

بسمه تعالی

عنوان:

طرح اجرایی ای جاد مراکز ترک

اعتیاد

ویژه مادران دارای فرزند زیر ۶

سال

نویسندگان طرح:

هدی فرح پور

(کارشناس ارشد مطالعات زنان و خانواده)

پریا پورحسین هندآباد

(کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی)

پاییز ۱۳۹۵

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر مسئله‌ای اجتماعی است. اعتیاد عامل بروز بسیاری از آسیب‌های اجتماعی و نابسامانی‌های خانوادگی و فردی است. پدیده اعتیاد و به‌ویژه گسترش روزافزون وابستگی و اعتیاد به مواد جدید با توجه به تأثیرات روحی، روانی، اخلاقی و اجتماعی، خانواده و جامعه را تهدید می‌کند و به رفتارهای آسیب‌زایی مانند تنش در نقش‌های خانوادگی، ولگردی و خیابان‌گردی، تکدی‌گری، رفتارهای کج‌رو و در موارد حاد و به‌ویژه در موارد اعتیاد زنان به انحراف جنسی و خودفروشی منجر می‌شود. از این‌رو می‌توان آن را از مهم‌ترین مسائل اجتماعی جهان امروز و همچنین یکی از عوامل تأثیرگذار بسیاری از آسیب‌های اجتماعی تلقی کرد.

زنان جامعه نیز به‌عنوان نیمی از جمعیت کشور به‌صورت بالقوه در معرض ابتلا به اعتیاد مواد مخدر بوده‌اند، هرچند براساس شواهد، اعتیاد عمدتاً مسئله‌ای مردانه تلقی شده است و دامنه شیوع و گسترش مواد مخدر همواره و در همه جوامع بیشتر دامن‌گیر مردان بوده است (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶)، اما به‌نظر می‌رسد در طول سال‌های اخیر دامنه آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر با وسعت بیشتری در میان جمعیت زنان کشور گسترش یافته است.

در چنین شرایطی، با توجه به بسترها و عوامل متمایز گرایش زنان به مصرف مواد مخدر، به‌نظر می‌رسد مطالعه این مقوله نیازمند توجه ویژه به زمینه‌ها و علل و عواملی است که به‌طور خاص زنان را در معرض ابتلا به این آسیب قرار می‌دهد.

ویژگی‌های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوءمصرف مواد مخدر در موقعیت کنونی حائز اهمیت است که با توجه به ویژگی‌های متمایز روان‌شناختی و جامعه‌شناختی زنان در جامعه ایران، روند

افزایشی سرایت سوءمصرف مواد در میان آنان آثار متمایزی در سطوح مختلف ساختار اجتماعی جامعه برجا می‌نهد؛ از سوی دیگر اقدام برای پیشگیری و کاهش ابتلای زنان به سوءمصرف مواد، مستلزم روش‌ها و بینش‌های متفاوتی در مقایسه با مردان خواهد بود.

از سویی باید به این موضوع پرداخت که زندگی یک فرد معتاد با یک زندگی عادی خیلی فرق دارد. کودکان در این خانواده‌ها شاهد خشونت خانگی، سوء استفاده جسمی و جنسی، افسردگی، بیماری‌های روانی، طلاق و... خواهند بود و احتمال تمایل به انجام این نوع رفتارها نیز در آنها بیشتر است و در معرض شدید ابتلا به اضطراب، افسردگی و یا حتی خودکشی قرار دارند. در اکثر مواقع این سوءرفتار آنها به خارج از محیط خانه نیز منتقل می‌شود و آنها با همسالان خود به سختی ارتباط برقرار می‌کنند و معمولاً به افرادی خجالتی و غیر اجتماعی تبدیل می‌شوند.

از آنجایی که احساس وابستگی کودکان به ویژه در سالهای ابتدایی زندگی به مادران بیشتر می‌باشد و عدم حضور مادر در کنار فرزند به دلایل متفاوتی نظیر اعتیاد سبب ایجاد حس تنهایی، افسردگی، اضطراب، رفتارهای غیر اجتماعی و گاهی ضد اجتماعی در کودکان می‌گردد. لذا برآنیم تا با ایجاد کمپ‌های ترک اعتیاد ویژه مادران دارای فرزند زیر ۶ سال، زمینه ارتباط بین مادر و کودک حفظ گردد و در کنار رفع مشکل مادر، زمینه ایجاد روند سالم زندگی خانوادگی نیز فراهم گردد.

اعتیاد و جامعه

سازمان بهداشت جهانی مسئله مواد مخدر، اعم از تولید، توزیع و مصرف، را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی تولید و انباشت سلاح‌های کشتار جمعی، آلودگی محیط زیست، فقر و شکاف طبقاتی، از جمله مسائل اساسی شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش جدی قرار داده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹).

بر اساس تعریف سازمان ملل متحد در سال ۱۹۵۰ میلادی اعتیاد، مسمومیت حاد یا مزمنی که به علت استعمال مداوم یک دارو، اعم از طبیعی یا صنعتی، ایجاد می‌شود و به حال شخص و اجتماع

زیان بخش است.

به عبارت دیگر، اعتیاد عبارت است از وابستگی به موادی که مصرف مکرر آن با کمیت مشخص و در زمان‌های معین، از نظر مصرف‌کننده، ضروری است و ویژگی‌های مختلفی دارد، از جمله:

- ایجاد وابستگی جسمی؛

- ایجاد وابستگی روانی؛

- بالا رفتن آستانه تحمل نسبت به مواد مصرفی و بالا رفتن تدریجی دوز مصرفی؛

- بی‌قراری برای تهیه ماده مورد نیاز به هر شکل و از هر طریق ممکن؛

- تأثیر مخرب ماده مصرفی بر مصرف‌کننده، خانواده و جامعه.

بنابراین معتاد کسی است که از راه‌های گوناگون نظیر خوردن، دود کردن، تزریق یا استنشاق، یک یا چند ماده مخدر را به صورت مداوم مصرف می‌کند و در صورت قطع آن، با مسائل جسمانی، رفتاری یا هر دو مواجه می‌شود.

وابستگی و اعتیاد به سوءمصرف مواد مخدر به صورت قابل توجهی در جهان رو به گسترش است. دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان ملل^۱ در سال ۲۰۱۰ میلادی، افراد وابسته به سوءمصرف مواد مخدر در جهان را بیش از ۲۲۰ میلیون نفر برآورد کرده است.

در ایران آمار و ارقام متفاوت و بعضاً متناقضی از میزان گستردگی و شیوع اعتیاد به سوءمصرف مواد مخدر وجود دارد. طبق گزارش وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۱، تعداد معتادان دائمی در ایران که مصرف روزانه مواد مخدر دارند بین دو میلیون تا دو میلیون و دویست هزار نفر است (خبرگزاری فارس، ۱۳۹۱).

برآورد ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری در فروردین ۱۳۹۲ از میزان شیوع اعتیاد در ایران، یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر بوده است و گفته می‌شود حدود ۷۰۰ هزار مصرف‌کننده تفننی را نیز می‌توان به این رقم اضافه کرد. (پورتال ستاد پیشگیری از مواد مخدر، ۱۳۹۳)

وضعیت اعتیاد زنان در جامعه

تا اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی، پژوهش‌ها در حوزه اعتیاد بیشتر متمرکز بر جمعیت مردان بوده است. از ۱۹۹۴ میلادی با تأکید سازمان بهداشت جهانی، پژوهش‌های معطوف به جمعیت‌های زنان و بذل توجه و اهمیت به نقش تفاوت‌های جنسیتی رو به رشد بوده است (مزینانی، ۱۳۸۹).

احتمالاً یکی از مهم‌ترین دلایل این تغییر رویکرد ناشی از افزایش میزان آسیب‌پذیری و روند رو به رشد اعتیاد زنان در اثر تغییرات اجتماعی در دوران اخیر بوده است.

در ایران نیز تغییرات و تحولات اجتماعی در دهه‌های اخیر و تحول نقش‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی که در کل جامعه و به ویژه در میان زنان بروز کرده است، به‌طور مستقیم و یا غیر مستقیم به گسترش دامنه اعتیاد در میان زنان منجر شده است.

با این حال در پژوهش‌های مربوط به اعتیاد، زنان تنها گروه کوچکی از افراد مطالعه را تشکیل می‌دهند و عموماً محدود به مواردی هستند که به‌وسیله مراجع ذی‌صلاح دستگیر شده و در زندان به‌سر می‌برند و یا تحت درمان قرار دارند؛ در این مطالعات نیز عموماً بررسی ویژگی‌های جنسیتی اعتیاد زنان مورد غفلت واقع شده است (حجتی و همکاران، ۱۳۹۰).

آمارهای موجود از وضعیت اعتیاد زنان در جامعه هرچند ناقص و متناقض‌اند و قابلیت اتکای چندانی ندارند اما در این امر هم عقیده‌اند که افزایش اعتیاد به مواد مخدر و به‌ویژه روان‌گردان‌ها در میان زنان جامعه با سرعت بسیار زیادی در حال رشد هستند.

به‌طور کلی آمار موجود حاکی از آن است که زنان ۹ درصد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در جامعه را تشکیل می‌دهند و گفته می‌شود وابستگی زنان به سوءمصرف مواد در طول یک دهه اخیر، به‌طور میانگین چهار برابر شده است. (پورتال ستاد پیشگیری از مواد مخدر، ۱۳۹۳)

برخی مطالعات در جمعیت‌های محدود زنان به‌ویژه در شهرهای بزرگ ادعان دارند که الگوهای رایج اعتیاد در حال دگرگونی است و نمودهای جدیدی از وابستگی به مواد در حال ظهور و بروز است. افزایش گرایش اقشاری از دختران و زنان جوان متعلق به طبقه متوسط مانند دانشجویان دختر در ایام

امتحانات به سوءمصرف مواد از جمله این نموده‌های جدید است. (گروسی، ۱۳۹۰ و رحیمی موقر، ۱۳۸۳)

روند افزایشی اعتیاد با چنین شیب تندی، توجه ویژه به مسئله اعتیاد زنانه را ضروری می‌سازد و لازم است ویژگی‌های متفاوت جنسیتی مؤثر در ابتلا به وابستگی به مواد مخدر مشخص شده و مداخلات پیشگیرانه، متناسب با جنسیت زنانه بر اساس ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی طراحی و پیاده شود. این امر به‌ویژه زمانی اهمیت دوچندان می‌یابد که بدانیم به‌لحاظ فیزیولوژیک که مرتبط با جنس است، زنان مقاومت کمتری نسبت به مردان در برابر آسیب‌های مواد مخدر دارند و همچنین مدت زمان اعتیاد و وابستگی کامل آنان از اولین مصرف بسیار کوتاه‌تر از مردان است. در عین حال به‌دلیل ویژگی‌های جنسیتی مثل مشکلات جسمی و یا حمایت همسران و خانواده، درمان آنان بسیار دشوارتر است.

جنس و جنسیت

جنس^۱، مجموعه‌ای از صفات بیولوژیک و جنسیت^۲، مجموعه‌ای از صفات اکتسابی فرهنگی، روان‌شناختی و اجتماعی است. جنس به‌طور زیست‌شناختی تعیین می‌شود و جنسیت حاصل فرهنگ و جامعه است.

در واقع واژه «جنس» باید به ابعاد بیولوژیکی مردانگی و زنانگی فرد محدود شود و «جنسیت» به صفات و ویژگی‌های اجتماعی دو جنس اطلاق گردد. به بیان دیگر، واژه «جنسیت» به اجزای غیر فیزیولوژیکی جنس اشاره دارد که از نظر فرهنگی، برای مردان یا زنان مناسب تشخیص داده می‌شود. جنسیت در واقع، مجموعه انتظاراتی است از مرد و زن نوعی که در موقعیتی معین، چه باید بکند. اصطلاح جنس بر تفاوت‌های بیولوژیک میان زن و مرد دلالت دارد، حال آن‌که جنسیت، ناظر بر ویژگی‌های شخصی و روانی است که جامعه، آن‌ها را تعیین می‌کند. شاید بتوان گفت اصطلاحات مناسب برای جنس، «مذکر» و «مؤنث» و برای جنسیت، «مردانه» و «زنانه» هستند (گرت، ۱۳۷۹).

به نظر می‌رسد در زمینه گرایش به سوءمصرف مواد مخدر، زنان هم از نظر بیولوژیک و ویژگی‌های معطوف به جنس و هم از نظر ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی معطوف به جنسیت تفاوت‌هایی وجود دارد.

آنچه که زنان را به لحاظ جسمی در روند وابستگی، مشکلات جسمی و فیزیکی و روند درمان آسیب‌پذیر می‌سازد در وجه تفاوت‌های جنسی قابل توجه است و از طرف دیگر نقش‌های اجتماعی و فرهنگی و چالش‌های محیط اجتماعی متفاوت منجر به اعتیاد زنان را می‌توان در کلیشه‌های جنسیتی جامعه هدف و تعاریف از مطلوبیت آن‌ها جستجو کرد.

این تفاوت‌ها، باید در بررسی چگونگی گسترش مواد مخدر و زمینه‌های رشد اعتیاد مورد توجه قرار گیرد و در نتیجه در راهبردهای درمان اثرگذار باشد و در عین حال در برنامه‌های پیشگیری بر اساس انگیزه‌های متناسب با متغیر جنسیت مورد تأکید قرار گیرد.

تفاوت‌های جنسیتی در زمینه‌های گرایش به مواد مخدر

مطالعات اجتماعی موجود، زمینه‌ها و عوامل گرایش زنان به سوءمصرف مواد مخدر را بیش از هر چیز ناشی از وضعیت آشفته و مغشوش بسترهای خانوادگی قلمداد کرده‌اند و اغلب قائل به وجود رد پای یک مرد در اعتیاد زنان هستند. گفته می‌شود اغلب زنان معتاد مجرد، پدر یا برادر معتاد دارند و یا مورد یک بزه اجتماعی واقع شده‌اند و اکثر زنان معتاد متأهل، توسط همسرانشان آلوده می‌شوند (پیرصالح، ۸۷ و شیرزاد، ۸۹).

اگرچه نقش اثرگذار مردان در زندگی زنان، به‌ویژه در جایگاه همسر قابل انکار نیست و شاید به دلیل فقدان حمایت‌های اجتماعی، بسیاری از زنان زندگی و همراهی با همسر معتاد را به تنش و درگیری و یا جدایی ترجیح دهند، اما ضرورت دارد در رابطه با اعتیاد به مواد مخدر جدید که سهم قابل توجهی در روند افزایشی و رو به رشد اعتیاد زنانه دارد، با احتیاط بیشتری نسبت به چنین تحلیل‌هایی مواجه شد و از چنین تقلیل‌گرایی‌هایی پرهیز کرد.

شاید بتوان در این زمینه برای کلیشه‌های جنسیتی رایج مدرن - که برخلاف کلیشه‌های جنسیتی سنتی کمتر به چالش کشیده می‌شوند - و همچنین سردرگمی در هویت‌های جنسیتی و فشار اجتماعی و فرهنگی دستیابی به الگوی موفق و مطلوب زنانه، نقش بیشتر و مؤثرتری قائل شد. بر اساس برخی پژوهش‌ها، اماکن زنانه‌ای همچون آرایشگاه‌ها، سالن‌های ورزشی، مجامع هنری و مراکز تفریحی به مهمترین مراکز تبلیغ و توزیع برخی مواد مخدر از جمله شیشه با توجیه درمان چاقی و یا لاغری و رسیدن به اندام متناسب یا دستیابی به پوست شاداب، افزایش انرژی و... تبدیل شده‌اند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰).

از طرف دیگر فشارهای مضاعف ناشی از نقش‌های چندگانه زنان، رقابت برای دستیابی به موقعیت‌های پیشرفت، سرخوردگی‌های ناشی از موقعیت‌های غیرعادلانه و نابرابر و... نیز از جمله عوامل پرریسک پیش روی زنان است.

