



احتياجات النساء اللواتي يعانين اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان

تقرير بحثي نوعي

٢٠١٩



احتياجات النساء اللواتي يعانين اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان تقرير بحثي نوعي

٢٠١٩

وُضع هذا التقرير بتنسيق من البرنامج الوطني للصحة النفسية في وزارة الصحة العامة، بدعم من الجمعية الفرنكوفونية للأمراض النفسية، وبتنسيق من مدنت، مجموعة بومبيدو لشبكة التعاون المتوسطي في مجال المخدرات داخل مجلس أوروبا.

النسخان الإنجليزية والعربية متوفران على الرابط التالي: <http://moph.gov.lb>

الاقْتباس المقترح: وزارة الصحة العامة، ٢٠١٩. احتياجات النساء اللواتي يعانين اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان ٢٠١٩. بيروت، لبنان.



© ٢٠١٩ وزارة الصحة العامة

NMHP-MGT-REP-WSU 001/19 -AR

قائمة المحتويات

٦	تمهيد
٧	شكر وتقدير
٨	ملخص تنفيذي
٩	المقدمة
١٠	استعراض الأدبيات
١١	المنهجية
١٣	النتائج
١٧	نقاش
١٩	نقاط القوة
٢٠	محدوديات الدراسة
٢١	توصيات
٢٢	المراجع

تمهيد

تختبر النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان تجارب مختلفة عن الرجال خلال مسيرة شفائهن. ويُعتقد أنّ عوامل متعدّدة تؤثر على قرار النساء بالتماس العلاج إلّا أنّ الأدلّة غير متوفّرة إلّا بشكل محدود في لبنان في هذا المجال. ويهدف هذا البحث النوعي إلى توفير فهمٍ أساسيٍّ لاحتياجات النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان واللواتي هنّ على تواصل بخدمات العلاج وذلك من أجل تعميم التوصيات حول كميّة تحسين الخدمات.

وقد أُجريت هذه الدراسة تماشياً مع الهدف الاستراتيجي ٦.٢.١ من أهداف "الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدّرات والإدمان في لبنان ٢٠١٦-٢٠٢١" الذي يقضي "بإجراء تقييم لتحديد حاجات النساء (بما في ذلك النساء الحوامل والمرضعات واللواتي يمارسن الجنس مقابل المال) اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان وتعميم التوصيات على كافة الجهات الفاعلة" (MOPH, MOSA, MEHE, MOIM and MOJ, 2016)، وتهدف الدراسة إلى ضمان تطوير نظام مستدام للاستجابة لاستخدام المواد المسببة للإدمان في لبنان.

وفي هذا الإطار نوّد أن نتقدّم بالشكر لكافة جهود الفريق وأصحاب المصلحة والتعاون المستمرّ اللذين تحلّوا بهما. ونشكر بشكل خاصّ شريكنا في هذه الدراسة وهو شبكة مدنت، مجموعة بومبيدو لشبكة التعاون المتوسطي في مجال المخدرات داخل مجلس أوروبا، على دعمه وتمويله.

ربيع الشماعي

رئيس البرنامج الوطني للصحة النفسية

وزارة الصحة العامة

شكر وتقدير

الباحث الرئيسيّ

وزارة الصحة العامة

ربيع الشماعي، البرنامج الوطني للصحة النفسية

فريق البحث

وزارة الصحة العامة

وسام خير، البرنامج الوطني للصحة النفسية

الجمعية الفرنكوفونية للأمراض النفسية

رمزي حداد، ممثل مدنت، مجموعة بوميبدو لشبكة التعاون المتوسطي في مجال المخدرات داخل مجلس أوروبا

التسيق

وزارة الصحة العامة

راشيل بطيش، البرنامج الوطني للصحة النفسية

تحليل البيانات

وزارة الصحة العامة

أحمد شناعة، البرنامج الوطني للصحة النفسية

راشيل بطيش، البرنامج الوطني للصحة النفسية

فريق العمل الميدانيّ

وزارة الصحة العامة

باردي ساندرا ماردريان، البرنامج الوطني للصحة النفسية

سامية عواضة، البرنامج الوطني للصحة النفسية

راشيل بطيش، البرنامج الوطني للصحة النفسية

المنظمات التي ساهمت في توفير المشاركات

عليّة النور، تجمّع أم النور، مركز سكون، جمعية الرعاية الصحية

الدعم الإداريّ

وزارة الصحة العامة

شربل علم، البرنامج الوطني للصحة النفسية

شكر خاص للأشخاص الذين تمّت مقابلاتهم من دائرة المخدرات في وزارة الصحة العامة على مشاركتهم وعلى المعلومات التي أفادونا بها.

ملخص تنفيذي

وبعد إعادة ترتيب المواضيع والمواضيع الفرعية التي ظهرت، تمّ تصنيف تجارب النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان في لبنان في فئات مختلفة: استخدام المواد المسببة للإدمان كطريقة "للهرب"، التماس العلاج والمباشرة به، متابعة العلاج واستكمالها، أنظمة الدعم، الوصمة والمحرمات، الإكراه الجنسي والتمييز. وقد برزت وصمة العار وخاصة الإساءة إلى سمعة الأسرة في معظم المقابلات فاعتُبرت موضوعاً متقاطعاً يمثل حاجزاً مهماً يقف في وجه النساء في سعيهنّ لطلب الخدمات. كما وتبيّن أن مقدّمي الخدمات في مراكز العلاج يلعبون دوراً رئيسياً بالنسبة إلى النساء في مباشرة ومتابعة العلاج وفي مسيرة التعافي. كذلك برزت مسألة حضانة الأطفال ولكن بدرجة أقل مقارنةً بدول أخرى من أوروبا وبالولايات المتحدة وكندا كما وتبيّن أن القدرة على تحمّل تكاليف الخدمات تشكّل تحدياً فعلياً أمام متابعة العلاج.

وقد أظهر هذا التقييم أن النساء في لبنان كما في سائر الدول احتياجات خاصة في ما يتعلّق بالتماس خدمات الاستجابة لاستخدام المواد المسببة للإدمان. ورغم أن بعض احتياجاتهم متوقّرة، على غرار أنظمة الدعم التي تشجعهنّ على التماس العلاج وإكمالها، تبقى الاحتياجات الأخرى غير متوقّرة، على غرار معالجة مسألة الإكراه الجنسي وإيجاد مكان في برنامج من اختيارهنّ وقدرتهنّ على تحمل تكاليف الخدمات. ولتلبية هذه الاحتياجات بشكل أكبر، من الضروري متابعة الجهود التي أطلقت عبر تنفيذ "الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والإدمان في لبنان ٢٠١٦-٢٠٢١" والتي تضمن النفاذ إلى خدمات استجابة عالية الجودة بأسعار معقولة وتراعي النوع الاجتماعي والعمر.

إنّ النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان هنّ عرضة للخطر في لبنان كما هي الحال في دول أخرى ولديهن احتياجات خاصة في مجال النفاذ إلى الخدمات ومتابعة العلاج والتعافي من الإدمان. وهنّ يتعرّضن للوصمة وللتهميش كما أنهنّ أقلّ ميولاً إلى التماس خدمات العلاج ممّا يجعلهنّ أكثر عرضةً لخطر الإصابة بالأمراض الجسدية والنفسية المصاحبة كما دُكر في "الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والإدمان في لبنان ٢٠١٦-٢٠٢١".

ونظراً لأنّ البحوث حول الفئات المعرّضة محدودة، أُجري تقييم نوعي لاحتياجات النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان للبحث في تجاربهنّ في مجال تلقي الخدمات. وقد تمّ الحصول على موافقة مجلس مراجعة البحوث الاجتماعية والعلوم السلوكية من خلال اللجنة الأخلاقية في جامعة القديس يوسف في بيروت فأجريت مقابلات معمّقة كما عُقد نقاش في مجموعة مركّزة (focus group) مع نساء يتلقين الخدمات من منشآت العلاج وإعادة التأهيل والحدّ من الضرر. كما وأجريت مقابلات معمّقة مع مقدّمي الخدمات في هذه المنشآت ومع ممثلين من وزارة الصحة العامّة يعملون في خدمات العلاج بدائل الأفيونيات. وقد تمّ اعتماد الملاءمة في اختيار العينات لتحديد النساء من المنظّمات غير الحكومية، وتمّ اعتماد أخذ العينات المتعمّدة في تحديد مقدّمي الخدمات. وقد أُجريت كافة المقابلات في مقرّ هذه المنظّمات في محافظتي بيروت وجبل لبنان حيث تتوافر معظم خدمات الاستجابة لاضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان. وقد تمّ تسجيل كافة المقابلات تسجيلاً صوتياً ثمّ أفرغت التسجيلات وكُتب محتواها في نصوص تمّ ترميزها. وأجري بعدها تحليل مواضيعي استقرائي لتحديد المواضيع الرئيسية التي تمّ التوسّع فيها وتوضيحها من خلال اقتباسات حرفية مأخوذة من نصوص المقابلات.

المقدّمة

ليس هناك من معلومات كافية حول احتياجات النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان وحول تجاربهنّ مع خدمات العلاج ومع نماذج التدخّل المختلفة في السياقات السياسيّة والاجتماعيّة والثقافيّة المتنوّعة. وتشير البيانات العلميّة إلى أنّ خدمات الاستجابة الحاليّة لاضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان تواجه تحدّيات في تلبية احتياجات النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان حيث أنّ معظم هذه الخدمات مصمّمة للرجال وتمّ اختبارها لهذه الفئة. لذلك، من الضروريّ إجراء تقييم منهجيّ للاحتياجات بهدف التخطيط للبرامج ومراقبتها وتقييمها بشكل مناسب.

