی ۹۸ کشور جهان به دفتر مقابله با مواد مخدر و جرایم سازمان ملل متحد ارائه شده است، ۹۰ درصد افرادی که به واسطه ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر در نظام‌های قضائی کیفری محکوم می‌شوند، مردان هستند. سهم زنان در جمعیت افرادی که در کل جهان به واسطه ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر در نظام‌های قضائی کیفری محکوم می‌شوند، تنها ۱۰ درصد است؛ اما همین میزان نیز در کشورهای مختلف، تفاوت‌های چشمگیری دارد. به عبارتی در برخی کشورها، زنان ۱ درصد یا حتی کمتر از یک درصد کل محکومین به جرایم مرتبط با مواد مخدر را تشکیل می‌دهند و در برخی کشورها نیز این میزان تا ۴۰ درصد می‌رسد. این میزان در اکثریت کشورها، چیزی در حدود ۷ درصد الی ۱۶ درصد کل محکومین به جرایم مرتبط با مواد مخدر است. در حالی که در سطح جهان، هیچ داده و اطلاعات جامعی در خصوص روند و تعداد زنان بازداشتی به واسطه جرایم مرتبط با مواد مخدر وجود ندارد، اما بطور گسترده‌ای فرض بر این است که تعداد زنانی که به دلیل مشارکت در تجارت قاچاق مواد مخدر در جهان بازداشت می‌شوند، رو به گسترش است و این امر به ویژه در میان زنانی که از آموزش کافی برخوردار نبوده و یا آنکه از فرصت‌های اقتصادی چندانی برخوردار نیستند و یا اینکه قربانی سوءاستفاده هستند، صدق می‌کند.^{۱۰۳ ۱۰۴ ۱۰۵}

از طرفی دیگر، برخی داده‌ها و اطلاعات موجود نشان می‌دهند که در برخی مناطق و نواحی، سهم زنان در میان جمعیت کل افرادی که به واسطه ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر بازداشت شده‌اند یا آنکه دوران محکومیت خود را طی می‌کنند، در بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶، کاهش داشته است. البته، دشوار

¹⁰³ Inter-American Commission of Women and Organization of American States, "Women and drugs in the Americas: a policy working paper" (Washington, D.C., 2014).

¹⁰⁴ United Nations system task force on transnational organized crime and drug trafficking as threats to security and stability, "A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes", Policy Brief (2014).

¹⁰⁵ Giacomello, "Women, drug offenses and penitentiary systems in Latin America".



بتوان علت این مسئله را بررسی کرد، چرا که مشخص نیست آیا این موضوع منعکس کننده‌ی روند نزولی در مشارکت زنان در تجارت مواد مخدر است یا صرفاً وجود آمار متناقضی است که توسط کشورها در این بازه‌ی زمانی گزارش شده است.

بطور مشابه، معلوم نیست که آیا از نظر عددی، تعداد زنان بازداشت شده برای قاچاق مواد مخدر افزایش داشته است، به این دلیل که زنان بیشتری در قاچاق مواد مخدر شرکت کرده‌اند یا آنکه گزارش دادن و آگاهی در خصوص این جرایم افزایش یافته است، یا به این دلیل که عملیات‌های انتظامی بیشتر علیه جرایمی انجام می‌شود که زنان انجام می‌دهند و یا عملیات‌های پلیسی علیه قاچاق مواد مخدر در کل افزایش یافته است.^{۱۰۶}

چالش‌های ارزیابی گستره و میزان مشارکت زنان در کاشت و تولید مواد مخدر

عموماً، رویکرد «رهیافت توزیع‌نگر» بیش از آنکه بر افراد درگیر در قاچاق مواد مخدر تمرکز داشته باشد، به نظارت بر کاشت و تولید مواد مخدر، بر اماکن، اندازه‌ی مزارع و ارزش یا میزان محموله‌های مواد مخدر تمرکز دارد.

دو روش رایج که برای ارزیابی گستره و میزان تولید مواد مخدر به کار گرفته می‌شدند، یکی استفاده از «شاخص‌های مستقیم» است که مربوط به کاشت یا نابودسازی گیاهان است و همچنین استفاده از داده‌های ماهواره‌ای که برای برآورد میزان کاشت مخدرهای گیاهی به کار می‌رود؛ و روش دیگر، از طریق استفاده از «شاخص‌های غیرمستقیم» است که از آن جمله می‌توان به کشفیات مواد مخدر و مبدا و مقصد مخدرها که آمار و اطلاعات آن توسط مقامات رسمی مبارزه با مواد مخدر فراهم می‌شود و نیز میزان حجم عناصر اولیه‌ی شیمیایی تولید قاچاق مخدرهای مختلف اشاره کرد.

اگرچه این راهکارهای فوق‌الذکر، رهیافت‌های مفید و پرفایده‌ای هستند ولیکن هنوز، شکاف اطلاعاتی در خصوص ارزیابی نظامند برخی مسائل نظیر اینکه چه کسانی مواد مخدر تولید می‌کنند، این افراد تا چه میزانی در این کار مشارکت دارند و نیز اینکه ابعاد خاص جنسیتی افرادی که در زنجیره‌ی توزیع مواد مخدر نقش دارند چیست، وجود دارد.

فعالیت‌ها و نقش زنان در تجارت و قاچاق مواد مخدر

تعدادی از پژوهش‌های میدانی بر نقش زنان در تجارت مواد مخدر، چه به عنوان پادو در سطح دست پایین داد و ستد مواد مخدر و چه در سطوح بالاتر تمرکز داشته‌اند. ولیکن، این مسئله چیزی نیست که تنها نقش ایفا شده توسط زنان در تجارت مواد مخدر باشد؛ زنان ممکن است نقش‌های مختلفی در تجارت مواد مخدر داشته باشند که می‌تواند شامل نقش تعیین‌کننده بارز یا میانی در یک شبکه‌ی قاچاق یا گروه‌های قاچاق مواد مخدر باشد تا سطوح به مراتب پایین‌تر در زنجیره‌ی توزیع مواد. اگرچه، اغلب تحقیقات انجام شده در این موضوع، مربوط به کشورهای آمریکای لاتین است، مشارکت زنان در تجارت و قاچاق مواد مخدر در مناطق دیگر نیز مورد توجه این پژوهش‌ها قرار داشته است.

به نظر می‌رسد مردان، کماکان تسلط اصلی در سازمان‌های قاچاق سازمان‌یافته‌ی مواد مخدر را بر عهده داشته باشند، ولیکن برخی زنان نیز در راس هدایت و رهبری گروه‌های قاچاق قرار دارند و از سوی همکاران مرد یا ماموران و کارشناسان نیروهای انتظامی و پلیس به عنوان «قاچاقچی حرفه‌ای» یا افراد رده بالای باندهای تجارت مواد مخدر در نظر گرفته شده‌اند. این زنان در خصوص قاچاق مواد مخدر در سطح جهانی و منطقه‌ای، بعضاً تصمیمات کلیدی اتخاذ می‌کنند.^{۱۰۷} گفته می‌شود که زنانی که معمولاً به عنوان اعضای رده بالای سازمان‌ها و باندهای قاچاق مواد مخدر شناخته می‌شوند، این موقعیت را معمولاً از طریق روابط

¹⁰⁷ “Women and drugs in the Americas” <http://www.oas.org/en/cim/docs/womendrugsamericas-en.pdf> (the roles described in the text were classified in a study developed in Trinidad and Tobago, as described on page 40).



