

تحلیل نسبت جنسیت و درمان اعتیاد

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۷

تاریخ تأیید: ۹۷/۱۰/۲۲

نوروز هاشم زهی

استادیار دانشگاه الزهرا - no_hashemzehi@yahoo.com

طاهره محسن زاده

دانشجوی دکتری جامعه شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی -

tmohsenzadeh@yahoo.com

سعید معدنی

استادیار دانشگاه آزاد واحد تهران مرکزی - aa.maadani25@yahoo.com

چکیده

در مطالعه حاضر، تحلیل جنسیت و تأثیر آن بر وضعیت زنان دارای سوء مصرف مواد در مسیر درمان اعتیاد هدف پژوهش است. این مطالعه با درپیش گرفتن روش کیفی، به بررسی معانی از دیدگاه زنان وابسته به مصرف مواد مخدر برای مبادرت به درمان، وضعیت زنان در مسیر درمان به عنوان یک زن مصرف کننده، تحلیل تأثیر بازنمایی جنسیت بر نیازهای درمان و درک واقعیت‌های نهفته جنسیتی در زمینه درمان اعتیاد زنان پرداخته است. سوژه‌های مورد مطالعه یا مشارکت کنندگان، ۳۴ نفر از زنان مستقر در مراکز اقامتی بهبودی استان تهران به منظور درمان اعتیاد هستند که پس از ورود به هر میدان، سوژه‌ها به صورت هدفمند انتخاب شد و روایت‌های آنان با مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته ثبت و تحلیل تماتیک شد. پس از تحلیل داده‌های پژوهش، چهار مقوله اصلی مهم‌ترین موانع درمان اعتیاد زنان شناخته شدند؛ این مضمون‌ها عبارت‌اند از: موانع فرهنگی - اجتماعی و فرتوری اقتصادی، کمبود مراکز، ناشناختگی و کیفیت پایین مراکز درمان و بحران‌های روحی.

واژگان کلیدی:

سوء مصرف مواد مخدر، جنسیت، درمان، اعتیاد زنان.

مقدمه

فرد وابسته به مواد، کسی است که بر اثر مصرف پیاپی و پیوسته، به مواد مخدر یا دارو وابسته شده است (ابراهیمی مقدم، ۱۳۹۵، ص ۳۷). فرد مصرف کننده مواد در اذهان جهانی به دلیل بازتولید و بازنمایی ارزش های تثبیت شده در اجتماع جنسیتی، مرد است؛ حال آنکه در جوامع امروزی «استفاده از مواد مخدر در زنان به خصوص زنان جوان بسیار شایع شده است» (Rowe, et al, 2015, p.160). در ایران نیز زنان هم پای مردان در وابسته شدن به مواد پیش می روند؛ به طوری که معاون ستاد مبارزه با مواد مخدر در خرداد ۹۴ اعلام کرد درصد زنان مصرف کننده مواد از کل معتادان کشور از پنج درصد به ده درصد افزایش یافته است (www.farsnews.com). افزون بر دورقمی شدن آمار، الگوهای رایج مصرف مواد مخدر در میان زنان وابسته به مواد نیز در حال دگرگونی است و کارکردهای 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 که در ایام امتحانات مواد مخدر مصرف می کنند، از جمله این کارکردهای جدید است (قربانی، ۱۳۹۴، ص ۱۵۵).

زنانه تر شدن اعتیاد پیامدهایی همچون رانده شدن، ایجاد نسل معتاد، کاهش ارتباط با افراد عادی و افزایش ارتباط با جمعیت موادی ها برای زنان مصرف کننده در پی خواهد داشت (کلانتری و مروتی، ۱۳۹۴، ص ۸۵). افزون بر موارد فوق، زنان با توجه به مشکل درآمد و نداشتن توانایی برای به دست آوردن مواد مخدر از راه های دیگر، گاهی به کارهای ضد اخلاقی تن می دهند و به سادگی مورد سوء استفاده سودجویان قرار می گیرند که بی گمان این امر، نابودی بیشتر آنان را در پی دارد و بازگشت این زنان به زندگی سالم را دشوارتر می کند (کاکویی دینکی و قوامی، ۱۳۹۴، ص ۱۲).

زنان مصرف کننده برای بازگشت به زندگی سالم با موانع فراوانی روبه رو هستند که معمولاً جنسیت مردانه فارغ از این مصائب است؛ مسائلی همچون مشکلات مالی، برخوردار نبودن از روابط اجتماعی مناسب (حجتی و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۳۷)، ابا داشتن از مراجعه به مراکز ترک اعتیاد، نوع نگاه جامعه به زن، محوریت زن در خانه (کلانتری و مروتی، ۱۳۹۴، ص ۸۴)، مشکلات مراقبت های بهداشتی (Fellinger, et al, 2018, p.105) و بلندمدت بودن دوره درمان اعتیاد، موجب شده زنان وابسته به مواد برای درمان چندان مبادرت به اقدام نکنند. افزون بر موانع یاد شده، تصور عام این است که زنان مدارای بیشتری

با بیماری دارند و بیش از مردان با درد و ناراحتی هماهنگ می‌شوند و دم بر نمی‌آورند (محمدی اصل، ۱۳۹۱، ص ۹۸). وجود این تصورات کلیشه‌ای و بازنمایی آنها از مجاری فرهنگی در جامعه نوین، چارچوب بهداشتی و سلامتی زنان را تهدید می‌کند (همان، ص ۹۷) و موجب سازش بیشتر زنان بیمار با بیماری خود و کمتر اقدام کردن آنان برای درمان نسبت به مردان می‌شود. از آنجاکه زنان بیمار به‌ویژه زنان متعلق به طبقات محروم و حاشیه جامعه - افزون بر نادیده گرفته شدن مشکلاتشان به خاطر فقر فرهنگی - معمولاً به امکانات بهداشتی و درمانی نیز دسترسی محدودی دارند، به‌ناچار و در صورت دسترسی به مواد مخدر، مصرف مواد می‌تواند یکی از راه‌های رهایی آنان از مصائب بیماری باشد. این زنان با مصرف مواد، ضمن هماهنگ شدن و سازش بیشتر با بیماری خود، غیراخلاقی بودن اعتیاد خود را نیز با توجیه درمانی و آرام‌بخش بودن مواد پوشش می‌دهند.

به‌طور کلی، زنان وابسته به مواد، برای اقدام به درمان اعتیادشان باید با دشواری‌ها و تنگناهای بسیاری همچون آسیب‌های برخاسته از پدیده اعتیاد؛ مشکلات مربوط به جنس و فیزیولوژیک زن به عنوان زن مصرف‌کننده؛ چالش‌های پدیدآمده از تبعیض جنسیتی در جامعه نوین در قالب توزیع نابرابر منابع قدرت، نظام اقتصاد، نهادهای سلامت و مراقبت و در نهایت بازنمایی کلیشه‌های جنسیتی در گفتمان جامعه نوین کنار بیایند. با وجود این چالش‌ها و مشکلات، برای زنان وابسته به مواد به‌ندرت مراکز درمانی وجود دارد و در صورت فراهم بودن خدمات و مراکز درمانی برای آنان، به دلیل متناسب نبودن خدمات و مراکز با وضعیت و شرایط زندگی زنان، مراجعه این زنان به مراکز درمانی، محدود است و موفقیت درمانی آنان در مقایسه با مردان بسیار کمتر اتفاق می‌افتاد.

با امعان در مطالب یادشده، پژوهش حاضر با بهره‌گیری از روش کیفی، به بررسی وضعیت زنان در فرایند اقدام به درمان اعتیاد و تحلیل تأثیر جنسیتی بر درمان اعتیاد زنان پرداخته است.

پیشینه پژوهش

ابراهیم قربانی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «مروری بر متغیرهای گرایش زنان به سوءمصرف مواد مخدر و پیامدهای آن» پدیده اعتیاد زنان را مطالعه کرده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد عواملی چون کمبود امکانات ویژه درمان اعتیاد زنان، نگرش اجتماعی درباره ناپسند بودن اعتیاد زنان و وجود برخی موانع اجتماعی، مراقبت از کودکان و... از جمله عواملی هستند که در درمان اعتیاد زنان اختلال ایجاد می‌کنند.

آزاده فروزانفر (۱۳۹۵) در پژوهشی با موضوع «زنان و سوء مصرف مواد: اهمیت مباحث جنسیتی در پژوهش سوء مصرف مواد» به بررسی اعتیاد در زنان با بهره گیری از تکنیک بررسی اسناد پرداخته است. بر اساس پژوهش های بررسی شده، در حالی که سوء مصرف مواد در میان زنان جامعه در حال افزایش است، به دلیل ویژگی های جنسیتی همچون مشکلات جسمی یا نبود حمایت همسر و خانواده، درمان زنان وابسته به مواد بسیار دشوارتر است.