ومن أجل ضمان نفاذ النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان إلى خدمات مناسبة مصمّمة وفقاً لاحتياجاتهنّ، أجرينا تحقيقاً نوعياً عن تجاربهن في منشآت العلاج.

وقد تمّ تصميم هذا التقرير لتقييم احتياجات النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان واللواتي يلتمسن أو يتلقّين العلاج ولرفع الوعي حول هذه الاحتياجات. ويصف التقرير تجارب النساء في النفاذ إلى العلاج والحواجز التي يواجهونها والحواجز التي تدفع بهنّ للمشاركة في العلاج من أجل تحقيق التعافي. كما ويقوم التقرير بجمع معلومات من الأدبيّات الموضوعية في هذا المجال ومن المقابلات المعمّقة والمجموعة المركّزة التي أقيمت مع النساء اللواتي لديهن نفاذ إلى هذه الخدمات ومع مقدّمي الخدمات لهؤلاء النساء. ويتمحور هذا التقرير بشكل أساسيّ حول المواد غير المشروعة والكحول، حيث أنّ هذا هو محور "الإستراتيجيّة المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدّرات والإدمان في لبنان ٢٠١٦-٢٠٢١".

وبالتالي، فإن هدف هذا التقرير هو تحديد احتياجات النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان وتعميم التوصيات لتحسين الخدمات.

استعراض الأدبيات

ولا يزال استخدام المواد المسببة للإدمان مجرماً في لبنان (MOPH, 2017a)، ممّا يعيق النفاذ إلى العلاج، بالإضافة إلى الوصمة الكبيرة التي ترافق استخدام المواد المسببة للإدمان. وفي العام ٢٠١٦، شكّلت النساء المعتقلات في مراكز الاحتجاز بسبب استخدام المواد المسببة للإدمان حوالي ٢٪ من إجمالي الأشخاص المعتقلين لاستخدام المواد المسببة للإدمان (MOIM, 2016). وخلال الفترة نفسها، شكّلت النساء حوالي ٨٪ من مجموع الأشخاص الذين تلقوا علاجاً متصلاً باستخدام المواد المسببة للإدمان (MOPH, 2016). ومع ذلك، فإن المادة ١٩٩ من قانون المخدرات رقم ٦٧٣ لعام ١٩٩٨، تنص على إنشاء لجنة وطنية للإدمان على المخدرات برئاسة وزارة العدل هدفها توجيه الأشخاص المعتقلين بسبب استخدام المواد المسببة للإدمان نحو العلاج كبديل للسجن. ورغم أنّه قد أُعيد تنشيط هذه اللجنة في العام ٢٠١٣ إلا أنّه ليس هناك من إدراك فعلي لوجودها ولم يُحال إليها إلا عدد قليل من الحالات أي ٤٪ من مجموع الأشخاص المعتقلين (MOPH, 2017a). وفي العام ٢٠١٨، بُذلت جهود حثيثة لزيادة الوعي حول لجنة الإدمان على المخدرات، فطالب التعميم رقم ٤٠ لعام ٢٠١٨ المحامين العامّين إحالة مستخدمي المواد المسببة للإدمان "على الفور" إلى اللجنة المذكورة عند إلقاء القبض عليهم بدل من احتجازهم.

ويبدو أن الإناث في المدارس هم أقلّ ميولاً للإبلاغ عن استخدام المواد المسببة للإدمان خلال حياتهم (WHO, 2005; WHO, 2011) كما لا تتوافر بيانات كثيرة حول مدى انتشار استخدام المواد المسببة للإدمان بين الإناث في لبنان. ومع ذلك أخذت معلومات حول الموضوع من مراكز العلاج لتقييم النفاذ إلى الخدمات فتبيّن أن عدد الإناث اللواتي تلقين العلاج بين العام ٢٠١٤ والعام ٢٠١٦ ارتفع بنسبة ٣٨٪ (MOPH, 2017a). كذلك فإنّ ١٠٪ من إجمالي عدد الأسرة المبلّغ عن استخدامها لعلاج اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان مخصصة للنساء (MOPH, 2017a). وقد أشارت نتائج المسح الذي أُجري في العام ٢٠١٧ حول خدمات الاستجابة لاستخدام المواد المسببة للإدمان إلى أنّ هذه الخدمات تتمركز في محافظتين هما بيروت وجبل لبنان مع تغطية محدودة للمناطق البعيدة والنائية (MOPH, 2017b).

والغرض من هذا التقرير النوعي هو تقديم توصيات حول تصميم خدمات تلبي احتياجات النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان في لبنان وحول كيفية زيادة استعانتهم بهذه الخدمات. فمن خلال فهم العوامل التي تؤثر على قرار المرأة لالتماس العلاج، يمكن للمسؤولين عن هذه البرامج ولصانعي السياسات أخذ قرارات قائمة على الأدلة وتوفير خدمات أكثر فعالية وملاءمة للمرأة.

رغم الزيادة العالمية في انتشار اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان، يبقى النفاذ إلى العلاج ضعيفاً وغير عادل (Pinkham et al., 2012). وعادةً ما تعاني النساء اللواتي يدخلن البرامج العلاجية من مشاكل أكثر حدّة من الناحية السريرية كما ينتقلن بشكل أسرع من الرجال إلى الارتهاق إلى المواد بعد الاستخدام الأول (Greenfield, Back, Lawson, & Brady, 2010). وقد نظرت العديد من الدراسات التي تتناول الاختلافات بين الجنسين في العوائق الجندرية التي تعترض العلاج، والتي شملت: عدم توفر رعاية للأطفال أو ارتفاع كلفة هذه الرعاية، والخوف من التحرش الجنسي والخوف من فقدان حضنة الأطفال (Taylor, 2010, Elms, N., Link, K., Newman, A., & Brogly, 2018). وتختلف الدوافع التي تؤدي بالرجال والنساء إلى التماس العلاج فيما أنّ أقلّ من الدراسات فقط نظرت في اتخاذ قرار العلاج وارتباطه بالجنس (Green, Polen, Dickinson, Lynch, & Bennett, 2002; Greenfield et al., 2007; Rhodes, Gottfredson, & Hill, 2018).

وتشير بعض الدراسات إلى أنّ النساء أقلّ ميولاً من الرجال إلى مباشرة وإستكمال العلاج، في حين أنّ البعض الآخر لم يجد أي اختلاف بين الرجال والنساء. ومع ذلك فإنّ معظم المعلومات حول التعافي من الإدمان ترد من أبحاث تمّت حول الرجال (Monahan, Steinberg, Cauffman, & Mulvey, 2013; Mulvey et al., 2004). وتقبل النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان عادةً إلى العيش مع شريك يعاني من هذه الاضطرابات (Mason & O'rinn, 2014)، وهنّ يتحمّلن مسؤولية رعاية الأطفال ويعانين من قلّة الموارد كالتعليم والعمالة والدخل مقارنةً بالرجال (Lee et al., 2017). بالإضافة إلى ذلك، تعاني هؤلاء النساء من ارتفاع مستوى الصدمات المرتبطة بالأذى الجسدي والجنسي مقارنةً بالرجال ومن اضطرابات نفسية مصاحبة أكثر، خاصةً اضطرابات ما بعد الصدمة واضطرابات المزاج والقلق الأخرى (Cohen Cohen & Hien, 2006, Polcin, Nayak & Blacksher, 2008).

ووفقاً للتقرير العالمي حول الفجوة بين الجنسين لعام ٢٠١٨، يُعدّ لبنان من بين الدول الأربعة الأسوأ أداءً في هذا المجال حيث أنّ مستوى الفجوة بين الجنسين يصل إلى ٩٧٪ (World Economic Forum, 2018). وفيما حققت المرأة اللبنانية تقدماً كبيراً في مجالي الصحة والتعليم، إلا أنّ العوائد الاقتصادية لتعليمها وخبرتها الوظيفية لا تزال متدنيةً (World Economic Forum, 2017). علاوةً على ذلك، تواجه المرأة اللبنانية عوائق اجتماعية وثقافية وهيكلية أخرى مرتبطة بالمواقف والسلوكيات تقف في وجه تقدّمها الوظيفي. وتشمل هذه العوائق الآراء التقليدية، وتوقعات المجتمع من المرأة، والمواقف الأبوية، والثقافة المحبّدة للرجال المنتشرة في الشركات، والتصور الخاطئ أنّ المرأة لا يمكنها الالتزام، واستبعاد المرأة من الشبكات، وعدم وجود آليات دعم للمرأة داخل الشركات (Jamali, Sidani & Safieddine, 2005; Latif & Helou, 2015).

بالإضافة إلى ذلك، تتعرض النساء في لبنان لخطر العنف في مكان العمل من قبل زملائهنّ من الرجال كما لا يوفر النظام القانوني اللبناني أي أدوات لرصد انتهاكات المساواة بين الجنسين (Avis, 2017).

تحديد المشاركات

إنّ العينة التي استُخدمت في هذه الدراسة قائمة على الملائمة وتضمّ ١٧ امرأةً يتلقين خدمات العلاج لاستخدام المواد المسبّبة للإدمان من ٤ منظمات غير حكومية. وقد أُجري نقاش مع مجموعة مركّزة (focus group) استغرق ٤٥ دقيقة مع ١٠ مشاركات، فيما أُجريت مقابلات معمّقة بمعدّل ٣٠ دقيقة مع المشاركات السبع المتبقّيات.

وقد سهّلت المنظمات غير الحكومية الشريكة عملية تحديد المشاركات عن طريق إعلام النساء اللواتي يتلقين خدمات العلاج بهذه الدراسة. وبعد أن تمّ تحديد المشاركات حُدّدت مواعيد للمقابلات في مقرّات هذه المنظمات. وقد عُقد نقاش واحد مع مجموعة مركّزة (focus group) في مركز لإعادة التأهيل الداخليّة حيث اعتادت النساء، من خلال برنامج إعادة التأهيل الممتدّ على تسعة أشهر، على مناقشة تجاربهنّ ضمن المجموعة. أمّا النساء اللواتي يتلقين الرعاية الخارجيّة فقد رفضن المشاركة في المجموعة المركّزة مع نساء أخريات لا يعرفهنّ. ولم تتمّ مقابلة النساء الموجودات في السجن أو الخاضعات لعلاج لإزالة السموم.

