



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNAIDS
UNICEF
WFP
UNDP
UNTTA
UNODC
ILO
UNESCO
BRIK
WORLD BANK

UNODC



مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة



**بروتوكول تقييم تعاطي المخدرات
وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز
في السجون**

**بروتوكول تقييم تعاطي المخدرات
وفيروس نقص المناعة البشري / الإيدز في
السجون**

يلخص بروتوكول تقييم تعاطي المخدرات
وفيروس نقص المناعة البشري في السجون
التجربة التي استخدمت وجمعت خلال التقييمات الميدانية
التي أجريت في مجال المخدرات وفيروس نقص المناعة البشري
في السجون في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
وتحديدا في الأردن والمغرب ومصر ولبنان.
وإذ نشكر جميع فرق العمل الوطنية للسجون
على مساعدتها ودعمها اللذان أسهما في إنجاح هذا العمل
لنأمل في أن تكون وجهات النظر الجماعية الواردة في هذا المنشور
بمثابة حجر الأساس لمجموعة أدوات أكثر تفصيلاً
عن طرق تقييم مماثلة نظراً للحاجة الماسة إليها.

محمد إ. عبد العزيز
الممثل الإقليمي
مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة،
المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا

هذه الوثيقة لم يتم تحريرها رسمياً.
تم نشرها عبر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة،
المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا
القاهرة، جمهورية مصر العربية
آذار / مارس، ٢٠٠٩

شكر وعرفان*

تم إنجاز هذا العمل بفضل إسهامات الأشخاص المدرجة أسماؤهم أدناه:

رئيس، " المنظمة غير الحكومية المشاريع المبتكرة في السجون"، مولدافيا استشاري، فريق الدعم الإقليمي في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز خبير، وحدة فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، (المقر الرئيسي).	د. لاريسا بنتلاي د. طارق الشيمي
منسق المشروع، مكتب الأمم المتحدة الإقليمي المعني بالمخدرات والجريمة للشرق الأوسط وشمال أفريقيا (المكتب الإقليمي). مسؤول المشروع، (المكتب الإقليمي). مسؤول وطني عن مكافحة فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز، المكتب الإقليمي مسؤول برنامج وطني، (المكتب الإقليمي). مسؤول برنامج وطني، (المكتب الإقليمي). خبير مكافحة تعاطي المخدرات وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز، (المكتب الإقليمي). منسق برامج المكتب الإقليمي	د. فاييان هاريجا أ. وديع معلوف د. ايهاب صلاح أ. سالي فكري أ. ياسمين عادل رفعت أ. رينيه صباغ د. أناليزا روسو أ. لايف فيلادسين

مصر:

مصلحة السجن (قسم الصحة) أستاذ في جامعة طنطا، باحث رئيسي أستاذ في جامعة الإسكندرية، باحث رئيسي مشارك مصلحة السجن، وزارة الداخلية مدير البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز، وزارة الصحة والسكان	العميد عيد كامل د. إبراهيم كباش الدكتورة ميرفت جنيدي العقيد خالد فوزي الدكتور زين العابدين
--	--

الأردن:

قسم الإصلاح والتأهيل، وزارة الداخلية البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز، وزارة الصحة مدير البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز، وزارة الصحة	الملازم خالد المجالي د. أحمد نصر الله د. اسعد رحال
---	--

لبنان:

مدير البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز، وزارة الصحة البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز القوى العامة للأمن الداخلي	د. مصطفى نقيب أ. لارا الدباغي العميد/ميشال شكور
--	---

المغرب:

رئيس أطباء سجن عكاشة، الدار البيضاء عالم اجتماعي، باحث رئيسي	د. يونس مريني دنيا أ. محمد بلكبير
---	--------------------------------------

صاغ هذه الوثيقة السيد وديع معلوف، منسق المشروع، مكتب الأمم المتحدة الإقليمي المعني بالمخدرات والجريمة للشرق الأوسط وشمال أفريقيا. جزيل الشكر أيضا إلى د. ماميك حيدري سراج، لمساهماتها في قسم "مراجعة الدراسات السابقة حول الموضوع"، وإلى السيدة سحر الجبوري على ترجمتها لهذا البروتوكول من اللغة الإنجليزية إلى العربية.

مؤلت المفوضية الأوروبية نشر هذه الوثيقة.

* تعكس الآراء المعرب عنها في هذه الوثيقة آراء المؤلفين، وليس بالضرورة آراء مكتب الأمم المتحدة الإقليمي المعني بالمخدرات والجريمة، أو برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، أو المفوضية الأوروبية.

المحتويات

6	أولاً: الخلفية
6	ثانياً: المقدمة
6	أ - خصائص السجناء
7	ب - المعنيون بالاستجابة
8	ثالثاً: الأهداف
8	أ - الهدف من البروتوكول
8	ب - أهداف التقييم
9	رابعاً: المنهجية
9	أ - الاعتبارات الأخلاقية
9	ب - خصائص التقييم
10	ج- الفئات المستهدفة/السجون المستهدفة
11	د- معايير الشمول/الاستبعاد
11	هـ- أنواع جمع البيانات (مصادر البيانات)
11	١. البيانات الثانوية (القائمة)
12	٢. البيانات الأولية (الكمية والنوعية)
13	و- أخذ العينات والاعتبارات اللازم إيلائها للتحيزات عند أخذ العينات
13	ز- إجراء المقابلات
13	ح- مؤهلات فريق جمع البيانات
14	ط- الخطوات التي يتعين إتباعها في التقييم
14	ي- الموضوعات التي يتعين تغطيتها في الاستبيان
15	ك- الصلاحية والموثوقية
15	خامساً: فحوى التقرير النهائي
16	سادساً: مراجعة الدراسات السابقة حول الموضوع

أولاً: الخلفية

على أي استجابة تهدف إلى زيادة سبل الوصول إلى خدمات الوقاية من تعاطي المخدرات وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز ورعاية مدمني المخدرات داخل السجون أن تكون مبنية على تقييم موضوعي وسليم للوضع القائم. ويجب أن يغطي هذا التقييم كحد أدنى مدى انتشار تعاطي المخدرات وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز، ومدى المعرفة بهما والمواقف والسلوكيات إزاءهما، وحالة البنية الأساسية الخاصة بالعلاج/الوقاية منهما في السجون، وكذلك الاحتياجات التدريبية للعاملين في هذا المجال.

من شأن القيام بهذا ضمان أن تكون الأنشطة والاستجابات مبنية على أدلة وأنه جارٍ رصدها وتقييمها (بناء على تقييم طبيعة المشكلة وحجمها بشكل منتظم). هذا وأن الاعتماد على التقييمات ذات المنهجية السليمة والقابلة للمقارنة (أي تلك التي يُصطلح بها بطريقة شاملة ومنظمة ودورية، باستخدام تعاريف ومؤشرات وإجراءات متشابهة بغرض تقييم الوضع) سيعزز من تبادل الخبرات الدولية عندما يستجهد وضع مماثل.

الهدف من وضع هذا البروتوكول هو توفير مبادئ توجيهية بشأن إجراء هذه التقييمات في مسعى منه لمواءمة عملية جمع البيانات قدر الإمكان.