خویشاوندی یا مرگ همسران خود کسب می‌کنند که سبب می‌شود به جایگاه رهبری باند دست پیدا

کنند.^{۱۰۸}

زنان در شبکه‌های قاچاق مواد مخدر نقش کلیدی ایفا می‌کنند

در کشورهای منطقه‌ی امریکای لاتین، موارد متعددی از حضور رهبران زن قدرتمندی وجود دارد که برای دهه‌های متمادی به عنوان سمبل فرهنگ مواد مخدر در این مناطق نقش ایفا می‌کردند. برخی از نمونه‌های شاخص این زنان که به عنوان «ملکه‌های مواد مخدر»، اقدام به تاسیس و راه‌اندازی باندهای قاچاق مواد مخدر کردند، مثل «آندینا آرانو فلیکس» که گفته می‌شود از سال ۲۰۰۸، رهبری کارتل مواد مخدر «تیخوانا» را به دست گرفته است.^{۱۰۹} بنابر گزارش‌های مختلف، آندینا آرانو فلیکس کار خود را به عنوان مسئول پولشویی کارتل آغاز کرد، ولیکن پس از بازداشت برادرش، به بزرگترین رهبر زن مواد مخدر در مکزیک تبدیل شد.^{۱۱۰} «سندرا آویلا بلتران»، ملقب به «ملکه‌ی اقیانوس» یکی از رهبران رده‌بالای باندهای قاچاق مواد مخدر در مکزیک است که برای نخستین بار در ایالات متحده در سال ۲۰۰۴ محکوم شد^{۱۱۱} و در سال ۲۰۰۷ به جرم پولشویی و قاچاق مواد مخدر محکوم شد.^{۱۱۲} «گرزیلدا بلانکو» ملقب به «مادربزرگ»، یکی دیگر از نمونه‌های زنانی است که شبکه‌ای از قاچاق مواد مخدر را رهبری می‌کنند. اطلاعات نشان می‌دهند که بلانکو مسئول قاچاق کوکائین از کلمبیا به امریکا است و در سال‌های مابین ۱۹۷۵ تا سال‌های

¹⁰⁸ Giacomello, "Women, drug offenses and penitentiary systems in Latin America".

¹⁰⁹ United States, Department of the Treasury, Office of Foreign Assets Control, "What you need to know about U.S. sanctions against drug traffickers: an overview of the Foreign Narcotics Kingpin Designation Act (21 U.S.C. '1901-1908, 8 U.S.C. '1182) and Executive Order 12978 of October 21, 1995" (Washington, D. C.).

¹¹⁰ Ed Vulliamy, Amexica: War along the borderline (Picador, Farrar, Straus and Giroux, New York, 2010).

¹¹¹ United States Attorney's Office, Southern District of Florida, "Alleged international narcotics trafficker extradited from Mexico on cocaine conspiracy charges", 10 August 2012.

¹¹² Elaine Carey, Women Drug Traffickers: Mules, Bosses, and Organized Crime (Albuquerque, United States, University of New Mexico Press, 2014).

۲۰۰۰، بیش از هزاران کیلوگرم کوکائین را به ایالات متحده‌ی آمریکا منتقل کرده است.^{۱۱۳} نمونه‌ها و مثال‌های دیگری نیز وجود دارد که دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ در مکزیک، زنان رهبری باندهای تولید و توزیع مواد مخدر از قبیل شاه‌دانه، تریاک، مورفین و هروئین را بر عهده داشته‌اند.^{۱۱۴}

همچنین، مواردی از نقش زنان قدرتمند در شبکه‌های قاچاق مواد مخدر در آفریقا وجود دارد. به عنوان مثال، در سال ۱۹۹۳، سفیر بورکینافاسو در غنا، یکی از اعضای کلیدی گروه‌های تبهکار قاچاق مواد مخدر بوده است. این خانم، با صدور پاسپورت‌های جعلی دیپلماتیک و تهیه ماشین‌های دولتی، انتقال مواد مخدر را تسهیل می‌نمود.^{۱۱۵} نمونه‌ی قابل ذکر دیگر، «شریل کویل» است که یکی از مدیران رده بالای بخش خدمات درمان و بهداشت آفریقای جنوبی بود ولیکن با همکاری فردی به نام «فرانک نابولیزا» از نیجریه، نقش کلیدی در تجارت بین‌المللی کوکائین ایفا می‌نمود.^{۱۱۶} این زوج، پیش از آنکه بازداشت و در سال ۲۰۱۱ به زندان محکوم شوند، از طریق پیامک‌های تلفنی و ایمیل، اقدام به استخدام زنان حامل‌کننده‌ی مواد مخدر می‌کردند.^{۱۱۷}

¹¹³ United States of America v. Griselda Blanco, 861 F.2d 773 (United States Court of Appeals for the Second Circuit, 1988). Information on this and related cases can be found in the case law database of the Sharing Electronic Resources and Laws on Crime (SHERLOC) knowledge management portal of UNODC.

¹¹⁴ Howard Campbell, "Drug trafficking stories: everyday forms of narco-folklore on the U.S.-Mexico border", International Journal of Drug Policy, vol. 16, No. 5 (October 2005), pp. 326-333.

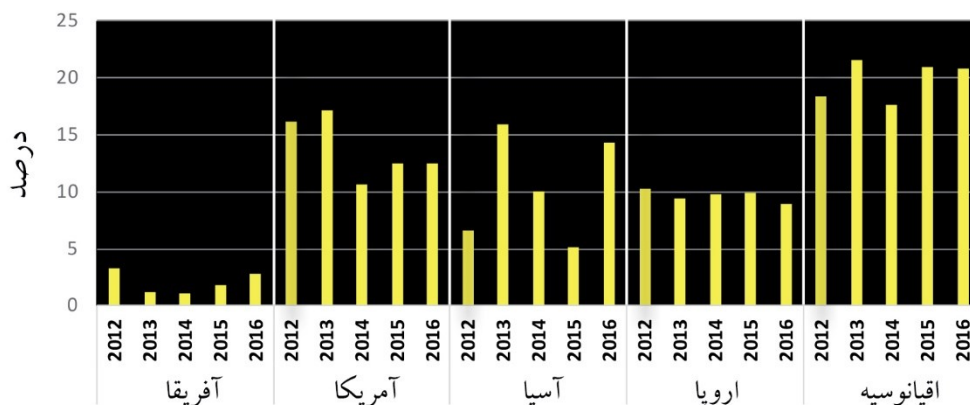
¹¹⁵ Emmanuel Akyeampong, "Diaspora and drug trafficking in West Africa: a case study of Ghana", African Affairs, vol. 104, No. 416 (July 2005), pp. 429-447.

¹¹⁶ Judgment of the Supreme Court of Appeal of South Africa, Sheryl Cwele and Frank Nabolisa v. The State, case No. 671/11 (1 October 2012).

¹¹⁷ Hübschle, "Of bogus hunters, queenpins and mules".



FIG. 10 | تعداد زنانی که در مناطق جغرافیایی مختلف مظنون به فعالیت در قاچاق مواد مخدر بوده و علیه آنها پرونده قضائی تشکیل شده است، سال های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶



Source: UNODC, responses to the the annual report questionnaire.

Note: Data from 88 countries.

نقش دلالی زنان در قاچاق مواد مخدر

در سطوح پایین تر زنجیره ی توزیع مواد مخدر، توسعه ی نقش دلالی و میانجی گری زنان تقریباً رایج شده است ولیکن معمول نیست. در این سطح، زنان صرفاً نقش کلیدی در یک کارتل یا سازمان تبهکاری ایفا نمی کنند، ولیکن کماکان دارای نقش بارز و اساسی در گروه تبهکاری هستند. مطابق یافته های پژوهشی که انجام شده است، روش هایی که گزارش شده است زنان، از طریق اعمال نظارت بر منابع مالی، نظارت بر فروش مواد مخدر و یا مشارکت در خرید و فروش جزئی مواد مخدر به رهبری باند قاچاق کمک می کنند، مستند شده است.^{۱۱۸}

زنانی که در این موقعیت ها قرار دارند ممکن است از طریق توسل به زور یا اجبار یا از طریق ارعاب و پرداخت خسارات مالی، اقدام به استخدام زنان دیگر به عنوان حمل کننده ی مواد مخدر کنند. در موارد دیگر، مانند کارتل تیخوانا، زنان ممکن است وظایفی کلیدی از جمله مدیریت منابع مالی یا پولشویی داشته باشند.^{۱۱۹} در

¹¹⁸ “Women and drugs in the Americas”.

¹¹⁹ Louise Shelley, “The relationship of drug and human trafficking”.

دوران بروز «بحران کراک» در ایالات متحده، مشخص شد که برخی از زنان، جزو رهبران موفق قاچاق کراک کوکائین هستند.^{۱۲۰ ۱۲۱ ۱۲۲}

در سطح دلالتی مواد مخدر، بسیاری از زنان، «روابط خانگی» خود را حفظ کرده و کراک کوکائین را به مشتریان منتخب می‌فروشند که از سوی مصرف‌کنندگان نهایی کراک کوکائین برای خرید مواد مخدر استخدام شده‌اند.