علاوةً على ذلك، قمنا بتحديد عينة هادفة من ممثّلين عن برامج علاج (بعدد ٦) لإجراء مقابلات معمّقة. ويمثّل هؤلاء المشاركون: مركزاً للعلاج الخارجيّ (عدد = ١)، مركزاً للحدّ من الضرر (عدد = ١)، منشأة إعادة تأهيل داخليّة (عدد = ٢) ووزارة الصحة العامة (عدد = ٢). وقد تمّ الاتصال بمنشآت العلاج لإعلامها بالدراسة فقام كلّ منها بتسمية الشخص الأنسب للمشاركة في الدراسة. وقد دامت كلّ مقابلة معمّقة ٢٠ دقيقة كمعدّل عام.

وقد أُجريت كافة المقابلات والمجموعة المركّزة (focus group) في شباط ٢٠١٩ في محافظتين هما بيروت وجبل لبنان، حيث تتمركز أغلبية الخدمات (MOPH, 2017b). وقد وضعت أدلّة لجمع البيانات لغرض هذه الدراسة فطُور دليل لإدارة المجموعة المركّزة ودليل لإجراء المقابلات مع النساء المشاركات في الدراسة ودليل لإجراء المقابلات مع ممثّلي البرامج العلاجيّة. وقد تُرجمت كافة هذه الأدوات الدراسيّة إلى اللّغة العربيّة وخضعت للإختبار من خلال تجربتها مع موظّفين في وزارة الصحة العامة فتتمّت مراجعتها مرّة أخرى بعد إجراء المقابلات الأولى.

الموافقة الأخلاقيّة

مُنحت الموافقة الأخلاقيّة لإجراء هذه الدراسة من قبل مجلس مراجعة البحوث الاجتماعيّة والعلوم السلوكيّة في جامعة القديس يوسف في بيروت. كما وتمّ الحصول على الموافقة المستنيرة من كافة المشاركات اللواتي حافظن على سرّيّة هويّاتهنّ من خلال عدم تسجيل أي معلومات تسمح بالتعرّف عليهنّ. وقد ضمن تحديد المشاركات عبر المنظمات غير الحكوميّة عدم نفاذ الباحثين من وزارة الصحة العامة إلى أي معلومات شخصيّة للمشاركات. كما وتمّ تقديم مساهمة ماليّة لتغطية رسوم النقل لكافة المشاركات.

لمحة عن المشاركات

إنّ النساء اللواتي تمّت مقابلتهنّ هنّ لبنانيّات، وأغلبيتهنّ من مستخدمي الهيروين. واحدة من بينهنّ تتلقّى العلاج بسبب اضطراب تعاطي الكحول واثنان لديهما أطفال. تبلغ كافة المشاركات أكثر من ١٨ عاماً وهنّ على تواصل مع مراكز علاجهنّ لأكثر من عام ويتلقين حالياً خدمات العلاج.

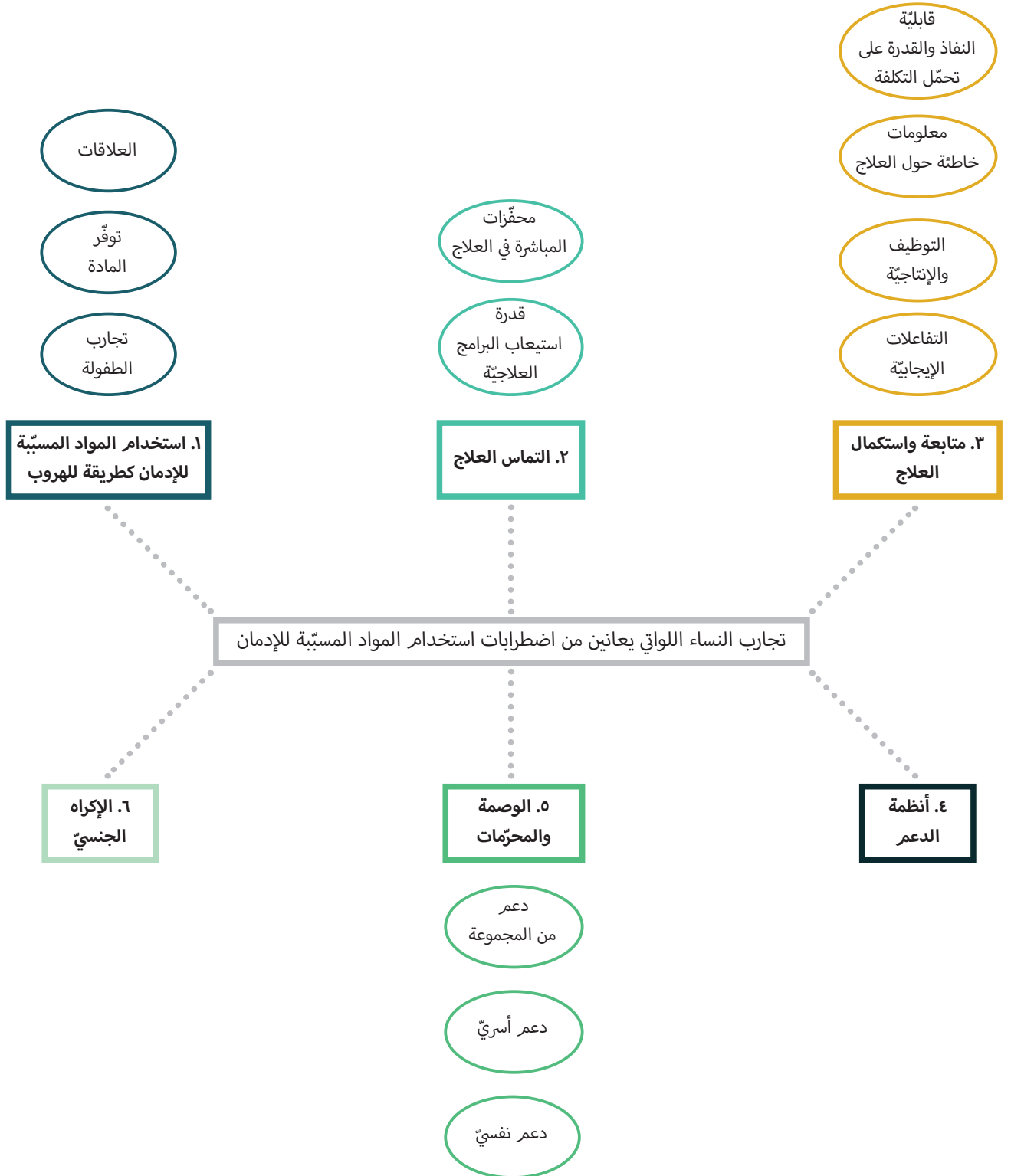
أمّا بالنسبة إلى المنظمات المزوّدة للخدمات فمنظمة واحدة لديها خدمات علاج خارجي وداخلي واثنان لديهما خدمات خارجيّة فقط، واحدة هي مركز استقبال من دون موعد والأخيرة لديها خدمات إعادة تأهيل داخليّة. وتقدّم كافة هذه المنظمات العلاج المدعوم، أي بتكاليف مخفّضة، وجميعها متمركزة في بيروت وجبل لبنان.

تحليل البيانات

تمّ تسجيل كافة المقابلات والنقاشات في المجموعة المركّزة تسجيلاً صوتياً ثمّ أُجري تفرّغ التسجيلات وكتابة محتواها بشكل حرّفي باستثناء مقابلتين معمّقتين تمّ فيهما تدوين الملاحظات فحسب. واستُخدم التحليل المواضيعيّ الاستقرائيّ لتحليل محاضر المقابلات واستخلاص المعاني من التفاعلات مع المشاركات (Brown, Clarke, 2006).

وقد تمّ ترميز النصوص المكتوبة يدويّاً بواسطة ثلاثة باحثين لضمان التناسق. واستُخدم الترميز الأوّلي والمحوري لتجميع البيانات ممّا أدّى إلى تحديد أنماط بارزة وأفكار متكرّرة سمحت بتحديد مواضيع ومواضيع فرعيّة. وقد خضعت المواضيع الرئيسيّة التي تمّ تحديدها إلى تحليل إضافيّ لضمان أن تعكس كافة الرسائل التي برزت من خلال المقابلات. وقد أُدرجت هذه المواضيع في القسم المخصّص للنتائج في هذه الدراسة وتمّ دعمها باقتباسات حرفيّة.

الشكل ١. خريطة للمواضيع التي برزت في تجارب النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان في لبنان



١. استخدام المواد كطريقة "للهرب"

"نعتقد أن المخدرات تساعدنا على الهروب ونسيان مشاكلنا ولكننا بدلاً من ذلك نخلق مشاكل أكبر لأنفسنا".

[المشاركة رقم ٣، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

تصف غالبية النساء استخدام المواد المسببة للإدمان على أنها شكل من أشكال "الهرب" من كافة أنواع المشاكل والتوترات الهائلة في حياتهن. وقد ذكرت النساء العلاقات والعمل وتجارب الطفولة وحتى الاكتئاب على أنها من مثيرات استخدام المواد المسببة للإدمان.