ثانياً: المقدمة

أ- خصائص السجناء

إن للسجناء خصائص معينة تميزهم عن عامة السكان. فمقارنة بعامة المجتمع، نجد أن المشكلات النفسية تشيع بينهم بشكل أكبر(1)، وترتفع معدلات الانتحار وإيذاء النفس(2) وكذلك معدل الضغوط الاجتماعية متعددة الأنواع (وتتراوح من الإجهاد إلى التحرش الجنسي والإيذاء الجنسي أو البدني، في مواقف معينة). (3) علاوة على ذلك فإن نظام العدالة الجنائية هو مؤسسة ذات صلة منتظمة بمرتهني المخدرات. (1) وبالتالي فإن السجناء معرضون لخطر إدمان المخدرات بشكل أكبر سواء من حيث الشروع في التعاطي أو الاستمرار فيه (في ظل غياب التدخل الملائم). (4) وتشير المعلومات حول ما بعد إطلاق سراح السجناء إلى أن مدمني المخدرات داخل السجون يتميزون بكونهم عرضة لخطر تناول جرعة زائدة من المخدرات بشكل أكبر إثر خروجهم من السجن (ارتفاع معدلات الوفيات في مرحلة ما بعد الإفراج). (5)

من المهم أيضاً أن نتذكر بأن هناك علاقة قوية بين السجن وبين انتقال الفيروسات المنقولة بالدم، مثل فيروس نقص المناعة البشري، وفيروس التهاب الكبد (B)، وفيروس التهاب الكبد (C)، والزهري. ويعتبر تعاطي المخدرات عن طريق الحقن عامل الخطر الأكثر شيوعاً المسبب لهذا الانتقال(5-7). وفيما يتعلق بحقن المخدرات داخل السجون، يشهد إجمالي معدلات الحقن انخفاضاً كبيراً داخل السجون نتيجة الوضع الأمني المشدّد عليها(2). غير أن ذات البيانات تشير إلى وجود عدد من العوامل داخل السجون تؤدي إلى زيادة تكرار جلسات التعاطي بالحقن والتي تتسم بالمخاطرة زيادة كبيرة "كاستخدامها في مجموعات وتقاسم أدوات حقن المخدرات"(5-9). كما حُدِدت عوامل أخرى داخل السجن وراء ارتفاع معدل انتشار هذه العدوى مثل دخول السجن سابقاً، والوشم، والسلوكيات الجنسية عالية الخطورة. توجد أدلة متزايدة على إمكانية انتقال عدوى الفيروسات المنقولة بالدم بين الأشخاص وهم داخل السجون، وكذلك أدلة على أن بعضهم أصيب قبل الذهاب إلى السجن.

ولعل ما سبق الإشارة إليه يفسر سبب ارتفاع معدلات العدوى بفيروس نقص المناعة البشري بين نزلاء السجون بشكل أكبر بكثير عنها بين عامة السكان. وتدلّ البيانات من الشرق الأوسط وشمال أفريقيا على انخفاض انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين عامة السكان، غير أنه يلاحظ وجود وباء يتمركز في الفئات المعرضة للإصابة بشكل أكبر بعدوى فيروس نقص المناعة البشري وفي الفئات المستضعفة (لا سيّما السجناء). (7) يكون بعض السجناء مصابين بالعدوى قبل الحبس ومن المرجح أن يصاب البعض داخل السجون. ويشكل هذا - مقترناً بارتفاع معدل تغيير السجناء - خطراً محتملاً بانتشار فيروس نقص المناعة البشري خارج أسوار السجون إلى عموم السكان.

ب- المعنيون بالاستجابة

نظراً للخصائص السابقة، فهناك حاجة إلى تسليح السجون عن طريق نهج استجابات سليمة للتعامل مع خصوصية وضع إدمان المخدرات وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز داخل أسوارها. وينبغي أن تضم هذه الاستجابات كافة المعنيين الرئيسيين في نظام العدالة الجنائية. ويضم المعنيون داخل السجون العاملين في السجون (الشرطة، والمراقبين، وموظفي الحراسة، وغير ذلك)، وإدارة السجون، وموظفي تقديم الخدمات الصحية و/أو الوقاية في السجون وكذلك السجناء أنفسهم. أما المعنيون خارج السجون فيتنوعون حسب البلد المعني.

سيشار في هذا البروتوكول إلى المعنيين داخل السجون على أنهم "الفئة المستهدفة بالتدخل" وسيكون أولئك خارج السجون جزءاً ممن سيشار إليهم على أنهم "فرقة العمل الوطنية" (وقد تشمل هذه بعض الأفراد من مجموعة إدارة السجون).

لأغراض التقييم، فإن دور فرقة العمل الوطنية يتضمن ما يلي:

- اختيار السجون التي سيشملها تقييم الوضع؛
- ضمان تمثيل النزلاء داخل سجون البلد في التقييم؛
- المساعدة والتيسير في القيام بأخذ عينات تمثيلية؛
- تحديد الاحتياجات لجمع البيانات؛
- تخطيط وتنسيق أنشطة وموارد الوكالات الوطنية والدولية والشائية لتلبية تلك الاحتياجات.

فضلاً عن ذلك، بوسع فرقة العمل الوطنية أن تلعب دوراً في تحديد أقدر المؤسسات الوطنية على تنفيذ النهج الموصى بإتباعها في جمع البيانات، الأمر الذي من شأنه تيسير تنفيذ الأنشطة المستقبلية على أساس خلق اهتمام قوي بين المؤسسات والشركاء الوطنيين المختارين (أهمية مشاركة القطاعات المتعددة).

يشمل أعضاء فرقة العمل الوطنية المقترحون في هذا البروتوكول ممثلين عن:

- مصلحة السجون في وزارة الداخلية؛
- وزارة العدل؛
- البرنامج الوطني لمكافحة الإيدز في وزارة الصحة؛
- أمانة الصحة النفسية في وزارة الصحة؛
- مركز التأهيل من الإدمان في وزارة الصحة؛
- الإدارة العامة لمكافحة المخدرات في وزارة الداخلية؛
- المنظمات غير الحكومية ذات الصلة.

عادة ما يشارك مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وغيره من الوكالات الدولية ذات الصلة في اجتماعات فرق العمل الوطنية.

وجدير بالملاحظة أن الدول ذاتها هي التي اضطلعت بهذه التقييمات من خلال باحثين رئيسيين اختارتهم فرق العمل الوطنية التابعة لها تحديداً وليس من خلال باحثين مستقلين. وبناءً عليه، فإن هذه التقييمات تعبر عن وجهة نظر البلدان المعنية.

ثالثاً: الأهداف

أ- الهدف من البروتوكول

بما أن الغاية من التقييم متشابهة في كل البلدان المعنية، يتعين أن تكون المبادئ العامة والمبادئ التوجيهية وكذلك المؤشرات الجوهرية للتقييم متشابهة عبر هذه البلدان. فالبروتوكول لا يقترح منهجية التقييم للبلدان التي يمكن تعديلها في أي بلد لجعلها تتناسب مع خصوصية الأوضاع المحلية للسجون فيه ذلك البلد.

تم وضع هذا البروتوكول بقصد توفير مبادئ توجيهية عامة يتم إجراء تقييمات في إطارها لمواءمة عملية جمع البيانات قدر الإمكان وبالتالي تيسير تبادل الخبرات عند مواجهة مشكلات مماثلة. وقد وضع البروتوكول في سياق مشروع إقليمي تابع لمكتب الأمم المتحدة الإقليمي المعني بالمخدرات والجريمة حول تحسين الخدمات في السجون للعلاج ومنع تعاطي المخدرات وفيروس نقص المناعة البشري. وسيضمن إلى جانب الاقتراحات والتوجيهات المتلقاة من خبراء مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، مدخلات تأتت عن اجتماع التوافق في الآراء مع الباحثين الرئيسيين (وممثلي فرق العمل الوطنية) من البلدان المشاركة في المشروع الإقليمي المذكور أعلاه. رمى هذا الاجتماع إلى ضمان أخذ ملاحظات وتعليقات البلدان المشاركة في الحسبان. لقد استلمت هذه البلدان مجموعة أدوات منهجية أساسية خاصة بمكونات محددة لجمع البيانات مثل مجموعة أدوات برنامج التقييم العالمي (GAP) التابع لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، كما تلقت دعماً فنياً إقليمياً مقروناً بتسيق مع الباحثين الرئيسيين المطلعين على بروتوكول التقييم في كل بلد.

ب. أهداف التقييم

الأهداف الرئيسية للتقييم هي:

- وصف الوضع الإجمالي للمخدرات وفيروس نقص المناعة البشري في مسعى لتوجيه وضع مجموعة شاملة من الاستجابات إزاء تعاطي المخدرات وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز داخل مرافق السجون؛
- جمع المعلومات حول المعرفة بالمخدرات وفيروس نقص المناعة البشري والسلوكيات والممارسات والمواقف إزاءها لدى كل الفئات المستهدفة بالتقييم داخل مرافق السجون؛
- مناقشة أي اختلافات رئيسية في نمط المعرفة بالمخدرات وفيروس نقص المناعة البشري والسلوكيات والممارسات والمواقف إزاءها لدى كافة الفئات المستهدفة المتفاوتة؛
- التعرف على عوامل المخاطرة المحددة التي يمكن ربطها بعدوى فيروس نقص المناعة البشري والتي تتطلب التدخل؛
- تحديد مواطن القوة والضعف في الإستراتيجية القائمة حالياً للقضاء على فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز وإدمان المخدرات داخل السجون وكذلك جدوى وملاءمة هذه التدخلات بالنسبة للفئات المستهدفة التي يتم تقييمها؛
- تحديد فرص الإصلاح والتنمية؛
- تقييم البنية الأساسية لموارد الخدمات النفسية الاجتماعية، والطبية، والصحية المتاحة؛
- تقييم الاحتياجات التدريبية للعاملين (مع التركيز بوجه خاص على العاملين في الرعاية الصحية)؛
- تحديد واقتراح أفضل طريقة لإحداث تغيير سلوكي لدى نزلاء السجون.