رحیمی موقر و همکاران (۱۳۹۰) نیازهای ویژه زنان مصرف کننده مواد در درمان اعتیاد را مطالعه کرده اند. در این پژوهش کیفی، با ۶۲ زن مصرف کننده مواد از دو مرکز درمانی چیتگر و خانه خورشید و ۳ تن از مسئولان مراکز مصاحبه شده است. مطابق با یافته های این پژوهش، کمبود پزشک زن، مشاوره و آموزش های بهداشتی، محیط ناامن و وضع نامناسب بهداشتی و رفاهی مهم ترین محدودیت ها در درمان زنان معتاد است. هردو مرکز با کمبود خدمات روانی - اجتماعی از جمله پناهگاه جهت نگهداری زنان معتاد، اشتغال زایی و نگهداری و حمایت از فرزندان روبه رو بوده اند.

الفونسو ارتیگا و همکاران (Alfonso Arteaga, José. López-Goni, Javier Fernández-Montalvo) (۲۰۱۵م) مطالعه ای با رویکرد کیفی با عنوان «ویژگی متفاوت متعادلان به مواد مخدر بر اساس جنسیت و خشونت والدین در خانه» ارائه داده اند. در این مطالعه با ۱۲۷ زن و مرد مصرف کننده مواد که تحت درمان بودند، مصاحبه شده است. مطابق با نتایج این تحقیق، در مطالعات مرتبط با حوزه اعتیاد، سطح خشونت خانواده علیه افراد مصرف کننده و جنسیت آنان در زمان مصرف و درمان، همواره نادیده گرفته شده است؛ در حالی که تفاوت چشمگیری بین دو جنس در تجربه نوع خشونت و شدت خشونت وجود دارد.

مالیک و همکاران (Kanika, Mailk, Prabhat, K.Chand,P. Marimuthu,L. N.Suman) (۲۰۱۷م) «شدت اعتیاد و اختلال همراه با اختلال مصرف الکل زنان» را در میان زنان مصرف کننده مواد و الکل مطالعه کرده اند. بر ایند این مطالعه بیانگر آن است که کلیشه های جنسیتی بر مبنای الگوهای مصرفی و رفتارهای پرخطر وجود دارد. این کلیشه ها بر جهان اجتماعی زنان وابسته به مواد تأثیر گذارند و مجموعه ای از عقاید را پدید می آورند که در دوران سم زدایی و دارودرمانی اعتیاد، مانعی در جهت مصرف داروها در میان زنان می شود.

جمع‌بندی پیشینه‌های پژوهش

در بررسی و ارزیابی نتایج این پژوهش‌ها در می‌یابیم موانع فرهنگی، انعکاس و بازنمایی آنها در گفتمان جهان معاصر، چالش مهمی برای درمان زنان معتمد قلمداد می‌شود؛ بنابراین نقطه عطف مطالعات فوق توجه به نابرابری‌ها و تبعیض‌هایی است که بخش اعظم آنها زائیده نظام فرهنگی و ارزشی است که به روش‌های متفاوت و نامحسوسی در زندگی زنان وابسته به مصرف مواد اثرگذار بوده است. با وجود این موقعیت و وضع زنان مصرف‌کننده در اقدام به درمان و تفاوت‌های جنسیتی آنها در مسئله درمان معمولاً با استفاده از دیدگاه و تجربه‌های زنان دارای سوء مصرف مواد در مطالعات مغفول مانده است؛ حال آنکه بررسی مسئله جنسیت و تأثیر آن بر ابعاد گوناگون زندگی زنانه به‌ویژه تأثیر آن بر آسیب نوپا و ویرانگری چون اعتیاد زنان و درمان آن با استناد به تجربه‌های زندگی این زنان و درک معانی آنها که آنان در می‌یابند، از یک سو باعث شناخت بهتر و عمیق‌تر مسائل آنان می‌شود و از سوی دیگر پژوهشگران را در ارائه راهکارهای سودمندتر در کاهش و کنترل این آسیب نوین رهنمون می‌کند.

چارچوب مفهومی

در مطالعات جامعه‌شناسی، بسیاری از پژوهشگران علاقه‌مند در حوزه فرهنگی برای واکاوی وضعیت زنان و مسائل آنان در جهان معاصر به مقوله جنسیت توجه کرده‌اند. از نظر آنان در فرهنگ عامه، معمولاً زنان به عنوان ابژه یا موجودی ابزار و حاشیه‌ای بازنمایی می‌شوند؛ در حالی که این بازنمایی ربطی به زندگی پیچیده آنان ندارد. از نگاه آنان زنان، هم در نظریه‌های فرهنگی و اجتماعی و هم در فرهنگ توده‌ای به عنوان مقوله‌ای اجتماعی نادیده گرفته و به حاشیه رانده شده‌اند (مهدی‌زاده و آذربراء گراز، ۱۳۹۵، ص ۱۴۳).

همسو با نظریه پردازان فرهنگی، بتی فریدان (۱۹۶۵) و دیگر فمینیست‌های لیبرال معتقدند در جامعه‌شناسی متعارف نیز جنسیت در حاشیه زندگی اجتماعی جای دارد. در تصویر متعارف از جامعه، زندگی انسان به دو عرصه عمومی که حوزه‌ای بی‌طرف و عرصه فعالیت مردان است و عرصه خصوصی تقسیم می‌شد و توجه اصلی جامعه‌شناسان متعارف به عرصه عمومی بود؛ از این رو به مسائل مرتبط با جنسیت چندان علاقه‌مند نبودند (جلایی‌پور و محمدی، ۱۳۹۲، ص ۶۹-۷۰).

انزوای جنسیت در نظریه‌های جامعه‌شناسی، در نادیده گرفته شدن ابعاد گوناگون زندگی

زنان، به ویژه انحرافات زنان در جوامع بی تأثیر نبوده است؛ به عبارتی یکی از مسائل مهمی که در بررسی رفتارهای انحرافی نادیده گرفته می شود، مسئله جنسیت است. درحقیقت بسیار دشوار است مطالعه جامعی درباره ارتباط میان جنسیت و رفتارهای انحرافی طی دهه های گذشته بیابیم. انتقادی هم که به نظریه های پیشگام در عرصه انحرافات اجتماعی وارد است، به این دلیل است که این نظریه ها هنگام بررسی رفتارهای انحرافی زنان، آن را به نقصان زیست شناختی ربط می دادند (علی وردی نیا و خاکزاد، ۱۳۹۲، ص ۹۸-۹۹).

از نگاه فمینیست ها، به دلیل غایب بودن زن در عرصه عمومی و جانب داری اجتماعی از جنسیت مردانه، نقش زن در انقیاد قیود اجتماعی به گونه ای بازنمایی می شود که زن باید خزانه اخلاق و عاطفه باشد و به دور از خطا و انحراف، در عرصه خصوصی به سر ببرد؛ از این رو انحرافات اجتماعی عرصه مردانه در اذهان جهانی تصور می شود که در صورت ورود زن به آن، باید ننگی دوچندان نسبت به مردان منحرف را به دوش بکشد. در ادامه اجحاف و تبعیض جنسیتی، فرایند درمان و بازگشت زنان به اجتماع مردسالار، هم از نظر ذهنی و هم از نظر عینی تحت تأثیرات منفی نابرابری جنسیتی قرار دارد.

پی بردیو از نظریه پردازان فرهنگی دیگر در زمینه مجموعه ای گسترده از موضوعات همچون طبقه، قدرت و جنسیت مطلب نوشته است (هیلنداریکسن و سیورت نیلسن، ۱۳۹۳، ص ۲۷۶). بردیو در مورد مسئله جنسیت و تأثیر آن بر ابعاد کوناگون زندگی زنان مطالب اندک بیان کرده است؛ ولی با ارائه مفاهیم سودمندی همانند سرمایه و خشونت نمادین، راه را بر نوعی افشاگری در خصوص سازوکار جنسیت و تأثیر سلطه گری آن در زندگی زنان گشوده است.