وقد تمّ تحديد مشاكل العلاقات، سواء الطلاق أو الانفصال، التي واجهتها النساء كمثيرات رئيسية لاستخدام المواد المسببة للإدمان. على سبيل المثال، وصفت إحدى المشاركات كيف أدى بها الضيق العاطفي الذي أحسّت به بعد انفصالها إلى الانتكاس:

"كنت قد توقفت عن استخدام الهيروين منذ ٣ سنوات ثمّ انتكستُ لمدة ٥ أشهر لأنّ صديقي سافر وكنت مكتئبة. وعندما توقفت عن [الاستخدام] عانيت من عوارض الانسحاب وتوقفت بعدها. ولم أعد أفكر في الأمر".

[المشاركة رقم ٤، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

كذلك تعتبر بعض المشاركات أنّ تجارب الطفولة، بما في ذلك الإساءة والنزاعات الأسرية، مرتبطة باضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان. وغالباً ما تمّ ذكر الطلاق كمثال من قبل المشاركات كما وذكرت مشاركتان سوء معاملة الأطفال وإهمالهم على أنها من مثيرات الاستخدام:

"يرتبط استخدام المواد المسببة للإدمان بمشاكل نفسية تعاني منها المرأة ويمكن أن تكون هذه المشاكل قد بدأت أثناء طفولتها".

[المشاركة رقم ٥، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

وكرسالة رئيسية ذكرت المشاركات أنّ عدم القدرة على التعامل مع الصدمات السابقة والتوتر بطريقة صحيحة يزيد من احتمال استخدام المخدرات:

"على الرغم من أنّه من الممكن لأي شخص أن يجرب المخدرات، إلا أنّ الشخص الذي لديه حاجة لا واعية للمخدرات يعلق في شباكها".

[المشاركة رقم ٢، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

وقد ذكرت أربع مشاركات توافر المواد غير المشروعة وسهولة النفاذ إليها في محيطهنّ المباشر. وقد سهّل هذا التوافر المرتبط بضغط الأقران بالنسبة إلى امرأتين منهما استخدام المواد المسببة للإدمان:

"إن توقّر المادة في محيطك وقدرة النفاذ إليها يلعبان دوراً مهماً".

[المشاركة رقم ٢، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

٢. إلتماس العلاج والمباشرة به

عندما سُئلت المشاركات عن بعض الحوادث أو المواقف التي شجعتهنّ على التماس العلاج، ذكرت كافة المشاركات اللواتي لديهنّ أطفالاً أنّ أطفالهنّ كانوا سبباً رئيسياً في هذا القرار. فذكرت مشاركتان لديهما أطفال أنّهما كانتا تخشيان خسارة حضانه أطفالهما بسبب استمرار استخدامهما للمواد المسببة للإدمان خاصة وأنّ هذا قد يُعتبر سوء معاملة وإهمالاً للأطفال. والأهمّ من ذلك أنّ المرأتين خشيتا إيذاء أطفالهما تحت تأثير المادّة، كما قالت إحداهما:

"في إحدى المرّات كنتُ في حالة سكر عندما ذهبْتُ لأجلب الأطفال من المدرسة. وعلى الطريق غفوتُ خلف المقود وكُنّا على وشك أن نتعرّض لحدث سير. أنا لا أذكر هذه الحادثة حتى يومنا هذا لأنني لم أكن واعية.... لكنني فهمتُ أنّني كنتُ أعرّض أطفالنا للخطر وأنني قد أفقدتهم".

[المشاركة رقم ١، مقابلة، امرأة تعاني من مع إدمان على الكحول]

ولكن بالنسبة إلى هذه المرأة، على الرغم من أنّ سلامة أطفالها كانت الدافع وراء التماسها للعلاج، إلا أنّ وجود الأطفال منعها من التماس العلاج الداخلي:

"ذهبْتُ إلى [مركز إعادة التأهيل]... وأوضح لي الموظفون أنّ لديهم برنامج علاج داخليّ يمتدّ على عام وتيّف، وأنّه خلال هذا الوقت لا يُسمح لي بالزوار إلا بعد إكمالي [الأشهر الثلاثة الأولى من البرنامج] حيث تُسمح الزيارات يوم الأحد... ولأنّ حالتي كانت حادّة، نُصحت بالعلاج الداخليّ ولكنني رفضتُ لأنّ لديّ ابنتان".

[المشاركة رقم ١، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الكحول]

أمّا المشاركات اللواتي ليس لديهنّ أطفال فقد ذكرن أموراً مختلفة كشعورهنّ "بالاصطدام بالحائط". ففي المجموعة المركزة، وصفت نساء مختلفات "الوصول إلى القعر" بعد أن شعرن بالخجل وعدم الرضا عن الحياة وفقدان الأصدقاء وفقدان دعم الأشخاص المهمّين في حياتهنّ. ووصفت إحدى المشاركات كيف شكّل خطر دخول السجن نقطة تحوّل بالنسبة إليها بعد أن أقنعتها محاميها بالتماس العلاج كبديل عن السجن.

وكان العائق أمام مباشرة العلاج هو قدرة الاستيعاب المحدودة في المنشآت العلاجية. وشكّل هذا التأخير في تلقّي العلاج مصدر قلق بالنسبة إلى امرأتين شعرتا بعدم الاستقرار خلال فترة الانتظار، وبالتالي بخطر تناول جرعة زائدة بشكل أكبر. ووصفت إحداهما ذلك كالتالي:

"اتّصلتُ بالعديد من الجمعيات ولكن لم يكن في أيّ منها مكان لي لذلك اضطررت إلى الانتظار حتى شهر آب لكي أدخل المستشفى. في غضون ذلك، كنتُ أستخدم المخدرات (لمدة ٤ أو ٥ أشهر) ممّا كان خطيراً جداً [بسبب خطر تناول جرعة زائدة]."

[المشاركة رقم ٦، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

٣. متابعة العلاج واستكمالها

برز العمل كعاملاً مهماً بالنسبة إلى بعض النساء. ووصفت إحدى النساء كيف جعلها عملها تشعر بالإنتاجية مما شجّعها على متابعة العلاج والبقاء بعيداً عن المخدرات. فالشعور بأنها عادت واندمجت في المجتمع كان محفزاً هاماً بالنسبة إليها كما أنّ عدم وجود جنابات في سجلها العدلي، على عكس [المشاركة رقم ٢، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]، سهّل عملية التعافي.

”أنا أعمل على الصندوق في سوبر ماركت منذ حوالي ٨ أشهر. يدخل الزبائن فيلقون عليّ التحية كلّ يوم. لقد ساعدني العمل كثيراً. أشعر أنّ نصف إعادة التأهيل نجحت بفضل وظيفتي. أشعر بالإنتاجية. أشعر أنّي جزء من المجتمع وأنني أحصل دخلاً لي“.

[المشاركة رقم ٢، مقابلة، امرأة تعاني من إدمان على الهيروين]

في المقابل، أعربت امرأة أخرى عن شعورها بالإحباط واليأس لعدم قدرتها على العثور على عمل لإعالة نفسها. فغياب أي مصدر للدخل أجبرها على الاعتماد على أستها لتمويل علاجها مما جعلها تشعر بأنها عالقة في مكانها، كما لو كانت غير قادرة على العيش بشكل طبيعي. وقد عبّرت هذه المرأة عن عدم قدرتها على العثور على مكان عمل يقبل توظيفها بسبب جنحها السابقة المتعلقة باستخدام المواد المسببة للإدمان:

”أنا لم أعمل لفترة طويلة ولا أستطيع العثور على عمل. [هذا مردّه إلى أنه] تمّ إلقاء القبض عليّ في الماضي“.

[المشاركة رقم ٣، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

ومن الأبعاد الإضافية التي تؤثر على متابعة العلاج هو إمكانية النفاذ إلى المؤسسات العلاجية، وخاصةً إلى الأدوية. وقد أشارت عدّة مشاركات إلى أنّ بُعد المسافة وكلفة النقل وتكلفة الأدوية ومواعيد عمل المؤسسات هي من الحواجز التي تعيق متابعة العلاج. وتشكّل هذه الأمور تحدياً كبيراً في مواصلة العلاج بالنسبة إلى النساء ذات الدخل المنخفض واللواتي يعملن وفق مواعيد عمل غير مرنة. وقد ذكرت إحدى المشاركات هذه الحواجز المحتملة كما يلي:

”أنا أعمل في فترة بعد الظهر حتى أتمكّن من الحضور إلى المركز في الصباح إلا أنّ الأخريات تضطرن إلى أخذ يوم عطلة من العمل للذهاب إلى المركز والمستشفى“.

[المشاركة رقم ٢، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

كذلك أعرب كافة ممثلي مراكز العلاج الثلاثة عن قلقهم إزاء إمكانية النفاذ. فوفقاً لهؤلاء، تُعتبر تكلفة النقل العائق الرئيسي أمام النساء في سعيهنّ للتماس العلاج. وينطبق هذا بشكل خاصّ على النساء اللواتي يسكنن بعيداً عن مراكز العلاج التي تتركز بمعظمها في محافظتي بيروت وجبل لبنان.

وقد ذكرت إحدى المشاركات ارتفاع تكلفة العلاج الشهرية بأكثر من الضعف في المركز الذي كانت تزوره في سياق التحديات التي تواجه النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان:

”يعاني المركز من مشاكل مالية وكان على وشك الإغلاق. وكانوا في السابق يأخذون ظروفنا المالية في الاعتبار، لذا اعتدنا أن أدفع ٤٠,٠٠٠ ليرة لبنانية في الشهر [وهو مبلغ مدعوم]. لكنّ الآن على الجميع أن يدفع ١٠٠,٠٠٠ ليرة لبنانية في الشهر (٢٥,٠٠٠ ليرة لبنانية في الأسبوع). لكنني أفهم أنهم بحاجة أيضاً إلى كسب لقمة العيش“.