من المهم إعادة التأكيد على أن الهدف المباشر لهذا التقييم هو الوصول إلى توصيات بالقيام بتدخلات تشغيلية تهدف إلى تحسين وصول السجناء إلى خدمات الوقاية والرعاية من تعاطي المخدرات وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز في السجون. وهكذا، فهو تقييم مركز ومستهدف للسلوكيات والبنية الأساسية والاحتياجات ولا يهدف بشكل مباشر إلى تغيير وضع السجون الحالي من حيث الهياكل أو المعايير أو يقيم مدى تماشيها مع المعايير أو القواعد الإنسانية الدولية.

رابعاً: المنهجية

أ- الاعتبارات الأخلاقية

الاعتبار الأخلاقي العام والإجمالي الذي يتعين إتباعه في هذا التقييم هو ضمان عدم انتهاك حقوق الإنسان الأساسية للأفراد خلال البحث. فالمجيبون بحاجة إلى معرفة أهداف التقييم وكيفية الضلوع به وأي مخاطرة محتملة تترتب على المشاركة فيه وفوائد المشاركة (التي تعود على المشارك نفسه أو المجتمع أو على العلم) وكيفية الحفاظ على السرية. علاوة على ذلك، فالموافقة (سواء أكانت خطية أم شفوية) يجب أن تكون طوعية بالكامل ولا يمكن الإكراه عليها. ومن الجدير بالملاحظة أيضاً أنه في كافة مراحل التقييم يتوقع من الباحثين ألا يثيروا أي آمال زائفة.

ويعتبر عدم ذكر الاسم والسرية أمرين جوهريين أثناء التقييم، ناهيك عن اتخاذ ترتيبات لضمان عدم تعرض المجيبين للخطر بأي شكل من الأشكال وذلك بالكشف عن المعلومات. وبالإضافة إلى سلامة المجيبين، ينبغي أيضاً وضع سلامة العاملين في الميدان في الحسبان نظراً لخصوصية البيئة التي يجري فيها التقييم. يمكن الحصول على مزيد من التفاصيل حول الاعتبارات الأخلاقية في هذا المجال بالإطلاع على مجموعة أدوات برنامج التقييم العالمي التابع لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. انظر إلى الوحدة التدريبية رقم ٧ لبرنامج التقييم العالمي التابع لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة- الاعتبارات الأخلاقية www.unodc.org/pdf/gap_toolkit_module7.pdf

المبادئ الرئيسية الخمسة التي يتعين الحفاظ عليها هي:

- ١- الإحسان وعدم الإيذاء؛
- ٢- الأمانة والمسؤولية؛
- ٣- النزاهة؛
- ٤- العدالة؛
- ٥- احترام حقوق الناس وكرامتهم.

ب- خصائص التقييم

ينبغي أن تعمل برامج الاستجابة الفعالة بناء على تقييم واقعي للمخاطر السلوكية للوضع الراهن، وبشكل مثالي تقوم بتتبع التأثير من خلال التغييرات التي تحدث بمرور الوقت. وبالتالي فإنه ينبغي أن يتسم هذا التقييم بالخصائص التالية:

- السرية؛
- إمكانية وسهولة التطبيق والقبول؛
- جدوى التكاليف؛
- المرونة (يمكن مراجعة خطة العمل في أي وقت تبعاً للمعلومات المستجدة)؛
- تعدد الطرق وتعدد المصادر؛
- قابلية المقارنة مع التقييم السريع لطبيب في قسم طوارئ مزدحم في مستشفى؛
- الاستقرار؛
- احتمالية ألا يؤدي إلى الحقيقة "المطلقة" ولكنه دقيق بما فيه الكفاية لتزويد صناعات القرار بما يلزم لاتخاذ إجراءات ملائمة؛

- توثيق المشكلة واقتراح الاستجابات إزائها؛
- تحديد وتوثيق الاحتياجات والموارد المتاحة؛
- توثيق المبادرات ذات الممارسات الجيدة/الفضلى (الدروس المستفادة)؛
- والأهم هو الحاجة إلى ربط هذا التقييم بالتدخلات.

هناك تحديات معينة أمام تقييمات الوضع الخاص بالمخدرات وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز في إطار البحوث في مجال الأوبئة، وذلك نظراً لصفتي التستر والوصمة اللذين يتسم بهما موضوع التقييم داخل المجتمعات المحلية. غير أن عمليات التقييم نفسها داخل السجون قد تحمل قدراً أكبر من التعقيدات يتعين أخذها في الحسبان. ويمكن اجتياز هذه التحديات بإنشاء فرقة عمل ملائمة تضم كافة المعنيين خارج السجون. يعزز هذا بشكل أكبر من خلال الاعتماد على فريق جمع بيانات حسن التدريب لضمان أفضل النتائج. فضلاً عن ذلك، هناك حاجة لتطوير أداة جمع بيانات ملائمة وتقنيات ووسائل مناسبة لأخذ العينات وجمعها بشكل أفضل من أجل التعامل مع الرقابة المفروضة على بعض المعلومات على مستويات عديدة.

نظراً لهذه التحديات، من الضروري أن يعتمد التقييم الإجمالي على مصادر ووسائل متعددة لجمع البيانات من أجل التحقق من صحة الإجابات واعتماد إستراتيجية تثليثها. ومن شأن ذلك الاعتماد على وسائل جمع بيانات كمية ونوعية. ينبغي تصميم التقييم بوضع احتياجات البلد المعني نصب الأعين. وستقوم فرقة العمل الخاصة بكل بلد بتنسيق جمع البيانات مع الالتزام بالمبادئ التوجيهية العامة لهذا البروتوكول البحثي. وسيتم تقديم المساعدة الفنية الخارجية والتدريب بشأن المنهجية المحددة لجمع البيانات حسب وعند الاقتضاء.

ج- الفئات المستهدفة/السجون المستهدفة

نظراً للهدف الإجمالي للتقييم (وضع استجابة مستدامة لزيادة سبل الحصول على خدمات الوقاية والرعاية الخاصة بتعاطي المخدرات وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز داخل السجون)، ينبغي أن تضم الفئات التي يتعين استهدافها لجمع البيانات كحد أدنى ما يلي:

- موظفو السجون (الشرطة والمراقبون وموظفو الحراسة وغير ذلك)؛
- إدارة السجون؛
- موظفو تقديم الخدمات الصحية و/أو الوقاية؛
- والسجناء.

يمكن أن تضم العينة الفئات المستهدفة برمتها أو عينة منها تبعاً للعدد المشترك في كل سجن. يرجى الرجوع إلى القسم (هـ) للإطلاع على نقاش مفصل حول إجراءات أخذ العينات التي قد تنطبق. ولكن يجدر بالملاحظة أن أخذ العينات يجب أن يتم بطريقة تجعل الردود معممة قدر الإمكان بالنسبة للسجون على صعيد المجتمع أو الصعيد الوطني بالإضافة إلى المجتمع المستهدف داخل هذه السجون. وينبغي أن تنهك فرقة العمل في عملية جمع البيانات برمتها لضمان تيسير ما يتمخض عن ذلك من بناء للقدرات.

يعتمد عدد السجون المستهدفة (مع التسليم بالقدرة على دخولها) على الوضع المحلي لكل بلد من البلدان. وبقدر ما يتم تشجيع الاختيار العشوائي الاحتمالي للسجون لضمان التمثيل، إلا أن الوصول إلى السجون يختلف حسب خصوصية الوضع، الأمر الذي من شأنه الحد من مرونة الاختيار الاحتمالي. ومن المهم ملاحظة عدم جدوى الإصرار غير الضروري على الوصول إلى سجون بعينها، أو أجزاء من بعض السجون؛ بيد أنه ينبغي التأكيد على أهداف التقييم. كما ينبغي ضمان التفاهم المتبادل مع جميع أعضاء فرقة العمل. وينبغي كذلك أن يأخذ اختيار السجون في الحسبان خصائص التقييم (كما وردت في القسم "ب").