بردیو معتقد است بین در اختیار داشتن سرمایه و عرصه قدرت رابطه وجود دارد؛ به زعم وی گروه های گوناگون بر حسب برخورداری از حجم و نوع سرمایه، به استفاده از تقسیم بندی های اجتماعی به مثابه ابزار سلطه تمایل عام دارند (جلایی پور و محمدی، ۱۳۹۲، ص ۳۲۲) بردیو خشونت نمادین را یکی از مهم ترین ابزار اعمال سلطه عنوان می کند؛ وی آن را نوعی خشونت می داند که با پنهان کردن عملکردهای واقعی سلطه گران از چشم مردم و نیز با واداشتن افراد تحت سلطه به پذیرش مشروعیت خاص سلطه، جایگاه این افراد را در رأس قدرت تحکیم می بخشد (ریتزر و گودمن، ۱۳۹۳، ص ۵۹۷). از این منظر، گروه های زنان که معمولاً میزان و حجم سرمایه محدودی در مقایسه با مردان در تملک دارند، به واسطه آسیبی

همانند اعتیاد، مقدار ناچیز سرمایه محدودشان، همانند منابع مالی، حمایت‌های خانوادگی، ارتباط با اعضای عادی جامعه و... کاستی می‌یابد. به تبع کاهش انواع سرمایه زنان به واسطه وابستگی به اعتیاد، طبقات دارای انواع سرمایه با تسلط بر زمینه فرهنگی، یعنی نظام آموزش، رسانه و... عقاید قالبی و کلیشه‌ها را علیه این گروه فرودست انتشار می‌دهند و به بیان دقیق‌تر طبقه مسلط از طریق خشونت نمادین بر این گروه از زنان، اعمال سلطه را شدیدتر می‌کنند و مسیر درمان این زنان بدون سرمایه، اما دارای داغ ننگ و برچسب اجتماعی پرچالش و بازگشت آنان به جایگاه اولیه زندگیشان ناهموارتر و دشوارتر می‌شود.

رابرت مرتون (Merton) با نظریه «فشار ساختاری» به ترسیم روابط متحمل بین دو عنصر اهداف فرهنگی و ابزارهای نهادینه شده پرداخته و نوعی سنخ‌شناسی سازگاری یا انطباق فردی را برای دستیابی به اهداف فرهنگی ایجاد کرده است. به زعم مرتون تحت فشار ساختارهای فرهنگی، افراد یکی از پنج نوع واکنش (همسازی، نوآوری، آیین‌پرستی، گوشه‌گیری یا طغیان) را انتخاب می‌کنند (بوریل و مورگان، ۱۳۹۳، ص ۱۳۷). اعتیاد به مواد مخدر در زمره چهارمین واکنش، یعنی انزوا و گوشه‌گیری به وضعیت آتومیک در این نظریه بیان می‌شود (نیک‌خواه قمصری، ۱۳۹۴، ص ۱۳). مطابق با این نظریه، خاستگاه پدیده اعتیاد زن به عنوان یک رفتار انحرافی و تداوم این گونه رفتارها، نه در درون فرد، بلکه در فرهنگ آن جامعه ریشه دارد؛ بدین معنا وقتی میان اهداف فرهنگی و ابزار دستیابی به آنها تعادل وجود نداشته باشد و امکان دسترسی فرد به اهداف و وسایل یا یکی از دو وجود نداشته باشد، فرد به رفتار انحرافی همانند اعتیاد روی می‌آورد و در صورتی که زن مصرف‌کننده مواد به هم‌نوایی دوباره با اهداف فرهنگی یا درمان و بازگشت به جامعه تمایل داشته باشد، در صورتی که که وسایل دستیابی به آن اهداف از قبیل منابع مالی کافی، مراکز درمانی متناسب با جنسیت زنانه و... در اختیار زن برای درمان بیماری اعتیاد قرار نگرفته باشد، مراحل درمان نیز با موفقیت اجرا نمی‌شود و در نتیجه زنان وابسته به مصرف از جامعه بریده و همچنان به مصرف مواد خود ادامه خواهند داد.

روش‌شناسی

در تعریف روش به‌ویژه روش تحقیق اجتماعی، به دلیل وجود لایه‌های گوناگون اجتماعی، روش واحدی وجود ندارد. بیسی (Babbie, Earl R) به جای روش از تحقیقات اجتماعی بحث می‌کند و آن را روش منظم زندگی اجتماعی می‌داند. مشاهده‌ای که ماهیت روابط

انسانی را کشف می‌کند، می‌سنجد، تفسیر می‌کند و الگوها و قوانین حاکم بر شیوه‌های کنش متقابل میان مردم را توضیح می‌دهد (هاشم‌زهی، ۱۳۹۲، ص ۱۳). در میان روش‌های تحقیق، روش تحقیق کیفی در پارادایم تفسیرگرایی یک حوزه بین‌رشته‌ای و گاه ضد رشته‌ای است که انسان‌گرایی را با علوم طبیعی و انسانی پیوند می‌دهد. در پژوهش‌های کیفی محقق به دنبال کشف لایه‌های عمیقی از معنا - آن‌گونه که توسط افراد مورد مطالعه تجربه و تفسیر می‌شود - دست به کاوش و بررسی می‌زند (ناصری و کیان‌پور، ۱۳۹۴، ص ۶۶). به عبارتی تحقیق کیفی به پژوهشگر برای درک انسان و بسترهای اجتماعی و فرهنگی که انسان‌ها در آنها زندگی می‌کنند، کمک می‌کند (بودلایی، ۱۳۹۵، ص ۵۱). با امعان در مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر با استفاده از روش کیفی، تأثیر جنسیت بر وضعیت زنان در مسیر درمان اعتیاد را بررسی کرده است. این مطالعه با بهره‌گیری از روش کیفی به بررسی معانی از دیدگاه زنان وابسته به مصرف مواد جهت دستیابی به اهداف ذیل پرداخته است: درک و فهم تجربه‌های زنان برای مبادرت به درمان، وضعیت زنان در مسیر درمان به عنوان یک زن مصرف‌کننده، تحلیل تأثیر بازنمایی جنسیت بر نیازهای درمان و درک واقعیت‌های نهفته جنسیتی در زمینه درمان اعتیاد زنان.

در این پژوهش، سوژه‌های مورد مطالعه، زنان مستقر در مراکز درمانی برای درمان اعتیاد بوده‌اند و میدان مطالعه، مراکز اقامتی بهبودی بهزیستی استان تهران در سال ۱۳۹۶ بوده است. نحوه انتخاب سوژه‌ها به شیوه هدفمند (Purposive sampling) و با معرفی مدیر کمپ انجام گرفت. پس از معرفی و تمایل سوژه‌های انتخاب شده به مشارکت در پژوهش، فرایند نمونه‌گیری تا اشباع نظری داده‌ها بر اساس منطق روش کیفی تا ۳۴ مورد مصاحبه با سوژه حاضر در میدان مطالعه ادامه یافت.

داده‌های پژوهش با بهره‌گیری از تکنیک مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته گردآوری شده‌اند. در مصاحبه، هر سوژه به صورت انفرادی با روایت‌های خود به شرح ماوقع در مورد موضوع مدنظر پرداخت و محقق صرفاً در زمان یادآوری مسئله تحقیق، به روایت فرد وارد شد. در مطالعه حاضر کلیه مطالب مصاحبه‌شونده‌ها و در صورت لزوم حالت‌های چهره افراد در قالب متون نوشتاری ثبت شده است.

روش تحلیل داده‌ها در این پژوهش با استفاده از تحلیل مضمون (Thematic Analysis) یا تماتیک صورت گرفته است؛ یعنی تحلیلی مبتنی بر استقرای تحلیلی که در آن محقق از

طریق طبقه‌بندی داده‌ها و الگویابی درون و برون داده‌ای به یک سنخ‌شناسی تحلیل دست می‌یابد (ناصری و کیان‌پور، ۱۳۹۴، ص ۶۶). در این مطالعه، تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل تماتیک به صورت ذیل انجام شد: نخست برای دریافت معانی از متن داده‌ها، مرور و مطالعه متن، نوشتن ایده‌های ابتدایی مطابق با متن و طبقه‌بندی داده‌ها صورت گرفت. در مرحله بعدی کدگذاری داده‌ها به صورت کدگذاری باز، محوری و گزینشی انجام شد. در این مرحله، محقق به جست‌وجو و شناخت، استخراج و بازبینی تم‌ها یا مقوله‌هسته‌ای پرداخته است. «تم ویژگی تکراری و متمایزی در متن است که به نظر پژوهشگر، نشان‌دهنده درک و تجربه خاصی در رابطه با سؤالات تحقیق است» (عابدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۱۵۹). در مرحله سوم به بررسی و کنترل تطابق تم‌ها با کدهای مستخرج، مرتب کردن تم یا مقوله‌هسته‌ای و سازمان‌دهی، تشریح و تفسیر داده‌های مطالعه پرداخته شد. به‌طور کلی در این پژوهش شناسایی و ماهیت مقوله‌ها از تفسیر متن داده‌های حاصل مصاحبه‌های انجام‌شده با زنان تحت درمان اعتیاد صورت گرفته است.

