

## نبود حمایت‌های ویژه برای اعتیاد زنان

اعتیاد در زنان به‌دلیل نقشی که آنان به‌طور معمول در خانواده و در جامعه دارند، آسیب‌های مضاعفی را به همراه دارد.

در واقع آسیب‌های ناشی از اعتیاد زنان در جامعه بسیار گسترده است و افراد زیادی به‌خاطر اعتیاد یک زن درگیر این آسیب‌ها می‌شوند.

در حال حاضر در کشور ما شاهد افزایش تعداد زنان معتاد و بیشتر دیده شدن و خارج شدن این موضوع از یک آسیب پنهان به یک آسیب آشکار هستیم.

به‌دنبال اعتیاد آسیب‌های زیادی، زنان، خانواده و جامعه را تهدید می‌کند. معمولاً عوارض فیزیولوژیکی اعتیاد در برخی موارد در زنان نسبت به مردان شدیدتر است. اختلالات روانی با شدت بیشتری در زنان دیده می‌شود و به‌طور خاص هم روی بارداری و فرزندپروری و سلامت کودک اثر مستقیم می‌گذارد. اعتیاد در زنان یکی از عواملی است که زنان را به تجربه خشونت و رفتارهای خشونت‌آمیز سوق می‌دهد و از حیث اشتغال، هویت خود و فرزندان آنها را می‌تواند دچار مشکل کند. تنش‌های خانوادگی، برزه‌دیدی کودکان یا بی‌خانمانی زنان را به‌دنبال دارد و علاوه بر همه اینها از طرف دیگر برچسب‌های اجتماعی نسبت به زنان معتاد شدیدتر از مردان است و دیدگاه جامعه نسبت به آنان متفاوت و منفی است، پس می‌بینیم که آسیب‌هایی که یک زن معتاد می‌بیند بسیار بیشتر از آسیب‌هایی است که مردان می‌بینند و تمام خانواده و اطرافیان را درگیر می‌کند و در یک کلام جنس آسیب‌هایی که زنان معتاد می‌بینند با آسیب‌هایی که مردان می‌بینند، متفاوت است. در نتیجه تمامی این عوامل، متوجه می‌شویم که نیاز داریم در خصوص روش‌هایی که برای پیشگیری و درمان در پیش می‌گیریم، نگاه به اعتیاد زنان، نگاهی خاص باشد و در جهت درمان و حمایت از زنان معتاد از روش‌های ویژه‌ای استفاده کنیم که نیازهای خاص این دسته از افراد را پوشش دهد و امکان برگرداندن آنها به زندگی عادی میسر شود. در بحث درمان، ترک اعتیاد و برگشت به زندگی هم مشکلات زیادی وجود دارد، به‌طور معمول، زنان معتاد حمایت‌های لازم از طرف خانواده و جامعه را دریافت نمی‌کنند و به نوعی می‌توان گفت که هم از طرف خانواده و هم از سوی جامعه طرد می‌شوند و فرصت‌ها و حمایت‌های کمتری دارند، در عین حال این افراد به‌طور معمول آگاهی‌های کمتری نسبت به پیامدهای اعتیاد دارند.

همه این مشکلات در کنار این که روش‌های خاصی برای زنان معتاد ارائه نشده، سبب می‌شود در خیلی از مواقع درمان اعتیاد هم با شکست مواجه شود و زنان حتی در صورت ترک، مجدداً به اعتیاد باز گردند. پس در مقوله اعتیاد زنان بشدت به حمایت‌های ویژه نیاز داریم و این که ساختارها و اصولی که برای ساماندهی و مقابله با این آسیب اجتماعی باید در نظر گرفته شود، خاص‌تر دیده شوند.

فارغ از حیث قوانین که زنان از حقوق شهروندی و اصل عدم تبعیض برخوردار هستند و هر حمایتی که به‌عنوان دستورالعمل و آیین‌نامه از طرف متولیان امر به‌عنوان مثال سازمان بهزیستی در نظر گرفته می‌شود، باید بدون تبعیض برای زنان هم در نظر گرفته شود، ولی طبیعتاً باید در طرح‌ها و دستورالعمل‌هایی که برای حل و فصل مشکلات زنان در حوزه اعتیاد دیده می‌شود، ویژگی‌های خاص در نظر گرفت و آسیب‌های خاص آنها با توجه به گستردگی آسیب‌های اجتماعی دیده شود و روش‌ها و امکانات بیشتری برای این افراد در نظر گرفته شود.