[المشاركة رقم ٢، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

بالإضافة إلى ذلك، ذكرت بعض النساء أنّ المراكز التي تتمتع بموظفين محترفين وودودين جعلتهنّ يشعرن بالراحة عند زيارة المركز. فالمعاملة النزيهة واللطيفة مهمة كما ذكرت إحدى المشاركات:

”على عكس المراكز الأخرى، فإنّ الموظّفين هنا طيّبون ويعاملوننا بلطف ويقومون بدعمنا. أعتقد أنّ الخدمات المقدّمة هي نفسها في جميع المراكز ولكن العاملين هنا هم سبب نجاح المركز“.

[المشاركة رقم ٢، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

ومن التحديات التي ذكرتها إحدى المشاركات هو عدم فهمها لمسيرة العلاج التي كانت تتلقاه. ولأنّها لم تكن مدركةً للتأثيرات، عانت من الانتكاس بعد أن اقلعت عن تناول الأدوية المضادة للاكتئاب بمجرد شعورها بالتحسن. وتلوم مقدّم الخدمة، وهو طبيبها في هذه الحالة، على عدم تزويدها بالمعلومات حول العلاج:

”قررتُ (من تلقاء نفسي) أنّني بصحة جيّدة فتوقّفتُ عن تناول الدواء. الآن فهمتُ أنّ هذا كان خطأ وأنصح الآخرين عدم القيام بما قمّتُ به [لأنّ] إيقاف الدواء سبّب لي الانتكاس... لم يشرح لي الطبيب الآثار المترتبة على توقيف الدواء“.

[المشاركة رقم ١، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الكحول]

٤. أنظمة الدعم

”عندما لا تكون بوعيك، لا تفكر في التماس العلاج لكنّ الأشخاص الذين يهتمون لأمرك هم من يفكر في ذلك“.

[المشاركة رقم ١، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الكحول]

يبرز هذا الاقتباس الأهمية التي يوليها من يعاني من الإدمان لوجود نظام دعم يدفعه لمباشرة العلاج ومتابعته واستكمالها. ومصادر الدعم بالنسبة إلى النساء اللواتي يعانين من استخدام المواد المسببة للإدمان هي الأسرة، والأقران في العلاج الجماعي، والأخصائيون في مجال الصحة النفسية، وبالنسبة إلى بعضهنّ شركاؤهنّ العاطفيون.

وناقشت غالبية المشاركات مسألة أسرهم في هذا القسم؛ حيث أنّ بعضهنّ يحصل على الدعم من أسرهنّ في حين أنّ البعض الآخر لا يتوفّر له ذلك. فالأسرة الداعمة هي الأسرة التي تشجّع النساء على التماس العلاج ومتابعته من خلال توفير الدعم العاطفي والمادي. ويتضمّن الدعم الماديّ الدعم الماليّ للمرأة لمساعدتها على دفع تكاليف العلاج والأدوية والنقل.

وفي إحدى المقابلات، وصفت امرأة كيف أنّ زوجها هو من شجّعها على التماس العلاج، فدعمها مالياً وأشرك نفسه في مسيرة العلاج:

”عندما بدأتُ العلاج دعمني زوجي كثيراً... فذهب معي وطلب أن يحصل على معلومات عن العلاج. كان يطلب لي سيّارات الأجرة لأنني لم أكن قادرةً على القيادة في ذلك الوقت أو كان يصطحبني بنفسه... [أحياناً] كان أطفالي يأتون مع والدهم ليعودوا بي إلى المنزل وكانوا يقومون بواجباتهم الدراسية في السيارة أثناء انتظارهم لي“.

[المشاركة رقم ١، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الكحول]

”في مجتمعنا، تُعتبر المرأة التي تستخدم المخدرات فاشلة“.
[المشاركة رقم ٢، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

كذلك ناقش كافة ممثلو المنظمات الذين تمّت مقابلتهم مسألة المحرّمات والوصمة كعوامل أساسية تُلحق الضرر بالنساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان. وناقش ممثلو المنظمات كيف يخلق المجتمع الأبويّ في لبنان وصمة عار بالنسبة إلى النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان. فيتّم ممارسة ضغوط اجتماعية كبرى على النساء لدفعهنّ إلى التصرف بطرق معيّنة ”مقبولة“ و”محتشمة“ وعندما ترفض النساء الانصياع إلى هذه القواعد يتمّ نبذهنّ كما ذكر أحد ممثلي المنظمات:

”المجتمع لا يسامح النساء اللواتي يستخدمن المخدرات والنساء يخشين السمعة السيئة“. [ممثل عن منظمة رقم ١].

اتفقت جميع المنظمات على أنّ الأمر عادةً ما تتردّد في تشجيع النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان على التماس العلاج خوفاً على سمعتها بسبب وصمة العار التي تحيط بالمرأة:

”لا تقبل الأسر الإناث اللواتي يستخدمن المواد المسبّبة للإدمان لأنهنّ يسئن إلى سمعة الأسرة“. [ممثل عن منظمة رقم ٢].

وذكر ممثل إحدى المنظمات أنّ وصمة العار المحيطة بالمرأة التي تعاني من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان تدفع بالنساء إلى التماس العلاج بشكل أقلّ من الرجال. وعندما تلتبس النساء العلاج عادةً ما يكنّ من مستخدمات المواد المسبّبة للإدمان بكثافة. كذلك أشارت المنظمات إلى أنّ النساء في رعايتهنّ هنّ أكثر عرضةً من الرجال للمشاكل النفسية ويتطلّبن رعايةً نفسيةً مكثّفة.

”يتّم إدخال بعض المرضى من قبل أسرهم. و حالات هؤلاء المرضى عادةً ما تكون خطيرةً ومتطورة. وعادةً ما يقوم الأقارب بإدخال أعضاء الأسرة إلى العلاج كملاذ أخير“. [ممثل عن منظمة رقم ٤].

وكمعدّل وسطيّ، تبلغ نسبة النساء من المستخدمين الذين يلتبسون العلاج في المنظمات التي أُخذت عينات منها ١٠ إلى ٦١٥٪. وكان هناك إجماع بين كافة المنظمات على أنّ هذه الأرقام منخفضة وتعكس إجماع النساء عن التماس العلاج.

٦. الإكراه الجنسي وتشويه النساء

”عندما تكون المرأة تحت تأثير المخدرات، يحاول الكثيرون استغلالها جنسياً. وهذا كثيراً ما يحدث“.

[المشاركة رقم ٦، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

وبرزت المطالبة بالجنس مقابل المواد المسبّبة للإدمان في تجارب أغلبية النساء اللواتي تحدّثن إلينا. فأعطين على وجه التحديد أمثلةً على استغلال تجار المخدرات للنساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان:

”يتّم استغلال النساء في مواقف معيّنة (على سبيل المثال، إذا لم يكن لديهن مال لدفع ثمن المخدرات). قد يُطلب منهنّ استغلال أجسادهنّ أو بيع المخدرات

وعلى عكس ذلك، أشار أحد ممثلي مراكز العلاج إلى أنّ التحديّ المشترك بين النساء الموجودات في رعاية المركز أنهنّ على علاقة عاطفية بأشخاص يستخدمون المواد المسبّبة للإدمان. كذلك، فإنّ معظم الشباب الموجودين في هذا المركز على علاقة بنساء يعتقد ممثل المركز أنهنّ قد يكنّ أيضاً يستخدمن المواد المسبّبة للإدمان.

وذكرت امرأتان أنّ الجلسات الجماعية المنظمة، التي تُعقد في المنظمات غير الحكومية، هي مصدر تشجيع للنساء للبقاء بعيداً عن المواد المسبّبة للإدمان. على الرغم من أنّ إحداها كانت تتحدّث عن مجموعة دعم في إطار برنامج علاج خارجيٍّ والأخرى عن مجموعات الدعم في إطار برنامج إعادة تأهيل داخليٍّ، إلّا أنهما كانتا متفقتين على أنّ هذه المجموعات طريقة جيّدة لتبادل التجارب وللتعرّف على أشخاص يعانون من صعوبات مماثلة:

”نحن نساعد بعضنا البعض“. [المجموعة المركّزة ١ focus group]

بالإضافة إلى الموظفين المحترفين والودودين المذكورين في القسم السابق، فإنّ غالبية النساء اللواتي تمّت مقابلتهنّ ذكرن أنّ المعالجين والأطباء النفسيين في المنظمات غير الحكومية التي التمسن فيها العلاج شكّلوا مصدر دعم مهمّ بالنسبة إليهنّ. فمناقشة تجاربهنّ والتأمّل فيها مع أخصائيين مدربين ساعدتهم على التعافي:

”لقد ساعدتني الطيبة النفسية هنا كثيراً. ساعدتني أن أفهم كيف ولماذا وصلتُ إلى هذه المرحلة التي أنا فيها“.

[المشاركة رقم ٣، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

٥. وصمة العار والمحرّمات

لقد برز موضوع ”وصمة العار“ في كافة المقابلات كما ذُكر أيضاً في المجموعة المركّزة التي أُجريت كجزء من هذا المشروع. فعلى المستوى المجتمعيّ، لاحظت المشاركات أنّ المعايير الاجتماعية والمحرّمات والوصمة تضرّ بالصحة النفسية للنساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان وتؤثّر سلباً على فرصهنّ في التماس العلاج.

وأشارت النساء إلى أنّ موضوع استخدام المواد المسبّبة للإدمان لا زال يُعدّ من المحرّمات ممّا يعني أنّه نادراً ما تتمّ مناقشته في العلن. وأقامت بعض المشاركات ريباً بين أثر المحرّمات وعدم مناقشة استخدام المواد المسبّبة للإدمان في وسائل الإعلام الرئيسية بينما ذكرت بعضهنّ نقص المعرفة حول الموضوع في المدارس. وذكرت إحدى المشاركات عدم فهم أهلها للمسألة وأشارت إلى وسائل الإعلام كوسيلة لتغيير الأعراف الاجتماعية:

”الحملات الإعلامية على التلفزيون هي وسيلة للوصول إلى الأهالي والمساعدة على تغيير الأفكار“.