جدول ۱: مشخصات افراد مصاحبه‌شونده

ردیف	سن	تحصیلات	فرد معتاد در خانواده
۱	۲۷	دیپلم	پدر، خواهر و همسر سابق
۲	۲۵	دیپلم	پدر، خواهر و همسر سابق
۳	۲۸	فوق‌دیپلم	-
۴	۳۵	دیپلم	برادر و پدر
۵	۳۱	سیکل	ناپدری
۶	۴۲	لیسانس	-
۷	۴۰	دیپلم	خواهر
۸	۵۳	سیکل	همه خانواده
۹	۴۱	سیکل	همسر
۱۰	۴۰	فوق‌دیپلم	همسر و پدر
۱۱	۴۰	دیپلم	همسر و برادر
۱۲	۲۵	فوق‌دیپلم	خواهر
۱۳	۲۵	دانشجو	-
۱۴	۳۸	سیکل	خانواده و همسر سابق
۱۵	۲۸	کارشناس ارشد	-
۱۶	۲۳	لیسانس	-

پدر و مادر	۲	سیکل	۲۲	۱۷
برادر، همسر سابق و همسر	۳	سیکل	۳۱	۱۸
همسر و فرزند دختر	۲	دیپلم	۵۸	۱۹
-	۱	دانش آموز	۱۸	۲۰
همسر و فرزندان	۲۰	ابتدایی	۶۱	۲۱
فرزندان	۱۴	بی سواد	۶۵	۲۲
همه خانواده	۵	ابتدایی	۵۱	۲۳
همسر	۱۷	بی سواد	۳۹	۲۴
-	۸	کارشناس ارشد	۳۰	۲۵
همسر و فرزندان و برادر	۳	سیکل	۴۸	۲۶
-	۱۴	کارشناس	۳۰	۲۷
-	۲	دانشجو	۲۱	۲۸
همسر سابق	۹	ابتدایی	۲۸	۲۹
-	۳	دیپلم	۲۳	۳۰
همسر و پسر	۲۰	دیپلم	۴۷	۳۱
همسر	۱	دانشجو	۲۴	۳۲
-	۴	دانشجوی کارشناس ارشد	۲۴	۳۳
-	۵	دیپلم	۲۳	۳۴

ویژگی‌های افراد مصاحبه‌شونده

بنا بر اطلاعات به دست آمده از سی و چهار فرد مصاحبه‌شونده در این پژوهش، اکثریت سوژه‌های مورد مطالعه در استان تهران ساکن هستند. از لحاظ شغل و درآمد، اکثریت خانه‌دار و افراد شاغل نیز به دلیل اعتیاد، تعداد زیادی از آنها شغل خود را از دست داده‌اند. در مورد وضعیت تأهل، غالب افراد مورد مطالعه، مطلقه و مجرد در زمان انجام مصاحبه بودند.

تمامی افراد مورد مطالعه عنوان کرده‌اند خانواده از اعتیاد آنان اطلاع دارد. سن نخستین مصرف‌بیشتر آنها کمتر از بیست سال بوده است. اغلب آنها سابقه بهبودی حتی چندساله هم داشته‌اند و پیشنهاددهنده مصرف مواد و همین‌طور شریک مصرف همسر، شریک جنسی، همسالان هم‌جنس و اعضای دیگر خانواده بوده‌اند. الگوی مصرفی مواد افراد مورد مطالعه به‌ویژه گروه سنی جوان‌تر، بیشتر مواد جدید به‌ویژه شیشه ذکر شده است.

یافته‌های تحقیق

در این بخش مقوله‌های هسته‌ای یا مضمون‌های اصلی استخراج شده از متن مصاحبه‌ای و تحلیل و تفسیر جامعه‌شناختی تم‌ها یا مضامین ارائه شده است.

موانع فرهنگی - اجتماعی

محوریت زن در خانه: در حیات اجتماعی و فرهنگی بشر، توزیع و تقسیم کار افراد جامعه همواره با تبعیض و کنترل جنسیتی در متنی مردانه تنظیم شده است. در این تقسیم کار نقش زنانگی به‌ویژه نقش زنان متأهل با مسئولیت ایفای امور خانه، تیمارداری همسر و فرزندان به صورت رایگان در عرصه خصوصی تثبت و نهادینه شده است. در این رابطه محتوای مصاحبه‌ها حکایتگر آن است که بسیاری از زنان معتاد ایفای مسئولیت امور منزل را مهم‌ترین دلیل طولانی شدن رفتار اعتیادی و از موانع درمان خود بیان کرده‌اند. در این خصوص مصاحبه‌شونده گفته است:

رنا: توی خونه‌ای که زن معتاد هست، معمولاً آدم‌های معتاد دیگه به خصوص مرد معتاد هم هست؛ همیشه توی خونه ترک کرد. از اون طرف هم یه زن وقت زیادی خونه‌اش نباشه، باید کسی باشه بچه‌هاش رو ضبط و ربط بکنه یا نهایتاً یه نفر استخدام بکنه که در نبودش کارهاش رو انجام بده. من که واسه استخدام کسی پولش رو ندارم، فامیل دلسوز ندارم. شوهرم هم معتاده؛ روی اون هم که نمی‌تونم حساب باز کنم.

نارضایتی همسر یا سرپرست برای مراجعه به مرکز درمانی: نارضایتی سرپرست و اختیار نداشتن زن و دختر برای اقدام به ترک و درمان بیماری اعتیاد بیرون از منزل، یکی دیگر از مشکلات ذکر شده برای مبادرت به درمان و ترک رفتار اعتیادی از سوی افراد مورد مطالعه بوده است. نمونه‌ای از روایت‌ها در این رابطه به قرار زیر است:

آسیه: شوهرم اجازه نمی‌داد کمپ برم؛ می‌گفت باید بالای سر بچه و زندگی ات باشی. خدا می‌دونه با چه دردسری بعد از چند ماه راضی شد که بیام کمپ. تازه آگه این مدت که خونه نیستم، یه مو از سر بچه‌ها کم بشه، باید کل خاندانش رو جواب بدم. کژال: از اعتیاد دوره دانشجویی، اولش فقط مامانم می‌دونست. اون هم یواشکی پیگیر دوا و درمونم شد؛ اما چون واسه کمپ اومدن نیاز به رضایت سرپرست بود، چند ماه طول کشید تا به بابام گفتیم و بعد از کلی الم‌شنگه به پا کردن، خودش کمپ شهرستان مجاور آوردم که یه وقت آشنایی اونجا نباشه.

محدودیت حمایتی: اکثریت افراد مورد مطالعه به دلیل اعتیاد اعضای خانواده به ویژه اعتیاد همسر، از حمایت لازم و کافی خانواده یا خویشاوند برای ترک و درمان محروم بوده‌اند. در مورد دریافت نکردن حمایت‌های خانوادگی و همین‌طور اذن سرپرست، مردان در درمان اعتیاد، بسیار کمتر از زنان دچار مشکل می‌شوند. مصاحبه‌شونده در این مورد گفته است:

زیا: معمولاً مردهای معتاد، زن و خانوادشون معتاد نیستند؛ حمایتشون می‌کنند؛ اما پشت به زن معتاد مثل من، بیشتر وقت‌ها فامیل معتاد و شوهر معتاد وجود داره. خوب این جواری خیلی کم پیش میاد واسه کنار گذاشتن مواد حمایت‌کننده.

قبیح اعتیاد زن در جامعه: نپذیرفتن اعتیاد به ویژه اعتیاد زن به عنوان بیماری در اذهان افراد جامعه، موجب شده اعتیاد زن در باور عمومی همچنان ناپسند انگاشته شود. قبیح اعتیاد زن در جامعه، پیامدهایی همچون پنهان ماندن اعتیاد در زنان و نادیده شدن جمعیتی از معتادان کشور در جامعه آماری معتادان، شیوع و گسترش بیشتر این آسیب و حمایت پایین خانواده‌ها به ویژه خانواده همسر برای درمان را در پی خواهد داشت. گفته‌های سوژه‌ها در این زمینه چنین است:

ترنم: بعد از ازدواج، با اینکه دوست داشتم پاک بشم، به‌جز مسئله مالی، بارداری و بعدش هم بچه‌داری، مشکل اصلی پنهان کردن اعتیاد از خانواده شوهرم بود. همسرم می‌گفت آگه برم کمپ، ممکنه خانواده‌اش بفهمند عروسشون یه دختر معتاده. اون وقت همسرم رو وادار می‌کنند طلاقم بده. به خاطر همین چند باری توی خونه مامانم ترک کردم؛ ولی خوب فشار زندگی و کارم که زیاد می‌شد، وسط‌هاش لغزش می‌کردم. الآن هم که اینجام، بچه پیش مامانم. شوهرم هم به مامانش گفته من رفتم خونه باباینا، مامانم مریضه، کمک‌حالش باشم.