بر اساس پژوهشی که در سال ۱۳۸۹ در میان زنان معتاد شهر تهران انجام شده است، علل شروع به مصرف مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. در این مطالعه، انگیزه حدود نیمی از این زنان (۴۷/۸ درصد) «لاغری» عنوان شده است. «افزایش تمرکز»، «کنجکاو»، «افزایش قدرت جنسی» از دیگر دلایل پر بسامد این مطالعه بوده است. «افزایش حافظه و سایر قوای ذهنی»، «کارایی بیشتر»، «افزایش انرژی»، «شب بیداری» در مرتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند و در نهایت «ترک سایر مواد مخدر»، «افسردگی»، «شادابی پوست»، «اضطراب» از دیگر دلایل آغاز مصرف ذکر شده‌اند (نوری و همکاران، ۱۳۸۹).

با توجه به وجهه جهانی تحولات و تغییرات اجتماعی و اثرگذاری برخی وجوه فرهنگی کشورهای غربی در مقیاس جهانی، مرور نتایج برخی پژوهش‌های انجام شده در این حوزه خالی از فایده نیست.

بر اساس برخی از این مطالعات نیروهای منفی گروه همسالان ممکن است رفتار دختران و زنان را بیش از رفتار پسران و مردان تحت تأثیر قرار دهد. از نقطه نظر نابسامانی‌های روانی، رابطه بین اختلال فشار روانی پس از سانحه و اعتیاد ممکن است در بین زنان و دختران قوی‌تر از این رابطه در بین پسران

و مردان باشد (براون^۱، ۲۰۰۲).

اگرچه مردان فرصت‌های بیشتری برای دستیابی به مواد و سوءمصرف آن دارند، ولی قابلیت دسترسی به مواد برای زنان نیز افزایش یافته است تا جایی که احتمال تجربه مصرف مواد برای زنان نیز به سرعت در حال گسترش است.

میزان مصرف نیکوتین و الکل توسط زنان در حال نزدیک شدن به نرخ مصرف مردان است. استفاده غیرپزشکی زنان از مسکن‌ها و آرام‌بخش‌ها و همچنین داروهای محرک رونگردان‌ها مساوی یا اغلب بیشتر از استفاده مردان از این داروهاست. در سال ۱۹۶۷ میلادی بیش از دو سوم از این قبیل نسخه‌ها برای زنان بیمار نوشته شده است. میزان مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان دختر و پسر به‌طور بسیار نگران‌کننده‌ای نزدیک به یکسان شدن است. بر اساس برخی پژوهش‌ها ورود دختران جوان نسبت به پسران جوان در اعتیاد هروئین، پیشی گرفته است (کوهن^۲، ۱۳۸۲).

عوامل عاطفی یک عامل تعیین‌کننده برای مصرف مواد مخدر در بین دختران جوان است. دختران جوان ممکن است بیشتر به پاسخ‌های کلیشه‌ای به فشارهای روانی در استفاده از مواد مخدر متمایل و مستعد باشند؛ تاحدی که دختران جوان تمایل بیشتری در استفاده از داروها و مواد برای فرار عاطفی نشان می‌دهند (براون، ۲۰۰۲).

اگرچه استفاده زنان از مواد مخدر و الکل در حال افزایش است، اختلاف‌های جنسیتی عمده‌ای هنوز در این زمینه وجود دارد. در مقایسه با مردان احتمال کمتری وجود دارد که زنان از مواد مخدر استفاده کنند.

به مجردی که زنان سوءمصرف مواد را آغاز می‌کنند، نسبت به مردان سریع‌تر گرایش به اعتیاد را نشان می‌دهند و نیز زودتر از آنان پیامدهای منفی (از نقطه نظر پزشکی) را تجربه می‌کنند. همچنین، عواملی که خطر اعتیاد را برای زنان به‌دنبال دارد با عوامل خطر در مردان متفاوت است. همچنین در مقایسه با مردان، موانع درمان در زنان ممکن است مشکلات بیشتری را به همراه داشته باشد (چیرینو^۳

1. Brown
2. cohen

2. chirino

و همکاران، ۱۳۸۲).

نیکوتین یک مثال جالب از تغییرات جنسیتی در استفاده از مواد مخدر است. اگر چه نیکوتین از اوایل کشت آن مورد استفاده بوده است، اما این ماده تا اواخر جنگ دوم جهانی توسط مردان استفاده شده است. استفاده زنان از نیکوتین از اواسط قرن بیستم، افزایش یافته است.

زنان به هنگام ترک اعتیاد (به دلیل دوره ماهیانه‌شان) در مقایسه با مردان کمتر به معالجه و روان درمانی و حتی جایگزین کردن نیکوتین، جواب می‌دهند. همچنین، زنان اغلب در هنگام ترک اعتیاد شوهرانشان بیشتر حامی و پشتیبان هستند تا شوهران به هنگام تلاش زنانشان برای ترک اعتیاد (نوری و همکاران، ۱۳۸۶).

شاخص مهم دیگر استفاده زنان از مواد مخدر، محل جغرافیایی است. الگوهای مختلف سوءمصرف موادمخدر، به در دسترس بودن این مواد بستگی دارد.

ترکیب عوامل ژنتیکی، روان‌شناختی و اجتماعی برخی زنان را نسبت به اعتیاد از دیگر زنان آسیب‌پذیرتر می‌سازد. محققان توافق دارند که برخی از افراد ضعف ژنتیکی و فردی نسبت به اعتیاد دارند.

دختران و زنان مصرف‌کننده مواد مخدر و الکل از نوجوانی تا سالخوردگی تحت تأثیر روابط در زندگی‌شان قرار دارند. به نظر می‌رسد دختران نوجوان نسبت به فشار گروه همسالان در مقایسه با پسران، آسیب‌پذیرتر هستند و ممکن است به‌منظور احساس پذیرفته شدن در گروه همسالان، اعتیاد را تجربه کنند. همچنین، زنان معتاد و الکلی نسبت به مردان احتمال بیشتری دارد که دوست جنسی یا شریک جنسی داشته باشند (براون، ۲۰۰۲).

زنان جوان گرایش دارند تا توسط مردی مسن‌تر که با او روابط صمیمانه و نزدیک دارند با مواد مخدر آشنا شوند. زنان معتاد به هروئین، از طریق دوستی نزدیک که با او ارتباط جنسی داشته‌اند و یا دوستی از جنس مخالف با هروئین آشنا شده‌اند؛ این در حالی است که مردان معتاد به هروئین بیشتر از طریق آشنایان و دوستان هم‌جنس با مواد مخدر آشنا شده‌اند. علاوه بر این زنان معتاد در مقایسه با مردان

معتاد بیشتر احتمال دارد برای خرید هروئین پول دریافت دارند و حتی در سوءمصرف مواد مورد حمایت قرار گیرند همچنین این احتمال در زمینه استفاده مشترک همسران از سرنگ در بین زنان بیشتر از مردان معتاد است. تحقیق دیگری در این زمینه نشان می‌دهد که زنان معتاد تزریقی معمولاً با مردی که مصرف تزریقی دارد روابط جنسی برقرار می‌کنند. این نتایج دارای معانی ضمنی مهمی در خصوص آسیب‌پذیری زنان به مواد است. در واقع، زنان گرایش دارند تا از طریق روابط نزدیک و صمیمانه، با مواد مخدر و الکل آشنا شوند، که این امر می‌تواند به‌طور بالقوه نتایج مصیبت‌باری برای سلامتی آنان در بر داشته باشد.

مجموعه‌ای از تحقیقات درباره زنان معتاد نشان می‌دهد که زنان معتاد و الکلی، نسبت به دیگر زنان میزان بیشتری از خشونت را تجربه و تحمل می‌کنند. برآورد شده است که تا ۹۰ درصد زنان دارای مسائل و معضلات ناشی از مصرف مواد، حداقل یک بار در زندگی‌شان مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند (همان).

نتایج مطالعه‌ای درباره درمان زنان معتاد دریافت که پیش از درمان، تقریباً تمامی افراد مورد مطالعه درگیر خشونت به‌عنوان قربانی یا تحت تأثیر رفتارهای سوء جنسی، فیزیکی و کلامی (لفظی)، بوده‌اند. افرادی که به‌طور مکرر خشونت را متحمل شده‌اند یا کسانی که قربانی خشونت فیزیکی و جنسی به‌طور هم‌زمان بوده‌اند، در مقایسه با دیگران بیشتر در معرض خطر مصرف مواد قرار می‌گیرند.

زنان معتاد در مقایسه با دیگر زنان، مسائل و معضلات روانی بیشتری دارند. مشخص شده است که اختلالات افسردگی یا اضطراب شایع‌ترین بیماری در نزد زنان معتاد به مواد است. یک مطالعه ملی در آمریکا نشان می‌دهد که زنان نسبت به مردان به احتمال بیشتری دچار بیماری‌های افسردگی و اضطراب بوده‌اند. ممکن است بیماری‌های روانی مانند افسردگی در زنان، پیش از استفاده از مواد نیز وجود داشته باشد. درحالی‌که مردان به احتمال زیاد، ابتدا اعتیادشان را گسترش می‌دهند که ممکن است به افسردگی ثانویه منجر شود. این مطالعه نشان می‌دهد زنان معتادی که سابقه سوء استفاده جنسی داشته‌اند، اغلب افسردگی عمیق و مزمنی را تجربه کرده‌اند و نیز سطح بالایی از اضطراب و نگرانی در

آن‌ها تشخیص داده شده است، درحالی‌که مردان معتاد دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی مشخص شده‌اند (حجتی و همکاران، ۱۳۹۰).

افسردگی همراه با مواد مخدر و الکل می‌تواند به آسیب‌پذیری بالایی نسبت به افکار و رفتارهای خودکشی منجر شود. همچنین افسردگی با مسائلی همچون خود انگاره و عزت نفس فرد ارتباط دارد. زنان معتاد اغلب حوادث خشونت‌بار تکان‌دهنده‌ای را از لحاظ روانی تجربه و تحمل کرده‌اند. همچنین در تعداد زیادی از معتادان، سابقه و تاریخچه‌ای از سوءاستفاده جنسی در کودکی، افسردگی و اضطراب دیده شده است.

تفاوت‌های جنسیتی زنان در آسیب‌های ناشی از سوء مصرف مواد

آسیب‌های اعتیاد زنان از دو جنبه حائز اهمیت است. یکی از جنبه آسیب‌هایی که به خود فرد وارد می‌شود و دیگری با توجه به اهمیت نقش زنان در خانواده آسیب‌هایی است که به شبکه اطراف به خصوص خانواده و جامعه وارد می‌شود. پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی که از رهگذر زنان معتاد به اطرافیان به خصوص فرزندان وارد می‌شود با مشکلاتی که از ناحیه مردان با نقش‌های مشابه وارد می‌شود قابل مقایسه نیست.

آسیب‌های فردی اعتیاد در زنان نیز چه از جنبه مشکلات جسمی و روانی و چه از جنبه مسائل اجتماعی و خانوادگی به مراتب مخرب‌تر از موقعیت مشابه مردان است.

اعتیاد زنان، علاوه بر بیماری‌های سوءتغذیه، فشار خون بسیار بالا و سرطان، آنان را در معرض بیماری‌های خطرناکی مانند هیپاتیت و ایدز قرار می‌دهد. زنان معتاد در مقایسه با مردان احتمال بیشتری دارد دچار ایدز و دیگر بیماری‌های ناشی از روابط جنسی شوند و در مقایسه با زنان دیگر احتمال بیشتری وجود دارد که به بیماری‌های زنانه و معضلات آن دچار شوند.

زن مصرف‌کننده در فرهنگ ما به راحتی از خانواده و دوستانش طرد می‌شود. همچنین، زنان با توجه به مشکل درآمد و توانایی برای به دست آوردن مواد مخدر از راه‌های دیگر گاهی تن به کارهای

ضداخلاقی می‌دهند و به‌راحتی مورد استفاده سودجویان قرار می‌گیرند که مسلماً این باعث افزایش تخریب آن‌ها می‌شود و برگشت آن‌ها به زندگی سالم را سخت‌تر می‌کند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰).

در زمینه مشکلات جسمی ناشی از اعتیاد، زنان علاوه بر مشکلات مشابه با مردان، در معرض بسیاری از آسیب‌های وابسته به جنس نیز هستند.

سوءمصرف مواد در بین زنان با بیماری‌هایی نظیر سوء تغذیه، فشار خون بسیار بالا و بیماری‌هایی که از طریق روابط جنسی انتقال می‌یابند، در ارتباط است. پیامدهای اعتیاد درباره سلامتی با سن در ارتباط هستند. مرگ در اثر مصرف مواد مخدر و الکل در زنان و دختران جوان، اغلب با مرگ تصادفی مانند تصادف اتومبیل، مصرف بیش از حد مواد و خودکشی متناظر می‌شود، در حالی که زنان میانسال الکلی، بیشتر از طریق بیماری‌های سرطان سینه و پوکی استخوان آسیب می‌بینند (همان).

سیگار کشیدن (همراه با مصرف مواد یا بدون آن) مخاطرات بسیاری برای سلامتی زنان ایجاد می‌کند. این امر اولین علت سرطان ریه است که از سرطان سینه به‌عنوان علت مرگ زنان در سال ۱۹۸۵ میلادی پیشی گرفت.

سرطان‌های دیگر، در ارتباط با سیگار کشیدن شامل سرطان نای، حفره دهان درونی، مری و سرطان دهانه رحم است. همچنین تنباکو خطر بیماری‌های قلبی و عروقی را زمانی که همراه با داروهای خوراکی ضد بارداری مصرف می‌شود، افزایش می‌دهد.

تزریق مواد و استفاده مشترک معتادان از سرنگ و همچنین رابطه جنسی این افراد زنان را در معرض خطر بیماری‌هایی چون هپاتیت و ایدز قرار می‌دهد. تا سال ۱۹۹۸ میلادی، تقریباً ۱۱۰۰۰۰ مورد بیماری ایدز در میان زنان نوجوان و بزرگسال آمریکایی تشخیص داده شده بود.

زنان مبتلا به ایدز بیشتر از مردان، از طریق مصرف تزریقی مواد (۴۷ درصد زنان در مقایسه با ۳۲ درصد مردان) یا از طریق تماس جنسی (۱۹ درصد زنان در مقایسه با ۲ درصد مردان) آلوده شده‌اند (حجتی و همکاران، ۱۳۹۰).

مصرف زیاد کوکائین و تریاک و همچنین الکل زیاد به‌طور منفی روی عملکردهای تکثیر و تولید

مجدد تخمک در دوران پیش از یائسگی زنان (از طریق فعل و انفعالات مواد مخدر با هورمون‌ها و یا از طریق بیماری‌هایی چون بیماری‌های کبد یا سوء تغذیه)، تأثیر می‌گذارند. زنان معتاد در مقایسه با کل جمعیت، میزان زیادتری مشکلات و بیماری‌های زنانه دارند. مشکلات تکثیر و تولید مجدد تخمک، بی‌نظمی دوره قاعدگی، توقف زودهنگام قاعدگی و قاعدگی بدون تخمک‌سازی را شامل می‌شود.

در کنار همه این مسائل جسمی که در برخی موارد آسیب‌های مشترک و مشابه در مردان دیده می‌شود، آسیب‌های ناشی از اعتیاد با توجه به یکی از کارویژه‌های اصلی زنان که تولید مثل و پرورش و رشد دادن نسل آینده است، بغرنج‌تر می‌نماید. این مسئله از هنگام بارداری آسیب‌های جسمی فراوانی هم برای خود زنان و برای کودکان در انتظار تولد ایجاد می‌کند.

اکثر مواد اعتیادآور به‌ویژه داروهای روان‌گردان و الکل به آسانی از جفت رد می‌شوند و می‌توانند تأثیری منفی بر رشد جنین بگذارند. درحقیقت توجه عمده به استفاده مواد در دوران بارداری، عبارت است از نتایج و پیامدهای منفی بالقوه‌ای که جنین را تهدید می‌کند. قرارگرفتن رحم در معرض داروها و موادی مانند الکل، کوکائین، آمفتامین و هروئین نیز با افزایش میزان سقط غیرعمدی و خودبه‌خود جنین، مرگ و میر پیش از زایمان، تولد نوزادانارس، تولد نوزاد با وزن کم و مشکلات رفتاری و رشدی در کودکان، مرتبط است. همچنین، مصرف مواد به توانایی مادر در تغذیه و مراقبت از فرزندش آسیب می‌رساند.