[المشاركة رقم ٦، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

وذكرت النساء أنهنّ يشعرن بوصمة كبيرة ليس فقط بسبب استخدام المواد المسبّبة للإدمان الذي يُلحق الوصمة بأي شخص أصلاً بل أيضاً لأنهنّ نساء لا يلبّين توقّعات المجتمع منهنّ. ويؤدّي الوضع الاجتماعيّ وصورة المرأة في المجتمع إلى شعور هؤلاء النساء ”بوصمة عار مزدوجة“. كذلك أشارت النساء إلى أنّ المجتمع يقاوم الاعتراف بهنّ:

للحصول على المادة".
[المشاركة رقم ٢، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

"يتوقع تجار المخدرات شيئاً مقابل المخدرات كالمال أو غرض قيم أو الجنس".
[المشاركة رقم ٣، مقابلة، امرأة تعاني من الإدمان على الهيروين]

علاوةً على ذلك، كان الشعور بالوصمة والتشويه جزءاً من تجارب النساء اللواتي التمسن العلاج، وعلى وجه التحديد، العلاج ببدائل الأفيونيّات. وقد ذكرت ثلاث نساء شعورهنّ بعدم الارتياح عند الذهاب لتحصيل أدوية العلاج بسبب نظرات الرجال المحدقة لهنّ وشعرت هؤلاء النساء بأنّ المجتمع يحكم عليهنّ لكونهنّ من مستخدمي المواد المسببة للإدمان بسبب وصمة العار المرافقة لذلك. كذلك شعرن بالتشويه لأنّ الاعتقاد السائد هو أنّ المرأة التي تستخدم المواد المسببة للإدمان غير نقيّة وبالتالي قد تبيع جسدها لقاء المادة.

وفيما يتعلّق بالوصمة، أُكِّدَت النساء اللواتي يلتمسن العلاج على أهميّة التفاعلات في مراكز العلاج. فالشعور بالاحترام والتمكين الإيجابي من قبل الموظّفين قد شجّعهنّ على العودة إلى المركز. من ناحية أخرى، فإنّ المعاملة السيئة والشعور بالوصم وعدم الاحترام من جانب الموظّفين يثني النساء عن طلب العلاج. وفي تحقيقات سابقة، تمّ التأكيد على أنّ سوء المعاملة عائق أساسي يقف في وجه التماس العلاج وأوصي ببناء بيئة "متعاطفة" تهدف إلى تشجيع النساء على التماس العلاج (Wechsberg et al., 2015; Otiashvili et al., 2015).

بالإضافة إلى ذلك، ذكرت النساء اللواتي يذهبن لتحصيل العلاج بدائل الأفيونيّات على وجه التحديد أنهنّ يشعرن بأنّ الرجال في هذه الأماكن الذين كانوا أيضاً آتّين لتحصيل العلاج يقومون بإطلاق الأحكام عليهنّ.

وتبيّن أنّ القدرة على تحمّل التكاليف وإمكانية النفاذ إلى منشآت العلاج من الحواجز الرئيسيّة التي تقف في وجه النساء في سعيهنّ للحصول على العلاج. والقدرة على تحمّل التكاليف مرتبطة بالقدرة على دفع تكاليف العلاج وتحمّل تكاليف النقل إلى المنشأة العلاجية (Green, 2006). وعلى الرغم من أنّ المنظمات غير الحكومية تقدّم العلاج والأدوية بأسعار مدعومة، إلا أنّ بعض النساء، خاصّةً من ينتمي بينهنّ إلى بيئة فقيرة أو لا يتمتّعن بأيّ دعم، يعانين لتغطية هذه التكاليف. ومن المرجّح أنّ تكون الموارد الماليّة عائقاً أمام النساء لأنهنّ يعتمدن عادةً على شركائهنّ العاطفيّين أو أسرهنّ للحصول على الدعم الماليّ (Brady and Ashley, 2005; Greenfield et al., 2007; Otiashvili et al., 2015). علاوةً على ذلك، بما أنّ المراكز الرئيسيّة لعلاج استخدام المواد المسبّبة للإدمان تقع في بيروت وجبل لبنان، قد يكون من الصعب على بعض النساء الوصول إليها بتكلفة منخفضة. فتمرّك منشآت العلاج في مناطق معيّنة هو شكل من أشكال الظلم الاجتماعيّ حيث يُقلّل ذلك من احتمالية نفاذ النساء خارج هاتين المحافظتين إلى هذه الخدمات (MOPH, 2017b). بالإضافة إلى ذلك، ذكرت النساء في الدراسة، ولا سيّما العاملات منهنّ، كيف يمكن أن يكون النفاذ إلى الخدمات صعباً خلال ساعات العمل العادية.

وحَدّد Lal & Deb & Kedia العوامل غير المتأثّرة بالجنس التي تؤدّي إلى تحسين نتائج العلاج ومواصلة الأشخاص للعلاج (٢٠١٥). وتشمل هذه العوامل القدرة على تحمّل تكاليف الخدمات، والتوظيف، والإحالة من النظام القضائي، ووجود أقلّ للمضاعفات السيريّة (Lal, Deb & Kedia, 2015). وظهرت كلّ هذه العوامل في المقابلات بطريقة أو بأخرى. وللتوظيف والعمل بشكل خاصّ أثر إيجابي على المشاركات حيث أنّه يُشعرهنّ بالاندماج في المجتمع مما يُجَدّد شعورهنّ بالقيمة. ويؤثّر التوظيف أيضاً على قدرة المرأة على تحمّل تكاليف العلاج الماليّة التي كما ذُكر سابقاً قد تكون من التحديات. في الوقت نفسه، يمكن أن يحدّ وجود جنابات على السجل العدليّ ونقص المهارات الوظيفيّة من قدرة النساء على تحصيل فرصة عمل (Kirtadze et al., 2015).

سمحت هذه الدراسة للنساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان بالتحدّث عن التجارب والتحديات التي يعشنها في لبنان. وقد أبرزت النتائج وجود عوائق تحول دون التماس العلاج ومتابعته على مستويات متعدّدة. وتشير التقديرات إلى أنّ ما بين ١٠ و ١٥٪ من الموجودين في مراكز علاج استخدام المواد المسبّبة للإدمان التي شملتها عيّنة الدراسة هم من النساء، وهي نسبة مشابهة للنسب التي سُجّلت في دول أخرى من المنطقة (Sabry, 2017). على الرغم من أنّ النساء هنّ أقلية، إلا أنّ هناك اعتبارات فريدة بهنّ.

وأشارت الدراسة إلى أنّ وصمة العار تجاه مستخدمات المواد المسبّبة للإدمان وهو موضوع متقاطع، تعيق ميسر تعافي النساء. وتواجه النساء ضغوطاً للالتزام بالمعايير الاجتماعية والجنديّة الصارمة. وفي الثقافة العربيّة التقليديّة الأبويّة تسعى الأسر إلى الحفاظ على سمعتها الطيبة للاحتفاظ بإمكانها الاجتماعية. فالمكانة الاجتماعية العالية تعني الحصول على خدمات ومعاملة تفضيليّة، وربما الأهمّ من ذلك، السماح للشابات والشبان الاقتران بأسر ميسورة أخرى وذات مكانة عالية في المجتمع. والزواج أمر ضروريّ بالنسبة إلى النساء لأنّه يتيح لهنّ الاضطلاع بأهم الأدوار الاجتماعيّة: أي دورهنّ كزوجات وأمّهات (Lal, Deb & Kedia, 2015; Otiashvili et al., 2015). لذلك فاستخدام المرأة للمواد المسبّبة للإدمان هو بمثابة انتحار اجتماعي. فهي لا تجلب العار لأسرتها فحسب بل تؤكّد على أنّها غير ملائمة لأن تكون زوجة لرجل من عائلة "محترمة"، أو أمّاً لأبنائه (Lal, Deb & Kedia, 2015; Otiashvili et al., 2013). وفي هذا الإطار يشير تحليل أجري في جورجيا حول العوائق التي تحول دون التماس النساء العلاج إلى أنّ التوقّعات الاجتماعية تؤدّي إلى زيادة الوصم الذاتيّ وتقلّص احترام النساء لذاتهنّ حيث يعتبرن أنفسهنّ فاشلات (Otiashvili et al., 2013).

وتؤثّر ضرورة حماية سمعة الأسرة على قرار المرأة التماس العلاج. وقد توافقت جميع المنظمات على أنّ الأسر عادةً ما تتردّد في دعم النساء لالتماس العلاج ولا تدفعنّ نحوه إلا كملاذ أخير. ويمكن تفسير هذا الإحجام عن طلب العلاج على أنّه محاولة لحماية سمعة الأسرة لأنّ الزيارات المنتظمة لمنشآت العلاج قد تزيد من احتمال التعرّف على ابنتهم (Kirtadze et al., 2015). وبما أنّ كافة النساء قد سلّطن الضوء على أهميّة أنظمة الدعم في دفعهنّ لالتماس العلاج، فإنّ نقص الدعم الأسريّ يمكن أن يعيق عملية التعافي بشكل كبير.

وبالمثل، سلّطت النساء اللواتي يستخدمن المواد المسبّبة للإدمان من جورجيا الضوء على الدور الحاسم الذي تلعبه العائلة والشركاء العاطفيين في تشجيعهنّ أو إعاقة التماسهنّ للعلاج (Kirtadze et al., 2015). وقد يفسّر التأخر في التماس العلاج، بسبب نقص الدعم الأسري والخوف من العزلة الاجتماعية بسبب وصمة العار، ما أفادت به المنظمات بأنّ النساء اللواتي يأتين لالتماس العلاج عادةً ما يكتنّ باستخدام المواد المسبّبة للإدمان بشكل أكثر من غيرهنّ.