فریده: گرفتاری من واسه کمپ اومدن خانواده شوهرم بودند که زیر بار کمپ اومدنم نمی‌رفتند. خانواده شوهرم وقتی فهمیدند من هم مثل پسرشون معتاد شدم، مرتب سرزنش می‌کردند و می‌گفتند مگه زن هم معتاد میشه و همش نگران فهمیدن فک و فامیلشون بودند. می‌گفتند در دهن مردم رو همیشه بست. شوهر باغیرت و سالمی هم که نداشتم حمایت بکنه، بیاردم کمپ و ترکم بده. اونها هم نمی‌داشتند تنها با اون وضع پیام بیرون و پی دوا و درمونم رو بگیرم.

انزوای اجتماعی: به دلیل سایه فقر فرهنگی بر حیات اجتماعی زنان معتاد، این زنان در اوج تحقیرشدگی، انزوا و تنهایی اجتماعی را به‌اجبار تجربه می‌کنند؛ از این‌رو مشکل اعتیاد در آنان پنهان می‌ماند. تأثیر انزوای اجتماعی ماحصل فقر فرهنگی در تداوم اعتیاد زنان در

روایت‌های آنان این‌گونه ابراز شده است:

ترنم: وقتی خانوادم قضیه اعتیادم رو فهمیدند، اصلاً نداشتند از خونه بیرون برم. عروسی و مهمونی رفتن و درس و دانشگاه هم تعطیل شد. به جای مراجعه به یه مشاور و دنبال راه‌حل گشتن، فقط موادم رو جور کردند تا به وقتی به خاطر اعتیاد بیرون نرم و اقوام نفهمند؛ چون توی خانواده ما اعتیاد دختر خیلی ننگه.

در جامعه‌ای که آسیبی همچون اعتیاد زنان به‌طور عینی وجود دارد؛ اما فضای فرهنگی آن از عقاید و نگرش جنسیتی علیه زنان آن جامعه آکنده باشد، در صورت بازنگری نشدن در گفتمان جامعه، وجود چنین فضایی، عامل مهمی برای حفظ و گسترش ناتوانی زنان و محرومیت آنان برای مبادرت به درمان و بازگشت دوباره به جامعه می‌شود.

خودارزیابی فرودستانه: مشروعیت نگرش‌های جنسیتی در فضای جامعه موجب شده بسیاری از زنان مصرف‌کننده با درونی کردن و مصرف عقاید قالبی، خودارزیابی فرودستانه از خود داشته باشند. آنان اعتیاد خود را انحرافی دوجندان قلمداد می‌کنند که حتی بهبود و درمان نیز نمی‌تواند بار اخلاقی منفی آن را کاهش دهد؛ از این‌رو تمایل به درمان در این زنان نسبت به مردان کمتر است. اظهارات پاسخ‌گویان در این‌باره چنین است:

اعظم: اعتیاد کلاً وجهه خوبی نداره؛ تا چه برسه به اعتیاد زن. توی فرهنگ ما، زن معتاد با مرد معتاد فرق داره. اصلش همینه. زن به جورهایی اعتیادش به‌خصوص دخترهای جوان ناموسی و حیثیتی میشه. خوب تفصیر خانواده‌ها نیست که دخترهای معتادشون رو قایم می‌کنند یا کمپ نمی‌برندشون؛ چون نمی‌خوانند این مسئله علنی بشه. آبروشون توی خطره. کی میره خواستگاری به دختر معتاد یا حتی خواهرهای اون دختر معتاد رو کسی نمی‌گیره.

پری: داداش‌هام اگه کتکم زدند، طردم کردند، حقم بود. می‌گند زن چشمه اخلاقه، نباید معتاد بشه. وقتی هم معتاد شد، جلوی اسم زن معتاد همه چیز میشه نوشت. نازی: قدیمی‌ها همه چیزهاشون خوب و بجا بود؛ زن‌ها گوشه خونه شون بچه و شوهره رو ضبط و ربط می‌کردند. تو کار مردها هم دخالت نمی‌کردند؛ اما حالا چی؟ خجالت‌آور زن‌هایی مثل من شرف خانواده‌ها رو بردند. چی بگم؟! زن معتاد بدنامیه، ننگه. با درمان هم که بدنامی و ننگ پاک نمیشه.

در تحلیل این مضمون، بر اساس اظهارات مصاحبه‌کننده می‌توان اذعان کرد تفکرات قالبی به عنوان نیروی قدرتمند و نامرئی نظام پدرسالار، بی‌توجهی اجتماعی به اعتیاد زنان را چنان توجیه می‌کند که بسیاری از زنان مصرف‌کننده پذیرای این تفکرات قالبی علیه خود

بدون چون و چرا هستند؛ بنابراین می‌توان گفت تولید و بازتولید تفکرات قالبی در جامعه، با افزایش فقر فرهنگی در زنان و کاهش انگیزه آنان برای درمان اعتیاد رابطه قوی دارد.

فروتری اقتصادی

بر اساس یافته‌های این پژوهش، وجود منابع اقتصادی و دسترسی به این منابع در درمان اعتیاد زنان و کاهش این آسیب نقش بسزایی دارد. بیشتر زنان دارای سوء مصرف، شغل و منابع مالی مستقل و کافی ندارند یا اختیاری در دخل و خرج منابع مالی خود ندارند؛ از این رو حمایت مالی از خانواده به‌ویژه جنس مذکر خانواده همچون پدر و همسر دریافت می‌کنند. در غیر این صورت مأمّن آنان برای تأمین مواد و هزینه‌های زندگی ارتکاب کار خلاف خواهد بود. در این رابطه، شمار محدودی از سوژه‌های مورد مطالعه هزینه‌های درمان اعتیاد خود را از خانواده دریافت کرده‌اند. روایت در این رابطه به قرار ذیل است:

فیروزه: ناپدری‌ام تا توی زندگیمون بود، هیچ وقت اختیاری از نظر مالی به من و حتی مامانم نداد. مامانم هم واسه هزینه کمپ، از سر ناچاری به بابام رو انداخت؛ پدری که در حقم نکرده بود، حتی واسه ترکم با کلی منت پول کمپ رو داد.

هنگامه: اگه پول یا حقوقی از خودم داشتم، هم زودتر می‌اومدم کمپ واسه ترک و هم از شوهر معتادم خیلی وقت پیش طلاق می‌گرفتم و بچه‌ام رو ازش می‌گرفتم. نه خودم معتاد می‌موندم، نه هم پسرم معتاد می‌شد. الان هم داداشم پول اینجا رو داده.

فقر اقتصادی در کنار فروتری فرهنگی خانواده مزید بر علت در طولانی شدن دوره اعتیاد زنان و نادیده گرفته شدن نیازهای آنان بوده است؛ مصاحبه‌شونده در این مورد ابراز داشته است:

مونا: مامانم با دست‌فروشی و کلفتی هفت بچه‌ی یتیمش رو با آبرو بزرگ کرد. وقتی فهمید من و آبیجم معتاد شدیم و توی خونه نتونست ترکمون بده، از اون طرف هم پولی نداشت یه جای درمانی واسه بهبودی بردمون یا لااقل پول موادمون رو بده که توی خونه مصرف بکنیم و هی توی خیابونا پرسه زنیم، به هر کس و ناکس واسه پول مواد رو بندازیم. به جز اینها مامانم وقتی که دید شوهر خواهر بزرگم، خواهرم و دختراشون رو به خاطر آبروریزی اعتیاد ما واسه همیشه خارج برد. از خونه بیرونمون انداخت.

اغلب افراد این پژوهش معتادان خانگی و فقیری بوده‌اند که برای تهیه هزینه درمان و بازگشت به زندگی سالم، به جای درآمد از طریق انجام خلاف‌هایی همچون توزیع مواد

مخدر، تن فروشی و دزدی، به تشکیل شبه خانواده و هم خانگی با مرد غریبه به منظور تأمین مخارج خود روی آورده‌اند. در این رابطه اغلب آنها بیان کرده‌اند برای تأمین هزینه‌های درمان به هم خانگی خود وابسته بوده‌اند. نمونه مصاحبه در این زمینه چنین است:

سانیا: خانواده‌ام که هر کدوم دنبال زندگی خودشون رفتند و تنها داداشم هم به خاطر قاچاق اعدام شد. مجبور شدم به جای آوارگی با جیب خالی توی خیابون، با داوود (تولیدکننده شیشه) هم خونه بشم. اگه اون نبود، کی پیدا می شد دخل و خرج زندگی و اعتیادم رو بده؟ هزینه اینجا رو بده؟

فریبا: از شوهر و بچه‌ام که جدا شدم، وابستگی‌ام به حدی زیاد شد که دیگه نمی‌تونستم خیاطی بکنم. یه مدت مواد توزیع کردم تا اینکه کیانوش اومد خونه مجردی‌ام و با هم، هم‌خونه شدیم. باینکه معتاده، ولی کار داره. خرج زندگی و کمپ رو خودش جور کرده.