در عین حال حتی اگر مادران کنترل و مراقبت از خود را در دوره بارداری در پیش گیرند، همچنان از آسیب‌های اعتیاد در امان نیستند. بدون درمان، خویشتن‌داری در مدت بارداری همیشه این معنا را نمی‌دهد که زن بهبود بلندمدتی را در زمینه مصرف مواد به‌دست آورده باشد. درحقیقت، حدود ۳۰ درصد مادران بعد از وضع حمل دوباره به سیگار کشیدن روی می‌آورند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰).

پیامدهای خانوادگی و اجتماعی اعتیاد زنان نیز به‌مراتب عمیق‌تر از مردان است. شاید بتوان گفت آسیبی که در اثر اعتیاد زنان به مواد مخدر بر جامعه و محیط اجتماعی پیرامون مترتب می‌شود، کمتر از آسیب‌های فردی نیست. خانواده هسته اصلی و نهاد بنیادی هر جامعه است و زنان نقش محوری را در

خانواده ایفا می‌کنند و پرورش و تربیت فرزندان نسل بعد که آینده‌سازان و سرمایه‌های آتی هر جامعه‌ای محسوب می‌شوند عموماً در دامن زنان صورت می‌گیرد.

اعتیاد زنان به سوء مصرف مواد مخدر به‌طور منفی فرزندان و خانواده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به‌طور مستقیم و غیر مستقیم، بسیاری از مشکلات و انحرافات اجتماعی از این مسئله ناشی می‌شود. فروپاشی خانواده‌های زنان مصرف‌کننده از طریق طلاق یا مرگ بر اثر مشکلات جسمی ناشی از اعتیاد از جمله این مسائل است. (چیرینو و همکاران، ۱۳۸۲)

در اشکال حاد اعتیاد زنان، بر آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی حاد دیگری نیز دامن زده می‌شود و خشونت، افزایش تجاوز، روابط جنسی خارج از چارچوب، تجارت جنسی، بارداری‌های ناخواسته، فروش کودکان، افزایش کودکان کار در جامعه و... از جمله مسائلی هستند که به شکل مستقیم یا غیر مستقیم با مسئله اعتیاد زنان پیوند دارند.

به زنانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند در سراسر تاریخ به‌وسیله عموم جامعه به‌عنوان افراد بی‌بندوبار و بی‌عفت‌انگ و برچسب زده می‌شود. زنانی که زیاد مواد مصرف می‌کنند و یا زنان مست به چشم اهدافی مقبول و پذیرفتنی برای تهاجم جنسی نگریسته می‌شود و مردانی که از نظر جنسی پرخاشگر هستند اغلب اعمالشان در این زمینه را توجیه می‌کنند، زیرا آن‌ها می‌پندارند که این زنان آسیب‌پذیر و ضعیف، خواهان این قبیل فعالیت‌ها و روابط جنسی هستند.

بازداشت و زندانی کردن زنان به‌دلیل خطاهای مرتبط با مواد مخدر در دهه گذشته به‌طور شگرف افزایش یافته است. بازداشت دختران و زنان، در آمریکا به‌دلیل فروش و یا داشتن مواد مخدر غیرقانونی از سال ۱۹۹۱ میلادی تا ۴۲ درصد افزایش داشته است (همان). جرائم انجام گرفته توسط زنان وقتی که با جرائم انجام شده توسط مردان مقایسه می‌شود معمولاً از خشونت کمتری برخوردار هستند. این جرائم اغلب شامل دزدی‌های کوچک و یا ناخنک زدن، فروش مواد و روسپیگری و همچنین ضرب و شتم یا تهاجم است. زنان زندانی اغلب دارای فرزندان هستند که یا توسط خویشاوندان نگهداری می‌شود یا به‌عنوان فرزند خانواده مورد نگهداری و مراقبت قرار می‌گیرند. این فرزندان بیش از اندازه در

معرض خطر مصرف مواد و الکل هستند (براون، ۲۰۰۲).

چالش‌های درمان اعتیاد زنان

مردان نسبت به زنان احتمال بیشتری دارد که به درمان اعتیاد بپردازند؛ چرا که فرصت‌ها و حمایت‌های بیشتری در این خصوص برای آن‌ها فراهم است. در تحقیقی که در بین سال‌های ۱۹۷۹ و ۱۹۹۰ در آمریکا انجام گرفت، این نتیجه به دست آمد که مردان از امکانات ویژه درمان اعتیاد، بیشتر از دیگر برنامه‌ها استفاده کرده‌اند؛ درحالی‌که زنان بیشتر به مراقبت‌های پزشکی و روانی توجه داشته‌اند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰).

عقیده رایجی که اعتیاد را سقوط اخلاقی تلقی می‌کند، موجب اجتناب زنان از درمان می‌شود. بر اساس چنین نگرش‌های اجتماعی و فرهنگی به اعتیاد، اغلب به زنان به خاطر اعتیادشان انگ منفی‌تری نسبت به مردان معتاد زده می‌شود. نگرش اجتماعی درباره ناپسند بودن اعتیاد زنان یک مانع عمده در درمان آن‌ها به حساب می‌آید. همچنین مراقبت از کودکان مانعی دیگر برای درمان آن‌ها است. در عین حال زنان نسبت به مردان احتمال کمتری دارد که از خانواده و دوستان برای ترک مواد حمایت دریافت کنند. اقدام برای ترک مواد مستلزم ایجاد تغییرات عمده در سبک و شکل زندگی است. مسائل ساختاری فرهنگی و اجتماعی در کنار فقدان پشتیبانی لازم در چنین شرایطی منجر به ایجاد مقاومتی برای ترک می‌شود که از موانع اصلی درمان زنان محسوب می‌شود.

به‌طور کلی برنامه‌های موفقیت‌آمیز درمان زنان، باید از تفاوت‌های عمده جنسیتی در اعتیاد متأثر باشد و به نیازهای ویژه زنان و دختران معتاد پاسخ دهد. فقدان بررسی تفاوت‌های جنسیتی در خصوص اعتیاد و مسائل پیرامون آن و نیز کمبود و فقر پژوهش درباره اعتیاد زنان، مطالعه و بررسی تحقیقات خارجی برای تعقیب ادبیات تحقیق و کنکاش در آن‌ها را لازم می‌سازد. البته در این میان، توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی و به‌دنبال آن تفاوت‌های رفتاری در جوامع مختلف ضروری است.

موانع اجتماعی از دیگر مشکلات بر سر راه درمان اعتیاد زنان است. موانع اجتماعی ناشی از نگرش

اجتماعی و فرهنگی به اعتیاد، شبکه روابط زنان و نقش زنان به عنوان مراقبت‌کننده و سرویس‌دهنده است.

اغلب افراد، اعتیاد را به عنوان یک موضوع اخلاقی و نه یک بیماری مدنظر دارند و معتاد را محکوم می‌کنند که قدرت وارد نشدن در رفتار غیراخلاقی را ندارد و نمی‌تواند رفتار غیراخلاقی خود را متوقف کند. زنان معتاد که به عنوان همسر، مراقبت‌دهنده و مادر، پایه و اساس اخلاق به حساب می‌آیند، اغلب به دلیل اعتیادشان، منفی‌تر از مردان مورد انگ و برچسب‌های اجتماعی واقع می‌شوند.

نگرش‌های اجتماعی درباره ناپسندبودن اعتیاد زنان، یک مانع عمده درمان آن‌ها است. حتی زنانی که می‌دانند از یک بیماری رنج می‌برند، این مسئله را که دیگران مشکل آن‌ها را بپذیرند با خود دارند. آن‌ها می‌ترسند که خانواده‌شان، دوستان‌شان، همسر و فرزندان‌شان و یا همکاران و کارفرمایشان دیدگاه مسلط جامعه را که اعتیاد را یک مشکل اخلاقی می‌دانند، داشته باشند و آن‌ها را در درمان حمایت نکنند (نادری، ۱۳۷۹).

احساس شرمندگی بیشتر و عزت نفس پایین‌تر زنان را مجبور می‌سازد تا بیشتر از اجتماع دوری کنند و کمتر به دنبال کمک در زمینه اطلاعات، آموزش و مراقبت بهداشتی اصولی و تخصصی از جمله خدمات کاهش آسیب باشند.

اکثر زنان معتاد با دوستانی در ارتباط هستند که آن‌ها نیز معتاد هستند. این دوستان را می‌توان از موانع جدی برای درمان زنان برشمرد. زیرا زنان به سختی تحت تأثیر نگرش این دوستان یا زوج‌هایشان در زمینه درمان هستند. این زنان اغلب در دنبال کردن درمان ناتوان هستند.

مسئولیت مراقبت از بچه‌ها و دیگر وظایف زنان در خانه نیز می‌تواند مانع از درمان اعتیاد آن‌ها شود. مراقبت از بچه‌ها موضوعی است که در یک سری از پژوهش‌ها به عنوان مانعی در درمان زنان از آن نام برده شده است. زیرا آن‌ها قادر به پرداخت هزینه نگهداری از فرزندانشان به هنگام درمان نیستند. این در حالی است که درمان اعتیاد امری بلندمدت است. این زنان اغلب از این که بار نگهداری فرزندانشان به دوش خانواده یا دوستانشان می‌افتد شرم دارند و احساس گناه می‌کنند و درباره امکانات لازم برای

نگهداری درست و سلامت فرزندانشان نگران هستند. همچنین روابط خانوادگی و یا روابط دوستانه ممکن است حمایت کمتری از زنان درمقایسه با مردان به هنگام درمان به عمل آورد (همان).

یک بررسی ملی درباره درمان زنان معتاد آمریکا، به این نتیجه رسید که زنان نسبت به مردان احتمال کمتری دارد که خانواده یا دوستانشان، آن‌ها را به ترک اعتیاد تشویق کنند (حجتی و همکاران، ۱۳۹۰). از دیگر موانع و چالش‌های پیش روی زنان برای اقدام به درمان و ترک اعتیاد، ناشی از برنامه‌های مداخلاتی درمانی است. برنامه‌های درمانی اغلب به‌طور ناخواسته موانعی را برای درمان زنان ایجاد می‌کنند. این موانع عبارتند از: موانع مالی، تشریفات زائد اداری، متمرکز بودن برنامه درمانی بر مردان و فقدان حساسیت در خصوص زنان معتاد.

برخی شواهد و پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از آن است که ویژگی‌های کارکنان و کادر درمان، درمان زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین شاید طراحی برنامه‌های مداخلاتی درمانی جدید که مانند برنامه‌های سنتی نسبت به جنسیت خنثی نباشد و آموزش متولیان درمان بر اساس ویژگی‌های مرتبط با جنسیت، بتواند تا حد زیادی در جذب بیشتر و مؤثرتر زنان جهت اقدام به درمان راه‌گشا باشد. یک مانع عمده درمان، فقدان آگاهی از سختی و دشواری اعتیاد است. بر اساس برخی پژوهش‌ها در کشورهای غربی زنان نسبت به مردان به احتمال بیشتری نشانه‌های اعتیاد را با مشکلات طبی و روانی اشتباه گرفته و یا آن را به‌عنوان راهی برای پاسخگویی به فشارها فرض می‌کنند.

فقدان دانش درباره نشانه‌های اعتیاد نیز موانعی را به وجود می‌آورد. زیرا زنان بیشتر تمایل دارند درمان را از طریق نظام بهداشت روانی دنبال کنند، تا این که از امکانات درمان اعتیاد بهره گیرند. از سوی دیگر، مردان به احتمال بیشتر از رفتن به دنبال روان‌درمانی شرم داشته و بیشتر مشکلاتشان را درارتباط با اعتیاد مطرح می‌کنند.

اغلب افراد تغییر در رفتارشان را مشکل می‌یابند. این امر به‌ویژه در مورد رفتارهایی که دارای جنبه‌ها و اجزاء بیولوژیکی، محیطی و روانی هستند، مانند اعتیاد به مواد صادق است. افراد معمولاً به این دلیل معتاد می‌شوند که نخست مصرف مواد احساس و حال آن‌ها را بهتر از زمانی می‌سازد که این مواد را

استفاده نکرده‌اند. حتی زمانی که این احساس خوب از بین می‌رود، میل و نیازی شدید و یا میل به احساس طبیعی بودن، فرد را به مصرف مواد مخدر می‌کشاند. زندگی بدون مواد مستلزم ایجاد تغییرات عمده در سبک و شکل زندگی است و از آنجا که ایجاد چنین تغییراتی مشکل و دشوار است، مقاومت در برابر تغییر به یک مانع در راه درمان تبدیل می‌شود.

برنامه‌های موفقیت‌آمیز درمان اعتیاد زنان

به نظر می‌رسد در کشور ما متأسفانه هنوز برنامه‌های مداخلاتی متناسب برای درمان زنان با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی به‌صورت سازمان‌یافته طراحی و پیاده نشده است. در سایر کشورها با مسائل مشابه، پژوهش‌ها و اقداماتی در این خصوص صورت گرفته است. بر اساس این مطالعات برنامه‌های موفقیت‌آمیز درمان اعتیاد زنان با ملاحظه عوامل اصلی خطرآفرین، نتایج اعتیاد و موانع مراقبت کردن از زنان طراحی شده است. مؤسسه ملی مواد در آمریکا، دامنه گسترده‌ای از خدماتی را که ثابت شده است درمان اعتیاد برای زنان را به‌طور مؤثری تکمیل می‌کند، مشخص کرده است. این خدمات به‌شرح زیر است:

- غذا، لباس و پناهگاه (خانه و کاشانه)؛
- هزینه ایاب و ذهاب برای درمان (برای مراجعه به مراکز درمانی و...)
- مراقبت از فرزندان در طول درمان؛
- مشاوره و آموزش شغلی؛
- یاری‌رسانی قانونی؛
- آموزش خواندن و نوشتن (سوادآموزی) و دیگر مهارت‌های آموزشی؛
- آموزش مهارت‌های لازم برای پرورش و تربیت فرزندان؛
- خانواده درمانی و زناشویی درمانی؛
- مراقبت پزشکی و خدمات برنامه‌ریزی خانوادگی؛

- خدمات حمایت اجتماعی؛

- ارزیابی روانی و خدمات سلامت روانی (بهداشت روانی)؛

- آموزش مهارت های زندگی

این توقع که تمام مراکز درمانی خدمات و مراقبت‌های همانند و همسانی برای زنان تهیه کنند، واقعی نیست. در عین حال همان‌طور که پیش از این نیز گفته شد بسیاری از تفاوت‌های جنسیتی در هر جامعه متناسب با شرایط اجتماعی و فرهنگی معنا می‌یابد. بنابراین پیش از طراحی برنامه‌های مداخلاتی لازم است ویژگی‌های جنسیتی و عوامل اثرگذار در جنسیت متناسب با فضای اجتماعی به دقت مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد (حجتی و همکاران، ۱۳۹۰).

تفاوت‌های فرهنگی و سنی در زنان، عواملی که خطر اعتیاد برای زنان را به همراه دارد را همانند رفتارهای ناشی از اعتیاد، تحت تأثیر قرار می‌دهد. به هر حال، برای برنامه‌های درمان مهم است که از تفاوت‌های عمده جنسیتی در اعتیاد آگاه باشیم و رایج‌ترین مشکلات جمعیت زنان مورد حمایت و خدمت‌رسانی را مشخص سازیم. به این طریق، انواع مختلف برنامه‌های درمان که به نیازهای ویژه زنان و دختران معتاد پاسخ دهد، می‌تواند طرح‌ریزی شود.