بسیاری از این فروشندگان مخدر کراک کوکائین دارای پیشینه‌ی خانوادگی در این زمینه هستند و آنها نیز این وضعیت را حفظ کرده‌اند. در یک مثال می‌توان عرض کرد، که فروشنده‌ی زن، آپارتمان خود را به مشتری خود می‌فروشد و به آنها برای مدیریت مصرف مواد مخدر کمک می‌کند و به نظارت بر منابع مالی آنها کمک می‌کند و آنها مجبور نیستند که تمامی منابع مالی خود را برای این امور صرف کنند. این خانم‌ها مشتریان را کنترل کرده و از داشتن جاذبه‌ی جنسی پرهیز می‌کنند و مطمئن می‌شوند که توجه پلیس را جلب نخواهند کرد.^{۱۲۳}

مطابق یافته‌های یک پژوهشی که توسط محققان نیروی بر روی زنان فروشنده و قاچاقچی مواد مخدر انجام شد، چهار استراتژی اصلی که توسط زنان برگزیده بودند و از طریق آن بطور موفقیت‌آمیز توانستند موقعیت خود را در میان سایر رقبای مرد، تثبیت کنند، مشخص گردید. این استراتژی‌ها شامل موارد ذیل می‌شدند: رفع جذابیت‌های جنسی (حذف جنبه‌های زنانگی خود)؛ ایجاد و تثبیت رویه خشن و گسترش شهرت در این

¹²⁰ Bruce D. Johnson, Eloise Dunlap and Sylvie C. Tourigny, "Crack distribution and abuse in New York", Crime Prevention Studies, vol. 11, pp. 19–57.

¹²¹ Eloise Dunlap, Bruce D. Johnson and Lisa Maher, "Female crack sellers in New York City: who they are and what they do", Women and Criminal Justice, vol. 8, No. 4 (1997), pp. 25–55.

¹²² Lisa Maher and Kathleen Daly, "Women in the street-level drug economy: continuity or change?", Criminology, vol. 34, No. 4 (November 1996), pp. 465–491.

¹²³ Johnson, Dunlap and Tourigny, "Crack distribution and abuse in New York".



خصوص به ویژه در میان زنانی که با فرهنگ خیابانی درگیر هستند؛ بی‌رحمی و سنگ‌دلی در روابط اجتماعی؛ و در پایان اتخاذ رویکرد پاسخ محور یا حل‌مشکل.^{۱۲۴}

تحقیقاتی دیگر نیز در استرالیا، به رفتار فروشنده‌گان زن مواد مخدر می‌پرداخت که چگونه این زنان در زمان فروش آمفتامین، هروئین یا شاه‌دانه رفتار می‌کنند. تمامی زنانی که مورد واکاوی و مصاحبه قرار گرفتند، مقادیر مختلفی از پول و مواد مخدر قاچاق کرده بودند.

برخی از جنبه‌های تعریف شده در این پژوهش به چگونگی حفظ روابط خویشاوندی یا شبه خویشاوندی می‌پردازد که بخش بسیار مهمی از فرآیند قاچاق مواد مخدر به حساب می‌آید. از دیگر جنبه‌های این مسئله که در پژوهش محققان نروژی مورد تأکید قرار گرفته است، می‌توان به حفظ خوشنامی، اعتماد و اطمینان اشاره کرد. اگر عموماً افرادی که در این تحقیقات مورد بررسی قرار گرفتند، استفاده واقعی از خشونت یا تهدید به آن را گزارش نکردند، ولیکن تا حد بسیار زیادی بر آوازه‌ی خشونت خانواده و شبکه‌ی خود برای خنثی ساختن تهدید یا خشونت گروه‌های رقیب تکیه می‌کنند.^{۱۲۵}

زنان و پادویی فروش مواد مخدر

یکی از محققان مکزیکی اشاره کرده است که زنان، بیشتر ممکن است به این دلیل وارد قاچاق مواد مخدر شوند که شریک زندگی یا همسر آنها در این کار فعالیت می‌کند؛ این افراد ممکن است با همدستی همسران یا شریکان زندگی خود مرتکب جرم شده و یا به علت قبول کردن مسئولیت جرمی که توسط آنها رخ داده است، به زندان بیفتند.^{۱۲۶}

¹²⁴ Heidi Grundetjern and Sveinung Sandberg, "Dealing with a gendered economy: female drug dealers and street capital", *European Journal of Criminology*, vol. 9, No. 6 (2012), pp. 621–635.

¹²⁵ Barbara Denton and Pat O'Malley, "Gender, trust and business. women drug dealers in the illicit economy", *British Journal of Criminology*, vol. 39, No. 4 (autumn 1999), pp. 513–530.

¹²⁶ Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las Mujeres: Madres, Esposas, Monjas, Putas, Presas y Locas* (Mexico City, Universidad Nacional Autónoma de México, 2003), p. 654.

تحقیقات متعددی نشان می‌دهند که زنان در پایین‌ترین مرتبه‌ی سلسله مراتب زنجیره‌ی توزیع مواد مخدر به عنوان فروشنده‌ی خرد، «پادو» یا حمل‌کننده^{۱۲۷} یا ارائه‌دهنده سرویس جنسی به مردان فروشنده فعالیت می‌کنند.^{۱۲۸ ۱۲۹} نتایج تحقیقات اذعان می‌کنند، در مواردی که زنان به دلیل اعمال اجبار یا ارعاب، مجبور به پادویی می‌شوند، معمولاً فریب خورده و یا ناخواسته وارد قاچاق مواد مخدر می‌شوند.^{۱۳۰ ۱۳۱} و یا آنکه به دنبال کمک کردن به معشوقه‌های خود هستند.^{۱۳۲ ۱۳۳} نقش آنها به عنوان پادو و حمل‌کننده‌ی مواد مخدر، از جانب کسی دیگر اقدام به خرید، ذخیره سازی و نقل و انتقال مخدرها از یک محل به دیگر مقاصد داخلی یا بین‌المللی می‌کنند.^{۱۳۴} این فعالیت‌ها، معمولاً پایین‌ترین سطح در سلسله‌مراتب زنجیره‌ی توزیع مواد مخدر است و زنان یا دخترانی که به این فعالیت‌ها مشغول هستند، حرفه‌ای نبوده و مزد بسیار کمی دریافت می‌کنند که به راحتی قابل جایگزینی است.^{۱۳۵ ۱۳۶}

¹²⁷ Women, Drug Policies, and Incarceration, p. 8.

¹²⁸ Patricia A. Adler, *Wheeling and Dealing: An Ethnography of an Upper-Level Drug Dealing and Smuggling Community*, 2nd ed. (New York, Columbia University Press, 1993).

¹²⁹ See also, UNODC, *Personas privadas de libertad por Delitos de Drogas en Panamá: Enfoque socio-jurídico del diferencial por género en la Administración de la Justicia Penal*, 2017.

¹³⁰ Jennifer Fleetwood, "Drug mules in the international cocaine trade: diversity and relative deprivation", *Prison Services Journal*, No. 192 (November 2010).

¹³¹ "Women and drugs in the Americas". See also American Civil Liberties Union, *Break the Chains: Communities of Color and the War on Drugs and the Brennan Center at NYU School of Law, Caught in the Net: The Impact of Drug Policies on Women and Families* (n.p., n.d.).

¹³² Gabriel I. Anitua and Valeria A. Picco, "Género, drogas y sistema penal. Estrategias de defensa en casos de mujeres 'mulas'" in *Violencia de Género. Estrategias de Litigio para la Defensa de los Derechos de las Mujeres* (Buenos Aires, Defensoría General de la Nación, 2012), p. 220.

¹³³ Women, Drug Policies, and Incarceration.

¹³⁴ Camille Stengel and Jennifer Fleetwood, "Developing drug policy: gender matters", *GDPO Situation Analysis* (Swansea, United Kingdom, Global Drug Policy Observatory, August 2014).

¹³⁵ Ibid

¹³⁶ Lisa Maher and Susan L. Hudson, "Women in the drug economy: a metasynthesis of the qualitative literature", *Journal of Drug Issues*, vol. 37, No. 4 (2007), pp. 805–826.