متأسفانه شاهد هستیم که در روش‌های فعلی ساماندهی که البته محل انتقادات و اشکالات بسیاری است و ایرادات زیادی دارد، می‌بینیم که کمپ‌های ویژه زنان خیلی کم هستند و امکانات و شرایط مطلوب را دارا نیستند.

همه این عوامل سبب می‌شود که اعتیاد زنان به‌عنوان یک آسیب اجتماعی چنان که باید و شاید مورد پردازش قرار نگیرد و لازم است عزمی جدی برای حل معضلات ناشی از اعتیاد زنان شکل بگیرد.

در حوزه قوانین مربوط به اعتیاد، قانون مبارزه با موادمخدر وجود دارد و در آن قانون، جرم‌انگاری در خصوص اعتیاد صورت گرفته، اما هیچ تفاوتی بین زنان و مردان معتاد از حیث جرایم و مجازات‌ها در این قانون دیده نشده است، البته حمایت‌های خیلی محدودی در آن پیش‌بینی شده است. برای مواجهه با اعتیاد زنان، باید کمپ‌های ترک اعتیاد با امکانات بالا وجود داشته باشد ولی حتی این مورد لازم و مهم در قانون دیده نشده است، چرا که آمار بالای اعتیاد در کشور به مردان تعلق داشته و زنان درصد پایین‌تری را برخوردار هستند.

متأسفانه درخصوص اعتیاد زنان، هیچ قانون خاص حمایتی وجود ندارد که تفاوت‌های زنان و مردان در آن مشخص باشد، در کل هم قوانین ویژه و خاصی در حوزه اعتیاد زنان وجود ندارد این در حالی است که با توجه به جایگاه بالای زنان در جامعه و آسیب‌هایی که خود افراد و خانواده‌های آنها می‌بینند، باید به این مقوله در کشور توجه بیشتری شود، زیرا با وجود قانون‌های حمایتی در هر حوزه‌ای می‌توان به‌صورت اصولی از میزان آسیب‌های اجتماعی تا اندازه قابل توجهی کاست.



مونیکا نادى  
حقوقدان  
و فعال حوزه زنان

۳

یادداشت



مالی می‌کند.

این روان شناس، با اشاره به اینکه تنها ۳۵ درصد افرادی که ترک می‌کنند، پاک می‌مانند، بیان می‌دارد: میزان ماندگاری در درمان رقمی بسیار پایین‌تر از این میزان دارد. با روش‌هایی همچون تلاش برای حفظ رابطه با مرکز، ویزیت رایگان پزشک و روانپزشک، حضور در مراسم و جشن‌های مرکز پس از اتمام دوره درمان، تهیه سبد کالا و لوازم التحریر برای کودکان با کمک خیرین سعی می‌کنیم ارتباط بیماران را با مرکز حفظ کنیم تا احتمال بازگشت به سمت موادمخدر را کاهش دهیم.

او درباره میزان هزینه‌های هر فرد که برای ترک مراجعه می‌کند و همچنین هزینه‌های کودکان آن‌ها، توضیح می‌دهد: ماهانه به‌صورت میانگین یک میلیون و ۵۰۰ هزار تومان برای هر نفر چه بزرگسال و چه کودک هزینه می‌شود. غذا، داروهای آکونیست، داروهای روانپزشکی، داروهای تقویتی، لوازم بهداشتی، شوینده‌ها، پوشک بچه، کرایه اسنپ، سونوگرافی و هزینه وکیل از جمله مواردی است که به‌صورت ماهانه برای افراد هزینه می‌شود. دقیقاً مانند یک خانه که باید برای همه افراد خانواده هزینه کرد، باید همه هزینه‌ها را متقبل شد.