وفي الدراسة التي أجريتها ربطت بعض النساء تجارب الطفولة باستخدام المواد المسببة للإدمان وهذا ما أكدته بعض الأبحاث. فتجارب الطفولة السلبية (ACE) مرتبطة بالجرعة الزائدة وبالتأثير ومجموعة واسعة من الآثار الصحية السلبية (Felitti et al., 1998). وتشمل تجارب الطفولة السلبية الأحداث المؤذية التي يتعرض لها الأطفال بشكل مباشر، كسوء المعاملة والإهمال، أو بشكل غير مباشر، كوجود خلافات بين الأهل أو استخدام المواد المسببة للإدمان أو أمراض نفسية في الأسرة. ووجدت مراجعة منهجية لـ ٣٧ دراسة حول تجارب الطفولة السلبية أن هذه التجارب ترتبط ارتباطاً وثيقاً باضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان (Hughes et al., 2017). ويسلط هذا الاكتشاف الضوء على أهمية الوقاية من عوامل الخطر وتأمين نمو صحي في مرحلة الطفولة المبكرة.

أخيراً، واجهنا صعوبات في توفير المشاركين في هذه الدراسة مما يمكن أن يكون مرتبطاً بالوصمة. ولوحظ أن النساء اللواتي كن في برامج علاجية خارجية ترددن في المشاركة في المجموعة المركزة مع نساء أخريات لا يعرفهن. وأشرن إلى أنهن لا ترتحن لفكرة التحدث عن خبراتهن أمام الآخرين مما جعل فريق الدراسة يلجأ إلى المقابلات بشكل أساسي. كما هو الحال بالنسبة إلى الفئات الأخرى المعرضة للوصمة، كالشخص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. فإن النفاذ إلى المشاركين يمثل تحدياً فعلياً بسبب ميل المشاركين إلى عدم الكشف عن هويتهم نتيجة لوصمة العار الشديدة التي يواجهونها (Mahfoud et al., 2010; Gokengin et al., 2016). ويمكن أن تكون طريقة "كرة الثلج" أو Snowballing استراتيجية أكثر فاعلية لتحديد النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان، من دون أن يكن بالضرورة يخضعن للعلاج، ولكن حتى هذه الطريقة قد تكون صعبة في لبنان (Mahfoud et al., 2010).

وتلقي نتائج هذه الدراسة الضوء على تأثير الشريك العاطفي والزوج والحبیب على استخدام النساء للمواد المسببة للإدمان. وقد أشارت دراسة نوعية أجريت في كينيا أن الشركاء الحميمين يمكنهم التأثير إيجاباً أو سلباً على مباشرة النساء استخدام المواد المسببة للإدمان والتحول إلى الارتهاان ثم الاستخدام بشكل مزمّن (Mburu, Limmer & Holland, 2019). وتبين في هذه الدراسة أن تأثير الشركاء يكون أقوى كلما كان اعتماد النساء عليهن اقتصادياً أكبر وكلما كانت النساء عالقات في علاقات مضطربة إرضاء لتوقعات المجتمع (Mburu, Limmer & Holland, 2019).

في الواقع، من الأرجح أن تتعرض المرأة للإنفصال والطلاق لعدد من الأسباب بما في ذلك المشاكل الناجمة عن إدارة إدمانها والوصمة المرافقة لاستخدامها للمواد المسببة للإدمان (Lal, Deb & Kedia, 2015; Mburu, Limmer & Holland, 2019). ويؤكد هذا على أهمية تزويد المرأة بالدعم لبناء علاقات صحية كجزء من العلاج وتزويدها بخدمات علاج العلاقات بين الزوجين كما اقترحت بعض الدراسات (Mburu et al., 2019; Otiaashvili et al. 2015).

واعترت بعض النساء اللواتي لديهن أطفالاً أن الأطفال يشكّلون في الوقت نفسه حافزاً وحاجزاً أمام التماس العلاج. ومن بين منشآت العلاج الخارجي، أبلغت منظمة واحدة فقط عن وجود حضانة بتصرف الأمهات. ويمثل الافتقار إلى ترتيبات لرعاية الأطفال عقبة إضافية أمام النساء اللواتي يسعين للعلاج. وذكر عدم وجود ترتيبات لرعاية للأطفال كحاجز شائع بين النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان واللواتي لديهن أطفالاً (Jessup et al., 2003; Wechsberg et al., 2015).

في الوقت نفسه، ذكرت بعض النساء أن الأطفال شكّلوا دافعاً للتماس العلاج. ووجدت تقارير سابقة أن وجود الأطفال مرتبط بشكل كبير بارتفاع معدلات مباشرة العلاج بين النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان، رغم أن ذلك لا يضمن متابعتها (O'Toole et al., 2006). ومن بين العوامل الأخرى التي تؤدي إلى ارتفاع التحفيز على التماس الخدمات: الخوف من فقدان حضانة الأطفال، وخطر التبعات القانونية وفقدان الأصول المادية (Rhodes et al., 2018).

من ناحية أخرى ذكرت معظم النساء في عينتنا الإكراه والاستغلال الجنسيين من دون الاعتراف بذلك بشكل مباشر. ويعدّ تقديم الجنس مقابل المواد المسببة للإدمان خطراً على النساء خاصةً العاطلات عن العمل وغير القادرات على تمويل استخدامهن للمواد المسببة للإدمان (Kirtadze et al., 2015). علاوةً على ذلك، عندما لا تلبّي المرأة دورها في المجتمع يتم الحكم عليها على أنها منحرفة مما يشمل تصورات عن قيامها بسلوكيات جنسية معيبة (Lal, Deb & Kedia, 2015). ويؤدي ذلك إلى آثار على العلاج إذ أن النساء يكن بحاجة إلى علاج للتعامل مع الصدمات الناتجة عن الإكراه الجنسي كما أنهن بحاجة لفحوصات لكشف الأمراض المنقولة جنسياً والأمراض المنقولة بالدم (Greenfield et al., 2007).

لم يقم فريق الدراسة بتقييم الأمراض المصاحبة للأمراض النفسية التي قد تكون من المتغيرات التي تؤثر على العلاج. بالإضافة إلى ذلك، نظراً لأن الموضوع يتوافق بوصمة عار كبيرة، فقد كان من الصعب النفاذ إلى النساء لضرورة الحفاظ على خصوصيتهنّ وسريتهنّ واستقلاليتهنّ. وقد حاول فريق البحث النفاذ إلى نساء من مناطق جغرافية متعدّدة بهدف رصد الاختلافات بين المناطق لتفسير العدد المنخفض نسبياً من النساء اللواتي تمّت مقابلتهن. كذلك، لم تتمّ مقابلة النساء من جنسيّات أخرى غير لبنانيّة، حيث أنّه لم يكن من الممكن الوصول إليهنّ. لذلك قد تكون هناك حاجة إلى مزيد من البحث لاستكشاف العوامل الاجتماعية والاقتصادية الأخرى ونقاط الضعف المتزامنة التي يمكن أن تؤثر على نفاذ وتلقّي النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان لخدمات العلاج.

أجري هذا البحث على مجموعة ضعيفة محدّدة تُعدّ أكثر عرضةً للوصمة وأقلّ ميولاً لالتماس الخدمات وهي أيضاً أكثر عرضةً لخطر الإصابة بالأمراض الجسديّة والنفسية المصاحبة كما حدّتها "الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدّرات والإدمان في لبنان ٢٠١٦-٢٠٢١". وبالتالي فإنّ التوصيات المنبثقة عن هذا التقرير قابلة للتطبيق ومصمّمة خصيصاً لمعالجة القضايا المتعلقة بمعالجة النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان في لبنان. علاوةً على ذلك، سمحت المقابلات التي أُجريت مع مقدّمي الخدمات ومع النساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسبّبة للإدمان باستخلاص النتائج من زاوية أوسع تشمل وجهات نظر مختلفة. هذا يسمح أيضاً بتثليث المعلومات خاصةً عبر تحليلات الموقف والأدبيات الموجودة حول الموضوع. وقد سمح التقييم بإلقاء نظرة ثاقبة على احتياجات النساء التي تمّت تلبيتها وتلك التي لا بدّ من تلبيتها. وقد ضمنّت عمليّة تحديد المشاركات مستوى عالٍ من الخصوصية للمشاركات ولم يبرز أي انزعاج نفسيّ من قبلهنّ نتيجةً لاستذكار تجارب سابقة. كذلك لم تنسحب أي من النساء اللواتي تمّت مقابلتهنّ من الدراسة كما لم تقم أيّ منهنّ بتوقيف المقابلة. ومجرّد وجوده، ساعد هذا التقييم في نشر الوعي ورفع الصوت حول الاختلافات بين الرجال والنساء في مجال تقديم الخدمات.

على المستوى الاجتماعي والثقافي

١. الحد من وصمة العار والتمييز: تنفيذ الهدف الاستراتيجي ١.٣.٤ الذي يقضي "بتطوير إستراتيجية مناصرة تراعي الأطفال والنوع الاجتماعي وتتناول الوصمة والتمييز في مجال اضطرابات الصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان".
٢. العمل على صياغة استخدام المواد المسببة للإدمان كحالة صحية بحاجة إلى الرعاية وليس كسلوك إجرامي.
٣. تشجيع مجموعات الدعم الذاتي.

خدمات علاج خاصة بالنساء

١. دعم تطوير السياسات المتعلقة بحضانة الأطفال للنساء اللواتي يعانين من اضطرابات استخدام المواد المسببة للإدمان واللواتي يتلقين أي نوع من الخدمات.
٢. ضمان مقاربة حساسة للعنف الجنسي عند التعامل مع النساء اللواتي يعانين من اضطراب استخدام المواد المسببة للإدمان.
٣. ضمان تنفيذ "معايير اعتماد برامج إعادة التأهيل الداخلية لاستخدام المواد المسببة للإدمان".
٤. زيادة التواصل مع النساء المعرّضات واللواتي يعانين من الوصم وضمان إحالتهم إلى الخدمات.
٥. إشراك الشركاء العاطفيين والأسر في برامج العلاج.