در خصوص مضمون فوق، تأمین هزینه درمان اعتیاد در دو جنس معمولاً متفاوت است. در این رابطه بی‌گمان زنان با فقر و ناتوانی و مشکلات بیشتری برای درمان اعتیاد خود روبه‌رو هستند.

کمبود، گمنامی، ناشناختگی و کیفیت پایین مراکز

در سیاست‌گذاری‌های جامعه و در بخش سلامت و درمان، اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک بیماری پذیرفته شده است؛ ولی بیماری‌ای که برای درمان آن - گذشته از نبود پوشش بیمه درمانی - حداقل برای یک بار استفاده فرد جهت درمان، امکانات و تجهیزات مراقبتی شایسته یک بیمار هم در این زمینه وجود ندارد. این کمبودها، زنان را به مراتب بیشتر از مردان در جامعه - به خاطر محدودیت مراکز درمانی - در تنگنا قرار داده است. در این خصوص مصاحبه‌شونده بیان کرده است:

سولماز: مرکز درمونی حوالی شهرستان خودمون گیرم نیومد؛ به‌ناچار مامانم به‌زور آوردم اینجا. امکانات و وضع بهداشتی‌اش افتضاحه، آدم حالش به هم می‌خوره. بعضی‌ها مرض عفونی دارند. باین حال با ما مختلط‌اند. در عوض نبود امکانات تفریحی و ورزشی باید سرگرم مواظبت از چیزهامون هم باشیم که دزد نبردشون.

بروز نبودن خدمات درمانی نسبت به تغییرات الگوی مصرف زنان و نبود تفکیک علمی بین معتادان و مواد مصرفی آنها، از دلایل تعلل درمان در زنان و ناکامی آنان در این مطالعه بوده است. روایت‌های نقل شده در این رابطه عبارت است از:

روناک: تبلیغاتی که مسئولین اینجا در مورد خدماتش می کنند، واقعاً دروغه. البته قبلاً اینجا اومده بودم، می دونستم اوضاعش خوب نیست؛ ولی جای بهتری گیرم نیومد. اینجا زیاد براشون فرقی نمی کنه تو چی مصرف بوده، چطور مصرف کردی و بیاند متناسب با وضعت حمایت جسمی و روحی ات بکنند. اصلش اینها حمایتگر بهبود یافته اند؛ کارشون خیلی وقت ها علمی نیست. واسه سم زدایی هم تقریباً دوره و درمونش رو مثل مردها انجام میدند. بعدش هم خب باز ول میشه توی این جامعه با این همه مواد.

افزون بر کمبود مراکز تخصصی، گمنامی و در حاشیه بودن مکان مراکز بهبودی زنان و نامشخص بودن کیفیت و شیوه خدمات رسانی، موجب سردرگمی و تردید، خودداری یا تعلل افراد متقاضی از مراجعه به مراکز درمانی می شود. اظهارات پاسخگو در این باره چنین است: آزاده: برادر شوهرم وقتی از کمپ برگشت، به خاطر کتک کاری و شکنجه زیاد تو کمپ، مشکلات اعصاب و روان هم به اعتیادش اضافه شد. از خیلی از مردهای فامیل شنیدم که توی کمپ ها چه بلاهایی که سر آدم ها نمی آرند. راستش خوف برداشتم، می ترسیدم کمپ پیام. از طرف دیگه بریده بودم، دلم می خواست که پاک بشم. به خاطر همین تو دوراهی رفتن و نرفتن بودم. کسی و جایی نبود خوب راهنمایی بکنند. حال درست و درمون و وسیله ای هم که نداشتم که خودم توی دهات و حاشیه ها رو بگردم خوبش رو پیدا کنم.

در این پژوهش به عوامل بازدارنده برای اقدام به درمان، کمبود امکانات و مراکز درمانی مناسب برای زنان اشاره شده است. این کمبودها، بازگوکننده نارسایی خدمات اجتماعی و رفاهی در حوزه اعتیاد زنان است. افزون بر این ناآگاهی بیماران در مورد مکانها، کیفیت مراکز و نحوه دسترسی به آنها و نبود اطلاع رسانی نهادهای مرتبط در این زمینه، مزید بر علت در فاصله افتادن بین تصمیم به ترک تا اقدام به درمان با توجه به اظهارات افراد مورد مطالعه در این پژوهش بوده است. با این وصف، پذیرش اعتیاد به عنوان یک بیماری، بدون لحاظ کردن حمایت های اجتماعی مطلوب و بهبود امکانات گذشته در زمینه درمان و درمانگری اعتیاد زنان نمی تواند چندان راهگشا باشد.

بحران های روحی

تجربه های ناموفق، احساسات سرکوب گرانه: بحران های زندگی، تجربه های ناموفق درمانی و سنگینی سایه تفکرات قالبی در زندگی، باعث ایجاد احساسات منفی، ترس و تردید در

تصمیم‌گیری برای درمان اعتیاد زنان می‌شود. در این مورد پاسخگو گفته است:

کئی: با این اعصاب داغون، کمپ اومدن فقط زجر بیخودی به خود دادنه. کارشناس اینجا میگه دوره ۳ ماهه واسه درمونت کمه. برادرهای شوهرم پارسال به دوره ۳ ماهه رفتن کمپ. الآن به سالیه پاک‌اند؛ اما من سر چند ماه نشده، باز هم مصرفم شروع شد. شوهرم که خودش هم معتاده و حاضر به ترک هم نیست، میگه اونها با اینکه مرد جوان بودند، ترک کردند؛ اما تو که به زنی، نتونستی ترک بکنی. خوب راست میگه.

اضطراب همیشگی از آشکار شدن سابقه اعتیاد: در این پژوهش، اضطراب همیشگی از فاش شدن سابقه اعتیاد و نبود پذیرش اجتماعی پس از بهبودی از دیگر موانع روحی و روانی پیش روی اعتیاد زنان در مسیر درمان است. اظهارات برخی افراد مصاحبه‌شونده در این زمینه بدین قرار است:

ترنم: مستأصلم، همش به خودم میگم به آشنایی توی کمپ نیاد و من رو بشناسه. وای خانواده شوهرم اگه بفهمند قبلاً معتاد بودم و توی کمپ ترک کردم، حتماً بچه‌ام و شوهرم و آبروم و... از دست می‌دم. اون وقت دیگه میشه لغزش نکرد؟!
پری: واسه کمپ اومدن، بعد به مدت کارتون‌خوابی و ازدست‌دادن شغلم انگیزه و امیدی نداشتم. فعلاً به خاطر مادر اینجام؛ اما مطمئنم دوام نمی‌یارم. توی جامعه آینده خوبی واسه من و و امثال من وجود نداره.

بی‌توجهی به نیازها و عواطف: بی‌توجهی به نگرانی‌ها، نیازها و عواطف زنان مصرف‌کننده در فرایند درمان و پس از بهبودی، از عوامل روحی مؤثر در تداوم دوره اعتیاد، وابستگی دوباره و تعلل در اقدام به درمان زنان در این پژوهش بوده است. مصاحبه‌شونده‌ها در این مورد بیان کرده‌اند:

فریبا: بعد از جدایی، بچه‌ام رو دیگه ندیدم و دیگه هم نمی‌ذارند بینم. از این طرف هم داداشم گفته حق نداری بری پیش آقا (هم‌خانگی معتاد)، فقط به خاطر اون دارم ترک می‌کنم. اگه نذارند برم پیشش، باز هم وابسته میشم.
سارا: واسه حضانت بچه تصمیم گرفتم کمپ بیام. از اون‌ور هم توی کمپ نمی‌ذارند دختر دوساله‌ام رو بینم. مدتی دل‌دل کردم تا بالاخره اومدم. بدون بچه‌ام، اینجا خیلی بهم سخت می‌گذره. بدبختی اینجاست که شوهرم فهمیده دوباره معتاد شدم، می‌خواد بچه‌ام رو از پیش مامانم بیره. دیگه پاک شدن به دردم نمی‌خوره.