نظرا إلى عدم رجحان الاختيار الاحتمالي، فيما يلي المبادئ التوجيهية والعوامل التي يتعين أخذها في الحسبان عند القيام باختيار واعٍ لأي سجن (من تلك التي سمح بدخولها) والتي ينبغي إعطاؤها أولوية أكبر عند الاختيار:

- تنوع السجناء (إعطاء الأفضلية للسجون التي يتنوع السجناء فيها بشكل أكبر)؛
- حجم السجن (الأفضلية للسجون الأكبر حجما لضمان تمثيل أكبر لإجمالي السجناء في البلد)؛
- تمثيل السجناء (ينبغي بذل جهود لتمثيل هذه الشريحة الهامة من السجناء)؛
- وجود مركز لخدمات الرعاية الصحية (نظرا لأهداف التقييم، فالأفضلية للسجون التي لديها مرافق رعاية صحية داخلها أو التي تعمل بمثابة جهات إحالة إلى سجون أخرى).

د. معايير الشمول/الاستبعاد

يرجى الملاحظة بأن معايير الشمول/الاستبعاد التي يتعين اتباعها مقترحة فقط ويمكن تعديلها بناء على تقدير كل بلد. ولكن لا بد من إدراج سؤال لفرز السجناء بغرض استبعاد أولئك الذين لا يستوفون معايير الإدراج المقترحة. وهذا من شأنه ضمان مقارنة نتائج التقييم دولياً مع احترام خصوصيات كل بلد واحتياجاته.

معايير الإدراج: جزء من تقييم الفئة المستهدفة بمن فيهم السجناء الأجانب الذين يتكلمون لغة الاستبيان.

معايير الاستبعاد- يستبعد الأحداث من هذا التقييم. كما يستبعد النزلاء ذوي الأمراض العقلية أو البدنية المعيقة، والجناة المتسممون بالعنف، والنزلاء المحكوم عليهم بالإعدام، والذين لا يمكن الوصول إليهم جسدياً (بسبب الزيارات القانونية أو الزيارات الاجتماعية، أو المثل أمام المحكمة)، والسجناء الأجانب الذين لا يتكلمون لغة الاستبيان، والسجناء السياسيين، والسجناء في الحبس الانفرادي، والذين يقضون فترة سجن قصيرة.

هـ- أنواع جمع البيانات (مصادر البيانات)

1- البيانات الثانوية (القائمة)

ينبغي أن يبدأ التقييم بتقييم تمهيدي للوضع "القائم"، يشمل جمع معلومات حول نزلاء السجون، وعدد ونوع العاملين في السجون وهيكل السجن، والمرافق الطبية المتاحة لمكافحة إدمان المخدرات وفيروس نقص المناعة البشري في السجون، واستعراض الدراسات ومصادر البيانات القائمة في البلاد، وتقييم مكتبي لسلوكيات التعرض للخطر بناء على المعلومات المتاحة، ورسم خرائط لمكمن الخطر وللمن هم المعرضون له، وكذلك القيام بإجراء تشكيلي تكويني لتحديد الفرص والمعوقات والنهج الملائمة لتعزيز التغيير السلوكي. ويعتبر تحليل المعلومات المتاحة خطوة أولى جوهرية في عملية جمع البيانات لأن من شأنه تحديد وجهة كل خطوات الجمع المستقبلية. ومن المهم تجميع هذه المعلومات وتحليلها عن عمق. وتتوافر البيانات الثانوية (القائمة) بأشكال عديدة مثل الإحصائيات والمستندات القائمة (تجميع بصورة روتينية). فيما يلي قائمة غير كاملة بمصادر البيانات الثانوية المحتملة:

- وثائق السياسات فيما يخص منع تعاطي المخدرات وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز والعلاج منهما؛
- تقارير وزارتي العدل أو الداخلية؛
- التقارير الوطنية عن حقوق الإنسان؛
- التقارير من جهات تفتيش السجون (الوطنية أو الدولية)؛
- تقارير المنظمات غير الحكومية؛
- الأرقام المتعلقة بإلقاء القبض على متعاطي المخدرات؛
- سجلات تدريب العاملين ومؤهلاتهم؛
- سجلات فحص البول؛

- سجلات الفحص الأولي لفيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد (B) و(C)؛
- بيانات مراقبة فيروس نقص المناعة البشري والأمراض المنقولة جنسياً؛
- عدد الأشخاص الذين يلتمسون العلاج في السجون؛
- عدد الوفيات من إساءة استعمال المخدرات أو من فيروس نقص المناعة البشري أو فيروس التهاب الكبد (B) و(C)؛
- التقارير الرسمية والإحصائيات الحكومية؛
- وغير ذلك.

2- البيانات الأولية (النوعية والكمية)

بعد جمع البيانات الثانوية وتقييمها سيكون من المهم الضلوع بمزيد من البحث لتكملة المعلومات أو للتأكد أكثر مما أتبع منها حتى الآن. وتبعاً لحجم فئة الجمهور المستهدف وكذلك نوع وطبيعة المعلومات المطلوبة، يمكن أن يعتمد جمع المعلومات على عينة من هذا الجمهور، أو على الجمهور المعني بأكمله. فضلاً عن ذلك، سيعتمد جمع المعلومات على وسائل جمع بيانات كمية ونوعية.

بالنسبة لتقنية جمع البيانات النوعية، فإن الشكلين الرئيسيين لجمع البيانات هما مجموعات النقاش المركزة والمقابلات مع المخبرين الرئيسيين. يهدف الجمع النوعي للبيانات إلى الحصول على بيانات وصفية، ويمكن استخدامه في تخطيط الاستبيانات واختيارها مسبقاً ورصد فعالية بعض البرامج العاملة واستتباط فرضيات للجمع الكمي. إلا أنه يتطلب أن يكون جامع البيانات ذا مؤهلات خاصة ومدرباً تدريباً خاصاً.

عادة ما تكون مجموعات النقاش المركزة بين مجموعة تتكون من 6 إلى 10 أشخاص يتم اختيارهم على أساس الخبرة المشتركة أو السبل المشتركة للوصول إلى المعلومات، على سبيل المثال: موظفو الرعاية الصحية داخل السجون من ذوي التجارب/التدريبات المختلفة، والنزلاء ذوي التجارب المختلفة، والعاملون في السجون في المرافق المخصصة للذكور، والسجينات ومدمنو المخدرات سابقاً وغير ذلك. ويتم تقديم تفاصيل حول كيفية القيام بمناقشات فريق التركيز في مجموعة أدوات تدريبية تابعة لبرنامج التقييم العالمي الخاص بمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة. (الوحدة التدريبية "6" الخاصة ببرنامج التقييم العالمي التابع لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة-

www.unodc.org/pdf/gap_toolkit_module6.pdf

أما بالنسبة لمقابلة المخبرين الرئيسيين، فهي تمثل إحدى أكثر التقنيات استخداماً في دراسات التقييم. وهي ببساطة إجراء مقابلة مع فرد يملك معلومات أساسية بحكم وظيفته/وظيفتها أو خبرته/خبرتها الحياتية. وهي مقابلة وجها لوجه بين شخصين لا غير، تعتمد على استبيان مفتوح النهايات (وشبه منظم). وتكون تقنية جمع البيانات وكذلك مؤهلات مجري المقابلة شبيهة تقريبا لمناقشة فريق التركيز، ويمكن بالتالي استعمال مجموعة الأدوات آنفة الذكر كدليل تدريبي لهذا الغرض.

أما بالنسبة للمكون "الكمي" الأولي، فإن كلمة كمي تشير عادة إلى استبيان محدد بما يرتبط به من ردود مغلقة النهايات. ويتعين وضع هذه الاستبيانات واستكمالها على أساس المعرفة المكتسبة من الجمع النوعي الثانوي والأولي على حد سواء. وكما جاء سابقاً، فتبعاً لحجم الفئة المستهدفة المعرضة للخطر، يمكن جمع الاستبيان إما من عينة من هذا الجمهور أو من الفئة المستهدفة المعينة برمتها.

من الجدير بالملاحظة أن التقييم البيولوجي، سواء فيما يتعلق بالمخدرات أو فيروس نقص المناعة البشري، ليس جزءاً من البروتوكول الذي يستخدم طريقة المسح. غير أنه يمكن استخدام هذه المعلومات كمصدر بيانات ثانوي حيثما يكون ذلك متاحاً وقابلًا للتطبيق.