یک نمونه که معمولاً در کشورهای امریکای لاتین مشاهده می شود، استفاده از زنان به عنوان پادوی حمل کنندهی مخدر است ولیکن به جای آنکه به دنبال انتقال موفق یک محموله باشد، در اصل به دنبال فریب و جلب توجه از انتقال و قاچاق محموله های بسیار بزرگتر مواد مخدر است که توسط قاچاقیان حرفه ای در مرزهای بین المللی در حال انجام است. یکی از اعضای شبکه ی قاچاق مواد مخدر سعی در جلب توجه نیروهای امنیتی و انتظامی دارد که در انتظار انتقال یک محموله ی مواد مخدر هستند. در حالیکه این فرد بازداشت می شود، فرد دیگری که حامل محموله ای به مراتب بزرگتر است، بدون آنکه شناسایی شود از منطقه عبور می کند.^{۱۳۷ ۱۳۸}

گروه های تبهکار سازمان یافته، همانطور که در کشورهای آفریقایی غربی مشاهده می شود، از روش های خلاقانه نظیر اینترنت و شبکه های اجتماعی برای استخدام پادوهای حمل کننده ی مواد مخدر استفاده می کنند. پادوهای حمل کننده ی مواد مخدر ممکن است از طریق هوایی، دریایی یا زمینی (ماشین، اتوبوس یا پای پیاده) سفر کنند و مواد مخدر را در وسیله ی نقلیه، چمدان، لباس ها و یا حتی در درون بدن خود (بلع بسته های مواد مخدر) جاسازی کنند. بعضاً گزارش شده است که این افراد «تخم مواد» را در اندام جنسی خود پنهان کرده و یا آنکه کپسول های چرمی مواد مخدر را می بلعند. کپسول های چرمی مواد مخدر بسیار خطرناک بوده و می تواند جان افراد حمل کننده را به خطر اندازد، چرا که این کپسول ها ممکن است در حین انتقال پاره شده و یا نشت کنند که منجر به انسداد روده، بیش مصرفی (اوردوز) و حتی مرگ شود.^{۱۳۹}

گزارش ها، مواردی را نشان می دهند که زنان درگیر قاچاق عمده ی مواد مخدر شده اند بدون آنکه حتی از خطرات احتمالی پیش روی خود با خبر باشند.^{۱۴۰} یکی از گروه های سازمان یافته ی تبهکاری که به صورت

¹³⁷ Hübschle, "Of bogus hunters, queenpins and mules".

¹³⁸ UNODC, Personas privadas de libertad por Delitos de Drogas en Panamá: Enfoque socio-jurídico del diferencial por género en la Administración de la Justicia Penal, 2017.

¹³⁹ Giacomello, "Women, drug offenses and penitentiary systems in Latin America".

¹⁴⁰ Jennifer Fleetwood, J., "Five kilos: penalties and practice in the international cocaine trade", British Journal of Criminology, vol. 51, No. 2 (March 2011), pp. 375–393.

آشکار اقدام به استخدام افراد حامل‌کننده‌ی پادو می‌کند، گروه «یاکوزا» است که به دلیل انتشار آگهی‌های اینترنتی استخدام حامل‌کننده‌ی بین‌المللی مواد مخدر به ژاپن، شهرت دارند. در یک مورد، یک زن سالخورده‌ی ۷۱ ساله ژاپنی، به صورت ناخواسته اقدام به حمل آمفتامین از مصر به ژاپن کرده بود.^{۱۴۱}

زنان به دلایل متعددی می‌توانند وارد مساله قاچاق مواد مخدر شوند. همچون مردان، این می‌تواند در نتیجه‌ی یک تصمیم شخصی باشد، اگرچه دلایلی از جمله عوامل اقتصادی، در شرایطی که فرصت‌های شغلی و درآمدها ممکن است محدود باشد، نیز تاثیر گذارند. با اینحال، برخی عوامل، زنان را در معرض ریسک بالاتری از تبدیل شدن به یک پادوی حامل‌کننده‌ی مواد مخدر قرار می‌دهد. در کشورهای امریکای لاتین، نقش‌های خانوادگی همراه با نیازهای اقتصادی ممکن است سبب شود که بیش از گذشته، زنان نقش مسلط‌تری در حیات اقتصادی ایفا کنند، فارغ از اینکه فعالیتی که انجام می‌دهند، قانونی است یا خیر.^{۱۴۲}

فروشندهان مواد مخدر نیز ممکن است به جهت کسب منافع خود، بیشتر به دنبال استخدام زنان باشند؛ به عنوان مثال، فروشندهان مواد مخدر ممکن است به دنبال نهادینه‌سازی نگاه جنسی باشند، به این صورت که زنان با تصور سنتی زنانگی، معمولاً مظنون قاچاق مواد مخدر یا دیگر فعالیت‌های مجرمانه قرار نمی‌گیرند.^{۱۴۳} افزون بر این، زنان به نسبت مردان، دستمزد به مراتب کمتری طلب می‌کنند؛ مطابق برخی مطالعات و پژوهش‌های انجام شده، زنان تمایل دارند که در مقایسه با مردان، میزان دستمزد کمتری را برای حمل مواد و شرکت در قاچاق مخدرها طلب کنند.^{۱۴۴}

¹⁴¹ Andrew Rankin, "21st-century Yakuza: recent trends in organized crime in Japan", The Asia-Pacific Journal, vol. 10, issue 7, No. 2 (2012).

¹⁴² Anitua and Picco, "Género, drogas y sistema penal. Estrategias de defensa en casos de mujeres 'mulas'".

¹⁴³ Maher and Hudson, "Women in the drug economy".

¹⁴⁴ Howard Campbell, "Female drug smugglers on the U.S.-Mexico border: gender, crime, and empowerment", Anthropological Quarterly, vol. 81 No. 1 (winter 2008), pp. 233–267.

¹⁴⁵ Kensy and others, "Drug policy and women". The following example is cited on page 3 of the Briefing Paper: in Kyrgyzstan there was an increase from 5 per cent to 12 per cent of women involved in drug trafficking; that increase was partly explained by women generally accepting lower rates of payment than men.



طی سال‌های اخیر، آفریقای غربی به یکی از مناطق و نقاط اصلی تجارت کوکائین میان آمریکای لاتین و اروپا و نیز قاچاق مت‌آمفتامین به شرق و جنوب شرقی آسیا و یا آفریقای جنوبی تبدیل شده است.^{۱۴۶} برخی از گروه‌های سازمان‌یافته‌ی تبهکاری در این مناطق فعال هستند، بطور عمده، شبکه‌های قاچاق مواد مخدر در کشورهای آفریقای غربی، این استراتژی را در پیش گرفته‌اند که از زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی یا دیگر بیماری‌ها به عنوان پادو یا حامل‌کننده‌ی مواد مخدر استفاده کنند.

علت این مسئله، این است که نیروهای انتظامی تمایل چندانی برای بازداشت این زنان و تحویل آنها به نظام قضائی کیفری نداشته و ترجیح می‌دهند که این زنان را از کشور اخراج (دیپورت) کنند تا آنکه مجبور باشند برای این افراد خدمات درمانی و مراقبت‌های پزشکی فراهم کنند و هم‌اینکه ممکن است از انتقال این بیماری به خود واهمه داشته باشند.^{۱۴۷} دیگر کارتل‌های آفریقایی به استخدام زنان، به ویژه زنانی که در شرایط آسیب‌پذیر به سر می‌برند، مانند زنان دارای کودک، زنان سالخورده و یا معلول، اقدام می‌کنند تا احتمال کمتری برای بازداشت آنها از سوی مقامات پلیس وجود داشته باشد.^{۱۴۸}

در آسیای جنوبی، بسیاری از زنان و کودکان توسط قاچاقچیان مواد مخدر در بنگلادش، برای حمل هروئین یا بطری‌های فنسیدل یا شربت‌های کودئین در سراسر مرزهای هند استخدام می‌شوند.^{۱۴۹} می‌توان دریافت

¹⁴⁶ Hai Thanh Luong, "Transnational drugs trafficking from West Africa to Southeast Asia: a case study of Vietnam", Journal of Law and Criminal Justice, vol. 3, No. 2 (December 2015), pp. 37-54.

¹⁴⁷ Ibid.