با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت بحران‌ها و ناامنی‌های روحی زنان از تجربه‌های اجتماعی و نقش جنسیتی آنها نشئت می‌گیرد و بیانگر پاسخ‌های تقریباً منفعلانه فرد به حال

و آینده به خاطر ناکامی‌ها و مشکلات اجتماعی گذشته است. در فرایند درمان اعتیاد زنان، با توجه به روایت‌های افراد مورد مطالعه، بی‌توجهی به این مقوله و مسائل اجتماعی مرتبط با آن، بی‌گمان موفقیت درمانی را ناممکن خواهد کرد.

جدول ۲: مدل تحلیل پژوهش (تداوم اعتیاد در زنان)

مفاهیم فرعی	مضامین اصلی
محوریت زن در خانه طولانی بودن دوره درمان محدودیت حمایتی نارضایتی سرپرست برای مراجعه به مراکز قبیح اعتیاد زن در جامعه خودارزیایی فرودستانه انزوای اجتماعی	۱. موانع فرهنگی و اجتماعی
نداشتن منابع مالی کافی حمایت ضعیف مالی خانواده‌ها برای درمان اعتیاد زنان اختیار مالی نداشتن جهت تصمیم‌گیری کمبود مراکز درمانی تخصصی مناسب با جنسیت زنانه محدود بودن تعداد مراکز درمانی نامشخص بودن مکان مراکز و کیفیت مرکز ناآگاهی زنان از مکان مراکز نبود اطلاع‌رسانی دقیق نهادهای مرتبط در مورد مراکز، کیفیت و خدمات آنها	۲. فروتری اقتصادی ۳. کمبود، گمنامی و کیفیت مراکز درمان
تجربه ناموفق درمانی احساسات و افکار سرکوبگرانه اضطراب همیشگی از آشکار شدن اعتیاد زن کم‌توجهی به نیازها و عواطف زنان	۴. بحران‌های روحی

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر با درپیش گرفتن رویکرد کیفی، جنسیت و تأثیر آن بر وضعیت زنان در مبادرت به درمان اعتیاد بررسی شد. با تحلیل یافته‌های برگرفته از سی و چهار مورد مصاحبه، با استفاده از تحلیل تماتیک، چهار مقوله، مهم‌ترین موانع درمان اعتیاد زنان تحت عنوان موانع فرهنگی - اجتماعی و فروتری اقتصادی، درونی کردن تفکرات قالبی درباره خود، کمبود، گمنامی مراکز و پایین بودن کیفیت مراکز درمان و بحران‌های روحی شناخته شدند.

در تحلیل مضامین موانع اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی، مفاهیمی همچون نبود منابع مالی،

طولانی بودن دوره درمان و نقش محوری زن در خانه، در درمان اعتیاد زنان از موانع تأثیرگذار هستند. از سویی مطابق با یافته‌های علمی، در مراکز درمانی دوره درمانی زنان نسبت به مردان به زمان بیشتری نیاز دارد و هزینه‌های بیشتری نیز برای درمان آنها لازم است (ر.ک: رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۰). از یافته‌ها این مطالعه و دستاوردهای علمی می‌توان نتیجه گرفت دستیابی به رهایی از اعتیاد یا موفقیت به عنوان هدف، برای زنان به دلیل محدودیت‌های مالی، زمانی و محوریت ایفای نقش آنها در خانه به صورت رایگان امکان‌پذیر نیست. نتایج فوق با نظریه مرتون که اعتیاد و انحراف و به تبع آن تداوم انحرافات را محصول تطابق نداشتن هدف و شرایط و ابزار رسیدن به هدف می‌داند، همسوست؛ همین‌طور یافته‌های علمی و نتایج این بخش با نظریه‌های فمینیستی نیز قابل استدلال‌اند. طبق نظریه فمینیست‌ها، مدیریت دانش مردانه است. مردان به دلیل حضور در دو عرصه عمومی و خصوصی، در مورد زنان محدود در عرصه خصوصی، یعنی محدودیت به دلیل نهادینه شدن نقش جنسیتی آنان توأم با کار رایگان دانش-افزایی می‌کنند. از این رو فمینیست‌ها این دانش و یافته‌های آن را ناقص و ناکارآمد برای حل مسائل زنانه همچون درمان اعتیاد زنان می‌دانند.

خودارزیایی فرودستانه زن از ماهیت خود و رواج عقاید قالبی درباره زن و نهادینه شدن نقش رایگان زنانه در عرصه خصوصی موجب ایجاد یک بحران دائمی و دلهره همیشه زنان برای انجام امور رایگان منزل، تیمارداری فرزند و همسر به بهترین نحو ممکن به منظور جلب اعضای خانواده شده است. بر این اساس برای زنان، مسائل خانه و خانواده اولویت و اهمیت بر رفع مسائل، مشکلات و بیماری‌های شخصی خود دارد. این بی‌توجهی به خود، با گرفتاری در آسیبی همچون اعتیاد و اقدام برای رهایی از آن به این دلیل که اعتیاد زن، انحرافی خودخواسته با بار منفی در اذهان عمومی در نظر گرفته می‌شود، به اوج می‌رسد. افزون بر بی‌توجهی زن به درمان خود، به دلیل وجود افکار قالبی و بازنمایی پیوسته آنها در جامعه، اعتیاد زن، مسئله‌ای بسیار قبیح برای خانواده قلمداد می‌شود که در صورت مبتلا شدن زن، نه تنها ممکن است خانواده و اجتماع از وی حمایت نکنند؛ بلکه گاهی تنهایی و حصر اجتماعی، خشونت یا طرد از خانواده یا به زعم بورديو کنترل و سلطه بیشتر نیز گریبانگیر آنان می‌شود. افزون بر این بسیاری از زنان معتاد به واسطه درونی کردن کلیشه‌های جنسیتی و تجربه‌های ناموفق در زندگی، تمایل و انگیزه‌ای قوی برای درمان ندارند.

پول و منابع مالی در جهان غالباً در اختیار مردان است؛ از این رو فقر بیشتر در قلمرو زنانه

جای دارد. در این خصوص، با توجه به یافته‌های پیشین مطرح شده در این مطالعه و نتایج مضمون موانع اقتصادی، زنان دارای سوء مصرف، با فقر بیشتری روبه‌رو هستند و اغلب آنان از توانایی مالی و حمایت‌های اجتماعی برای تأمین هزینه درمان محروم‌اند و در صورت متأهل بودن، بیشتر زنان دارای همسرانی هستند که اغلب خود گرفتار دام اعتیادند و تمکن مالی برای حمایت از همسر خود ندارند؛ بنابراین زنان به خاطر نبود منابع مالی، کمتر از مردان احتمال دارد پیگیر درمان در مراکز درمانی باشند یا به منظور اقدام به ترک و درمان ناگزیرند از راه‌های نامشروع به دنبال تأمین هزینه درمان باشند. اغلب آنان به پشتوانه شریکان جنسی یا هم‌خانگی که شریکان مصرف مواد آنان و گاه فروشنده یا تولیدکننده مواد نیز هستند، اقدام به ترک می‌کنند. در این صورت به دلیل در دسترس بودن مواد و هم‌زیستی با افراد مصرف‌کننده، انگیزه ترک و تداوم دوره بهبودی این زنان پایین است.

اجتماع جنسیتی از نظر فرهنگی و بعد سلامت با لحاظ کردن معیارهای مردانه در درمان زنان، باعث ایجاد نوعی بی‌توجهی فرهنگی و نبود حساسیت اجتماعی در باور جامعه درباره درمان جنسیتی این قشر و تفاوت جنسی آنان شده است. براین اساس بسیاری از زنان امکان درمان کامل و مراحل مشاوره و خدمات‌رسانی پس از سم‌زدایی متناسب با جنسیت خود را نخواهند داشت؛ از این رو احتمال اعتیاد دوباره آنان پس از درمان اولیه بسیار بالا خواهد بود. در این رابطه، برخی از افراد مورد مطالعه یا خانواده آنها طول مدت درمان زن را با جنسیت مردانه مقایسه کرده‌اند و در صورت ناکامی درمانی در مدت زمان در نظر گرفته شده، ناامیدی، نگرانی و ابا داشتن زن برای اقدام به درمان دوباره، سرزنش بیشتر اطرافیان و نبود همیاری و اعتماد دوباره خانواده به فرد برای درمان، چالش‌های درمان زنان بوده است. جنسیت مردانه، غالباً دارای حمایت‌های خانواده سالم در تمامی مراحل اعتیاد به‌ویژه پس از بهبودی و با توجه به نقش مراقبتی زن از آنان هستند؛ حال آنکه اغلب زنان با عنایت به روایت‌های آنان، پس از بهبودی با زندگی در زیستگاه آلوده، هم‌زیستی با همسر یا شریک جنسی مصرف‌کننده، تحمل مشکلات و فشار روحی به خاطر آشکار نشدن سابقه اعتیاد، نبود پذیرش اجتماعی و بی‌توجهی به نیازهایشان روبه‌رو هستند. همچنین گاهی فشاری دوچندان برای برآوردن انتظارات خانواده در ارتباط با ایفای نقش زنانگی و جبران سهل‌انگاری دوره بیماری از سوی خانواده متوجه این زنان پس از درمان است؛ هر قدر تحمل اوضاع و بحران‌های فوق، بیشتر از توان زنان بهبودیافته باشد، احتمال روی آوردن

دوباره آنان به اعتیاد بیشتر خواهد بود.

