

زنان معلول معتاد

طی قرن‌ها، علی‌رغم کمک‌های درمانی رسمی به زنان، فقط در چند دهه اخیر، مسأله ابتلای زنان به سوءمصرف مواد، مورد توجه قرار گرفته است. ماهیت و دلایل زیربنایی سوءمصرف مواد در زنان و مردان از یک شیوه مشابه پیروی نمی‌کند. و بالاخره تشخیص داده شد که نتایج تحقیقات مربوط به مردان را نمی‌توان به عنوان راه‌حلهای مؤثر، در مورد زنان نیز به کار گرفت.

در اینجا مسایلی مورد بحث قرار می‌گیرند که در کار با زنان معلول و مبتلا به سوءمصرف مواد می‌تواند ظهور کند، زیرا، تجارب آنان از نظر بدنی، فرهنگی و اجتماعی، با مردان و سایر زنان متفاوت است. موضوع کلیدی بحث حاضر این است که زنان معلول و مبتلا به سوءمصرف مواد، در درجه اول و قبل از همه یک زن هستند که مسایل ویژه خود را دارند و در این زمینه، لازم است مشکلات آنان درک شود و در کار مشاوران، مددکاران اجتماعی و سایرین مورد توجه قرار گیرد. بر این اساس، مبحث حاضر مروری است بر کار مونیکا کوهن^۱ و مشاوران کلینیک سرپایی CASPAR در کمبریج ماساچوست راجع به زنان مبتلا به سوءمصرف مواد که بر ۲۵ سال تجربه جمعی و دانسته‌های دست اول و آخرین پژوهش‌های مربوط به این موضوع متکی است (سال ۲۰۰۰). کلینیک فوق، برای افراد و خانواده‌هایی که درگیر یک یا چند نوع اعتیاد هستند، درمان جامع سوءمصرف مواد را تدارک می‌بیند.

واژه‌های کلیدی: سوءمصرف مواد / معلولیت / اعتیاد

✦ فریده همتی

کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی

زنان و اعتیاد

سویه در غلطیده‌اند. دوویکو^(۳) (۱۹۹۶) در این زمینه توضیح می‌دهد که: استفاده‌کنندگان از داروهای شیمیایی در مقاطع زمانی مختلف معمولاً تحت تأثیر قیمت این مواد و چگونگی دسترسی به آنها قرار دارند. زنی که الکل مصرف می‌کند، ممکن است زمانی که نمی‌تواند به الکل دسترسی پیدا کند، ماری جوانا مصرف کند، یا اگر به کوکابین مبتلاست و این ماده گران شود یا در دسترس نباشد، ممکن است به الکل یا ماری جوانا رو کند. در واقع، در زمانهای مختلف، مواد مختلف را ممکن است تجربه کند. در عین حال، امکان دارد، تحمل وی در مقابل دارو و همچنین، وابستگی او چنان سرعت پیشرفت کند که به دام اعتیادهای دوگانه و چندگانه بیفتد. در واقع زنی که سوءمصرف مواد دارد، از شخصیتی برخوردار می‌شود که او را به چرخه اعتیاد می‌کشد و با خطر جدی فرو غلطیدن در جهان مخدرهای مختلف مواجه است.

یکی از دلایل عمده‌ای که زنان مبتلا را به جستجوی درمان وا می‌دارد، مشکل سلامتی است و اولین اولویت در درمان این زنان، ارزیابی و مراقبت بهداشت فیزیکی آنان است. بعلاوه، آنان معمولاً در شرایطی وارد چرخه درمان می‌شوند که با مشکلات چندگانه فشارزایی مانند، مشکلات مالی، مسایل مربوط به مراقبت کودکان، بحرانهای خانوادگی و امثال آنها مواجهند. همین طور نیز ممکن است تحت فشارهای مختلف نظامهای قضایی و یا نظامهای حمایتی کودکان وارد فرآیند درمان شوند. احساس بی‌پناهی، تنهایی، طردشدگی^(۴) از دیگر دلایلی است که می‌تواند آنها را تحت فشار قرار داده و به سمت درمان بکشاند. آنان، معمولاً جستجوی کمک برای مشکلات هیجانی و درون فردی را تجربه نکرده‌اند. (۳)