و- أخذ العينات والاعتبارات اللازم إيلائها للتحيزات عند أخذ العينات في حالة وجود جمهور صغير سهل الوصول إليه لتقييمه، فمن الأفضل استهداف الجمهور كله من خلال أداة جمع البيانات المستخدمة. أما إذا كان حجم الجمهور كبيراً، فقد يكون أخذ العينات ضرورياً (نظراً للطبيعة "السريعة/والمجدية التكاليف" لهذا التقييم).

بوجود إطار لأخذ العينات، بالوسع أخذها عشوائياً بطريقة الشرائح لتمثيل الفئات الفرعية المختلفة الأمر الذي يضمن التمثيل الإجمالي، ويثري الاستنتاجات الاستقرائية التي يتم التوصل إليها ويعزز نتائجنا. المشكلة في السجون هي أنه في كثير من الأحيان لا يتم توفير إطارات لأخذ العينات لعدة أسباب متنوعة. وبالوسع، في غياب إطارات أخذ العينات، استعمال بعض التقنيات غير الاحتمالية لأخذ العينات. ومن أمثلة هذه التقنيات ما يلي:

- أخذ العينة الغرضية: وهي تقنية أخذ العينات تعمل على تعظيم فهم العمليات والأنشطة الاجتماعية الأعم على نحو أسرع في البيئة البحثية وذلك باختيار فئة فرعية محددة داخل السجن (أو فئة مستهدفة أخرى) والبحث عنها.

- أخذ العينة الملائمة: وهي تقنية أخذ عينات لا يختار فيها سوى الأشخاص المتاحين أو الموافقين على إجراء المقابلة.

- أخذ العينة العنقودية: عندما تكون التجمعات "الطبيعية" جلية بين السكان. يقسم الجمهور جميعاً إلى هذه التجمعات (العناقيد) ويتم اختيار عينة من المجموعة، ومن ثم يتم جمع المعلومات المطلوبة من العناصر داخل كل مجموعة مختارة.

- أخذ العينة الحصصية: هي تقنية أخذ عينات حيث يتم أولاً تقسيم الجمهور إلى فئات فرعية، ثم إعمال الحكم والتقدير في اختيار الموضوعات أو الوحدات من كل قسم على أساس نسبة محددة. فمثلاً يمكن أن يقال لمُجري المقابلة أن يذهب إلى السجن ويأخذ عينة من عدد "س" من السجناء الذكور المعتقلين بتهم تتعلق بالمخدرات وعدد "ص" من السجناء المعتقلين بتهم أخرى، وغير ذلك.

يجب وضع اعتبارات التحيز نتيجة أخذ العينات في الحسبان عند تحليل وتفسير البيانات التي جُمعت. وللتعويض عن هذه التحيزات في أخذ العينات هناك حاجة أولاً إلى تثليث البيانات الواردة من مصادر متعددة (للتحقق منها والتثبت من صحتها من عدة مصادر). على سبيل المثال، استعمال البيانات الكمية أو الثانوية التكميلية. فضلاً عن ذلك، فإن الاعتماد على ملاحظات مجري المقابلة قد يكون أيضاً ذا أهمية. كما أنه من الضروري تدوين معدلات المشاركة وكذلك الرفض ومن الأفضل تحليل حالات الرفض (تحليل عدم الإجابة).

ز- إجراء المقابلات

إن أفضل طريقة للحفاظ على السرية وإغفال ذكر الأسماء هي الاستبيان ذاتي الاستكمال. غير أنه نظراً لارتفاع معدل الأمية بين نزلاء السجون الذين في متناول اليد فمن المحبذ اللجوء للمقابلات المباشرة وجهاً لوجه عن طريق عاملين ميدانيين مؤهلين ومدربين.

نظراً لطبيعة المكان الذي تتم فيه المقابلة، فمن المرجح أن يتواجد حارس السجن في المبنى خلال جمع البيانات غالباً. في هذه الحالة، ولتقليل مصادر التحيز في التقرير إلى أدنى حد، ينصح بشدة إبقاء حارس السجن بعيداً بحيث لا يستطيع/تستطيع الاستماع إلى المقابلة ولضمان قدر أكبر من السرية للمجيب.

ح- مؤهلات فرق جمع البيانات

من الأفضل الاتكال على القدرات البحثية السلوكية البشرية، حيثما يكون ذلك ممكناً وملائماً، المتأصلة في أي بيئة أكاديمية أو جمعية أهلية أو هيئة غير شرطية (بهذا الترتيب) لإجراء الجمع الفعلي للبيانات. وينبغي استكمالها بالموارد اللازمة أو دعمها بمصادر أخرى.

كما ينبغي أن يتكون فريق جمع البيانات من أخصائيي وبائيات/علماء اجتماع متخصصين ومدربين تدريباً جيداً، وملمين جيداً بأداة وتقنية جمع البيانات. ومن المحبذ أن يكون لديهم فهم عام بالبحث ذي الصلة والقضايا المتعلقة بالمخدرات وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز، وأن يتمتعوا بمهارات تواصل وتقارب جيدة وأن يتحلوا بأسلوب غير متحامل، أن يكونوا مدربين كذلك على ملاحظة الإشارات اللفظية وغير اللفظية وأخذ الملاحظات.

- ط- الخطوات التي يتعين إتباعها في التقييم
- فيما يلي قائمة مقترحة بالخطوات التي يتعين إتباعها عند الضلوع بالتقييم:
- 1- تكوين شركاء (مجموعة عمل) (كما تم اقتراحه في المقدمة، القسم "ب")؛
 - 2- ترشيح هيئة تنسيق التقييم؛
 - 3- التوافق بشأن المنهجية؛
 - 4- تطوير الأدوات؛
 - 5- تجربة أداة التقييم؛
 - 6- ترشيح فريق جمع البيانات؛
 - 7- تدريب فريق جمع البيانات؛
 - 8- جمع البيانات
- أ- الثانية
- ب- النوعية الأولية
- ج- الكمية الأولية؛
- 9- إدخال البيانات والتحقق منها وإثبات صلاحيتها بالتوازي؛
 - 10- التحليل؛
 - 11- الإبلاغ؛
 - 12- التصديق ورفع التوصيات؛
 - 13- الانتهاء من التقرير وتوزيعه.

- ي- الموضوعات التي يتعين تغطيتها في الاستبيان
- فيما يلي قائمة مقترحة بالموضوعات التي يتعين إدراجها ضمن استبيان التقييم:
- الفحص الأولي لفيروس نقص المناعة البشري وانتشار الاستجابة للأمصال؛
 - المعرفة بفيروس نقص المناعة البشري وغيره من الأمراض المنقولة بالدم؛
 - مستوى التمييز على أساس فيروس نقص المناعة البشري؛
 - الموقف تجاه الارتهان بالمخدرات؛
 - تاريخ الإدمان على المخدرات؛
 - إدمان المخدرات شديد الخطورة؛
 - تاريخ فيروس نقص المناعة البشري؛
 - العنف داخل السجون؛
 - السلوكيات والمواقف الجنسية؛
 - الوشم؛
 - طقوس تقاسم الدم؛
 - الوصول إلى الرعاية الصحية والوقائية من المخدرات أو فيروس نقص المناعة البشري؛
 - الوصول إلى المشورة والاختبار الطوعيين والمعرفة بهما؛
 - إتاحة المعلومات وتوفير سبل الوصول إليها؛
 - الوصول إلى منتجات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري (الواقي الذكري، والمزقات، والمعقمات، والمحاقن والإبر، وغير ذلك)؛
 - دعم الأقران؛

- أمراض أخرى مهمة مثل: السل، فيروسي التهاب الكبد (B) و(C)؛
- المحاذير العالمية؛
- الممارسات الضارة المحتملة؛
- أمراض أخرى (حسبما يرى البلد أنها ضرورية) مثل الجذام، والجراحة السابقة، وأمراض الأسنان.

ك- الصلاحية والموثوقية

دون الخوض في تعريف كل منهما، يتم التركيز هنا على كيفية ضمان أقصى حد من صلاحية وموثوقية التقييم. ومن المستحسن تفعيل الأدوات المزمع استعمالها في التقييم على نطاق واسع على أساس ما سبق استعماله منها واختبرت صلاحيته وموثوقيته والتقليل إلى أدنى حد من الاعتماد على الأسئلة التي لم تختبر. كما أنه يجب توخي الشمولية والاستيفاء بقدر الإمكان عند السؤال عن مجالات محددة حول المعرفة والمواقف والسلوكيات والممارسات.

ثمة اختبار آخر يتعين اجتيازه وهو تثليث النتائج المتحصل عليها من مصادر متعددة للبيانات.