در جمع‌بندی نهایی این بحث باید اذعان داشت در اجتماع جنسیتی، زنان دارای سوء مصرف، هم با کمبود امکانات درمانی مناسب و هم با موانع روانی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جهت اقدام به ترک دست‌به‌گریبان‌اند. بنابراین زنان قربانی اعتیاد، بیشتر از زنان دیگر، قربانی فرهنگ، اقتصاد و اجتماع جنسیتی می‌شوند و در صورت بی‌توجهی به این مهم، درمان زنان وابسته به مواد بسیار دشوار خواهد بود (ر.ک: فروزانفر، ۱۳۹۵)؛ از این رو اگر درمان جنسیتی اعتیاد همچون گذشته نادیده گرفته شود، شعار نخواهد بود که بگوییم به‌زودی زنانه‌تر شدن اعتیاد به زنانه شدن اعتیاد بینجامد.

منابع و مآخذ

۱. ابراهیمی مقدم، حسین؛ سبب‌شناسی، پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر محرک اینترنت؛ تهران: نشر فارابی، ۱۳۹۵.
۲. بودلایی، حسن؛ روش تحقیق پدیدارشناسی؛ تهران: نشر جامعه‌شناسان، ۱۳۹۵.
۳. بوریل، گیسون و گارت مورگان؛ نظریه‌های کلان جامعه‌شناختی و تجزیه و تحلیل سازمان: عناصر جامعه‌شناختی حیات سازمانی؛ ترجمه محمدتقی نوروزی؛ چ ۶، تهران: انتشارات سمت، ۱۳۹۳.
۴. حاجتی، سوده، رؤیا نور، شکوفه دیباجی و کاوه اکبری؛ «بررسی وضعیت اعتیاد زنان به مواد مخدر»، کارفرمای طرح مطالعاتی: کمیته مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام، تهران، ۱۳۹۰.
۵. جلالی پور، حمیدرضا و جمال محمدی؛ نظریه‌های متأخر جامعه‌شناسی؛ تهران: نشر نی، ۱۳۹۲.
۶. رحیمی موقر، آفرین، زهرا ملایری خواه لنگرودی، شهناز دلبرپور احمدی و معصومه امین اسماعیلی؛ «بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران؛ دوره ۱۷، شماره ۲، شماره پیاپی ۶۵، تابستان ۱۳۹۰، ص ۱۱۶-۱۲۶.
۷. ریتزر، جورج و جی، گودمن، داگلاس؛ نظریه جامعه‌شناسی مدرن؛ ترجمه خلیل میرزایی و عباس لطفی‌زاده؛ تهران: جامعه‌شناسان، ۱۳۹۳.
۸. عابدی جعفری، حسن، محمدسعید تسلیمی، ابوالحسن فقیهی و محمد شیخ‌زاده؛ «تحلیل مضمون و شبکه مضامین: روشی ساده و کارآمد برای تبیین الگوهای موجود در داده‌های کیفی»، اندیشه مدیریت راهبردی؛ سال پنجم، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۰، پاییز و زمستان ۱۳۹۰، ص ۱۵۱-۱۹۸.
۹. علی‌وردی‌نیا، اکبر، داوود رضی و صدیقه آیینی؛ «تبیین جامعه‌شناختی خشونت علیه زنان: آزمون تجربی نظریه‌های منابع در دسترس زنان و فمینیسم رادیکال»، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی؛ سال سیزدهم، شماره ۴۹، سال ۱۳۹۲، ص ۳۲۳-۳۵۸.
۱۰. فروزان‌فر، آزاده؛ «زنان و سوء‌مصرف مواد: اهمیت مباحث جنسیتی در پژوهش

- سوء مصرف مواد»، مجله سلامت اجتماعی و اعتیاد، (فصلنامه علمی و ترویجی)؛ دوره ۳، شماره ۱۱، ۱۳۹۵، ص ۸۲-۵۹.
۱۱. قربانی، ابراهیم؛ «مروری بر متغیرهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر و پیامدهای آن»، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد؛ ستاد مبارزه با مواد مخدر، سال دوم، شماره هفتم، پاییز ۱۳۹۴، ص ۱۷۵-۱۵۱.
۱۲. کاکویی دینکی، عیسی و نسرین السادات قوامی؛ «بررسی ویژگی های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر»، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد ستاد ریاست جمهوری؛ دوره ۱، شماره ۴، ۱۳۹۴، ص ۱-۲۴.
۱۳. کلانتری، رقیه و ذکرالله مروتی؛ «مقایسه نیمیخ روانی زنان مصرف کننده مواد صنعتی، سنتی و بهنجار در شهر زنجان»، زن و مطالعات خانواده؛ دوره ۸، شماره ۳۰، ۱۳۹۴، ص ۱۰۰-۸۳.
۱۴. محمدی اصل، عباس؛ جنسیت و سلامت؛ تهران: نشر گل آذین، ۱۳۹۱.
۱۵. مهدی زاده، شراره و سمیه آذربراء گزاز «تحلیل محتوای تصویر زن در تبلیغات تلویزیون»، مطالعات زن و خانواده؛ دوره ۴، شماره ۱، ۱۳۹۵، ص ۱۶۹-۱۳۹.
۱۶. ناصری، لیدا و مسعود کیان پور؛ «تحلیل مضمون تفکرات قالبی نسبت به قومیت» (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه اصفهان)، جامعه شناسی کاربردی؛ سال ۲۵، شماره ۲، شماره پیاپی ۸۵، تابستان ۱۳۹۴، ص ۶۵-۵۹.
۱۷. نیک خواه قمصری، نرگس؛ «اعتیاد در عصر جهانی: انحراف اجتماعی یا مسئله هویت»، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد؛ دوره ۲، شماره ۵، بهار ۱۳۹۴، ص ۹-۳۰.
۱۸. هاشم زهی، نوروز؛ اجرای تحقیق: مقدمه ای بر روش های خاص و عام پژوهش در واقعیت اجتماعی؛ تهران: نشر علوم اجتماعی، ۱۳۹۲.
۱۹. هیلنداریکسون، توماس و فین یورت نیلسن؛ تاریخ انسان شناسی (از آغاز تا امروز)؛ ترجمه علی بلوک باشی؛ تهران: نشر گل آذین، ۱۳۹۳.
20. Alfonso, Arteaga, Joséj. López-Goni, Javier Fernández-Montalvo; "Differential profiles of drug-addicted patients according to gender and the perpetration of intimate partner violence", *Drug and Alcohol Dependence*; 155, 2015, pp.183-189.
21. Fellingera, Matthaus, Waldhorb, Thomas, Blumlc, Victor, Williamsd, Nolan, Vyssoki, Benjamin; "Influence of gender on inpatient treatment for bipolar disorder: An analysis of 60,607 hospitalisations", *Journal of Affective Disorders*;

- V. 225, 1 January 2018, pp.104-107.
22. Kanika, Malik, Prabhat, K.Chand,P. Marimuthu,L. N.Suman; "Addiction severity and comorbidity among women with alcohol use disorders: A hospital-based study from India", *Asian Journal of Psychiatry*; V.28, August 2017, pp.67-72.
 23. Rowe,Chris, Glenn-Milo Santos, Willi McFarland, Erin C. Wilson; "Prevalence and correlates of substance use among trans female youth ages 16–24 years in the San Francisco Bay Area", *Drug and Alcohol Dependence*; V.147, 1 February 2015, pp .160-166.
 24. Zhou a.Yuehui, Chenglin Zhou a, Rena Li a; "Sex differences in exercise and drug addiction: A mini review of animal studies", *Journal of Sport and Health Science*; V.3 ,2014, pp.163-169.
 25. www.farsnews.com.