جدول شماره ۱. عوامل مؤثر بر گرایش، آسیب‌ها و پیامدها و نیز درمان سوءمصرف مواد در

میان زنان

معضلات روانی		
مسائل و مشکلات عاطفی	دلایل گرایش به اعتیاد در میان زنان	
دسترسی به مواد در محیط‌های زنانه		
دستیابی به تناسب اندام		
مشارکت در روابط صمیمانه		
پیامدهای اجتماعی	پیامدهای فردی	
مشکلات پرورشی در تربیت	فقر فزاینده	
	احتمال بیشتر ابتلا به بیماری‌های فرزندان	
فروپاشی خانواده	مقاربتی	
گسترش خشونت و فساد	احتمال بیشتر ابتلا به بیماری‌های	آسیب‌ها و پیامدهای اعتیاد
جنسی	زنانه	در میان زنان
افزایش فرزندان بی‌سرپرست	طرد اجتماعی	
افزایش سوء استفاده از	مشکلات جسمی هنگام بارداری	
کودکان		
اعتیاد فرزندان		
موانع فرهنگی		
مسئولیت خانوادگی برای نگهداری فرزندان	چالش‌های درمان اعتیاد در	
مشکلات اقتصادی	میان زنان	
فرصت‌های و حمایت‌های کمتر برای درمان		
انزوای اجتماعی زنان		

تعاریف و مفاهیم طرح

اعتیاد^۱

در لغت به معنای عادت کردن و یا خوی کردن به چیزی است (دهخدا، ۱۳۳۸: ۲۹۴۹). سازمان ملل متحد (۱۹۵۰) اعتیاد را این‌گونه تعریف کرده است: اعتیاد، مسمومیت حاد یا مزمنی است که برای شخص یا اجتماع زیان‌بخش می‌باشد و از طریق استعمال داروی طبیعی یا صنعتی ایجاد می‌شود. اعتیاد به مواد مخدر دارای سه ویژگی ذیل است:

- احساس نیاز شدید به استعمال دارو و تهیه آن از هر طریق ممکن.
- وجود علاقه شدید به افزایش مداوم میزان مصرف دارو.
- وجود وابستگی روانی و جسمانی به آثار دارو، به طوری که در اثر عدم دسترسی به آن، علائم وابستگی روانی و جسمانی در فرد معتاد هویدا شود (شهیدی، ۱۳۷۵: ۱۵).

معتاد^۲

معتاد فردی است که از راه‌های گوناگون نظیر خوردن، کشیدن، تزریق و استنشاق، یک یا چند ماده مخدر را با هم و به صورت مداوم مصرف می‌کند و در صورت قطع آن، با مسائل جسمانی، رفتاری یا هر دو مواجه می‌شوند (آقابخشی، ۱۳۷۹: ۹).

مواد مخدر

^۱. Addiction
^۲. Addicted

مواد مخدر شامل ترکیباتی است که موجب تغییر در کارکرد مغز به صورت ایجاد حالات هیجانی، رفتارهای نابهنجار، عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور فرد می‌شود (محبوبی منش، ۱۳۸۲: ۷۰).

شیره سوخته

پس از مصرف تریاک، ماده‌ای قهوه‌ای سوخته و براق به دست می‌آید که به آن شیره سوخته می‌گویند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۶: ۸).

حشیش

حشیش صمغ چسبناک از بوته کانابیس^۱ است که معمولاً به صورت تکه‌های جامد مکعبی شکل فروخته می‌شود.

هروئین

نام شیمیایی آن "دی استیل - مورفین" است و با عمل تقطیر از مرفین استخراج می‌شود و ده برابر از مرفین قوی‌تر است. هروئین به رنگ سفید و نرم و یا کرم و قهوه‌ای روشن است. هروئین بو ندارد ولی تلخ مزه است (همان: ۱۰).

ال‌اس‌دی

ال‌اس‌دی نخستین دارویی است که در گروه توهم‌زاها قرار گرفت. ال‌اس‌دی ماده بلوری روشن یا سفید و بی‌بو است. مزه ای نسبتاً تند دارد و غالباً از آن به عنوان اسید نام برده می‌شود. ال‌اس‌دی معمولاً به شکل قرص، بسته و گاه‌ها شکل‌های مایع فروخته می‌شود (آبادینسکی، ۱۳۸۴: ۱۸۱).

کراک

این ماده از نظر مصرف کنندگان غذای آماده^۱ داروهای محرک است. انواع مختلف کراک ممکن است حاوی ترکیبی از باقی مانده‌های کوکائین خالص مثل کافئین غلیظ شده و یا آمفتامین‌های مختلف باشد. به نسبت دیگر مواد مخدر مدت زمان کمتری طول می‌کشد تا اثراتش ظاهر شود (همان: ۱۵۲).

^۱. Canabise

کریستال

این ماده همان هروئین است که به شکلی خالص تر و بلوری درآمده و قدرت اعتیاد آوری آن فوق العاده بالاست. این ماده علائم مصرف هروئین را ایجاد می‌کند اما با شدت بیشتر. مصرف این ماده حرکات قلب را کند نموده تا جایی که به مرگ فرد مصرف کننده منجر می‌شود (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۶: ۱۲).

پیشینه و مبانی نظری

الف: تحقیقات داخلی

فرحناز صالحی جونقانی (۱۳۷۹) نیز در پژوهش خود تحت عنوان بررسی تأثیر عوامل اقتصادی - اجتماعی بر اعتیاد، به این نتایج دست می‌یابد که اکثریت معتادان از وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایینی برخوردارند. همچنین بین سطح تحصیلات والدین، میزان درآمد، میزان انزوای طلبی، میزان ناکامی در زندگی و میزان امید به آینده و اعتیاد رابطه معنی دار وجود دارد.

کوثری (۱۳۸۰) در تحقیق خود تحت عنوان «جامعه شناسی اعتیاد» در تبیین منشأ اجتماعی آن، زندگی در مناطق محروم، فقر شدید، خانه‌های مخروبه، خانواده‌های از هم پاشیده و سایر نابسامانی‌ها را منظومه عواملی می‌داند که باعث انحرافات رفتاری از این گونه می‌گردد و همچنین معتقد است که اعتیاد اثرات سؤ زیادی بر سطح خانوادگی افراد دارد. فی المثل طلاق می‌تواند به عنوان یکی از نتایج همراه کننده اعتیاد تلقی شود.

منصوره حاج حسینی و مهناز اخوان تفتی (۱۳۸۲) در تحقیقی به بررسی «تأثیر سبک اسناد بر میزان گرایش و ابتلای جوانان به اعتیاد» پرداخته‌اند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه جوانان ۱۸-۲۸ سال ساکن شهر یزد در قالب دو گروه معتاد و غیر معتاد بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه

سبک اسنادی، استفاده به عمل آمد. در پایان مشخص شد که سبک تبیین جوانان معتاد برای وقایع خوشایند و ناخوشایند، بدبینانه‌تر از جوانان غیر معتاد است.

جعفر بوالهروی (۱۳۸۲) در تحقیقی با عنوان «ارزیابی مصرف مواد مخدر در زندان‌های ایران» به بررسی میزان شیوع مصرف مواد مخدر در بین زندانیان زندان‌های کشور پرداخته است. این پژوهش به صورت مطالعه کمی و کیفی و به روش مقطعی انجام گرفته است. مقایسه مصرف مواد مخدر در قبل و بعد از ورود به زندان، رابطه معنی‌داری را نشان می‌دهد. در مورد سلامت روانی مصرف‌کنندگان نیز ۱۲/۵٪ افراد سالم و ۸۷/۵٪ مشکوک به اختلال روانی بودند. بین مصرف مواد مخدر در زندان و اختلالات، شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، افسردگی و روان‌پریشی رابطه معنی‌دار وجود دارد. بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش بیش‌ترین ماده مصرفی در زندان تریاک بوده است.

حسین محبوبی منش (۱۳۸۲) در تحقیقی با عنوان «اعتیاد مردان تهدیدی علیه زن و خانواده»، به بررسی پیامدهای اعتیاد مردان در جامعه و خانواده می‌پردازد. وی اعتقاد دارد با توجه به این‌که مردان، اکثریت معتادان به مواد مخدر را تشکیل می‌دهند، در نقش همسر یا پدری معتاد تهدیدی جدی بر حیات فردی و خانوادگی زنان و آسیبی عمیق بر کیان خانواده محسوب می‌شوند. وی پیامدهای اعتیاد مردان را چنین برمی‌شمارد: پیامدهای فردی شامل عوارض جسمانی، عوارض روانی، اختلالات رفتاری، پیامدهای خانوادگی شامل نابسامانی و فروپاشی خانواده، اختلال در روابط عاطفی و جنسی زوجین، معتاد نمودن همسر، روسپی‌گری همسر، خشونت علیه زن، انتقال آیدز و اختلال در روابط پدر با فرزندان و پیامدهای اجتماعی شامل استهلاک سرمایه‌های اجتماعی و مادی، کاهش امنیت اخلاقی و اجتماعی، تضعیف اقتصادی، استحاله فرهنگی و استحاله سیاسی می‌داند.

ب: تحقیقات خارجی

در زمینه «ارتباط آشفتگی خانواده و مصرف مواد مخدر» نیز فارو^۱ و برسینگ^۲ (۱۹۹۰) بر روی ۳۴۳ نوجوان دست به انجام یک تحقیق زدند. در نتیجه این پژوهش مشخص شد که کسانی که به مصرف زیاد الکل و مواد مخدر می‌پرداختند، اغلب دارای خانواده‌هایی با زمینه آشفته بودند.

سیمونز^۳ و رابرتسون^۴ (۱۹۸۹) در یک آزمون با نمونه آماری ۳۴۳ نفر پسر که شامل افراد معتاد و غیر معتاد می‌شد به یک رابطه دو جانبه مشخص میان برخی شاخص‌های رفتاری والدین و وارد شدن فرزندان به گروه‌های منحرف هم سن و سال و نهایتاً مصرف مواد مخدر پی‌بردند. بر اساس یافته‌های این پژوهش طرد فرزندان توسط والدین از اهمیت ویژه‌ای در گرایش فرزندان نسبت به گروه‌های منحرف هم سن برخوردار است. این محققان همچنین باور داشتند که طرد فرزندان توسط والدین، قابلیت اتکاء و اعتماد به نفس آنان را خدشه دار می‌نماید.

بر اساس نتایج مطالعات بروک^۵، نومرا^۶ و کوهن^۷ (۱۹۸۹) الکی‌های دائم الخمر (نوشندگانی که مصرف آن‌ها بالاتر از حد طبیعی است) و مصرف‌کنندگان مواد مخدر اغلب بیان می‌کنند که دارای تجارب سخت ناسازگاری و تعارض بین والدین و فقدان انسجام خانوادگی می‌باشند. همچنین تعارض کمتر در محیط خانواده و رابطه مناسب والد - فرزندی با مصرف کمتر مواد مخدر توسط نوجوانان مرتبط است. نتایج مطالعات ارفورد^۸ (۱۹۹۴) در خصوص «علل اعتیاد در میان دانشجویان در آمریکا» نشان می‌دهد که اکثر دانشجویانی که معتاد بودند دچار سرخوردگی‌های ساختاری و محیطی بودند. عدم رسیدگی به خواسته‌های عاطفی آنان توسط اجتماع از علل گرایش آنان به اعتیاد است.

بویل^۱ (۲۰۰۰) نیز در مطالعه‌ای به «بررسی وجود اعتیاد در خانواده و تأثیر آن بر روی آوردن افراد به اعتیاد» می‌پردازد. او اعتقاد دارد که برادر بزرگتر معتاد اثر بیشتری در سوق دادن نوجوانان و جوانان به اعتیاد دارد.

^۱ - Farrow
^۲ - Brissing

^۳ . Simons
^۴ . Robertson
^۵ . Brook
^۶ . Nomura
^۷ . Cohen
^۸ . Orford

هافمن^۲ و سربون^۳ (۲۰۰۲) نیز در مطالعات خود به «تأثیر اعتیاد والدین در گرایش افراد به اعتیاد» پرداخته‌اند. بر اساس یافته‌های پژوهش آنان زمانی که والدین مواد مخدر مصرف می‌کنند احتمال بیش‌تری وجود دارد که فرزندان‌شان نیز معتاد گردند.

طبق یافته‌های پژوهشی پیکو (۲۰۰۰)، خلأ عاطفی در روابط فرزندان با والدین به‌خصوص پدر از عوامل گرایش آنان به اعتیاد است.

نازول اسلام (۲۰۰۰) در پژوهشی با عنوان «سبک‌های جنسی زندگی و پایگاه اجتماعی معتادان در بنگلادش» به این نتیجه می‌رسد که معتادان جوان با تحصیلات متوسطه، درآمدهای پایین و متوسطی داشته و هم‌چنین شدت اعتیاد مردان متأهل بیش‌تر از مردان مجرد است. او در ادامه بر تأثیر معاشرت با دوستان معتاد در گرایش افراد به مواد مخدر می‌پردازد.

اهمیت و ضرورت طرح

در حال حاضر سوءمصرف مواد مخدر مشکل اصلی دولت‌ها و کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه می‌باشد گرچه قوانینی که قاچاق و در اختیار داشتن مواد مخدر را منع می‌کنند، عنصر مهمی در یک استراتژی ملی مبارزه با مواد مخدر به حساب می‌آیند اما در صورتی که خود مصرف‌کنندگان بالقوه به این نتیجه نرسند که مصرف مواد مخدر به نفع ایشان نیست کارآیی لازم را نخواهد داشت و واضح است که بدون یک استراتژی پیشگیری موفق کلیه سیاست‌های مبارزه با مواد مخدر در نهایت شکست خواهند خورد. درمان نیز یک استراتژی موثر در کاهش مصرف مواد مخدر و معضلات بهداشتی و اجتماعی مربوطه است.

^۱. Boyle

^۲. Hoffman

در زمینه فعالیت‌های مربوط به کاهش تقاضا (پیشگیری و درمان)، بخش بهداشت و درمان کشور بدلائل زیر پس از انقلاب، فعالیت‌های متناسب با سختگیری‌های کاهش عرضه را از خود نشان نداده است.

۱- فعالیتهای بخش بهداشت و درمان در قبل از انقلاب، منجر به موفقیت بخصوصی نگردیده بود، این مسئله باعث تعبیر نادرستی شد که "اصولا فعالیتهای کاهش تقاضا کارآئی ندارند" و براساس همین تعبیر نادرست، برای هرچه محدودتر کردن و حتی تعطیل برخی فعالیتهای مربوطه در بخش بهداشت و درمان اقدام شد.

۲- از آنجا که جنگ تحمیلی باعث وارد آوردن فشار زیادی بر بخش بهداشت و درمان کشور گردید، امکان و توجه زیادی برای فعالیتهای و مسئولیتهای دیگر این بخش از جمله پدیده اعتیاد باقی نماند و این پدیده نیز نظیر برخی معضلات جدی پشت جبهه مانند رشد بی‌رویه جمعیت برای دوره‌ای مسکوت باقی ماند (۷). این امر موجب افزایش تعداد معتادین و دستگیرشدگان در ارتباط با مواد مخدر گردید. به نحوی که تعداد زندانیان مواد مخدر بدون در نظر گرفتن افراد بازداشت موقت و مقیم مراکز بازپروری، از ۴۷۵۸۶ نفر در سال ۱۳۷۲ با رشد ۱۹۲ درصدی به ۹۳۶۵۲ نفر در سال ۱۳۷۷ رسید.

فعالیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در امر پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، البته با موانع قانونی نیز روبرو بود. مهمترین مانع در این زمینه مصوبه ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام در خصوص مجرم شناختن فرد معتاد بود. این مصوبه نه تنها مانعی در برابر آغاز فعالیت وزارت متبوع در این زمینه بود بلکه بدلیل هراس و وحشت معتادین از دستگیری، مانع بزرگی برای مراجعه آنان به مراکز رسمی و دولتی کشور بود. فعالیتهای معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی در زمینه درمان معتادان و اثرات مثبتی که این فعالیتهای داشت بعد از مدتی منجر به صدور مجوز خاص از سوی رئیس قوه قضائیه شد که به موجب آن معتادین خود معرف مراجعه کننده به مراکز درمان، از تعقیب معاف هستند. اما بدلیل محدودیت امکانات، اقدامات فراگیر نبود و همچنان نیاز به اقدامات گسترده‌تر برای پیشگیری و درمان اعتیاد احساس می‌شد. ارائه نظرات کارشناسی و رایزنی‌های متعدد کارشناسان

متخصص در امر اعتیاد با مسئولین کشور، منجر به تصویب "اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر" در مجمع تشخیص مصلحت نظام در تاریخ ۷۷/۶/۱۵ گردید. به موجب این قانون به معتادان اجازه داده شد که به مراکز مجاز درمان که از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌گردد مراجعه و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام نمایند. افراد معتاد در طول مدت درمان و بازپروری، تعقیب کیفری جرم اعتیاد معاف می‌باشند". باتصویب این قانون در مجمع تشخیص مصلحت نظام، شرایط برای مداخله گسترده‌تر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فراهم گردید. به همین دلیل شورای هماهنگی پیشگیری و درمان اعتیاد در سال ۱۳۷۶ تشکیل گردید. این شورا موفق شد اولین برنامه ۵ ساله کاهش تقاضای مصرف مواد را که توسط متخصصان و کارشناسان معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه گردیده بود به تصویب رسانده جهت اجرا به سازمان بهزیستی و معاونت‌های ذیربط ابلاغ نماید.

اجرای این برنامه و تطابق برنامه‌های اجرایی معاونت‌های مختلف وزارت متبوع با آن، در جلسه تاریخ ۷۸/۱/۷ شورای هماهنگی پیشگیری و درمان اعتیاد مجدداً مورد تأیید قرار گرفت.

اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر به مثابه یک مسئله اجتماعی، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی در یک جامعه می‌شود. در جامعه امروز ما، مواد مخدر در سیمای یک مسأله یا مشکل اجتماعی رخ نموده‌است. این آسیب اجتماعی تعداد زیادی از مردم به ویژه زنان را تحت تأثیر قرار داده و به طور روز افزونی در حال تعامل با سایر آسیب‌های اجتماعی و تبدیل شدن به یک تهدید شالوده و ساخت شکن است. امروز نخبگان و نهادهای تصمیم‌ساز و تدبیر پرداز ما با نوعی فقر شناخت و ضعف تمهید و تدبیر استراتژیک و فقدان رویکردی فراگیر و همه سونگر و مبتنی بر « تعین چندجانبه » - جستجوی علل و عوامل متنوع در پس این پدیده - مواجه هستند. در نتیجه این فقر، ضعف استراتژی و تاکتیک‌های متخذه برای مقابله با این تهدید، قادر به تأمین بهینه اهداف خود نبوده‌اند و جامعه ما شاهد رشد روز افزون گستره و عمق تأثیرات مخرب مواد مخدر بوده است.

مبارزه با این پدیده مستلزم شناخت همه ابعاد آن (اقتصادی، اجتماعی و...) است، بنابراین برنامه‌هایی در امر مبارزه با مواد مخدر موفق خواهند بود که با شناخت واقع‌گرایانه از این مسئله طرح و اجرا شود. چنانچه بپذیریم در جامعه‌ای با مختصات جامعه ایران بعد از انقلاب، امنیت هستی‌شناختی و وجودی (امنیت هویتی، ارزشی و هنجاری) مقدم بر امنیت ملی است، طبعاً باید بپذیریم که مواد مخدر، فوری‌ترین و جدی‌ترین تهدید ملی این جامعه است. جامعه ما با داشتن ساختار جمعیتی جوان، به نحو نگران‌کننده‌ای مورد تهاجم گسترده مواد مخدر قرار گرفته است. از سوی دیگر علی‌رغم دستاوردهای حاشیه‌مرزی که به قیمت رشادت‌های بی‌نظیر دست‌اندرکاران و شهادت بیش از ۳۳۰۰ نفر از رزمندگان و ۱۰۰۰۰ جانباز این عرصه به دست آمده، در داخل کشور با معضلات پیچیده‌ای روبرو بوده ایم.

✓ اهمیت موضوع در قالب پیامدهای اعتیاد زنان

اعتیاد، موقیعت و منزلت اجتماعی فرد تنزل می‌دهد و او را در نزد دیگران به عنوان فردی معرفی می‌کند که بی‌عاطفه، خودخواه، فاسد و دارای شخصیت نامعتادل و ناموزون است. اعتیاد، نظام خانواده را متلاشی می‌نماید، درآمد خانواده و جامعه را تقلیل می‌دهد و بخش قابل توجهی از آن را اتلاف می‌نماید. فرد معتاد نسبت به قوانین اجتماعی و دستورات دینی بی‌تفاوت می‌گردد و این مسأله، زمینه ارتکاب بسیاری از انحرافات را از سوی وی فراهم می‌کند. از این رو بر اساس قوانین جمهوری اسلامی ایران و بسیاری از کشورهای دیگر، اعتیاد به مواد مخدر جرم تلقی می‌شود. اعتیاد زنان، آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر فرد، خانواده و جامعه وارد می‌سازد که برخی از این پیامدها در این مجال بررسی می‌شود.

الف) - پیامدهای فردی

- ابتلا به بیماریهای روانی

- ابتلا به بیماریهای جسمی

- ابتلا به بیماری های جنسی
- (ب)- پیامدهای خانوادگی
- کاهش فرصت ازدواج دختران معتاد
- طرد از خانواده
- عدم ایفای نقش مادری
- فروپاشی خانواده
- ایجاد نسل معتاد
- عدم نظارت بر رفتار فرزندان
- ارائه الگوی نامناسب رفتاری
- کاهش روابط فامیلی
- احتمال ابتلای اعضای خانواده به بیماری ایدز
- (ج)- پیامدهای اجتماعی
- افزایش ارتکاب انواع جرائم علیه اموال و اخلاق

✓ اهمیت موضوع در قالب نقش مادر در اعتیاد فرزندان از کودکی تا دوران بلوغ

به گفته آسیب شناسان؛ آستانه تحمل زنان نسبت به مردان در مقابل مواد مخدر بسیار پایین تر است. به همین خاطر زنانی که در سنین باروری قرار دارند و مواد مخدر مصرف می کنند اثرات جدی بر روی جنین خود می گذارند. تحقیقات نشان داده است که کودکان مادران معتاد، قبل از تولد به همان ماده بی که مادر معتاد است اعتیاد دارند و با این اعتیاد متولد می شوند (رحیمی موقر، ۱۳۷۵)

روابط خانوادگی با معنای وسیع عاطفی و پر احساسش از آغاز تاریخ بشریت برای اعضای جامعه امری روشن و مفهوم بوده است فیلسوفان و محققین اجتماعی معتقدند که جامعه متشکل از خانواده ها است. بر اساس قدیمی ترین نوشته های اخلاقی، جامعه هنگامی نیروی خود را از دست می دهد که افراد به

وظایف خانوادگی خویش عمل نکنند. مثلاً کنفوسیوس اعتقاد داشت که خوشبختی و ترقی از آن جامعه ای است که افرادش به عنوان یک عضو خانواده، رفتاری صحیح و کامل داشته باشند، بدین معنی که هیچ کس از وظایف خود نسبت به فرزندش رو گردان نباشد. زیرا خانواده پایه اساسی و سازنده مهمترین ساخت اجتماع است. وجود همه نظامهای دیگر اجتماعی بستگی به مشارکت در نظام خانوادگی دارد.

رفتار ناشی از نقشی که در خانواده آموخته می شودف نمونه او سرمشق رفتار در سایر قسمتهای جامعه خواهد بود. یکی از نتایج سودمند روانکاو فروید این است که محققان و مردم را با تاثیر عظیمی که حوادث کودکی و زندگی خانوادگی در شخصیت انسان دارد، آشنا کرد. طبق نظریه او شخصیت کودک طی ۶سال اولزندگی فرم اصلی خود را می یابد و روابط موجود در خانواده مثل، میزان محبت، میزان استقلال کودک در تصمیم گیریهایش و سازگاری یا عدم سازگاری والدین عواملی هستند که کودک را می سازند. باید بخاطر داشت که هر کودک از مراحل خاص رشد زیستی و عاطفی می گذرد و طی این مراحل احساسات و صفات منفی از قبیل تنفر، دشمنی، ترس، پرخاشگری، اضطراب و گناه بوجود می آید. این حالات در یک محیط خانوادگی تقلیل می یابد.

بنابراین باید گفت که سالهای اولیه زندگی، سالهای تکوین و تاثیر پذیری است. اگر در خانواده هیجانات و طغیانهای مکرر عاطفی روی دهد(از جمله اعتیاد مادر)، رشد عاطفی کودک به آسانی متوقف میشود. کودک گرفتار این مشکل می شود که از یک طرف احتیاجات عاطفی خود را ارضاء کند و از طرف دیگر خود را با مشکل محیط زندگی سازش دهد. حس وابستگی و تعلق خاطر خود را از دست می دهد و در مورد هدایت خویش یعنی نقش خود، هم به عنوان فرد و هم بعنوان عضو خانواده و اجتماع دچار ابهام و پشیمانی می شود. علاوه بر دوران کودکی که از بدو تولد تا ۰۱-۲۱سالگی ادامه داشته، دوران نوجوانی و بلوغ نیز از دوره های بسیار مهم و قابل توجه زندگی است، با شروع سالهای نخستین دهه دوم زندگی، تحول شگفت انگیز بلوغ آغاز می شود، که دارای جنبه های گوناگون جسمی و روانی اجتماعی است.

خانواده ها باید اطلاعات کافی در این مورد داشته و بدانند که دوران بلوغ علاوه بر تغییراتی که در اندامها و شکل ظاهری بیرون دارد، از نظر روحی نیز دوران بی قراری ها و گرایشهای متضاد مثل افسردگیهای بی دلیل در لحظه های شادی ، غرور در عین خود کم بینی ها، خودخواهی ها در عین نوع دوستی، معاشرت طلبی ، تنهایی گزینی، کنجکامی در عین بی تفاوتی، قدرت جویی و قدرت ستیزی، عشق ورزیدن به دنیا و پوچ انگاری آن، چشمداشت مسئولیت از دیگران در عین گریز از مسئولیت و مقررات و بسیاری دیگر از مشخصات و نوسانهای این دوره فشار و طوفانهای روحی است که البته هیچکدام از این رفتارها بی دلیل نیست، مثلاً فرار از مقررات بخاطر رشد استقلال و تشخیص طلبی.

بدین تربیت می بینم که از هم گسیختگی خانوادگی و عدم وجود تربیت درست که یکی از علل آن ممکن است ناشی از وجود پدر و مهمتر از همه مادر معتاد در خانواده باشد، از مایلی است که امکان دارد خانواده به نحوی از نتایج آن در رنج بوده و یا بر اثر آن ناگزیر از انتخابهای مشکل اخلاقی گردند. از مسائل دیگر خانوادگی در زمینه اعتیاد، نقش اعتیاد پدر و مادر و تأثیر آن معتاد شدن فرزندان و همچنین اثر معتادان یکی از نزدیکان بر روی جوانان یک فامیل است که بخصوص مشاهده اعتیاد والدین و همانند سازی با والدین معتاد در مراحل گوناگون رشد سبب اعتیاد جوانان یک خانواده می گردد علل اعتیاد در اجتماع ، نقش خانواده در اعتیاد جوانان ، بررسی علل اعتیاد جوانان، بررسی عوامل خانوادگی و اجتماعی و اقتصادی موثر در اعتیاد افراد، بررسی تأثیر عوامل اجتماعی ، اقتصادی، خانوادگی، و بعضی ویژگیهای شخصیتی، روی نوجوانان و جوانان با سواد ۱۵ تا ۳۵ ساله و بررسی علل اعتیاد در ایران، نشان می دهد که خیلی از معتادان خانواده افراد معتاد از قبیل پدر، پدر بزرگ، مادر بزرگ و غیره داشته اند

مبانی نظری طرح

تاکنون روان شناسان، روان پزشکان، جامعه شناسان ، محققان و متخصصان ، تئور های مختلفی را در ارتباط با پدیده اعتیاد ارائه داده اند. گروهی بر این عقیده اند که آمادگی روانی، شخصیت نابهنجار،

بیماری‌های درناک و صعب‌العلاج علت اصلی اعتیاد است، عده‌ای دیگر ناهنجاری‌ها و نابسامانی‌های موجود در خانواده و معاشرت با دوستان منحرف (گروه هم‌سالان) را علت اصلی اعتیاد فرد می‌دانند. گروهی دیگر علت اعتیاد را در اجتماع جستجو کرده و بحران‌ها و بی‌سازمانی‌های اجتماعی را علت اصلی اعتیاد به مواد مخدر می‌دانند.

نظریه‌های روان‌شناختی

بسیاری از روان‌شناسان انحراف را بر حسب نقص شخصیت توجیه می‌کنند؛ به این معنا که برخی از گونه‌های شخصیت بیش‌تر از گونه‌های دیگر به انحراف اجتماعی گرایش دارند. (کوئن، ۱۳۸۵: ۱۷۶).

روان‌شناسان برای توضیح انواع کج‌روی‌ها اختلالات روانی و شخصیتی را به سه دسته تقسیم می‌کنند:

- نقص فکری یا عقب‌ماندگی ذهنی.

- روان‌پریشی یا جنون.

- اختلالات از نوع نژندی یا روان‌نژندی. (سخاوت، ۱۳۸۰: ۱۸).

زیگموند فروید در تحلیل روان‌کاوانه خود با بکارگیری مفاهیمی چون غرایز سکس و پرخاشگری، عقده ادیپ و هم‌چنین «نهاد»، «خود» و «فراخود» به‌عنوان عناصر اساسی ساختار شخصیت، استدلال کرده است که خلاف‌کاران، کسانی هستند که غرایز و تمایلات آن‌ها در دوران کودکی بویژه در سنین ۴ یا ۵ سالگی از سوی قواعد و فرهنگ حاکم بر خانواده و اجتماع، سرکوب شده و دچار عقده اودیپ شده‌اند؛ زیرا تمایلات شخصی افراد در ضمیر ناخودآگاه آن‌ها یعنی «نهاد» پیوسته در تلاش است که خود را بروز دهد و «فراخود» آگاهانه وظیفه دارد تمایلات شخص را جرح و تعدیل کرده، آن‌هایی را اجازه بروز می‌دهد که در سطح جامعه و فرهنگ مقبولیت داشته باشند و «خود» نیز جنبه کنترلی دارد. حال کسانی که دارای رفتار ناسازگارانه هستند، بدلیل این است که «فراخود» از وظیفه خود غفلت ورزیده است. بنابراین به راحتی فرد می‌تواند اصول حاکم در جامعه و عزت نفس خود را زیر پا گذاشته و دست به رفتار انحرافی بزند (گیدنز، ۱۳۷۳: ۱۳۸-۱۳۷).

هورنای معتقد است شخص برای فرار از اضطراب ممکن است به انکار وجود آن به هر وسیله ممکن بپردازد که در این صورت شخص با آگاهی و اصرار گرایش به انجام رفتارهای انحرافی از قبیل مصرف الکل و مواد مخدر پیدا می‌کند. ویلکر^۱ نیز معتقد است که فرد معتاد قادر به حل مشکلات خود نیست و نمی‌تواند درگیری‌های عاطفی خود را به صورت مورد پسند حل کند. بنابراین به مواد مخدر روی می‌آورد (شایسته، ۱۳۷۵: ۲۳).

از نیمه دوم قرن بیستم به بعد، تبیین‌های روان‌شناسی رفتار انحرافی مورد تردید و انتقاد دانشمندان به ویژه جامعه‌شناسان قرار گرفت. آن‌ها چنین استدلال می‌کنند که این قبیل نظریه‌ها، عوامل اجتماعی و فرهنگی را در تبیین انحرافات نادیده می‌گیرند. همچنین در روش مطالعات روان‌شناختی اتفاق نظر چندانی وجود ندارد. در میان روان‌شناسان توافق ناچیزی در مورد علل تشکیل دهنده سلامت ذهن و چگونگی سنجش ویژگی‌های شخصیتی وجود دارد. از سوی دیگر بسیاری از جامعه‌شناسان، اولویت دادن به تجارب دوران کودکی را مردود می‌دانند، زیرا این برداشت سبب می‌شود که تأثیر و نفوذ شمار کثیری از عوامل اجتماعی که بر رفتار در طول زمان اثر می‌گذارد، نادیده گرفته شود. (شومیکر، ۱۹۹۰: ۲۹۱ به نقل از غلامی آبی، ۱۳۸۲: ۴۲). از سوی دیگر از آنجایی که مسائل اجتماعی، پدیده‌هایی چند بعدی و پیچیده هستند، عوامل روان‌شناسی و فردی نمی‌تواند عامل بروز و گرایش افراد به بزه‌کاری باشد. لذا تبیین این مسائل از دیدگاه روان‌شناسانه اگر چه لازم است ولی کافی نیست. چه بسا ممکن است ایجاد اضطراب‌ها، افسردگی‌ها، اختلال روانی و ... ناشی از محیط خانوادگی و اجتماعی فرد باشد (قریشی نژاد، ۱۳۷۹: ۲۷).