يمكن أيضا استخدام تحليل الاتساق الداخلي للردود كمقياس للموثوقية. بينما يمكن استخدام فحوصات السجلات الرسمية أيضا كوسيلة من وسائل التحقق من الصحة.

بناء على التجربة السابقة، من المهم أن نرى أنه في دراسة نزلاء السجون لوحظ المزيد من التقارير عن إدمان المخدرات في الاستبيانات ذاتية الاستكمال مقارنة بتلك التي يديرها مجري المقابلة. وتم الإبلاغ عن تعاطي القنب بشكل أكثر صحة من غيره من المواد. وأن المقبوض عليهم أكثر استعدادا للاعتراف بتعاطي القنب، يليه الأفيونيات والأمفيتامينات والكوكايين على التوالي. ولوحظ بأن الكوكايين هو المادة الأكثر تسببا في الشعور بوصمة العار¹⁷.

خامسا: فحوى التقرير النهائي

بالرغم من أن شكل التقرير قد يختلف من بلد إلى آخر بناء على عوامل شتى، مثل السياق المحلي وكذلك التوكيد اللازم عكسه في التقرير، فإن المبادئ التوجيهية الواردة أدناه تبرز الحد الأدنى لمحتويات كل فصل بما يضمن أقصى حد ممكن من التوحيد في المحتويات الأمر الذي بوسعنا أن نيسر من تبادل الخبرات.

هناك حاجة إلى ملئ محتويات الفصول التالية:

- 1- الموجز التنفيذي مع النتائج والاستنتاجات والتوصيات الرئيسية باتخاذ مزيد من الإجراءات؛
- 2- التقييم السياقي للسجون (وصف عام للمرافق، معدلات إلقاء القبض، الأنواع، وغير ذلك)؛
- 3- تقييم موارد الرعاية الصحية؛
- 4- منهجية جمع البيانات؛
- 5- المعرفة بتعاطي المخدرات وانتشار فيروس نقص المناعة البشري، والتقييم والمواقف والسلوك إزائهما؛
- 6- الاحتياجات المحددة والتوصيات المطروحة؛
- 7- مناقشة النتائج (العقبات التي تواجهها، والتوصيات بشأن تحسين عملية الجمع)؛
- 8- الخلاصة؛
- 9- إلحاق مختلف الأدوات المستخدمة.

لا بد من مناقشة هذا التقرير والمصادقة عليه من خلال اجتماع لتوافق الآراء برئاسة الباحث الرئيسي الذي أعد التقرير وبحضور مختلف أعضاء فرقة العمل الوطنية وغيرهم من النظراء الوطنيين ممن لهم مصلحة في الاستجابة لمكافحة المخدرات وفيروس نقص المناعة البشري في السجون.

سادساً: مراجعة الدراسات السابقة حول الموضوع

• حول إجراء المقابلات، وأخذ العينات وجمع البيانات:

- في فيرغيزستان، تم اختيار السجناء بمساعدة سلطات السجون لإجراء المقابلات معهم وبذلك ضموا "عينة ملائمة" من نزلاء السجون على نحو أكبر. وأعطى كل سجين من السجناء الذين تمت مقابلتهم رزمة تضم شاي وعلبة السجائر وكيلوغرام من السكر، على سبيل التعويض.
- في دراسة بشأن فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد (C) في انكلترا ومقاطعة ويلز، أجريت المقابلات مع السجناء في مجموعات تضم من 10 إلى 40 سجيناً، تبعاً لتوافر المجموعة وقت الدراسة. بعد التفسير والإحاطة لمدة 5 دقائق، استكمل السجناء الذين أبدوا موافقتهم استبياناً عن السلوكيات الخطرة، وقدموا عينات من سائل الفم (غير مرتبطة بصاحبها ومجهولة). بالنسبة لأولئك الذين اختاروا عدم المشاركة فلم يعد لهم أي دور في هذه الدراسة ولم يتم إدراج خصائصهم لا ديموغرافياً ولا من حيث عوامل الخطر بالعدوى محل الدراسة، وذلك في سبيل تهدئة المخاوف من احتمال إجراء اختبار تعاطي المخدرات أو للأغراض الأمنية لهذه الدراسة من خلال ضمان عدم إكراه أي شخص على الرد. أتيح أعضاء فريق الدراسة للمساعدة عند الحاجة (على وجه الخصوص عند وجود مرشحين أميين غير قادرين على قراءة الاستبيان). ولم يشترك أي من موظفي السجن في عملية الجمع 10.
- في دراسة تضطلع بتقييم فيروس نقص المناعة البشري، وفيروس التهاب الكبد (B) و(C) في غانا، وجهت الدعوة إلى كافة نزلاء السجون والضباط المتواجدين في موقع الدراسة للمشاركة. أحيطوا علماً بأن الدراسة سرية، وبأن المعلومات التي يقدمها السجناء لن تؤثر على حالة حبسهم. أجريت مقابلات مع كل الأفراد الذين وافقوا على الانضمام ووزع عليهم الاستبيان وفقاً لمستوى إلمامهم بالقراءة والكتابة. تمت مراجعة السجلات الطبية لكل سجين وافق على المشاركة للتأكد من أنهم قد سبق اختبارهم للعدوى محل التحقيق. تمت الدراسة على نحو سري وتم تخصيص أرقام عشوائية فريدة في الدراسة لتحديد هوية المشاركين 11.
- تمت دراسة بإجراء المقابلات بشأن الاحتياجات العلاجية عند دخول السجن، في ولاية أوهايو، الولايات المتحدة الأمريكية، اضطلع بها لتحديد مدى تعاطي المخدرات ولتقدير عدد المحتاجين إلى العلاج بين السجناء الوافدين. للتحقق من صحة التقارير ذاتية الاستكمال، أخذت عينات من شعر السجناء لاستكمال البيانات. بالإضافة إلى ذلك، تم الحصول على سجلاتهم الجنائية ونتائج تحليل بولهم. وشملت عينة الدراسة الأشخاص الذين صدرت ضدهم أحكاماً بالسجن والذين أقاموا في السجون لمدة تقل عن ثلاثة أشهر. قدم مسؤولو السجن قائمة بالسجناء المؤهلين وعهد برقم تعريفني إلى كل مشارك. تم تأكيد السرية لهم والحصول على استمارة الموافقة المستنيرة قبل إجراء مقابلات مع كل واحد منهم. تبعت الأسئلة جدول المقابلة التشخيصية الخاص بالمعهد الوطني للصحة العقلية - الإصدار الرابع للصك (DIS-IV) واستخلصت معلومات إضافية من برنامج التنبؤ بتعاطي المخدرات في مدينة كليفلاند. وطرح على كل سجين سؤالين بغرض تقييم الاحتياجات العلاجية. ما تمت معرفته من تصور السجناء لاحتياجاتهم العلاجية تم استخدامه للتنبؤ برد فعلهم إزاء نظام العلاج المعروض أو المفروض. وقد استخدم الباحثون الأداة التشخيصية (DSM-IV) 12 في تقييم عدم الارتهان بالمخدرات.
- دراستا حالة: الأولى كانت دراسة إثنوغرافية عن مدمني المخدرات غير المشروعة من الشباب، والثانية دراسة عن الأيدز والمخدرات عند الشباب. وكانت المقابلات قد أجريت مع المشاركين الشباب من متعاطي المخدرات غير المشروعة مرة واحدة في أحد المكاتب الميدانية، أستأجر لهذه الدراسة، وكان يبعد عن المكتب المركزي جغرافياً. قدم محامو الجامعة نصائح للباحثين أدت إلى إدخال تعديلات على الأساليب المنهجية، ووفرت لهم فرص الحصول على نصائحهم

المباشرة والشخصية وكذلك أرقام هواتف بالإمكان الاتصال بها على مدار 24 ساعة للحصول على المساعدة القانونية. في التخطيط للدراسة عن الأيدز والمخدرات عند الشباب، تقرر أن يسعى الباحثون للحصول على بعض الحماية، وإن لم يكن كلها، للدراسة عن طريق إعلام فرقة مكافحة المخدرات المحلية بشأن التحقيق. اتخذت شتى الإجراءات الأمنية للحفاظ على سرية عنوان المكتب الميداني قدر الإمكان 13.