دیلیمی در خصوص شرایط نگهداری از زنان باردار معتاد به موادمخدر و کودکان آنها هم توضیح می‌دهد: تمامی زنان بارداری را که اعتیاد دارند، پذیرش می‌کنیم. در خصوص کودکان آنها هم چنانچه در خانواده کسی نباشد که مسئولیت نگهداری کودک را به عهده بگیرد، ما شرایط نگهداری از کودکان را هم در کنار مادران فراهم می‌کنیم. حتی مهدکودکی هم برای این منظور ایجاد کردیم تا کودکان بار متوالی تمديد می‌کنند. این اقامتگاه دارای استانداردهای بالایی است و قرار است به‌صورت یک مدل بعد از کسب موفقیت در استان‌های دیگر هم اجرایی شود. پروتکل‌های درمانی، نوشته شده و سال گذشته هم به بهزیستی تحویل داده شد.»

به‌گفته دیلیمی، در ابتدای تأسیس این مرکز، قرار بود به‌صورت آزمایشی و موقت فعالیت داشته باشیم اما بعد از مدتی با کسب موفقیت در این حوزه و دستاوردهای خوبی که به‌دنبال تأسیس این مرکز به دست آمد، بهزیستی موافقت کرد، روند کار مجموعه ادامه پیدا کند. وی در خصوص روش ترک معتادان توضیح می‌دهد: در صورت ضرورت بر اساس نظر پزشک از داروهایی مانند متادون و بوپره نورفین (Buprenorphine) استفاده می‌شود، این در حالی است که هم از سازمان بهزیستی و هم از وزارت بهداشت، مجوز داریم. خوشبختانه از حمایت‌های شهرداری هم بی‌نصیب نماندیم و ساختمان این مجموعه را شهرداری در اختیارمان قرار داده، علاوه بر این بهزیستی هم ماهانه تا حدودی حمایت‌های

موادمخدر، روزی که تصمیم قطعی بگیریم که دور همه دوستانم رو می‌تونم خط بکشم، خونه پدریم رو می‌فروشم و به یه محله دیگه اسباب کشی می‌کنم. یک زندگی نو رو شروع می‌کنم که کاملاً متفاوت باشه، الان هم میرم واحد خیاطی و هر روز ماسک و گان می‌دوزم و درآمد کمی هم از این راه دارم، وقتی هم از اینجا برم بیرون، کاشت ناخن و آرایشگری یاد می‌گیرم تا هم کاری یاد گرفته باشم، هم سرم گرم باشه. خدا پدرم رو بیامرز، من و خواهرم حقوق پدرم رو داریم و نیاز مالی نداریم، اما این خوبه که هر آدمی مشغول کار باشه و بیکار نباشه، همین بیکاری ریشه اصلی بدبختی‌های من بود. خدایم رو شکر خواهم دانستجو شده و به دانشگاه میره، هیچ‌کسی رو غیر از من نداره، به‌خاطر خواهرم و برای اینکه تو این دنیای بزرگ تنهات ندارم، محاله که دوباره سمت موادمخدر برم. الان دیگه می‌دونم چه چیزهایی می‌تونن باعث لغزش من بشن، به‌خاطر همین از تک تک اون عوامل دوری می‌کنم.»

■ فقط ۳۵ درصد پاک می‌مانند  
لغزش اصطلاحی است که در خصوص بازگشت دوباره معتادان به چرخه اعتیاد پس از ترک کردن، به کار می‌رود.

**فریادیلیمی**، روان شناس حوزه اعتیاد و از مسئولان مرکز اقامتی درمان و بازتوانی مادر و کودک، درباره مراجعان مرکز به «ایران» می‌گوید: «کمپ‌های متعددی برای زنان در کشور تأسیس شده اما نمی‌توان نام کمپ را روی این مرکز گذاشت، زیرا افرادی که به اینجا مراجعه می‌کنند، با میل و اختیار خود تصمیم به ترک اعتیاد می‌گیرند و به اندازه‌ای اراده قوی دارند که مدت حضور را چندین بار متوالی تمديد می‌کنند. این اقامتگاه دارای استانداردهای بالایی است و قرار است به‌صورت یک مدل بعد از کسب موفقیت در استان‌های دیگر هم اجرایی شود. پروتکل‌های درمانی، نوشته شده و سال گذشته هم به بهزیستی تحویل داده شد.»