على مستوى السياسات

١. دعم إلغاء تجريم استخدام المواد المسببة للإدمان وفقاً للمراجعات القانونية الحالية المقدّمة إلى مجلس النواب.
٢. دعم العلاج بدل العقاب: التأكد من إحالة مستخدمي المواد المسببة للإدمان إلى لجنة الإدمان على المخدرات (DAC) بدلاً من السجن.
٣. زيادة التمويل المقدم لخدمات الاستجابة لاستخدام المواد المسببة للإدمان الخاصة بالنساء.
٤. زيادة الدعم المالي للنساء اللواتي لا يستطعن تحمّل تكاليف العلاج.
٥. توسيع مراكز العلاج لتعزيز نفاذ كافة مستخدمي المواد المسببة للإدمان المقيمين في المحافظات اللبنانية خارج بيروت وجبل لبنان.
٦. تنفيذ الهدف الاستراتيجي ٤.١.٤ الذي يقضي "بإنشاء آلية رصد تتولى بشكل منتظم مراقبة المرافق التي تُعنى بالاستجابة لاستخدام المواد المسببة للإدمان لضمان حماية حقوق الإنسان والطفل والمرأة وذلك بمراعاة معايير الجودة ومبادئ حقوق الإنسان المتوافقة مع المعاهدات والاتفاقيات الدولية التي وقعتها/صدّقت عليها الحكومة اللبنانية".

أخيراً، إن متابعة الجهود المبذولة في تنفيذ "الإستراتيجية المشتركة بين الوزارات لمكافحة المخدرات والإدمان في لبنان ٢٠١٦-٢٠٢١" من شأنها أن تضمن النفاذ إلى مجموعة واسعة وعالية الجودة من خدمات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والحد من الضرر وإعادة الدمج الاجتماعي، التي تراعي النوع الاجتماعي والعمر.

- ▲ Brady T. M., Ashley O. S. Women in Substance Abuse Treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies: Rockville. 2005
- ▲ Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101
- ▲ Cohen, L. R., & Hien, D. A. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric services*, 57(1), 100-106
- ▲ Deborah Olszewski, Isabelle Giraudon, Dagmar Hedrich and Linda Montanari, EMCDDA. 2009. WOMEN'S VOICES Experiences and perceptions of women who face drug-related problems in Europe
- ▲ Elms, N., Link, K., Newman, A., & Brogly, S. B. (2018). Need for women-centered treatment for substance use disorders: results from focus group discussions. *Harm reduction journal*, 15(1), 40
- ▲ Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258
- ▲ Gökengin, D., Doroudi, F., Tohme, J., Collins, B., & Madani, N. (2016). HIV/AIDS: trends in the Middle East and North Africa region. *International Journal of Infectious Diseases*, 44, 66-73
- ▲ Goodyear, K., Haass-Koffler, C. L., & Chavanne, D. (2018). Opioid use and stigma: the role of gender, language and precipitating events. *Drug and alcohol dependence*, 185, 339-346
- ▲ Green C. A. Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Research & Health*. 2006;29:55-62
- ▲ Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 339-355
- ▲ Greenfield S. F., Brooks A. J., Gordon S. M., Green C. A., Kropp F., McHugh M. K., Lincoln M., Hien D., Miele G. M. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;86:1-21
- ▲ Hecksher, D., & Hesse, M. (2009). Women and substance use disorders. *Mens sana monographs*, 7(1), 50
- ▲ Hser Y., Evans E., Huang Y. T. Treatment outcomes among women and men methamphetamine abusers in California. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2005;28:77-85
- ▲ Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366
- ▲ Jessup M. A., Humphreys J. C., Brindis C. D., Lee K. A. Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. *Journal of Drug Issues*. 2003;2:285-304
- ▲ Kirtadze, I., Otiashvili, D., O'Grady, K., Zule, W., Krupitsky, E., Wechsberg, W., & Jones, H. (2015). Women who inject drugs in the republic of Georgia: in their own words. *Journal of psychoactive drugs*, 47(1), 71-79

- ▲ Lal, R., Deb, K. S., & Kedia, S. (2015). Substance use in women: Current status and future directions. *Indian journal of psychiatry*, 57(Suppl 2), S275
- ▲ Lee, J. O., Jones, T. M., Kosterman, R., Rhew, I. C., Lovasi, G. S., Hill, K. G., ... & Hawkins, J. D. (2017). The association of unemployment from age 21 to 33 with substance use disorder symptoms at age 39: The role of childhood neighborhood characteristics. *Drug and alcohol dependence*, 174, 1-8
- ▲ Mahfoud, Z., Afifi, R., Ramia, S., El Khoury, D., Kassak, K., El Barbir, F., Ghanema, M., El-Nakib, M., & DeJong, J. (2010). HIV/AIDS among female sex workers, injecting drug users and men who have sex with men in Lebanon: results of the first biobehavioral surveys. *Aids*, 24, S45-S54
- ▲ Mason, R., & O'rinn, S. E. (2014). Co-occurring intimate partner violence, mental health, and substance use problems: a scoping review. *Global health action*, 7(1), 24815
- ▲ Mburu, G., Limmer, M., & Holland, P. (2019). Role of boyfriends and intimate sexual partners in the initiation and maintenance of injecting drug use among women in coastal Kenya. *Addictive behaviors*
- ▲ MENAHRA. 2013. Women injecting drug users in the Middle East and North Africa region (MENA)
- ▲ Ministry of Interior and Municipalities. (2016). Drug Repression Bureau Statistics 2016. Drug Repression Bureau. Beirut: Lebanon
- ▲ Ministry of Public Health, Ministry of Education and Higher Education, Ministry of Interior and Municipalities, Ministry of Justice and Ministry of Social Affairs. (2016). Inter-ministerial Substance Use Response Strategy 2016-2021 for Lebanon. Version 1.1 Beirut: Lebanon
- ▲ Ministry of Public Health (MOPH). (2017a). 2017 National Report on Drug Situation in Lebanon. Beirut: Lebanon
- ▲ Ministry of Public Health (MOPH). (2017b). Mapping of services for substance use disorders in Lebanon. Beirut: Lebanon
- ▲ Ministry of Public Health (MOPH). (2019). Accreditation Standards for Residential Substance Use Rehabilitation Programmes. Beirut: Lebanon
- ▲ Motta-Ochoa, R., Bertrand, K., Flores-Aranda, J., Patenaude, C., Brunelle, N., Landry, M., & Brochu, S. (2017). A qualitative study of addiction help-seeking in people with different co-occurring mental disorders and substance use problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15, 883-899. doi:10.1007/s11469-017-9762-y
- ▲ Nida Latif, Marguerite Helou. (2015). Gender Profile Lebanon. Institute for Women's studies in the Arab world. Last accessed on 26 February 2019: <http://iwsaw.lau.edu.lb/publications/documents/Country%20Gender%20Profile%20Lebanon-Online%20.pdf>
- ▲ Otiashvili, D., Kirtadze, I., O'Grady, K. E., Zule, W., Krupitsky, E., Wechsberg, W. M., & Jones, H. E. (2015). Comprehensive women-centered treatment for substance use disorders in Georgia: current status and future directions. *Journal of substance use*, 20(5), 367-374
- ▲ Otiashvili, D., Kirtadze, I., O'Grady, K. E., Zule, W., Krupitsky, E., Wechsberg, W. M., & Jones, H. E. (2013). Access to treatment for substance-using women in the Republic of Georgia: Socio-cultural and structural barriers. *International Journal of Drug Policy*, 24(6), 566-572
- ▲ O'Toole, T. P., Pollini, R. A., Ford, D., & Bigelow, G. (2006). Physical health as a motivator for substance abuse treatment among medically ill adults: Is it enough to keep them in treatment? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 143-150. doi:10.1016/j.jsat.2006.03.014

- ▲ Pinkham, S., Stoicescu, C. and Myers, B., 2012. Developing effective health interventions for women who inject drugs: key areas and recommendations for program development and policy. *Advances in Preventive Medicine*, 2012
- ▲ Polcin, D. L., Nayak, M. B., & Blacksher, S. (2008). Addressing trauma among women with serious addictive disorders: Treatment models, program factors, and potential mediators. *Journal of drug addiction, education, and eradication*, 4(3-4), 221
- ▲ Rhodes, B.E., Gottfredson, N.C. and Hill, L.M., 2018. Desistance and Treatment Seeking Among Women With Substance Use Disorders. *Qualitative health research*, p.1049732318767637.
- ▲ Sabry N. (2017). *Gender Responsive Services for Women with Substance Abuse Disorders in Egypt. Final Report.* General Secretariat of Mental Health and Addiction Treatment, Ministry of Health and Population, Egypt
- ▲ Taylor, O. (2010). Barriers to treatment for women with substance use disorders. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20, 393-409. doi:10.1080/ 10911351003673310
- ▲ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2004). *Substance Abuse Treatment and Care for Women: case studies and lessons learned.* Vienna: Austria
- ▲ Wechsberg, W. M., Deren, S., Myers, B., Kirtadze, I., Zule, W. A., Howard, B., & El-Bassel, N. (2015). Gender-specific HIV prevention interventions for women who use alcohol and other drugs: the evolution of the science and future directions. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 69(0 1), S128
- ▲ World Economic Forum. (2018). *The global gender gap: Insight report.* Last accessed on 26 February 2019: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2018.pdf
- ▲ World Health Organization. (2005). *Lebanon, 2005 Global School-based student Health Survey country report*
- ▲ World Health Organization. (2011). *Lebanon, 2011 Global School-based student Health Survey country factsheets*