- دراسة عن تعاطي المخدرات والشروع به في السجن في المملكة المتحدة: تركز الورقة على تعاطي الهيروين والكوكايين في عينة من السجناء في المملكة المتحدة. وكان الهدف هو دراسة خصائص أولئك الذين تعاطوا في أي وقت مضى، أو شرعوا في تعاطي هذين المخدرين أثناء وجودهم داخل السجن. أخذت عينات احتمالية (أخذت عينات منهجية، واحدة من 34 سجينا محكوم عليهم، واحدة من 8 سجناء في الحبس الاحتياطي وواحدة من 3 سجينات) من بين السجناء في كافة السجون التنفيذية في انكلترا وويلز كجزء من مسح وطني للاعتلال النفسي. أكمل 88,2% من السجناء المختارين مقابلة وجها لوجه - مع موظفي مكتب الإحصاء الوطني المدربين. وأجريت المقابلات على انفراد أو عند الاقتضاء بوجود مجري مقابلة آخر تابع للمكتب. تم منع أولئك الذين اعتبروا شديدي الخطورة بحيث لا يمكن إجراء مقابلات معهم من إجرائها. وغطت المقابلات الشخصية مواضيع شملت الخصائص الشخصية والديموغرافية والتاريخ الاجتماعي، والمرض النفسي والإدمان على المخدرات 14.

- دراسة أجريت في سجن درهام - وهو سجن نموذجي للذكور في الحبس الاحتياطي وأولئك ممن يقضون فترات سجن قصيرة. يقوم موظف الرعاية الصحية بفرز كافة السجناء الجدد عند استقبالهم لتحديد المشاكل الصحية البدنية والعقلية، فضلا عن الإدمان على المخدرات. استخدم استبيان موحد للسجن (F2169) كان يضم أسئلة عديدة محددة حول تعاطي المخدرات والمشروبات الكحولية في الآونة الأخيرة. ويوفر هذا معلومات مفيدة لطبيب السجن الذي يقيم كل سجين في يوم العمل التالي، ويقرر نظم نزع السمية وغيرها من الاحتياجات العلاجية. تأهل للدراسة جميع الرجال غير المدانين الذين حبسوا لمدة سبعة أشهر من 1 تشرين الأول/أكتوبر 1995 إلى 30 نيسان/أبريل 1996. وتم إيضاح البحث لكل رجل وتقديم التأكيدات على سرية أي معلومات تقدم، وعلى عدم نقلها إلى موظفي السجن. فأعطى كل رجل موافقة خطية. وأجريت المقابلات معهم باحث أو باحثان مديبان في علم النفس. كانت المقابلات شبه منظمة وصممت خصيصا لهذه الدراسة. وتم أخذ التاريخ الشامل لتعاطي المخدرات والكحول، وتسجيل معدلات التعاطي، واستخدام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة (DSM-IV) لتشخيص التعاطي والارتهاان عند الاقتضاء 18.

- تم تحديد مجموعة من السجناء الذكور من مدمني المخدرات من مسح عن إجرام السجناء أجري عام 2000. وقد تم تقسيمهم في عينات، على أساس طول مدة عقوبتهم، وأجريت جولتا مقابلات: تكونت العينة "1" من مقابلات مع السجناء، ومعظمهم داخل السجن لمدة تتراوح بين أربعة وتسعة أشهر. سؤل من شملهم الاستطلاع عن تعاطيهم للمخدرات وتجاربهم في العلاج والفحص خلال فترة السجن الحالية. بينما شملت العينة "2" عينة منفصلة أجريت المقابلات معهم في المجتمع بعد الإفراج عنهم. تكونت المجموعة من سجناء ممن قضوا فترة أقصر في الحبس. سؤل من شملهم الاستطلاع عن تعاطي المخدرات والعلاج والفحص خلال آخر مدة لهم بالسجن وعن تعاطي المخدرات والعود إليه منذ إطلاق سراحهم 19.

● بعض النتائج الرئيسية والمناقشات المطرحة:

– الماريجوانا والكوكايين والأفيون هي المخدرات الأكثر تعاطيا على نطاق واسع. كان المشاركون الأكبر سنا أكثر عرضة لتعاطي الكوكايين والأفيون في حين كان الأصغر سنا أكثر عرضة لتعاطي الماريجوانا. ثمة نسبة أعلى من الإناث أظهرت ارتهاً بالمخدرات مدى الحياة مقارنة بالذكور المشاركين. وكان هناك احتمال أعلى لدى من صنّفوا بأنهم مرتين حالياً أو مدى الحياة بمخدري الكوكايين والأفيون بتلقيهم العلاج منها في الماضي، فضلاً عن تصور احتياجاتهم العلاجية المستقبلية. ومع ذلك فإن تعميم الدراسة محدود ما دامت عيناتها لم تكن ممثلة لجمهور جميع سجون الولايات المتحدة الأمريكية¹².

– وفقاً للمبادئ التوجيهية الأخلاقية للبحوث الصحية الاسترالية: ينبغي قبل إجراء البحوث الحصول على الموافقة الحرة للأشخاص المعنيين. وينبغي توفير معلومات كافية عن الغرض من الدراسة، وطرقها ومتطلباتها ومخاطرها والمضايقات والإزعاجات التي تسببها. فإذا اتضح أن البحث يضر بالخاضعين له، يتعين على الباحث تعديل أو وقف برنامج البحث. هناك صراع بين مسؤوليات الباحثين الأخلاقية والقانونية وينبغي أن تكون سبل التصدي لهذا الصراع جلية. كيف الحفاظ على سرية وحصانة بيانات البحث! كيفية حماية الباحثين من المسؤولية الجنائية! الحماية القانونية للباحث والباحث¹³

– 26.4% من مدمني الهيروين مدى الحياة و9.3% من مدمني الكوكايين/الكراك أبلغوا عن أن أول تعاط لهم لهذه المخدرات كان أثناء تواجدهم في السجون. كنسبة مئوية من ذلك الإدمان داخل السجون، شرع 42.8% في تعاطي الهيروين و38.2% في تعاطي الكوكايين داخل السجون. ومن المرجح أن يكون الذين تتراوح أعمارهم من 20 إلى 30 عاماً أكثر عرضة للشروع بتعاطي الهيروين داخل السجون من الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و20 عاماً. ويزيد التشخيص بوجود خلل سلوكي في الطفولة من احتمالات تعاطي الكوكايين والهيروين أثناء المكوث داخل السجن بأكثر من الضعف. كما لوحظ وجود ارتباط إيجابي بين الانفصال أو الطلاق وبين تعاطي الكوكايين داخل السجون. وبشكل موحد ارتبط الوجود سابقاً في السجن بتعاطي الهيروين بشكل أكثر عن تعاطي الكوكايين. هذا وأن العدد الأكبر من السوابق يزيد زيادة كبيرة من احتمالات تعاطي الكوكايين والهيروين وكذلك الإدمان عليهما مدى الحياة. ومن المرجح أن يشرع أولئك الذين يعانون الكثير من الاضطرابات النفسية بتعاطي الهيروين أثناء وجودهم في السجن. ومن المحتمل أن يرجع انخفاض معدلات تعاطي الكوكايين والأمفيتامين إلى قلة توافرها في السجون البريطانية. مع ذلك يمكن القول بأن الآثار المرتبطة بتعاطي القنب والهيروين أكثر ملاءمة للحياة في السجن من المنشطات والمخدرات مثل الكوكايين والأمفيتامينات¹⁴.

– تقع مسؤولية جمع المعلومات ونشر المعلومات الصحية بشكل متزايد على عاتق أولئك المنخرطين مع مجموعات خطر من ثقافات فرعية مستترة أو غير قانونية وجها لوجه. إن استخدام العاملين في التوعية المجتمعية والأقران الذين يجرون المقابلات يعكس تحولات أوسع في توفير الرعاية الصحية وإدارة الصحة العامة جاءت لتزيد التركيز على التوعية المجتمعية في استراتيجيات الحد من المخاطر والأضرار. ومع ذلك فهناك ثغرات: إحدى أخطرها هو عدم تقديم ما يكفي من الدعم القانوني والأخلاقي لاستدامة السرية في مثل هذا النهج. ولأن أولئك الذين لا يحصلون على ضمان السرية قد لا يشاركون في البحث، فثمة حاجة لتحقيق توازن أخلاقي. فمن جهة هناك حاجة إلى السلطة التقديرية لمحاكمة المتورطين في عمل غير قانوني، ومن جهة أخرى الحاجة إلى معرفة أنشطة تعاطي المخدرات غير المشروعة بحيث يمكن الشروع في استراتيجيات الصحة العامة للحد من الضرر. لن يكون إيجاد استجابة متوازنة تعطي الأولوية لهذه المصالح المتنافسة بالأمر الهين¹⁵.