به‌گفته دیلیمی، در ابتدای تأسیس این مرکز، قرار بود به‌صورت آزمایشی و موقت فعالیت داشته باشیم اما بعد از مدتی با کسب موفقیت در این حوزه و دستاوردهای خوبی که به‌دنبال تأسیس این مرکز به دست آمد، بهزیستی موافقت کرد، روند کار مجموعه ادامه پیدا کند. وی در خصوص روش ترک معتادان توضیح می‌دهد: در صورت ضرورت بر اساس نظر پزشک از داروهایی مانند متادون و بوپره نورفین (Buprenorphine) استفاده می‌شود، این در حالی است که هم از سازمان بهزیستی و هم از وزارت بهداشت، مجوز داریم. خوشبختانه از حمایت‌های شهرداری هم بی‌نصیب نماندیم و ساختمان این مجموعه را شهرداری در اختیارمان قرار داده، علاوه بر این بهزیستی هم ماهانه تا حدودی حمایت‌های



عکس: هاشمی محمدی/ایران

اول به اصرار دوستانم مخصوصاً دوست پسر، شروع کردم به مشروب خوردن بعد سمت موادمخدری مثل کوکائین و شیشه کشیده شدم. اوایل ماهی یکبار مهمونی می‌رفتم همون یکبارم مصرف می‌کردم بتدریج هر دوهفته یکبار بعد هفته‌ای یکبار مهمونی می‌رفتم.»، «چی مصرف می‌کردی؟»، جواب داد: «شیشه، اینقدر درگیرش شده بودم که یک روز در میون و بعد هرروز مصرف می‌کردم، مشکل مالی هم برای تهیه مواد نداشتم، حقوق پدرم بود و هر دو روز یکبار ۵۰ هزار تومان هزینه مواد می‌شد. غرق شده بودم تو اعتیاد و توهمات هرروزه، مادرم و خواهرم رو با بهونه‌های الکی کتک می‌زدم، مادرم رو هم از دست دادم. نتونست دوری پدرم و وضعیت منو تحمل کنه، از غم و غصه، سخته کرد و مرد. رفتارم کاملاً غیرعادی شده بودن، قبل از بیرون رفتن از خونه بی‌اغراق ۴ تا ۵ ساعت جلوی آینه می‌نشستم و زل می‌زدم به خودم، اصلاً متوجه گذر زمان نبودم، ساعت‌ها می‌گذشت به خودم، می‌آدم، نگاهی به ساعت می‌کردم و متوجه می‌شدم، ۵ ساعت متوالی جلوی آینه نشسته‌ام. کم کم ترس برم داشت. چندتا از دوستای نزدیکم اوردوز کردن و فوت کردند. از ترس با پای خودم اومدم اینجا. کاملاً ترک کردم. اما دائماً موندنم رو تمديد می‌کنم.

سه ماه پیش یک روز از اینجا خارج شدم، متوجه شدم دوستانم، همون پسری که معتادم کرده بود، خودکشی کرده، بعد با فاصله‌های زمانی کوتاه شنیدم که دوستانم اوردوز کردن و مردن، راستش از ترس مردن از اینجا بیرون نمریم. می‌ترسم برم بیرون و دوباره وسوسه بشم که دوستانم منو بکشون سمت

از ترک هم برنمی‌گرم پیش همسرم، چون مواد مصرف می‌کنه و خیال ترک کردن نداره، خانواده هم قول دادن که اگه جدا بشم از من و بچه هام حمایت می‌کنن. خانم خیری هم در شهرمون هست که گفته اگه مواد رو بذارم کنار به لحاظ مسکن، پوشاک و خوراک کمک می‌کنه، می‌خوام زندگی خودم و بچه‌ها رو نجات بدم.»

■ اعتیاد در کمین دختران جوان پولدار

در سالن مبله شده مجموعه جایی که چندین اتاق دورش قرار دارد، نیلوفر آرایش کرده و خوش قد و بالا با چشم‌های درشت و پر از شیظنت نگاهم می‌کند.