رویکردهای جامعه‌شناختی

در این دیدگاه گفته می‌شود که هر نظام اجتماعی قوت‌ها و ضعف‌های خاص خودش را دارد. نظام‌های اجتماعی پیشین، نقاط قوت و در عین حال نقاط ضعفی داشتند. نظام‌هایی که بر اطاعت بی‌چون و

چرا از سلسله مراتب اقتدار سنتی مبتنی بود و در آن روح جمع‌گرایی غلبه داشت، از جهات فراوانی مثبت بود و خلاء عاطفی و انسانی در آن کمتر بود، اما در عین حال تحرک اجتماعی زیاد، پویایی و نوآوری گسترده و نیز آزادی‌های فردی در آن در حداقل بود. نظام‌های اجتماعی جدید، از تحرک اجتماعی رو به تزاید، پویایی، نوآوری و آزادی‌های فردی پرمایه برخوردارند. اما در مقابل مشکلات خاص خود را نیز دارند. به هر حال هر ساختار اجتماعی - فرهنگی خاص، انواع خاصی از مسائل اجتماعی را به همراه دارد. در این دیدگاه مسائل اجتماعی، ابعاد و پیامدهای ناخاسته، غیر مستقیم و پیش‌بینی نشده الگوهای جدید رفتار و نظام اجتماعی‌اند؛ به دیگر سخن، مسائل اجتماعی هزینه‌های اجتماعی سازمان خاصی از زندگی اجتماعی‌اند. در واقع اگر بپذیریم که مدرنیسم و الگوهای مدرن شده زندگی اجتماعی برای جوامع ارمغان‌های زیادی داشته است و رفاه، آسایش و تحرک اجتماعی و آزادی‌های فردی را در جوامع گسترش داده است، تلویحاً باید هزینه‌های این پیشرفت را نیز بپردازیم. مسائل اجتماعی عصر ما هزینه‌هایی است که ما باید برای اتخاذ الگوهای مدرن در جامعه خویش در نظر بگیریم؛ یا الگوهای سنتی زندگی اجتماعی را در پیش گیریم و از مزایای پیشرفت در عرصه‌های مختلف زندگی اجتماعی، اقتصادی محروم شویم و در عوض مشکلات اجتماعی زندگی معاصر را نداشته باشیم و یا با جایگزین کردن ساختار اقتصادی، اجتماعی مدرن از زندگی نسبتاً مرفه و آزاد برخوردار شویم، اما تاوان آن را با شیوع مسائل اجتماعی جدید، بپردازیم (معیدفر، ۱۳۸۵: ۲۴۳).

تئوری محرومیت نسبی

جرم‌شناسان معتقدند که نابرابری درآمد در جوامع مختلف هم تولید فشار می‌نماید و هم باعث افزایش میزان جرم در آن‌ها می‌شود. به خاطر این‌که شکاف عمده بین فقیر و غنی، کینه‌توزی و عدم اعتماد را به وجود می‌آورد و چنین وضعیتی سرانجام منجر به خشونت و جرم می‌شود. در جوامعی که در آن‌ها نابرابری درآمد افزایش یافته است یک نوع حقارت و سرافکندگی در افراد کم درآمد ایجاد می‌شود که این عامل باعث ایجاد انگیزه‌های مجرمانه در برخی از این افراد می‌گردد. روان‌شناسان یادآوری کرده‌اند که تحت این شرایط مردان جوان نسبت به وضعیت خود نگران خواهند شد، در نتیجه نسبت به

افرادی که از وضعیت مطلوبی برخوردار هستند حسادت خواهند ورزید. چنانچه آن‌ها نسبت به استفاده از شیوه‌های پرخاشگرانه و مخاطره آمیز در رقابت‌های اجتماعی ناتوان باشند، شانس کم‌تری برای موفقیت‌های آینده خواهند داشت. به همین خاطر اکثر این افراد مرتکب جرم و خشونت می‌شوند. این فرآیند تحت عنوان تئوری محرومیت نسبی بیان گردیده است.

مفهوم محرومیت نسبی توسط جامعه‌شناسان جودیس بلاو و پیتر بلاو (۱۹۸۲) مطرح شده است. آن‌ها مفاهیمی را از تئوری آنومی با مفاهیمی که در مدل‌های بی‌سازمانی اجتماعی یافت شده است، ترکیب کرده‌اند. بر طبق نظر آن‌ها، افراد طبقات پایین ممکن است هنگام مقایسه شرایط زندگی خود با افراد ثروتمند، احساس محرومیت نمایند. این احساس محرومیت منجر به احساس بی‌عدالتی و نارضایتی گردیده و عدم اعتماد را در آن‌ها پرورش می‌دهد. در نتیجه شانس پیشرفت آن‌ها از طریق معیارهای مشروع مسدود می‌گردد و احساس ناتوانی را به وجود می‌آورد که دشمنی و پرخاشگری و سرانجام خشونت و جرم را به دنبال خواهد داشت (مبارکی، ۱۳۸۳: ۷۴).

نظریه‌های خرده فرهنگ

نظریه‌های خرده فرهنگی به تبیین این‌که چگونه مردم با زندگی در محلات بی‌سازمان نسبت به انزوای اجتماعی و محرومیت اقتصادی واکنش نشان می‌دهند، پرداخته‌اند. به خاطر تحلیل رفتگی سبک زندگی، ناکامی و افسردگی اعضای طبقات پایین تر جامعه یک خرده فرهنگ مستقلی را با مجموعه قوانین و ارزش‌های خودی ایجاد می‌کنند. در حالی‌که فرهنگ طبقات متوسط بر تلاش و کوشش زیاد، به تأخیر انداختن ارضاء نیازها و آموزش رسمی تأکید دارد، خرده فرهنگ طبقات پایین تر به هیجانانگ، قلدری، ریسک کردن، شجاعت و ارضاء فوری نیازها تأکید می‌نماید. هنجارهای خرده فرهنگی اغلب با- ارزش‌های متداول جامعه تضاد پیدا می‌کند، به خاطر این‌که افراد فقیر شهری دریافته‌اند که از عهده تقاضاهای رفتاری طبقه متوسط جامعه برآمدن غیر ممکن است. در نتیجه ساکنان محلات فقیرنشین مجبور می‌شوند قانون را زیر پا بگذارند و از قوانین فرهنگ کج‌رو پیروی نمایند (مبارکی، ۱۳۸۳: ۷۹).

این نظریه بر بزهکاری جوانان متمرکز شده و در یک تحلیل جامعه شناختی، بزهکاری جوانان را برحسب ویژگی‌های خرده فرهنگی آن‌ها مانند ارزش‌ها، باورها، عادات و شیوه‌های زندگی مورد بررسی قرار می‌دهد. از جمله کوهن^۱ (۱۹۵۵)، کلووارد^۲ و اوهلین^۳ (۱۹۶۰) ماتزا^۴ (۱۹۶۴) و میلر^۵ (۱۹۷۵) معتقدند که توجه به خرده فرهنگ‌ها در تبیین بزهکاری جوانان از اهمیت خاصی برخوردار است. زیرا جوامع مدرن با خرده فرهنگ‌های متفاوت ساخته شده‌اند و رفتاری که در یک جایگاه خرده فرهنگی خاص به عنوان رفتار به‌نجار شناخته شده است، ممکن است در جایگاه خرده فرهنگی دیگر به عنوان رفتار انحرافی در نظر گرفته شود (احمدی، ۱۳۷۷: ۷۷).

نظریه پیوند افتراقی^۶

این رویکرد توسط ادوین ساترلند برای نخستین بار در سال ۱۹۳۹ و در نخستین ویرایش‌های کتاب او به نام اصول جرم‌شناسی مطرح شد. وی آن‌را به تدریج و به هم‌کاری دونالد کرسی، در ویرایش‌های بعدی کتاب یاد شده، کامل نمود.

نظریه پیوند افتراقی بر این نکته تأکید دارد که نزدیکان و هم‌آلانی که بزه‌کار باشند تأثیر زیادی بر تشکیل و تقویت نگرش بزه‌کاری می‌گذارند و فرد را به سوی بزهکاری سوق می‌دهند. نظریه پیوند افتراقی محتوای اجتماعی بزه‌کاری را در نظر دارد و فرد بزه‌کار را در جایگاه اجتماعی او از حیث رابطه اش با خانواده، محله، رفقا و مصاحبان در نظر می‌گیرد (مشکانی، ۱۳۸۱: ۱۱).

ساترلند درباره چگونگی انتقال فرهنگی کج‌روی اظهار می‌دارد که کج‌روی از طریق یک گروه جریان ارتباطات اجتماعی حاصل می‌شود که در واقع اصطلاح «یار بد»^۷ را زنده می‌کند (عدل، ۱۳۸۳: ۳۲۱).

نظریه ساترلند شامل ۹ خصیصه به قرار زیر است:

-
۱. Cohen
 ۲. Cloward
 ۳. Ohline
 ۴. Matza
 ۵. Miller
 ۶. Differential association theory
 ۷. Bad companion

۱- عمل مجرمان آموختنی است، نه موروثی. یعنی تا فرد آن را نیاموزد به فکر انجام دادن آن نمی-
افتد.

۲- آموزش از طریق ارتباط فرد با سایر افراد صورت می‌گیرد و عموماً به صورت شفاهی و به کمک
کلمات است و فقط در برخی موارد ممکن است از طریق حرکات چهره و قیافه انجام گیرد.

۳- بخش اعظم آموزش رفتار بزهکارانه در گروه‌های نزدیک که با فرد روابط صمیمانه دارند انجام می‌گیرد.

۴- آموزش عمل مجرمان مراحل مختلفی دارد.

الف: فنون ارتکاب جرم که گاه پیچیده و گاه ساده است.

ب: جهت دادن به انگیزه‌ها، گرایش‌ها، کشش‌های درونی و توجیه عمل مجرمانه.

۵- کسب انگیزه‌ها و میل به ابراز کشش‌های درونی آموختنی است. همه مردم جامعه نظر مطلوب
نسبت به رعایت هنجارهای حقوقی ندارند. در برخی موارد فرد با گروهی در ارتباط است که هنجارهای
حقوقی برای اعضای آن مطلوب است و گاه فرد در محیطی زندگی می‌کند که افراد نزدیک به او مخالف
اطاعت از آن قواعداند.

۶- زمانی فرد به عمل بزه‌کارانه دست می‌زند که آمیزش او با کسانی که موافق شکستن قاعده‌اند
بیش‌تر از کسانی است که با شکستن قاعده مخالف‌اند. این بند در واقع اساس نظریه ساترلند است و به
ارتباط فرد بزه‌کار و غیر بزه‌کاران اشاره می‌کند. به عبارت دیگر براساس این نظریه روابط فرد با دیگران
هنگامی که به مساله جرم ارتباطی ندارد و تا زمانی که با کار جرم آمیز پیوستگی نکند، اثری در ایجاد
رفتار مجرمانه ندارد (سخاوت، ۱۳۸۵: ۵۶-۵۵).

۷- فراوانی معاشرت از نظر دفعات وقوع، مدت، ارجحیت و شدت می‌تواند متفاوت باشد. یعنی میزان
معاشرت فرد با افراد کج‌رفتار در مقابل افراد به‌هنجار مورد نظر است. فراوانی و مدت زمان معاشرت
بسیار با اهمیت‌اند. ارجحیت با اهمیت است از این نظر که اگر رفتار موافق رعایت قانون در کودکی
آموخته شود، فرد در وضعیتی متفاوت با کسی قرار دارد که از ابتدا به عدم رعایت قانون تشویق شده

است. ارجحیت و شدت به منزلت معاشر، به اهمیت الگوی رفتار و میزان درگیری عاطفی فرد با آن مربوط می‌شود.

۸- جریان یادگیری رفتار کج‌روانه از طریق معاشرت شامل تمام مکانیسم‌های یادگیری می‌شود که برای هر رفتار دیگری ضروری است. منظور این است که یادگیری کج‌روی تنها شامل تقلید نمی‌شود و عمیق‌تر از آن است.

۹- در حالی که کج‌رفتاری بیان نیازها و ارزش‌های کلی است، نمی‌تواند از طریق همان نیازها و ارزش‌ها توجیه شود. زیرا رفتار به‌هنگار هم بیان نیازها و ارزش‌هاست. کوشش بعضی محققین برای تبیین کج‌رفتاری از طریق نیازها و ارزش‌ها مانند اصل خوشحالی، به دنبال منزلت بودن، انگیزه پولی و یا تحت فشار قرار گرفتن نمی‌تواند کج‌رفتاری را تبیین کند. زیرا این انگیزه‌ها و گرایش‌ها در رفتارهای به‌هنگار هم وجود دارد (ممتاز، ۱۳۸۱: ۸۲).

نظریه ساترلند یکی از قوی‌ترین نظری‌ها در زمینه پیدایش انحرافات است که تا به امروز قدرت تبیین زیادی دارد. ساترلند در قالب نظریه‌اش معتقد بود که انحرافات عموماً در قالب گروه‌های نخستین نظیر گروه دوستان یا خانواده آموخته می‌شود. این گروه‌ها بسیار متنفذتر از مأمورین و مسئولین رسمی مانند معلمان، کشیشان، افراد پلیس یا ابزارهای ارتباط جمعی نظیر فیلم و روزنامه می‌باشند. از نظر ساترلند فرآیند یادگیری رفتار بزهکارانه شامل تکنیک‌های تبهکاری، انگیزه‌ها، گرایش‌ها و دلیل تراشی‌های لازم برای آن می‌شود. بدین ترتیب یک جوان هم می‌آموزد که چگونه با موفقیت دزدی کند و هم چگونه استدلال بیاورد تا دزدی خود را توجیه کند و برای آن عذر بتراشد (رفیع پور، ۱۳۷۸: ۵۲).

بر اساس این دیدگاه در ایران تحقیقات مختلفی انجام گرفته است و معاشرت با نزدیکان، همکاران و به‌ویژه دوستان معتاد و منحرف، تقلید از اطرافیان، معاشرت در محیط‌های ناسالم و گوناگون از جمله مدرسه و محیط‌های آموزشی نامطلوب از جمله عوامل اصلی اعتیاد به مواد مخدر ذکر شده است (کرم پور، ۱۳۷۹: ۳۲-۳۴).

چارچوب نظری طرح

در بررسی این وضعیت از رویکردها و نظریه های سوءمصرف مواد مخدر و کاهش تقاضا و نظریه های اعتیاد زنان بر اساس منابع علمی استفاده می شود.