- استتدت المسوحات على التقارير ذاتية الاستكمال للوصول إلى مدى انتشار وحدوث تعاطي المخدرات. غير أن تقنيات التحليل المحسن للشعر والبول تبين أن طريقة التقرير ذاتي الاستكمال تفوت الكثير عن تعاطي المخدرات في الآونة الأخيرة. ويتطلب التحقق من صحة التقارير ذاتية الاستكمال المقارنة مع بعض الطرق المفترض دقتها بشكل أكبر، على سبيل المثال تحليل أيضا المخدرات في سوائل الجسم. ومن الأساليب الأخرى المستخدمة التقارير المقدمة من أفراد الأسرة، وسجلات العلاج أو السجلات الجنائية. فقد وجدت الدراسة عن التنبؤ بتعاطي المخدرات بشكل ثابت نوعا ما بأن حوالي النصف فقط من الذين جاء اختبار تعاطيهم للمخدرات إيجابيا أبلغوا عن تعاطيهم في اليومين إلى 3 أيام المنصرمة. الطريقة الأكثر شيوعا لتفسير تطابق تحليل البول مع التقرير ذاتي الاستكمال هي التركيز فقط على أولئك الذين جاءت نتيجة تحليل بولهم ايجابية، وتحديد النسبة المئوية للذين يبلغون بدقة عن تعاطيهم المخدرات. ثمة طريقة أخرى وهي المقارنة بين أولئك الذين يقرون بإدمانهم على المخدرات في التقرير ذاتي الاستكمال ونسبة الذين جاء اختبار تعاطيهم للمخدرات ايجابيا.

- تشير أدبيات الأبحاث إلى أن التقرير ذاتي الاستكمال قد يكون أقل ما يمكن الاعتماد عليه بين السجناء. فقد وجدت دراسة عن نزلاء السجون بأنه يتم التبليغ عن تعاطي المخدرات بشكل أكبر باستخدام الاستبيانات ذاتية الاستكمال في مقابل الاستبيانات التي يملؤها مجري المقابلة^{16،17}. ومن النتائج الأخرى هي أن المعتقلين أكثر استعدادا للاعتراف بتعاطي الماريجوانا، يليها الأفيونيات والأمفيتامينات، ومن ثم الكوكايين¹⁸. ومع ذلك فإن التقارير ذاتية الاستكمال ذات أهمية في فهم تعقيد الخصائص السببية والمتراصلة لتعاطي المخدرات، والمعلومات عن سن الشروع بتعاطي الأشخاص للمخدرات. ولا يمكن الحصول على المواقف تجاه خطر وقوع الضرر والعلاج في الماضي إلا من خلال التقارير ذاتية الاستكمال. وما زال لتحليل الشعر العديد من الجوانب المثيرة للجدل. أحدها هو عدم وضوح كيفية دخول المخدرات إلى الشعر. وثمة جانب آخر هو تفسير العلاقات بين الجرعة والزمن. ومع ذلك، تشير بعض الدراسات إلى أن تحليل الشعر يكشف تعاطي المخدرات الأكثر حداثة مما يمكن معرفته إما من خلال تحليل البول أو التقارير ذاتية الاستكمال¹⁹.

- وجد الباحثون أنه عندما خضع العديد من النزلاء للاستجواب من جانب موظفي السجون فإنهم قللوا من مدى تعاطيهم للمخدرات، ولم يكشفوا سوى عما هو ضروري في ظنهم، وذلك لانعدام ثقتهم في تلقي العلاج، بل خشوا بدلا عن ذلك من وصفهم بـ "متعاطي مخدرات". وعندما أجرى المقابلات الباحثون، الذين لا ينظر إليهم على أنهم جزءا من النظام، بدا السجناء أكثر رغبة في الكشف عن إساءة استعمال المواد المخدرة. على كل حال، تبقى الحقيقة قائمة بأن أعدادا كبيرة من متعاطي المخدرات لا يظهرهم الفرز عند الاستقبال في السجون. ويعتقد بأنه إذا ما أريد التصدي لتعاطي المخدرات في السجون على نحو فعال فهناك حاجة إلى المزيد من التركيز على الفحص السريري الأكثر دقة وتوفير برامج العلاج من تعاطي المخدرات، مماثلة لتلك التي في المجتمع. فبدون ما يكفي من برامج إزالة السموم، سيواصل الكثير من السجناء تعاطي المخدرات في سجونهم. ويكون ذلك مصحوبا، في بعض الحالات، بخطر تقاسم الإبر²⁰.

المراجع

1. Jordan BK, Schlenger WE, Fairbank JA, Caddell JM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. II. Convicted felons entering prison. *Arch Gen Psych*. 1996; 53 (6): 513-9
2. Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Farrell M, Lewis G, Paton J. Psychiatric and social aspect of suicidal behavior in prisons. *Psychol Med* 2005; 35(2): 257-69
3. March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M. Drugs and social exclusion in ten European cities. *European Addiction Research* 2006; 12(1): 33-41
4. Sahajian F, Lamothe P, Fabry J. Psychoactive substance use among newly incarcerated prison inmates. *Sante Publique* 2006; 18 (2): 223-34
5. Kang SY, Deren S, Andia J, Col?n HM, Robles R, Oliver-Velez D. HIV transmission behaviors in jail/prison among Puerto Rican drug injectors in New York and Puerto Rico. *AIDS Behav*. 2005; 9(3): 377-86
6. Boys A, Farrell M, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Jenkins R, Lewis G, Marsden J, Meltzer H, Singleton N, Taylor C. Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction* 2002; 97(12): 1551-60
7. Zamani et. al. Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS* 2005, 19:709-716
8. Farrell M. Working in the criminal justice system. Presentation (Oral communication) UAE International Addiction Conference. Abu Dhabi 2007
9. Sarang A, Rhodes T, Platt L, Kirzhanova V, Shelkownikova O, Volnov V, Balogovo D, Rylkov A. Drug injecting and syringe use in the HIV risk environment of Russian penitentiary institutions: Qualitative Study. *Addiction* 2006; 101(12): 1787-96
10. Ar Weild, ON Gill, D Bennett, SJM Livingstone, JV Parry, L Curran. Prevalence of HIV, hepatitis b, and hepatitis c antibodies in prisoners in England and Wales: a national survey. *Common Dis Public Health* 2000; 3: 121-6.
11. Andrew A. Adjei, Henry B. Armah, Foster Gbagbo, William K. Ampofo, Isaac K.E. Quaye, Ian F.A. Hesse and George Mensah. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *Journal of Medical Microbiology* (2006), 55,593-597
12. Celia C. Lo a; Richard C. Stephens a *Drugs and Prisoners: Treatment Needs on Entering Prison 1* * Department of Sociology, University of Akron, Akron, Ohio, U.S.A. 10.1081/ADA-100100602
13. WENDY LOXLEY, DAVID HAWKS & JUDE BEVAN. Protecting the interests of participants in research into illicit drug use: two case studies *Addiction* Volume 92 Issue 9 Page 1081-1085, September 1997
14. Boys, A. 1; Farrell, M. 1; Bebbington, P. 2; Brugha, T. 3; Coid, J. 4; Jenkins, R. 5; Lewis, G. 6; Marsden, J. 1; Meltzer, H. 7; Singleton, N. 7; Taylor, C. 1 *Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. Addiction. 97(12):1551-1560, December 2002.*
15. John L. Fitzgerald, Margaret Hamilton. Confidentiality, disseminated regulation and ethico-legal liabilities in research with hidden populations of illicit drug users. *Addiction*, Volume 92 Issue 9 Page 1099-1108, September 1997
16. Gerry V. Stimson, *Aids and injecting drug use in the United Kingdom, 1987ñ1993: The policy response and the prevention of the epidemic. Soc. Sci. Med. Vol.41, No.5, pp.669-716,1995.*
17. Karen McElrath, *A comparison of two methods for examining inmates' self-reported drug use, Substance Use and Misuse March 2004;29(4): 517-524.*
18. Lana Harrison. *The validity of self-reported drug use in survey research: An overview and critique of Research Methods.*
19. Debbie Mason, Luke Birmingham, Don Grubin. *Substance use in remand prisoners: a consecutive case study BMJ No 7099 Volume 315 Saturday 5 July 1997.*
20. Tony Bullock. *Changing levels of drug use, before during and after imprisonment,*