یکی از مددکارها رو به من می‌گوید که فریب حدود ۶ ماه است با میل و اراده خود آمده و هرماه ماندنش را تمديد می‌کند. تعجب می‌کنم که چطور یک دختر جوان می‌تواند ۶ ماه خود را در مکانی به دور از همسن و سال‌های خود حبس کند. برای پاسخ سؤالم نزدیک‌تر رفتم. با لبخندی ملیح به ردیف مبل‌ها نزدیک شدیم و نشستیم. پرسیدم: «چطور معتاد شدی؟ خانواده درگیر اعتیاد بودند؟» محکم جواب داد: «پدرم پیشکسوت بسکتبال بود، مادرم هم از خانواده‌ای اصیل و محترم، تو خانواده اصلاً معتاد نداشتم، وضع مالی مساعدی هم داشتیم، خونه پدری من خیابون ولیعصره، هیچی تو زندگی کم نداشتم. دو تا بچه بودیم و همه چی در اختیارمون بود تا اینکه پدرم به رحمت خدا رفت.

خیلی بهش وابسته بودم از غم فوتش حالت‌های افسردگی داشتم با هر ضرب و زوری دیلیم رو گرفته‌م. کم کم مدل دوستام عوض شدن، پام به مهمونیای مختلط باز شد.

## شتاب تصاعدی اعتیاد زنان



محمد بینافارده  
کارشناس  
حوزه اعتیاد

بر اساس آمارهای آخرین پژوهش ارزیابی سریع وضعیت مواد مخدر (RSA) که در سال ۱۳۹۷ انجام شده، به

نظر می‌رسد حدود ۱۰ درصد معتادان جامعه آماری ایران، خانم هستند. این پژوهش در مقایسه با پژوهش قبلی که در سال ۱۳۷۶ انجام شده بود، نشان می‌دهد روند شیوع در میان زنان ۴ برابر افزایش یافته است و در واقع این افزایش از حدود ۶ درصد به ۱۰ درصد رسیده، یعنی شتاب اعتیاد زنان خیلی تند نبوده ولی تصاعدی بوده است.

در بحث همه‌گیرشناسی در بقیه کشورها از جمله کشورهای اروپایی، امریکا، کانادا، استرالیا یعنی کشورهای توسعه‌یافته غربی، سهم زنان از اعتیاد چیزی در حدود یک سوم کل جامعه آماری معتادان آن کشورها است. در ایران این نسبت، فعلاً ۱۰ به ۹۰ است، یعنی میانگین پایین‌تری دارد. قسمت ایرانی

۲

یادداشت

استفاده کرد. اولین تفاوت، تفاوت بیولوژیک است. بر اساس پژوهش‌هایی که در مرکز زنان به دست آمده، وسوسه مصرف مواد در طول یک ماه نوسان دارد. تغییرات هورمونی و افزایش استروژن، سبب افزایش میزان تمایل و وسوسه مصرف مواد می‌شود، به نحوی که شدت وسوسه مانند یک تابع ریاضی عمل کرده و بر مبنای سیکل ماهانه با در نظر گرفتن آخرین روز قاعدگی قبلی و اولین روز قاعدگی بعدی، شدت وسوسه مصرف مواد در هفته اول و دوم به‌خصوص وقتی به وسط ماه (زمان تخمک‌گذاری) نزدیک می‌شوید، بیشتر خواهد شد.

در واقع نسبت هورمون‌های استروژن و پروژسترون در میزان وسوسه در زنان رابطه دارد، به بیان دیگر با بالاترین استروژن، سطح وسوسه بالا رفته در حالی که نسبت آن با پروژسترون معکوس است.

همین قاعده در زنان باردار هم بشدت مصداق دارد به گونه‌ای که در دوران بارداری با دلیل این که پروژسترون به پایین‌ترین سطح خود می‌رسد و استروژن به بالاترین میزان خود می‌رسد، گروه خانم‌های باردار با افزایش ماه حاملگی میزان وسوسه بالاتری

هم خواهند داشت.