گسترش دیدگاه های نظری^۱

برای سال ها، حتی قرنهای بسیاری بر این باور بودند که زن ها نمی توانند الکلی یا معتاد شوند. بنابراین نیازی به بررسی چگونگی معتاد شدن، درمان و بهبودی آنان نبود. این عدم پذیرش و در نتیجه نبود فریضه اعتیاد و بهبود تا تولد جنبش زنان هر دهه 1960 تا 1970 ادامه داشت. این انقلاب اجتماعی و سیاسی زن را بگونه ای دیگر تعریف کرد و او را از مرد جدا ساخت و همانگونه که فمیست ها آرزو داشتند زن را با مرد برابر ساخت. در نتیجه این تغییرات زنان نیز در جرگه الکلی ها و معتادین قرار گرفتند و زمینه بررسی و تحقیق درباره اعتیاد مبتنی بر جنسیت آغاز شد. امروزه ادبیات این موضوع گسترده و با نفوذ است و زن و اعتیاد و درمان های بخصوص زنان را مورد بررسی قرار می دهد، با این وجود اکنون چه کاری برای انجام شدن باقی مانده است؟

کار بسیار، موفقیت هایی که زنان توانستند برای دیده شدن و پذیرش اعتیادشان بدست آورند همراه با تناقض و تعارضات اجتماعی، سیاسی و روانی بوده است. نیازی که زنان برای جدا شدن و قایل شدن تفاوت با مردان برآن تأکید داشتند و برای کشمکش ها اجتماعی، سیاسی شناخته شدن و برابری جنسیت آنان لازم بود، جنبه منفی پنهان و متناقضی را در هنگام درک و درمان اعتیاد بهمراه داشت. این چارچوب مقابله ای مقایسه جنسیت، ممکن است زنان را در حالتی رقابتی با مردان قرار دهد که بوسیله آن به حفظ قدرت پردازند که این خود موجب می شود آنها توان پذیرفتن تجربه اصلی انسان را در مورد از دست دادن کنترل یا ضعف را نداشته باشند در حالیکه برای بهبودی ضروری است، این فصل روشی را برای تفکر در مورد زنان و اعتیاد ارائه می نماید که دیدگاه جنسیتی را گسترش می دهد: مدل رشد (developmental model) فرآیندی از اعتیاد و بهبود.

¹ 1 Brown, Stephan, the Hand book of Addiction treatment for woman, published by jossey- Bass, 2002, p 26- 51

در ابتدا نگاهی به زن و اعتیاد از دیدگاه رشد و تناقضات دیدگاه زنان می پردازیم دیدگاهی که حول تجربه اصلی فقدان کنترل، معتاد شدن و بهبود حاصل کردن می چرخد. این دیدگاه همچنین تفاوت های بارزی را بین مردان و زنان در آنچه که اعتیاد و بهبودی تلقی می گردد قایل است. در این دیدگاه تفاوت های بزرگی بین زنان از حیث چگونگی معنی کردن اعتیاد وجود دارد.

تناقضات دیدگاه زنان: تجارب مربوط به معتادشدن و خود را معتاد محسوب کردن اغلب در تضاد با نظرات بسیاری از نظرات اجتماعی، سیاسی مرتبط با مبارزه طولانی زنان برای برابری با مردان است. این تناقضات موجود در دیدگاهها میتواند باعث ایجاد تعارضاتی برای زنان شود که میتواند موانعی را برای پذیرش و درمان اعتیادشان به همراه داشته باشد. این موضوعات شامل (۱) معانی مختلف مفهوم اکتساب قدرت، (۲) ادامه برچسب، (۳) نگاه کردن به زنان در یک چارچوب اقلیتی، جنسی

کسب قدرت: ایده کسب قدرت برای زنان در رابطه با موقعیت اجتماعی، سیاسی، اقتصادی شامل مقابله با وضعیت موجود، بخصوص نابرابری و برتری مردان و فشار شدید آنان برای تغییر و بدست آوردن برابری است. این چالش شامل مقایسه گذشته با حال، مقایسه جنسیتها و اقلیت و اکثریت با توجه به قدرت و میزان دارا بودن آن توسط افراد است. مبارزه برای برابری مستلزم تیزبینی و تحلیل آنچه میباشد که ممکن است نابرابر یا ناعادلانه و بنابراین باعث کاهش قدرت شود. تمرکز بر نیاز به قدرت و موقعیت برابر میتواند متضمن این نکته باشد که افزایش قدرت زن در ارتباط با مرد تنها از این راه امکانپذیر است. اکتساب قدرت زن و بهبودی در اعتیاد از نظر روند اکتساب قدرت در عرصه های اجتماعی، سیاسی و اقتصادی متفاوتند. روند تسلیمی وجود دارد که نشانه بهبودی مؤثر فرد است و آن وقتی است که زن معتاد بپذیرد که برای کنترل مصرف مواد یا الکل و یا هر دو دارای عدم توانایی کامل است. این پذیرش ضعف شامل مفاهیم و زبان بیان این ضعف است که با کسب قدرت آنان از نظر سطح اجتماعی، سیاسی و اقتصادی همخوانی ندارد. زنانی که در کوشش برای کسب قدرت هستند دچار تعارضاتی میشوند که در آن میخواهند هم برنده رقابت شوند و هم بطور فزاینده قدرتشان بیشتر میشود. زمانی که خواهان نجات از اعتیاد هستند با تعارضی داخلی دست به گریبانند که نمیتواند با تمایل آنان

برای کسب قدرت بیشتر رفع شود. اما این امر مستلزم بازسازی روابط آنها با خودشان است. یعنی ابتدا با پذیرش ضعف نسبت به مواد، سپس، زندگی خود را بر صداقت و مسئولیت شخصی استوار کردن که منجر به پیروزی از نوع دیگری میشود: آزادی از سلطه یک واقعیت خطرناک. این تفاوتها برای کسب قدرت میتواند برای زنان در هنگام بهبودی مشکل ایجاد کند. برای عده ای از آنان، وارد شدن به دوران بهبودی ممکن است در آغاز احساس ضعف را بوجود آورد و منجر به رها کردن جنبش بزرگتر زنان شود. فهم این تفاوتها می تواند باعث کاهش این تضاد شود، زنان می توانند در روند روبه رشد بهبودی وارد شوند و در همان حال تعهدشان به جنبش زنان و منافع حاصل از آن را حفظ نمایند.

از نظر تاریخی الکیسم در زنان، ضعف اخلاقی انگاشته شده است و دیدگاهی بوده است که تا امروز ادامه یافته است. این انگ بطور متناقض به تقویت عدم پذیرش اعتیاد می انجامد، زمانی که الکی بودن زن آشکار می یابد. این آشکار شدن همراه با انگ منفی آن به عقیده بعضی ها، پیروزی سست و نامعلوم است. به عقیده بعضی ها پذیرش فرایند، آشکار شدن و مشروعیت اعتیاد زنان انعکاس و بیان کننده رشد حرکت های اجتماعی سیاسی زنان است. فمینیستها که سعی دارند موقعیتی برابر مردان بیابند کوششهای بسیاری را برای شناخت، آشکار بودن و برابری حقوق زنان انجام داده اند. در رابطه با اعتیاد، هرچند، این پیروزی استعاری بوده است. زنان حق پذیرفتن اعتیاد و الکی بودن خود را دارند، با وجود اینکه هنوز برای زنان دارای مضمون اخلاقی منفی و انگ اخلاقی است. زنان بصورت متناقضی این حقوق را دارند، که مشکل اخلاقی خود را بپذیرند.

زن بعنوان اقلیت دیدگاه جنسیتی: در کنار چالشی که در مورد برچسب و انگ اعتیاد وجود دارد این مسأله هم هست، که چطور کشمکش سیاسی برای برابری جنسیتی را با تجربه فقدان کنترل آشتی داد، با وجود چارچوب رقابتی و دو مقوله ای برابری جنسیتی و زبانی که برای تأکید بر کنترل و قدرت استفاده می شود.

گرگوری باتسون این تناقض آشکار را مورد بررسی قرار می دهد و اینگونه اظهار میدارد (۱۹۷۱) که اعتیاد اساساً در مورد "خود" است و همیشه یک موضوع شخصی است. باتستون چارچوب تعیین

کننده‌های را برای فهم الکلیسم بعنوان کشمکش با خود مطرح میکند. به نظر وی فرد الکلی در جنگی رقابتی و متقارن درگیر است. قسمتی از خود بر قدرت بیش از حد در کنترل نوشیدن الکل باور دارد. قسمت دیگر خود، قربانی واقعیت فقدان کنترل است. این بحثی دومقوله ای است که فرد الکلی را در مقابل خود قرار میدهد، یعنی دفاع از وجود محدودیت ها و در همان حال شکستن آنها، فرد به خود می گوید (می توانم نوشیدنم را کنترل کنم) و در حالی که مرتباً کنترلش را از دست می دهد. قسمت غالب و برنده هر فرد(باور به امکان کنترل) جای خود را به قسمت بازنده و سلطه پذیر می دهد (پذیرفتن واقعیت فقدان کنترل).

نظریه های جنسیتی رقابتی ساختار دو مقوله ای را که بر قطبی شدگی و تمایز تأکید دارد تقویت می نماید. این ساختار می تواند به تفکری خشک منجر شود و یا به نتایجی برسد که زنان را از گرفتن موضع مخالف مردان بازدارد. این چارچوب دومقوله ای هم عدم پذیرش و هم حالت دفاعی داشتن را برمی گیرد. چون که یک برنده و یک بازنده را می طلبد، یک مهاجم و یک قربانی. زنان به مبارزه خواهند پرداخت تا جنبه هایی از تجربه خود را که در آن تأیید به معنی قبول شکست و ضعف است را انکار کنند و بعضی ها ناچارند نداشتن کنترل و این شکست یا نقص را در چارچوبی خشک و غیرقابل انعطاف بپذیرند.

در بافتی سیاسی، چارچوب جنسیتی زنان را بصورت اقلیتی که همیشه در رده دوم و سلطه پذیر مرد بوده است مورد تأکید قرار می دهند. از این دیدگاه، زنان قربانی سلطه مردان بوده اند. میدان مبارزه جنسیتی برنده-بازنده نطفه آسیب اعتیاد را در خود بازسازی می کند. همانطور که باتسئون میگوید: کشمکش برای کنترل علیه واقعیت فقدان کنترل است. در این دومقوله متضاد چارچوب رقابتی، بر اعمال "قدرت بر خود و

دیگران" تأکید می کند، برای زنان مشکل است که فقدان کنترل را بپذیرند در حالی که ادعای قدرت خود را داشته باشند و همزمان ضعف خود را انکار کنند. در تعریف اعتیاد زنان به مواد از طریق دیدگاه

جنسیتی رقابتی، خطری وجود دارد و آن این است که چنین بینشی می تواند بصورت متناقضی زنان را از تمرکز بر خود دور نماید.

جنگ جنسیتی سیاسی، دشمن را طرف دیگر فرض می کند. زنی که معتاد است علیه خود مشغول جنگ است. اما برای او مشکل است که مسئولیت شخصی اش را در فقدان کنترل بشناسد و بپذیرد و در صورتیکه بر تقویت قدرت و کنترل خود متمرکز است، نقش فعال خود در اعتیاد را قبول کند. مشکل دیدگاه جنسیتی از مقایسه جنسیت نیست بلکه از دیدگاه سازماندهی رقابتی است که در دیدگاه اقلیت وجود دارد. زنان همیشه جایگاه اقلیت را در چارچوب جنسیتی رقابتی گرفته‌اند. از نظر تاریخی، نقش و هدف هر اقلیت در بافت اجتماعی سیاسی تعریف و تمایز قایل شدن میان خود و اکثریت حاکم است. گاهی اوقات هم، تنها هدف بقاست. مرئی و جدا بودن نیازمند مخالفت و ایستادگی است، اقلیت در برابر سلطه اکثریت.

اگرچه در قلمرو اجتماعی، سیاسی این امر مهم است، اما این تمرکز مستمر بر مبارزه اقلیت علیه اکثریت حاکم، هنگامی که به خود و اعتیادشان بعنوان یک کشمکش داخلی مینگرند، بر ضد آزادی زنان نیز قدعلم می کند. دید اقلیت نیازمند تمرکز و تأکید خارجی است (حاکمیت اکثریت) و نگرش برای دفاع و آمادگی است. چارچوب تعریف خود اجازه تأکید و رشد به سوی داخل را از درون می دهد. حرکت به سوی مفهوم گسترده تری از فرایند انسانی- جدا از دوگانه بودن و رقابتی بودن چارچوب جنسیتی زنان را از جایگاه قهری "اقلیت" برداشته و آنها را برای خود- کاوی مستقل، و پیشرفت آزاد می کند. دید گسترده تر فرایند انسانی مستلزم قبول مسئولیت شخصی برای اعتیاد خویش است، مسئولیتی که فقط فردی است و مربوط به خود شخص است. قبول مسئولیت شخصی بصورت متناقض نیازمند پذیرش خود و پذیرش عاملیت است (قبول و پذیرفتن اینکه در اعتیاد خود شرکت کننده فعالی باشیم)، راهی که به برابری و آزادی می انجامد.

زنان اغلب بین موقعیت ایستادگی علیه اکثریت مرد با هدف برابری و آزادی و شناخت تجربه مشترک انسانی که مستلزم قبول خود است گیر افتاده‌اند. در قبول مسئولیت شخصی برای عدم کنترل، زنان

"خودی" برابر و جدا را بدست آورده‌اند که باتلاش زیاد در کشمکش با مردان حاصل شده است. اما هنوز برای زنان سخت است که هر دو را انجام دهند: یعنی حفظ خود زنانه متفاوت و تجربه بزرگتری که در آن با مردان شریک باشد. در چارچوب جنسیتی، آنها ممکن است احساس نمایند که به جنبش‌زنان خیانت میکنند، یعنی ممکن است پذیرش فقدان کنترل - مخصوصاً اعتیاد - بعنوان فقدان خود، بیشتر از متضاد آن یعنی وجود خود و آزادی شخصی درک شود. این دوراهی با زبان رقابتی، تهاجمی تشدید میشود. در بافت سیاسی مبارزه برای برابری اغلب بعنوان جنگی برای قدرت و کنترل درک شده است: جنگی برای برابری که با کسب قدرت یکسان است.

اگرچه برای حقوق اجتماعی و سیاسی زن مهم است، اما مفهوم کسب قدرت می تواند باعث بازدارندگی و سردرگمی زنی شود که فقدان کنترل بر اعتیادش را پذیرفته است. در این بافت ایده کسب قدرت ممکن است چارچوب رقابتی و دومقوله ای و آسیب شناسی کشمکش اعتیادی را برای کنترل تقویت نماید. به منظور برنده شدن در این به اصطلاح "کسب قدرت"، زن باید از زیر سلطه بودن درآید و جایگاهی را که در آن فقدان کنترل بر اعتیاد را پذیرفته بود عوض کند، زیرا که این (فقدان) را به صورت نادرستی به (تقصیر فردی) تعبیر می کنند.

درمان اعتیاد

درمان معتادان، یک مداخله ی عمدی از پیش برنامه ریزی شده در سلامتی رفتار و زندگی شخصی و اجتماعی فردی است که از اعتیاد به الکل یا مواد مخدر رنج می برد. درمان ، فرد را قادر می سازد به هوشیاری، سلامت جسمی و روانی، و فعالیت طبیعی دست پیدا کرده و آن را حفظ کند. درمان اعتیاد باعث کاهش بزهکاری و بهبود رفتارهای اجتماعی و شغلی می شود و از ناراحتی های روحی و روانی، و خانوادگی می کاهد.

✓ دستیابی به اطلاعات دقیق از معتاد و مشکلات وی.

✓ بررسی علل مربوط به اعتیاد که ممکن است اجتماعی، روانی یا جسمی باشند.

✓ بررسی وضعیت خانوادگی برای شرکت در برنامه ی کنترل اعتیاد

✓ سم زدایی

روش های طبی برای کمک به سم زدایی عبارتند از:

- استفاده از دارویی که فرد به آن وابسته است.
- استفاده از داروهایی که تحمل متقاطع ایجاد می کنند، مثل کلونیدین.
- استفاده از داروهای ایجاد کننده ی علائم محرومیت مانند نالوکسان و نالتروکسان.
- درمان تضعیف علائم با داروهای کمکی

✓ هدف از سم زدایی

- رهایی فرد معتاد از وابستگی دارویی که به علت مصرف مزمن روزانه ی مخدر حاصل
- کاهش درد و ناخوشی دوران محرومیت از دارو
- فراهم نمودن درمان سالم و بی خطر، و کمک به معتاد در برابر مشکلات ابتدایی ترک.
- درمان مسائل طبی ایجاد شده بدنبال ترک یا معرفی فرد در صورت نیاز به درمان
- ارائه ی آگاهی به معتاد در مورد سلامتی خویش و همچنین نحوه ی جلوگیری از ترک مصرف

❖ روش های سم زدایی

✓ روش بستری در بیمارستان

محاسن: توانایی استفاده از دوز بالای دارو، عدم دسترسی به مواد مخدر، ترک سریع تر، مشاهده و درمان عوارض ناشی از ترک اعتیاد.