این زنان، نیاز به مشاوره حمایتی دارند و ممکن است لازم باشد که برای درمان آنها چندین سال وقت صرف شود. مشاوران یا درمانگران ممکن است لازم باشد نقش‌های مختلفی مثل، حامی، اداره‌کننده درمان، آموزش دهنده، درمانگر و امثال آنرا، در دوره‌های مختلف اجرا کنند. وجود فشارهای چندگانه و وابستگی‌های مختلف، بخصوص در آغاز درمان ممکن است آنها را به رفتار قبلی بازگرداند. پیشرفتهای بهبود و رهایی ممکن است در شروع درمان بسیار کند و آهسته باشد و منجر به احساس ناکامی و یأس درمانگر شود. مسأله مهم این است که درمانگر یا مشاور، احساسات و انتظارات خود را بشناسد و هدفهای واقع بینانه‌ای برای خود و مراجع تنظیم کند. او با انعطاف‌پذیری و حرکت به سمت

تغییرات فرهنگی، اجتماعی سه دهه گذشته تأثیر بسیار مهمی بر سوءمصرف مواد و زنان داشته است. از آغاز دهه ۱۹۷۰، همراه با تغییراتی که در نقش‌های زنان رخ داد، بخشی از محدودیتهای سنتی از میان برداشته شد و در نتیجه، زنان توانستند آزادانه مصرف انواع مواد اعتیادآور و روان‌گردان را تجربه کنند؛ استفاده از این مواد، بخشهای وسیعی از جمعیت زنان را تحت تأثیر قرار داد. امروزه، بیش از ۴/۴ میلیون زن در ایالات متحده، از انواع مواد مخدر استفاده می‌کنند و این رقم، تقریباً ۳۷٪ جمعیت استفاده‌کننده از مواد در این کشور است. (۱)

گرچه هنوز هم تعداد زنان استفاده‌کننده از مواد مخدر، کمتر از مردان است، اما، مصرف هروین، کوکابین، ماری جوانا و سایر روان‌گردانها در بین زنان رو به افزایش است. اکثریت این زنان با روشهای مشابهی با مواد مخدر آشنا شده‌اند، به این معنی که بیشترین احتمال مصرف مواد و آشنایی آنان با مخدرها مربوط به روابطی است که با مردان زندگی خود داشته‌اند. مردانی که معمولاً در یک رابطه سلطه‌گراانه مبتنی بر پاره فرهنگهای مختلف بر زنان مسلط بوده‌اند و زن، از جهات مختلف به مرد وابستگی داشته است. در واقع، زنان، استفاده از مخدرها را در زمینه رابطه با شریک زندگی خود آغاز کرده‌اند؛ شریکی که «حامی»^(۱) زن محسوب می‌شده و مصرف‌کننده مواد بوده است و در جریان روابط مشترک، در نهایت، قابلیت‌های زن از نظر بهداشت، سلامت، برقراری روابط سالم و حتی خود زندگی، تخریب شده است. در یکی از طرحهای اجرایی، سوءمصرف مواد در زنان به صورت زیر توصیف شده است:

بسیاری از زنان با مشکلات سوءمصرف مواد، زندگی آشفته و اهانت باری را تجربه کرده‌اند و در شرایط قطع رابطه قرار گرفته‌اند. آنان با احساسات عمیقی از شکست و ناکافی دست به گریبان بوده‌اند و برای تسکین رنجی که ناشی از آگاهی آنان نسبت به طرد خود از طرف همسر بوده، به مخدرها پناه برده‌اند. ضربه‌های سریع و احساس از خود از بیگانگی، تاریخچه اعتیاد این زنان را شکل می‌دهد. در مورد بسیاری از زنان، اعتیاد، هم پیمان نزدیک احساساتی مانند طرد شدگی، سربار بودن و بی تفاوتی است که با احساس عمیقی از پایین بودن «عزت نفس»^(۲) همراه است. (۲)

از طرف دیگر، زنانی که به سوءمصرف مواد مبتلا هستند، ممکن است به الکل نیز پناه ببرند، و در این صورت یا از الکل برای پوشش اعتیاد استفاده می‌کنند، یا برای کنترل آن و یا به اعتیاد دو

1-Self-Steem
3- Doweicko

2- Unlovable
4-Unlovable

نقش‌های کلیدیه‌ای جنسی ترکیب می‌شوند؛ مهارت‌های آموزشی سطح پایین و مشاغل محدود، از نتایج این ترکیب است.