در گروه دیگری از زنان هم که آمپول ضدبارداری استفاده می‌کنند، از آنجایی که میزان پروژسترون را به سطح بالایی رسانده و استروژن را پایین می‌آورند، میزان وسوسه هم در آن‌ها بسیار پایین می‌آید. با توجه به پژوهش‌های انجام شده متوجه می‌شویم از آنجایی که مردان این تجارب را ندارند پس شدت وسوسه هم در آن‌ها نوسانی ندارد.

با مرور منابع بین‌المللی نیز می‌بینیم که نتایجی که ما داشتیم، عیناً آن‌ها هم داشتند. مشخصه نوسان وسوسه در زنان در اثر تلسکوپی یا شتابانگی اعتیاد هم مؤثر است. به بیان ساده‌تر، اثر تلسکوپی به سرعت مصرف اعتیاد مرتبط است، یعنی از روز اولی که فرد شروع به مصرف می‌کند تا روزی که به بالاترین میزان مصرف و متظاهر شدن می‌رسد و به نوعی عملکرد اجتماعی خود را از دست می‌دهد و وضعیت سلامت روانی او با تغییرات مواجه می‌شود. متأسفانه به دلیل فیزیولوژی بدن زنان، این بازه زمانی در زنان بسیار کوتاه‌تر از مردان است.

به طور میانگین مردان از روز اول مصرف تا متظاهر شدن دو سال زمان طی می‌کنند،

اما این رقم در زنان به ۶ ماه کاهش می‌یابد. البته این اتفاق مثل شمشیری دولبه عمل می‌کند، یعنی همان‌طور که اثر تخریبی مواد، در زنان، روندی تند دارد، در مقابل در خصوص درمان هم زودتر به جواب می‌رسیم، در واقع اولی نیمه خالی لیوان و دومی نیمه پر لیوان است. از دیگر تفاوت‌های عمده در مقوله اعتیاد زنان و مردان می‌توان به بعد روانی اشاره کرد، بر اساس پژوهش‌های انجام شده اختلالات روانی در خانم‌های معتاد در مقایسه با خانم‌هایی که معتاد نیستند بیشتر است، از طرفی بیشتر خانم‌هایی که مصرف کننده و متأهل بودند، همچنین گروه مجردی که دوست پسر داشتند، می‌گفتند که مصرف مواد آن‌ها به واسطه همسر یا پارتنر آن‌ها بوده در حالی که عکس این قضیه صادق نبود و این که مردی که همسرش معتاد باشد و به واسطه او، آلوده شود، بسیار کم‌رنگ است.

■ دلایل گرایش زنان به مصرف مواد مخدر

پژوهش‌ها نشان می‌دهد تلاطمات روحی و اختلالات روان شناختی، می‌توانند علت مصرف مواد مخدر باشند، البته دسته‌ای از خانم‌ها با هدف لاغری و کاهش وزن و زیبایی

اندام به مصرف شیشه یا خانواده مواد محرک روی می‌آورند، بالا بردن انرژی بدنی نیز گزینه دیگری است که عامل گرایش افراد به مصرف چنین موادی است. در یک پژوهش دیگر روی افراد بیش فعال، در مرکز ترک اعتیاد زنان متوجه شدیم که ۳۵ درصد زن‌های مرکز، سابقه بیش فعالی در کودکی یا بزرگسالی داشتند و در میان مواد مختلف، مصرف تریاک، رتبه نخست را به خود اختصاص داده است.

بعد از تریاک، شیشه و هروئین بالاترین رتبه را دارند. به‌طور قطع وجود اختلالات روان شناختی مثل اختلالات خلقی و یا بیش فعالی و نظایر آن‌ها نیز می‌توانند در گرایش به سمت مصرف مواد مخدر مؤثر باشند، بر اساس مشاهدات میدانی، گروهی از خانم‌ها که به اعتیاد کشیده شدند، بهره هوشی پایینی داشتند و در مواردی هم مورد سوء استفاده‌های جنسی قرار گرفته بودند، با توجه به تمامی مواردی که به آن‌ها اشاره شد، غریالگری با انجام تست آی کیو و بیش فعالی در دوران پیش دبستان و دبستان می‌تواند در کاهش آمار ابتلا به اعتیاد زنان در سنین نوجوانی به بعد کمک شایانی داشته باشد.