معایب: هزینه ی گران، به هم خوردن نظم زندگی بیمار و نیاز به دور بودن از محل کار و منزل.

✓ روش نیمه بستری

این روش هزینه ی کمتری نسبت به روش بستری کامل داشته و بعضی از مزایای بستری را نیز در

بردارد.

✓ روش سرپایی

محاسن: از نظر هزینه ارزان تر از دو روش دیگر است، نیاز به ترک کار نداشته و نظم زندگی روزمره
ی فرد به هم نمی خورد.

معایب: دسترسی به مواد در صورت وسوسه شدن، نیاز به تدریجی انجام شدن ترک اعتیاد

اهداف طرح:

✓ هدف کلی

پیشگیری از آسیب های ناشی از اعتیاد مادران برای کودکان زیر ۶ سال

✓ اهداف اختصاصی

(۱) ترک اعتیاد مادران دارای فرزند زیر ۶ سال تحت نظارت تیمی متشکل از پزشک، روانشناس،

مددکار اجتماعی و مشاور

(۲) کاهش آسیب های ناشی از نبود مادر در کنار فرزندان زیر ۶ سال

(۳) کاهش میزان شیوع اعتیاد در فرزندان دارای مادر معتاد

- ۴) پیشگیری از آسیب های اجتماعی ناشی از اعتیاد مادران
- ۵) پیشگیری از سرایت اعتیاد از مادران به فرزندان
- ۶) بهبود روابط مادر و فرزندی که در اثر اعتیاد دچار گسستگی گشته
- ۷) پیشگیری از خشونت های ناشی از اعتیاد و اثر آن بر کودکان
- ۸) بهبود وضعیت مادران و سوق دادن آنان به سمت توانمندسازی
- ۹) شروع زندگی جدید برای مادران و فرزندان آنان
- ۱۰) پیشگیری از انزوا و تنهایی در مادران معتاد و فرزندان آنان
- ۱۱) ایجاد حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی در مادران دارای اعتیاد و فرزندان آنان
- ۱۲) ایجاد امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی مادران دارای اعتیاد و فرزندان آنان
- ۱۳) افزایش آگاهی و شناخت مادران معتاد در زمینه راه های کاهش آسیب
- ۱۴) افزایش آگاهی و شناخت معتادان در خصوص عوارض اعتیاد و بیماری های منتقله به فرزندان
- ۱۵) ارجاع معتادان درمان شده به سازمان های حمایت گر برای استفاده از خدمات توانبخشی و رفاهی
- ۱۶) حساس سازی، افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش کارکنان بهداشت و درمان
- ۱۷) حساس سازی، افزایش آگاهی و ارتقاء نگرش سیاستگذاران و تصمیم گیران

استراتژی های طرح

❖ استراتژی پژوهشی

۱. سنجش دانش و نگرش پرسنل مرکز اعم از پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی، روانشناس و مشاور
۲. سنجش دانش و نگرش عموم جامعه در زمینه طرح
۳. سنجش میزان مراجعه معتادان خود معرف به مرکز
۴. سنجش میزان عود اعتیاد در مادران معتاد حاضر در مرکز
۵. سنجش میزان مادران معتاد تحت درمان
۶. سنجش میزان رضایت مادران معتاد از حضور فرزندانشان

۷. سنجش میزان رضایت فرزندان از حضور در کنار مادر
۸. سنجش درصد موارد سم‌زدایی معتادان
۹. سنجش درصد رضایت معتادان مراجعه‌کننده به مرکز
۱۰. سنجش درصد رضایت پرسنل از شرایط خاص مرکز با حضور مادر و فرزند
۱۱. سنجش درصد رضایت مراجعه‌کننده دریافت‌کننده سایر خدمات

❖ استراتژی آموزشی

۱. تهیه، تدوین و تالیف متون و منابع آموزشی لازم برای تمام آموزش‌گیرندگان شامل:

- تالیف متن آموزشی پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد برای پرسنل اداری
- تالیف متن آموزشی پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد برای پزشکان و پرستاران
- تالیف متن آموزشی پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد برای مددکاران اجتماعی، روانشناسان و

مشاوران

تالیف کتاب پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد برای کلیه پرسنل مرکز

۲. برگزاری کارگاه‌های آموزشی براساس متون تدوین شده

۳. آموزش عمومی جمعیت تحت پوشش به صورت:

آموزش جمعی در زمینه فرزندپروری، روابط سالم با فرزند، مهارت‌های زندگی و اجتماعی

ارائه برنامه‌های آموزشی از طریق فیلم‌های مناسب

آموزش کارکنان سطوح مختلف

۴. آموزش چهره به چهره فرد مبتلا به سوءمصرف مواد یا خانواده او در صورت مراجعه به مرکز

۵. آموزش معتادان در زمینه نحوه کاهش آسیب به خود و فرزندش

کلیه آموزش‌ها براساس پروتکل علمی و عملی قابلیت ارائه دارند.

❖ استراتژی درمانی

۱. تهیه پروتکل درمانی مورد نیاز توسط تیم درمانی مرکز
۲. تهیه دارو از طریق دفتر امور دارویی معاونت بهداشتی برای واحد درمانی سرپایی
۳. خدمات درمانی به معتادین خود معرف
۴. درمان سرپایی

❖ استراتژی کاهش آسیب و بازتوانی

اساس این استراتژی بر این نظر استوار است که در مواردی که فرد معتاد حاضر به پذیرش ترک اعتیاد نمی باشد باید به نحوی موجب کاهش مخاطرات ناشی از اعتیاد، علیرغم ادامه اعتیاد گردید و به خصوص افزایش روز افزون شیوع آیدز توجه بیشتر به این استراتژی را می طلبد. نیز افراد معتاد بعد از گذراندن دوران سم‌زدایی و نیز قطع وابستگی روانی به دو دلیل قادر به برقراری روابط مطلوب با جامعه نیستند.

اول: به دلیل تاثیرات منفی جسمانی و روانی اعتیاد، فرد درمان شده تا مدتی قادر به عملکرد مناسب و مورد نیاز نیست.

دوم: جامعه به دلیل ذهنیات و نگرش‌های موجود در مورد معتادان افراد درمان شده را هم به آسانی جذب نمی‌کند.

۱. سم زدایی و درمان نگهدارنده با متادون

- در صورت تشخیص روانپزشک مرکز بیمار تحت سم زدایی یا درمان نگهدارنده با متادون قرار می گیرد.

- درمان نگهدارنده یا سم زدایی با متادون تحت نظر پزشک صورت می گیرد.

۲. تحویل سرنگ و کاندوم

- در صورت تشخیص پزشک مبنی بر عدم امکان ترک یا تغییر الگوی مصرف یا درمان نگهدارنده با متادون سهمیه سرنگ در نظر گرفته می شود .

- سرنگ‌های جدید در صورت ارائه سرنگ‌های مصرف شده تحویل داده خواهد شد.

- ارائه کاندوم به کلیه معتادان .

۳. پیگیری ادامه برنامه‌های آموزشی درمانی تا زمان تعیین شده از سوی پزشک درمانگر توسط

کارکنان مرتبط سطوح مختلف بهداشتی (روانشناس، سایر کارکنان بهداشتی)

❖ استراتژی های کلی

۱- آگاه‌سازی مادران از اثرات ناشی از اعتیاد بر روی کودکان

۲- افزایش مهارت‌های زندگی مانند مهارت تصمیم‌گیری، حل مسئله، ارتباطات اجتماعی

۳- تقویت فعالیت‌های جایگزین به جای مواد برای ارضای نیازهای روانی اجتماعی مادران

۴- مشاوره و مداخله حین بحران، در بحران‌های مختلف در طول زندگی

۵- ارتقاء نگرش فرهنگی و مذهبی

۶- تقویت روابط سالم، امید به زندگی در مادر و فرزند

۷- درمان مادران معتاد برای جلوگیری از سرایت اعتیاد به فرزندان

خدمات مرکز

□ خدمات متمرکز بر مادر

۱. خدمات درمانی در زمینه ترک اعتیاد، بیماری‌های فردی تحت نظر پزشکان و پرستاران مجرب

۲. خدمات روانشناسی به همراه ارائه مشاوره‌های فردی و گروهی

۳. خدمات توانمندسازی از طریق برگزاری دوره‌های کارآموزی و ...

۴. خدمات مددکاری اجتماعی از طریق پیگیری و انجام مداخلات اجتماعی در جهت بهبودی زندگی

فردی و اجتماعی شخص

۵. خدمات آموزشی در زمینه اثرات اعتیاد، مهارت‌های زندگی، مهارت‌های اجتماعی، آموزش‌های

جانبی مانند خیاطی، آشپزی و ...

۶. خدمات فرهنگی و مذهبی از طریق برگزاری جلسات مذهبی، نمایش فیلم‌های آموزنده

۷. خدمات اقتصادی و اجتماعی در زمینه بیمه، مخارج مالی پس از ترک، اشتغال

۸. خدمات جانبی از قبیل ارائه پوشاک، خوراک و وسایل اولیه مورد نیاز

□ خدمات متمرکز بر کودک در زمان درمان مادر

۱. خدمات درمانی در زمینه بیماری‌ها و بررسی سلامت کودک

۲. خدمات روانشناسی از طریق ایجاد گروه‌های درمانی به شکل بازی درمانی جهت رفع مشکلات

عاطفی و رفتاری در کودک

۳. خدمات مددکاری اجتماعی از طریق پیگیری و انجام مداخلات اجتماعی در زمینه بهبودی زندگی

فردی و اجتماعی کودک

۴. خدمات آموزشی در زمان درمان مادر توسط مربی مخصوص کودک در اتاق بازی

۵. خدمات فرهنگی و مذهبی از طریق نشان دادن فیلم‌های آموزشی، خواندن کتاب‌های مناسب با

سن توسط مربی

۶. خدمات تفریحی مانند بردن به پارک، تئاتر و مراکز تفریحی توسط تیم مربی و کارشناس مرکز

۷. خدمات جانبی از قبیل ارائه پوشاک، خوراک و وسایل اولیه مورد نیاز از قبیل اسباب بازی و ...

□ خدمات متمرکز بر روابط مادر و فرزندی

۱. تخصیص اتاق مخصوص مادر و فرزند جهت گذراندن اوقات کافی در کنار یکدیگر و بهره‌مندی

فرزند از محبت مادری

۲. تخصیص زمان مخصوص گردش مادر به همراه فرزند در محیط مناسب جهت حضور اجتماعی

مادر و فرزند در جامعه

مراحل اجرایی سازی طرح

۱. سیاست گذاری و برنامه ریزی
۲. تعیین مجری و ناظر طرح
۳. تصویب طرح
۴. برگزاری جلسات راهبردی در زمینه تشکیل مرکز
۵. تعیین وظایف اعضای تشکیل دهنده مرکز
۶. تشکیل کادر درمانی، اجرایی و اداری
۷. تشکیل چارت سازمانی
۸. شناسایی منابع مورد نیاز

۹. شناسایی منابع مالی موجود

۱۰. بررسی منطقه ای جهت ایجاد مرکز

۱۱. نیازسنجی عمومی در زمینه خدمات مورد نیاز در مرکز

۱۲. اطلاع رسانی عمومی در زمینه فعالیتها و خدمات مرکز

۱۳. شروع به فعالیت مرکز

۱۴. ارزیابی

۱۵. بازبینی طرح هر ۶ ماه یک بار

جدول گانت

ردیف	مراحل اجرای طرح	زمان (ماه)	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱	سیاست گذاری و برنامه ریزی		■											
۲	تعیین مجری و ناظر طرح		■	■										
۳	تصویب طرح			■	■									
۴	برگزاری جلسات راهبردی در زمینه تشکیل مرکز				■	■	■							

																			تعیین وظایف اعضای تشکیل دهنده مرکز	۵
																			تشکیل کادر درمانی، اجرایی و اداری	۶
																			تشکیل چارت سازمانی	۷
																			شناسایی منابع مورد نیاز	۸
																			شناسایی منابع مالی موجود	۹
																			بررسی منطقه ای جهت ایجاد مرکز	۱۰
																			نیازسنجی عمومی در زمینه خدمات مورد نیاز در مرکز	۱۱
																			اطلاع رسانی عمومی در زمینه فعالیتها و خدمات مرکز	۱۲
																			شروع به فعالیت مرکز	۱۳
																			ارزیابی	۱۴
																			بازبینی طرح هر ۶ ماه یک بار	۱۵

فهرست منابع

- پیر صالح، محبوبه. (۱۳۸۷). *بررسی علل اقتصادی، اجتماعی و روانی گرایش زنان به اعتیاد در بین گروهی از زنان مجتمع شبه خانواده شفق*؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران.
- چیرینو، استفان و برینی، روبرتو و کامبیازو، جیانی و مازا، روبرتو. (۱۳۸۲). *اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی*؛ ترجمه سعید پیرمردی؛ تهران: همام.
- حجتی، سوده و همکاران. (۱۳۹۰). *طرح پژوهشی بررسی وضعیت اعتیاد زنان به مواد مخدر*؛ کمیته مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام.

- رحیمی موقر، آفرین. (۱۳۸۳). شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران؛ *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال سوم، شماره ۱۲، ۲۰۳-۲۲۶.
- شیرزاد، کبری. (۱۳۸۹). *بررسی رابطه بین طول مدت اعتیاد و برخی ویژگی‌های اجتماعی زنان*؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- کوهن، مونیکا. (۱۳۸۲). *مشاوره با زنان معتاد*؛ ترجمه فریده همتی؛ تهران: برگ زیتون.
- گرت، استفانی. (۱۳۷۹). *جامعه‌شناسی جنسیت*؛ کتابیون بقایی؛ تهران: نشر دیگر، چاپ اول.
- گروسی، سعیده و محمدی دولت‌آباد، خدیجه. (۱۳۹۰). تبیین تجربه زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده اعتیاد). *فصلنامه علمی- پژوهشی جامعه‌شناسی زنان*؛ سال ۲، شماره ۱، ۵۱-۷۷.
- مزینانی، ربابه. (۱۳۸۹). زنان و اعتیاد (چکیده دهمین همایش پیاپی سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران). *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، دوره ۱۶، شماره ۳، پیاپی ۶۲، ۳۴۲.
- نادری، علی احمد. (۱۳۷۹). *بررسی ابعاد فرهنگی اجتماعی و اقتصادی خانواده در پیشگیری و درمان معتادان و مقابله با مصرف مواد مخدر در اردوگاه کار معتادان بیستون*؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک.
- نارنجی‌ها، هومان. رفیعی، حسن. باغستانی، احمدرضا. نوری، رویا. غفوری، بهاره و سلیمانی‌نیا، لیلا. (۱۳۸۶). *ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در کشور؛ مرکز تحقیقات سوءمصرف مواد، دانشگاه بهزیستی و توان‌بخشی*.
- نوری، رویا. رفیعی، حسن. نارنجی‌ها، هومان. باغستانی، احمدرضا. کیومرثی، علیرضا. قرقلو، بابک. دیلمی‌زاده، عباس. اکبریان، مهدی و قادری، صلاح‌الدین. (۱۳۸۹). *بررسی روند مصرف مواد محرک در شهر تهران*؛ واحد پژوهش جمعیت تولد دوباره، مؤسسه مطالعات رفتاری و اجتماعی دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در تهران.

- نوری، رویا. قرقلو، بابک. نارنجی‌ها، هومان. رفیعی، حسن و اکبری‌ان. (۱۳۹۰). *بررسی نیازهای زنان مصرف‌کننده مواد شهر تهران در زمینه کنترل اعتیاد و پیشگیری از ابتلا به*

HIV/AIDS؛ دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در تهران.

- Brown, Stephan (2002), *the handbook of addiction treatment for women*, published by Jossey-Bass, p 26-57

- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2010), *world drug report*, 2010, United Nations

- World Health Organization (2010), *the world health report*. 2010