¹⁴⁸ Liana Sun Wyler and Nicolas Cook, Illegal Drug Trade in Africa: Trends and U.S. Policy (Washington, D.C., Congressional Research Service, 2009).

¹⁴⁹ Pushpita Das, "Drug trafficking in India: a case for border security", Institute for Defence Studies and Analyses, IDSA Occasional Paper No. 24 (May 2012).

که زنان در درجه‌ی نخست به این دلیل وارد قاچاق مواد مخدر می‌شوند که تحت نیاز شدید مالی یا فقر قرار دارند.^{۱۵۱ ۱۵۰}

تحقیقات انجام شده در کشورهای امریکای لاتین نشان می‌دهد بسیاری از زنانی که درگیر تجارت مواد مخدر هستند، دارای سابقه‌ی سوءاستفاده‌ی جنسی یا فیزیکی، خشونت و سطح پایینی از آموزش هستند. وضعیت بسیاری از زنان، به دلیل آسیب‌پذیری، مصرف مواد مخدر و سابقه‌ی بیماری‌های روحی و روانی بسیار وخیم است.^{۱۵۲} افزون بر این، بسیاری از این زنان، مسئول نگهداری و مراقبت از وابستگان (کودکان، نوه‌ها، سالخوردگان و اعضای معلول خانواده) هستند. برخی از این زنان، مادران مجرد هستند و به این دلیل وارد تجارت مواد مخدر شده‌اند که بتوانند از پس هزینه‌های خانوادگی برآمده و راهی برای کسب درآمد پیدا کنند.^{۱۵۳}

تحقیقات نشان می‌دهند که میان تجارت مواد مخدر، مصرف مواد مخدر، روسپیگری و قاچاق انسان پیوندهایی وجود دارد. مطابق یافته‌های این دسته از تحقیقات، وضعیت‌هایی ثبت شده است که در آن زنان برای حفظ مصرف شخصی مواد مخدر خودشان، ارائه خدمات جنسی به قاچاقچیان، درگیر قاچاق مواد مخدر می‌شوند^{۱۵۴} و نیز وضعیت زنانی مشاهده شده است که قربانی قاچاق انسان و یا قاچاق انسان به منظور استثمار جنسی بوده‌اند ولیکن مجبور به قاچاق مواد مخدر نیز شده‌اند.^{۱۵۵ ۱۵۶}

¹⁵⁰ Rebecca Schleifer and Luciana Pol, "International guidelines on human rights and drug control: a tool for securing women's rights in drug control policy". Health and Human Rights Journal, vol. 19, No. 1 (June 2017), pp. 253–261.

¹⁵¹ Women, Drug Policies, and Incarceration.

¹⁵² Corina Giacomello, "Women in prison for drug crimes in Latin America: an invisible population", 19 December 2013. Available from www.talkingdrugs.org.

¹⁵³ Women, Drug Policies, and Incarceration, p. 8.

¹⁵⁴ Hübschle, "Of bogus hunters, queenpins and mules".

¹⁵⁵ Liz Hales and Loraine Gelsthorpe, *The Criminalisation of Migrant Women* (Cambridge, United Kingdom, Institute of Criminology, University of Cambridge, 2012).

¹⁵⁶ Shelley, "The relationship of drug and human trafficking".



گروه‌های یاکوزا از ژاپن و گروه تثلیث از چین، برای دهه‌های متمادی درگیر قاچاق مواد مخدر و قاچاق انسان هستند. بین‌المللی شدن فعالیت‌های یاکوزاها، این امکان را برای آنها فراهم ساخت که از پیوندهای ناشی از تجارت مواد مخدر استفاده کنند تا زنان را از دیگر مناطق، به ویژه کشورهای آمریکای جنوبی و اروپای شرقی قاچاق کنند.^{۱۵۷ ۱۵۸} گروه‌های چینی تثلیث نیز برای سالیان سال درگیر قاچاق زنان از کشورهای اروپای شرقی برای استثمار جنسی و تجارت مواد مخدر در سطوح گسترده هستند.^{۱۵۹}

در اروپا، گروه‌هایی از ترکیه یا کشورهای بالکان در قاچاق مواد مخدر و تجارت قاچاق انسان و زنان برای مقاصد استثمار جنسی فعال هستند. بطور مشابه، در بلژیک، گروه‌هایی از آلبانی برای کنترل و نظارت بر زنانی که به منظور مقاصد استثمار جنسی، قاچاق شده‌اند وجود دارد و هم‌اینکه نسبت به حمل مواد مخدر توسط این افراد اطمینان حاصل شود. گروه سازمان‌یافته‌ی تبهکاری تحت عنوان «سولن‌ت‌سیو سکایا» در فدراسیون روسیه، نقش عمده‌ای در قاچاق مواد مخدر و انسان در کشورهای جماهیر شوروی سابق به کشورهای اروپای شرقی دارد.^{۱۶۰} بطور کلی، روندی وجود دارد که مجموعه‌ای از عوامل مختلف در کنار یکدیگر، از جمله جنسیت، آسیب‌پذیری اقتصادی اجتماعی، خشونت، روابط خانوادگی و دلایل اقتصادی به رابطه‌ی پیچیده‌ی زنان و اقتصاد مواد مخدر شکل می‌دهد که در آن، نظامی چند لایه و مردسالار حاکم است.^{۱۶۱}

زنان در نظام قضائی کیفری به علت ارتکاب جرایم مربوط به مواد مخدر

¹⁵⁷ Rankin “21st-century Yakuza”.

¹⁵⁸ Shelley, “The relationship of drug and human trafficking”.

¹⁵⁹ Glenn E. Curtis and others, “Transnational activities of Chinese crime organizations”, Trends in Organized Crime, vol. 7, No. 3 (March 2002), pp. 19–57.

¹⁶⁰ Shelley, “The relationship of drug and human trafficking”.

¹⁶¹ Fleetwood, “Drug mules in the international cocaine trade”.

اگرچه مفهوم و عملکرد صدور حکم جزایی متناسب در ارتباط با جرایم مرتبط با مواد مخدر توسط جامعه بین‌المللی مورد شناسایی قرار گرفته است،^{۱۶۲} اما در برخی کشورها، کماکان حداقل مجازات اجباری، اعمال می‌شود، فارغ از اینکه نقش ایفا شده یا منفعتی که از قبل ارتکاب جرم مرتبط با مواد مخدر حاصل شده است، چیست.^{۱۶۴} همیشه به این صورت نیست که نقش‌های چند لایه‌ی ایفا شده در تجارت و قاچاق بین‌المللی مواد مخدر، در قانون مواد مخدر و یا قواعد جزائی آن منعکس شده باشد.^{۱۶۵} ۱۶۶ ۱۶۷ همچنین، از آنجا که کنترل و اعمال نظارت بر سطوح پایین قاچاق مواد مخدر بسیار ساده‌تر است، گفته می‌شود نیروهای امنیتی و انتظامی بیشتر بر بخش توزیع مواد مخدر متمرکز هستند تا بتوانند به دستاوردهای فوری و ملموس‌تری دست یابند.^{۱۶۸}

در برخی کشورها، به عنوان مثال در کشورهای حوزه‌ی امریکای لاتین، ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر، جزو دلایل نخست یا دومی است که سبب به زندان افتادن زنان می‌شود، این در حالی است که این نوع جرایم، جزو علت‌های دوم و چهارمی است که باعث می‌شود مردان زندانی شوند. با توجه به بازداشت اجباری

¹⁶² Commission on Narcotics Drugs Resolution 59/7 Promotion of proportionate sentencing for drug-related offences of an appropriate nature in implementing drug control policies.

¹⁶³ Outcome document of the thirtieth special session of the General Assembly, entitled “Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem” (General Assembly resolution S-30/1, annex), para. 4 (j and k).

¹⁶⁴ Covington and Bloom, “Gendered justice”.

¹⁶⁵ Jennifer Fleetwood, Polly Radcliffe and Alex Stevens, “Shorter sentences for drug mules: the early impact of the sentencing guidelines in England and Wales”, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 22, No. 5 (2015), pp. 428–436.

¹⁶⁶ Maher and Hudson, “Women in the drug economy”.

¹⁶⁷ Stengel and Fleetwood, “Developing drug policy: gender matters”.

¹⁶⁸ Sital Kalantry, “Women in prison in Argentina: causes, conditions, and consequences”, *Public Law Working Paper*, No. 439 (Chicago, University of Chicago Press, 2014).



پیش از محکومیتی که در برخی کشورهای امریکای لاتین علیه جرایم مرتبط با مواد مخدر وجود دارد،^{۱۶۹} وضعیت، به ویژه برای زنان، به مراتب وخیم تر خواهد شد.^{۱۷۰ ۱۷۱}

بنابر آخرین داده‌ها و آمارهای گزارش شد، زنان نزدیک به ۷ درصد جمعیت کل زندانیان را تشکیل می‌دهند که این میزان برابر با ۷۱۴۰۰۰ زن و دختری است که در طی سال ۲۰۱۷ در سرتاسر جهان، چه به صورت بازداشت موقت و یا به دلیل محکومیت و صدور حکم، در زندان و حبس به سر بردند.^{۱۷۲} تعداد تخمینی زنانی که در سرتاسر جهان، از سال ۲۰۰۰ تا سال ۲۰۱۷ به زندان‌ها افتاده‌اند، دو برابر شده است که نشان از افزایش بسیار شدید نامتناسب به نسبت جمعیت مردان زندانی است.^{۱۷۳}

در جهان و در بازه‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۴، برآورد شد که قریب به ۳۵ درصد جمعیت زنان زندانی به دلیل ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر بازداشت شده‌اند که این آمار در مردان، تنها ۱۹ درصد بود.^{۱۷۴} در بسیاری از کشورها، افزایش نامتناسبی در میزان زنان بازداشتی وجود داشته است که شامل ارتکاب جرایم سطح پایین مواد مخدر می‌شود.^{۱۷۵} به نظر می‌رسد که معمولاً مردان به دلیل ارتکاب دیگر جرایم (چه به صورت همزمان با جرایم مرتبط با مواد مخدر یا خیر) بازداشت می‌شوند که این موضوع در نهایت به کاهش سهم نسبی جرایم مرتبط با مواد مخدر در علت زندانی شدن مردان می‌شود.

¹⁶⁹ Organization of American States, Secretariat for Multidimensional Security and Inter-American Drug Abuse Control Commission, Technical Report on Alternatives to Incarceration for Drug-Related Offenses (Washington, D.C., Inter-American Drug Abuse Control Commission, 2015).

¹⁷⁰ Cindy S. Woods, "Addressing prison overcrowding in Latin America: a comparative analysis of the necessary precursors to reform", ILSA Journal of International and Comparative Law, vol. 22 (2016), pp. 533–561.

¹⁷¹ Giacomello, "Women, drug offenses and penitentiary systems in Latin America".

¹⁷² Roy Walmsley, "World prison population list", 11th ed. (Institute for Criminal Policy Research, 2016).

¹⁷³ Roy Walmsley, "World female imprisonment list", 4th ed. (Institute for Criminal Policy Research, 2017).

¹⁷⁴ According to reports from 50 Member States (UNODC, Special data collections on persons held in prisons (2010–2014)).

¹⁷⁵ Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, entitled "Pathways to, conditions and consequences of incarceration for women" (A/68/340).

لازم به ذکر است که زنان عموماً دارای توانایی کمتری به نسبت مردان برای پرداخت هزینه‌های جرمه و یا پرداخت وجه ضمانت مورد نیاز برای وثیقه هستند. همچنین، زنان آگاهی کمتری در خصوص حقوق قانونی خود دارند و در صورتی که آسیب‌پذیری‌های اقتصادی، اجتماعی و روحی آنها به عنوان عوامل خطر ساز ارزیابی شود، ممکن است فاقد شرایط لازم برای اتخاذ تدابیر و مشمول اقدامات غیرجزایی در نظر گرفته شوند.^{۱۷۶} در حالی که شواهد چندانی در خصوص تعیین تبعیض علیه زنان (در مقایسه با مردان) در خصوص صدور حکم محکومیت وجود ندارد، اما در برخی تحقیقات اذعان شده است که قضات و دیگر مقامات نظام‌های قضائی، نابرابری‌های جنسیتی را در نظر نمی‌گیرند. بخشی از این مسئله ریشه در اصل برابری حقوق دارد که اجازه نمی‌دهد برای نیازهای خاص زنان تفکیک و تمایزی قائل شد تا بطور کامل بتوان برابری جنسیتی را اجرا کرد.^{۱۷۷}

برخی تحقیقات نشان می‌دهند که افزایش تعداد زنان زندانی بیش از همه بر اقلیت‌های قومی و جمعیت‌های آسیب‌پذیر اثرگذار خواهد بود.^{۱۷۸} در مورد ایالات متحده‌ی آمریکا، به عنوان مثال می‌توان اشاره کرد که بیش از نیمی از زنانی که در زندان‌های فدرال زندگی می‌کنند، به دلیل ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر در حال گذراندن دوره‌ی محکومیت خود هستند و تعداد نامتناسبی از این افراد، اصالت لاتین داشته یا جزو آمریکایی‌های آفریقایی تبار (سیاه‌پوست) هستند.^{۱۷۹، ۱۸۰} شرایط مشابه به این نیز در بریتانیا رخ می‌دهد،

¹⁷⁶ See UNODC Handbook on women and imprisonment, p 190 and 113 (2014).

¹⁷⁷ See, UNODC, *Personas privadas de libertad por Delitos de Drogas en Panamá: Enfoque socio-jurídico del diferencial por género en la Administración de la Justicia Penal*, 2017.

¹⁷⁸ Rosalyn Harper, Gemma C. Harper and Janet E. Stockdale, "The role and sentencing of women in drug trafficking crime", *Legal and Criminological Psychology*, vol. 7, No. 1 (February 2002), pp. 101–114.

¹⁷⁹ Stengel and Fleetwood, "Developing drug policy: gender matters".

¹⁸⁰ Kensy and others, "Drug policy and women: addressing the negative consequences of harmful drug control".



جایی که اغلب زندانی‌های زن مرتبط با جرایم مواد مخدر، از اقلیت‌های قومی و یا زنان غیربریتانیایی هستند که درصد بیشتری از جمعیت کل زنان زندانی را تشکیل می‌دهند.^{۱۸۱ ۱۸۲}

همان آسیب‌پذیری که سبب می‌شود افراد وارد فعالیت‌های سطح پایین قاچاق مواد مخدر شوند، سبب می‌شود که ظرفیت‌های موثر موجود برای این افراد در برابر پیگرد قضائی نیز محدود باشد. این مسئله می‌تواند برای زنان بسیار مشکل‌زا باشد. همانطور که در خصوص کشورهای امریکای لاتین به ثبت رسیده است، زمانی که زنان برای جرایم مرتبط با مواد مخدر دستگیر می‌شوند، این احتمال وجود دارد که از سوی بستگان خود طرد شوند که این موضوع به نوبه‌ی خود فرصت‌های دفاع حقوقی موثر این زنان را نیز کاهش می‌دهد؛ این موضوع بطور خاص در کشورهایی که فاقد سیستم حقوقی حمایتی هستند، مشخص‌تر است.^{۱۸۳}

۱۸۴

مطابق با داده‌های گزارش شده به دفتر مقابله مواد مخدر و جرایم سازمان ملل متحد در سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۶، بیشترین تعداد زنانی که به دلیل ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر دادگاهی شده‌اند، از کشورهای آسیای شرقی و آسیای جنوب شرقی، اروپای غربی و اروپای مرکزی و اروپای شرقی بوده است. در همین بازه‌ی زمانی، بیشترین سهم از تعداد زنانی که به دلیل ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر دادگاهی شده‌اند با ۲۲ درصد مربوط به آمریکای لاتین و ۲۰ درصد مربوط به اقیانوسیه بوده است (صرفاً بر اساس داده‌های نیوزیلند و استرالیا).

¹⁸¹ Prison Reform Trust, Counted Out: Black, Asian and Minority Ethnic Women in the Criminal Justice System (London, 2017).

¹⁸² Janice Joseph, "Drug offenses, gender, ethnicity, and nationality: women in prison in England and Wales", The Prison Journal, vol. 86, No. 1 (2006), pp. 140–157.

¹⁸³ Inter-American Commission on Human Rights, "Annual report of the IACHR 2007", document OEA/Ser.L/V/II.130, Doc. 22, rev. 1.

¹⁸⁴ Alberto Binder, Ed Cape and Zaza Namoradze, Effective Criminal Defence in Latin America (Bogotá, Dejusticia, 2015).

زنان در نظام‌های قضائی کیفری برای ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر: بررسی منطقه‌ای

در سرتاسر جهان، جمعیت مردان بیشتر از جمعیت زنان در زندان‌ها هستند، چه برای ارتکاب جرایم عمومی و یا بطور خاص برای ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر، ولیکن سهم زنان زندانی که به دلیل ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر محکوم شده‌اند، از مردان بیشتر است. به نظر می‌رسد که مردان اغلب به دلیل ارتکاب جرایمی دیگر محکوم می‌شوند.^{۱۸۵} (چه به صورت همزمان با ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر باشد و چه نباشد)، در نتیجه، سهم نسبی مردانی که به دلیل جرایم مرتبط با مواد مخدر در زندان‌ها بسر می‌برند، کاهش می‌یابد. ممکن است بعضی استدلال کنند که زنان به گونه‌ای نامتنا سب برای جرایم مرتبط با مواد مخدر محکوم و زندانی می‌شوند و بیش از مردان هدف عملیات‌های انتظامی علیه جرایم رده پایین مواد مخدر قرار می‌گیرند.^{۱۸۶}

بر اساس آخرین فهرست جهانی زنان زندانی، از سال ۲۰۰۰ به این سو، تعداد زنان در زندان‌های کشورهای آمریکای لاتین، دو برابر شده است؛ برزیل، السالوادور و گواتمالا افزایش قابل توجهی داشته‌اند.^{۱۸۷} بسیاری از زنان به دلیل ارتکاب جرایم غیرخسونت‌آمیز خرد مرتبط با قاچاق مواد مخدر زندانی شده‌اند.^{۱۸۸} اطلاعات و داده‌های موجود از کشورهای اروپایی نشان می‌دهد سهم زنان زندانی که به دلیل ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر محکوم شده‌اند، تفاوت‌های چشمگیری دارد و از حدود ۵ درصد در بلغارستان، به حدود ۲۵ درصد در دانمارک و سوئد و یا ۳۳ درصد در ایتالیا، ۴۰ درصد در اسپانیا می‌رسد. به نسبت سایر مناطق جهان، در اروپا، اختلاف میزان کمتری در خصوص سهم زنان و مردان محکوم شده به دلیل ارتکاب جرایم مرتبط با

¹⁸⁵ Technical Report on Alternatives to Incarceration for Drug Related Offenses.

¹⁸⁶ Fleetwood, "Five kilos"; and United Nations task force on transnational organized crime and drug trafficking as threats to security and stability, "A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes".

¹⁸⁷ Walmsley, "World female imprisonment list".

¹⁸⁸ "Women and drugs in the Americas".



مواد مخدر وجود دارد.^{۱۸۹} تعداد زنانی که در ایالات متحده در زندان‌ها هستند، از سال ۱۹۷۸ تا سال ۲۰۱۶، بیش از ۶ برابر شده است و از رقم ۱۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر به رقم ۶۴ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر از جمعیت زنان رسیده است. این موضوع بیشتر به سهم و میزان بالاتر زنان در محکومیت به واسطه اعمال غیرخسونت‌آمیز مرتبط با مواد مخدر در ایالات متحده و در همان بازه‌ی زمانی ارتباط می‌یابد.^{۱۹۰} اگر چه در ایالات متحده، تعداد مردان زندانی مرتبط با مواد مخدر بیشتر از زنان است، اما مواد مخدر تقریباً ۲۵ درصد تمام جرایمی است که توسط زنان ارتکاب می‌یابند و این در حالی است که جرایم مرتبط با مواد مخدر تنها ۱۴ درصد از کل جرایم ارتكابی توسط مردان را تشکیل می‌دهد.

افزون بر این، در سال ۲۰۱۶، ۴۷ درصد از مردان و ۵۶ درصد از زنانی که در زندان‌های فدرال ایالات متحده، دوران حبس خود را می‌گذرانند، به جرایمی مرتبط با مواد مخدر محکوم شده بودند.^{۱۹۱} سال‌های ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶ در کانادا، در حالیکه تنها ۵ درصد از مجرمین زندانی در بازداشتگاه‌های فدرال را زنان تشکیل می‌دادند، ۲۵ درصد این افراد به دلیل ارتکاب جرمی مربوط به قاچاق مواد مخدر به زندان افتاده بودند.^{۱۹۲} در آسیا، داده‌های سال ۲۰۱۴ نشان می‌دهند که بیشترین درصد زندانیان زن بازداشت شده به دلیل ارتکاب جرایمی مرتبط با مواد مخدر، در تایلند بوده است (۷۷ درصد زنان زندانی در مقابل ۶۱ درصد مردان زندانی) که پس از آن، کشورهای ژاپن (۳۹ درصد)، گرجستان (۳۸ درصد)، آذربایجان (۳۳ درصد) و امارات متحده عربی (۱۵) قرار دارند. با اینحال، میزان و سهم کلی زنان و مردان زندانی محکوم به جرایم مرتبط با مواد مخدر در آسیا، تقریباً مشابه و قابل مقایسه است.^{۱۹۳}

¹⁸⁹ UNODC, Special data collections on persons held in prisons (2010-2014).

¹⁹⁰ E Ann Carson, "Imprisonment rate of sentenced female prisoners under the jurisdiction of state or federal correctional authorities per 100,000 female U.S. residents" (Washington D.C Bureau of Justice Statistics, 1978-2016).

¹⁹¹ E. Ann Carson, "Prisoners in 2016", (Washington, D.C., Bureau of Justice Statistics, 2018).

¹⁹² Tina Hotton Mahony, Joanna Jacob and Heather Hobson, Women in Canada: A Gender-Based Statistical Report — Women and the Criminal Justice System (Ottawa, Statistics Canada, 2017).

¹⁹³ UNODC, Special data collections on persons held in prisons (2010–2014).

زنان در زنجیره‌ی توزیع مواد مخدر: از انفعال تا افراد قدرتمند

بطور کلی، مردان بیش از زنان در فعالیتهای مربوط به توزیع مواد مخدر نقش دارند. برخی از آسیب‌پذیری‌ها نظیر فقر، فقدان آموزش و فرصت‌های اقتصادی ممکن است سبب شود که افراد، چه زنان و چه مردان، توسط باندها و گروه‌های سازمان‌یافته‌ی تبهکار و به منظور قاچاق سطح پایین مواد مخدر استخدام شوند. با این وجود، در اغلب مواقع، زنان بیشتر از مردان آسیب‌پذیر هستند و با توجه به این که آنها ممکن است احساس مسئولیت بیشتری در قبال خانواده داشته باشند، راحت‌تر می‌توانند جذب گروه‌ها و باندهای تبهکار شوند چرا که ممکن است نگاه‌های جنسیتی نهادینه شده باشد و زنان کمتر ظن مأموران انتظامی را بر می‌انگیزند و حتی مزد کمتری به نسبت مردان طلب می‌کنند.

شواهد و مدارک موجود، نشان می‌دهند که میان قاچاق انسان، قاچاق زنان برای استثمار جنسی و مصرف مواد مخدر و قاچاق مواد مخدر ارتباط وجود دارد. مجموع شرایط فوق ممکن است ساختار اجتماعی را به گونه‌ای ترتیب دهد که زنان صرفاً به عنوان افرادی منفعل و ناتوانمند دیده شوند.

دیدگاه و رهیافت دیگری وجود دارد که زنان را افرادی توانمند و صاحب اختیار تصور می‌کند که ضرورتاً وابسته به همسر یا شریک زندگی نیستند و توسط آنها استثمار نمی‌شوند و حتی ممکن است در زنجیره‌ی توزیع مواد مخدر نقش کلیدی ایفا کرده و تصمیمات را راساً اتخاذ کنند. اگرچه برخی از زنان رفتار و جایگاهی منفعل ندارند، اما به نظر می‌رسد که جایگاه و موقعیت زنان در زنجیره‌ی توزیع مواد مخدر تا حد بسیار زیادی وابسته به طبقه اجتماعی، شبکه و جایگاه درون سازمانی در باند قاچاق مواد مخدر است.

در مجموع، زنان بخش کوچکی از جمعیت زندان‌ها را تشکیل می‌دهند ولیکن این میزان رو به گسترش است. با اینحال، مشخص نیست که نظام‌های قضائی کیفری در صدور محکومیت در خصوص جرایم مرتبط با مواد مخدر، میان زنان و مردان بطور یکسان عمل می‌کند. در حالی که مردان زندانی، طیف گسترده‌ای از جرایم را انجام می‌دهند، جرایم مرتبط با مواد مخدر اصلی‌ترین علت زندانی شدن زنان است. چیزی که واضح و مشخص است، این است که به نسبت مردان، نظام‌های قضائی کیفری پیامدهای مخرب و منفی بیشتری بر



زنان وارد می‌کنند که این مساله خود آسیب‌پذیری اقتصادی و محرومیت اجتماعی این زنان را بیشتر تشدید می‌کند.

زنانی که به دلیل ارتکاب جرایم مرتبط با مواد مخدر بازداشت می‌شوند، از پیامدهای مخرب‌تری

به نسبت مردان رنج می‌برند

زنان بیش از مردان از تبعات بلند مدت ناشی از گذراندن حبس آسیب می‌بینند و جنبه‌های مختلف زندگی آنها تحت تاثیر قرار می‌گیرد. در اغلب موارد، بر مبنای اصل برابری و عدم تفکیک جنسیتی، زنان از همان فرآیند تادیبی برخوردار می‌شوند که برای مردان وجود دارد.^۱

هم مصرف مواد مخدر و هم زندانی شدن به واسطه‌ی آن برای مردان و زنان ننگین و شرم‌آور بشمار می‌رود ولیکن به دلایل پیش‌فرض‌های جنسیتی و تفاوت استانداردهای اجتماعی، میزان خفت و خواری بر زنان بیشتر است.^۲ بسیاری از زنانی که به دلیل جرایم مرتبط با مواد مخدر زندانی می‌شوند از اختلالات ناشی از مصرف مواد یا اختلالات روانی رنج می‌برند و ممکن است حتی سابقه‌ی سوءاستفاده‌ی فیزیکی یا جنسی نیز داشته باشند.^{۳، ۴}

تحقیقات نشان می‌دهند که بسیاری از زنان دستگیر شده در ارتباط با جرایم مواد مخدر، بطور خاص قاچاق آنها، قربانیان قاچاق انسان یا استثمار جنسی بوده‌اند یا آنکه مجبور به حمل مواد شده‌اند.^۵ رویه‌های بسیاری از نظام‌های قضایی در تحقیقات، اعمال محدودیت و انزوا، ممکن است بر زنانی که سابقه‌ی سوءاستفاده و بیماری‌های روانی دارند، اثرات مخرب‌تری گذاشته و گاهی ممکن است سبب بازگشت مجدد بیماری به زنانی شود که دارای اختلالات استرسی هستند.^۶ در سطح جهان، سوءاستفاده جنسی و تجاوز به زنان زندانی، در برخی از زندان‌ها رایج است.^{۷، ۸}

این مسائل در کنار این نکته که ممکن است زنانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند دارای اختلالات روانی پیشین نیز باشند، سبب می‌شود که تجربه‌ی بازداشت و حبس سبب تشدید این شرایط شده و پیامدهای فیزیکی و روانی مخرب‌تری بر فرد وارد کند. در حالی که در زندان، تعداد کمی از زندانیان زن از خدمات

بهداشتی و درمانی برای رسیدگی به اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر، سلامت باروری و سایر بیماری‌های واگیردار بهره‌مند هستند. در نتیجه، فقدان خدمات بهداشتی در بسیاری از زندان‌ها، زنان را بیش از مردان تحت تاثیر قرار می‌دهد.

از آنجا که کودکان و سایر اعضای خانواده بیشتر به زنان وابستگی دارند، تشدید شرایط می‌تواند حتی بر کودکان و خانواده‌های این زنان نیز اثر گذار باشد. جدایی کودکان از مادران خود یک از دردناک‌ترین جنبه‌های زندانی شدن زنان است.^۹ طی بررسی یک سرشماری بین‌المللی از زندان‌ها مشخص گردید زمانی که پدر یک خانواده به زندان می‌افتد، کودکان معمولاً توسط همسر یا شریک زندگی نگهداری می‌شوند، ولیکن در مواردی که مادر خانواده به زندان می‌افتد، تنها در ۱۰ درصد موارد، پدران از کودکان نگهداری می‌کنند.^{۱۰} در نتیجه، جدایی از کودکان مشکلات و معضلات جدی‌تری بر سلامت ذهنی و روانی زنان وارد می‌کند و سبب از هم پاشیدگی خانواده‌ها و کودکان می‌شود.^{۱۱}

معمولاً اینگونه است که زنان زندانی، چندان برای بازگشت به خانواده، همسر و یا جامعه مورد حمایت قرار نمی‌گیرند. نه تنها زنان در زندان‌ها از فرصت‌های کمتری به نسبت مردان، برای دسترسی به امکانات آموزشی و فنی برخوردارند، حتی توانمندی‌ها و فنونی که در زندان به این زنان آموخته می‌شود بیشتر مبتنی بر پیش‌فرض‌های جنسی بوده و درآمدی برای آنها فراهم نمی‌کند.^{۱۲} در حالی که در زندان، زنان می‌توانند شبکه‌های خود را ببینند که می‌توانند برای دوره‌ی پس از آزادی کمک باشند.

معمولاً پس از دوره‌ی آزادی از زندان، زنان دچار خواری و خفت اجتماعی ناشی از مصرف مواد مخدر یا زندانی بودن، می‌شوند. در نتیجه، زنان با چالش‌های بیشتری در خصوص دسترسی به ضروریات بهداشتی و خدمات اجتماعی نظیر مسکن و شغل مواجه هستند و ممکن است از سوی جامعه طرد شده و مجبور شوند در که در شرایط نابرابر اجتماعی و اقتصادی زندگی کنند.^{۱۴}

1. Stephanie S. Covington and Barbara E. Bloom, "Gendered justice: women in the criminal justice system", in *Gendered Justice: Addressing Female Offenders*, Barbara E. Bloom, ed. (Durham, North Carolina, Carolina Academic Press, 2003).

2. Juliana van Olphen and others, “Nowhere to go: how stigma limits the options of female drug users after release from jail”, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 4, No. 10 (2009).
3. Ernest Drucker, “Drug law, mass incarceration, and public health”, *Oregon Law Review*, vol. 91, No. 4 (2013), p. 1097–1128.
4. Kasia Malinowska-Sempruch and Olga Rychkova, “The impact of drug policy on women” (New York, Open Society Foundations, 2015).
5. Louise Shelley, “The relationship of drug and human trafficking: a global perspective”, *European Journal on Criminal Policy and Research*, vol. 18, No. 3 (September 2012). The author argues that drug trafficking is linked to several forms of trafficking, such as labour trafficking in the agricultural sector and sex trafficking. Some smuggled individuals often pay for their movement to their destination by being drug couriers. In addition, drugs may be used to recruit new victims.
6. Covington and Bloom, “Gendered justice”.
7. Etienne G. Krug and others, eds., *World Report on Violence and Health* (Geneva, WHO, 2002).
8. Center for Justice and International Law, *Women in Prison, Regional Report: Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay, Uruguay* (2007).
9. Ibid.
10. Washington Office on Latin America and others, *Women, Drug Policies, and Incarceration: A Guide for Policy Reform in Latin America and the Caribbean* (2016).
11. Corina Giacomello, “Women, drug offenses and penitentiary systems in Latin America”, Briefing Paper (London, International Drug Policy Consortium, 2018).
12. Marta Cruells and Noelia Igareda, eds., *Women, Integration and Prison* (Barcelona, Spain, Aurea Editores, 2005).
13. Ana Cárdenas T., *Mujeres y Cárcel: Diagnóstico de las Necesidades de Grupos Vulnerables en Prisión* (Santiago, Universidad Diego Portales-ICSO, 2010).
14. Van Olphen and others, “Nowhere to go”.

واژه‌نامه

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

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

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

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

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

نمک کوکائین: کوکائین هیدروکلوراید

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

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



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

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

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

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

گروه‌های منطقه‌ای:

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

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



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



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



ISBN 978-92-1-148304-8



9 789211 483048