گرچه ما از نژادهای مختلف هستیم و ناتوانی‌های مختلفی داریم، همگی در این تجربه‌ها مشترکیم. تمامی ما شنیده‌ایم - بعضی بیشتر و برخی کمتر - که سالم نیستیم، با دیگران برابر نیستیم. ما همگی هدف نگاه‌های خیره مردم بوده‌ایم؛ ما از آموزش‌ها، مشاغل، علایق، مهمانی‌ها، دوستی‌ها و... محروم شده‌ایم. ما همگی در مقابل موانع جسمی قرار گرفته‌ایم (مثل ناتوانی در بالا رفتن از پله‌ها، عدم توانایی دیدن یا شنیدن) و موانع ذهنی یا نگرشی را تجربه کرده‌ایم (دلیل تراشیدنی ماندن؛ اگر شما با مشتریان در تماس باشید باعث افسردگی آنان می‌شوید) و «یک فرد ناشنوا نمی‌تواند معلم باشد». (۷)

در جوامع غرب جذابیت جسمی برای تمام زنان یک اجبار محسوب می‌شود. هنجارهای اجتماعی، آگاهی‌های تبلیغاتی و تصویرهای صنعتی تحت سلطه مردان، تماماً چهره یک زن «ایده آل» را به نمایش می‌گذارند. زنانی که با این ایده آل انطباق ندارند، ترسها، تبعیض‌ها، تعصب‌ها و هراسهایی را تجربه می‌کنند که به طور مستمر، از طریق فعالیتها و نگرشهای فرهنگی، از طرف زن و مرد بر آنها تحمیل می‌شود. زندگی زنان معلول با تفاوت‌های واقعی عجیب است و حاصل این تفاوتها، کناره‌گیری اجتماعی و عاطفی آنان است. آنها تشویق می‌شوند که ناتوانی‌های خود را از دید مردم پنهان کنند تا باعث ناراحتی دیگران نشوند و همین‌طور از دستیابی به استقلال، مالکیت و دارایی و روابط طبیعی با جنس مخالف ناامید شده‌اند. (۸)

مطالعاتی که روی افراد معلول انجام گرفته، نشان داده است که سوءمصرف مواد در بین زنان و مردان باناتوانی بسیار بیش از سایر افراد است. الکلیم و سوءمصرف انواع مواد در بین تمام گروه‌های مختلف باناتوانی دیده می‌شود.

فقدان خدمات مربوط به زنان معلول بخشی از بزرگترین مشکلاتی است که این افراد را از نظام‌های فعلی ترک اعتیاد محروم می‌کنند. علی‌رغم کارهای حمایتی دو دهه گذشته، هنوز تعداد زیادی از این افراد، در بیشتر طرح‌های درمانی حضور ندارند؛ نگرشهای عمومی و فقدان آگاهی نسبت به ناتوانی و اعتیاد، در حال حاضر از موانع بزرگ طرح‌های درمان است.

زنان با نقص شنیداری

در جامعه ناشنوایان و فرهنگ ناشنوایی، جنبه‌های متعددی وجود دارد که مانع شناسایی، تشخیص و درمان زنان ناشنوا با

نقش‌های مختلف در دوره‌های خاص می‌تواند تغییرات مورد نیاز را به وجود آورد و این زنان را به سمت دستیابی به یک زندگی رها از مخدر سوق دهد. (۴)

زنان معلول و اعتیاد

زنان معلول جمعیت بزرگ و گوناگونی را در میان سوءمصرف کنندگان مواد، تشکیل می‌دهند. این زنان از طبقات، قومیتها، نژادها و گروه‌های فرهنگی مختلفی هستند که با معلولیت‌های مختلفی مثل ناتوانی‌های جسمی، شنیداری، یادگیری، روانی، بینایی یا سلامتی دست به گریبان هستند. برخی از آنان، خود را دارای ناتوانی می‌دانند و برخی دیگر فاقد چنین احساسی هستند. در هر حال، یک زمینه مشترک در بین تمامی این زنان، رو به رو شدن با تبعیض است. یک زن معلول با محدودیتها و نقص‌هایی مواجه است که برخی از آنها از طرف جامعه اعمال می‌شود، بعضی، حاصل محیط زندگی آنان است و برخی نیز در نتیجه نگرشهای منفی خود این زنان بروز می‌کند. تمامی اینها زندگی روزمره را با مبارزه سخت توأم می‌کنند. تعداد قابل توجهی از مردان و زنان معلول به دلیل سوءمصرف مواد مختلفی که در هر جامعه شایع است، وارد طرح‌های درمان می‌شوند. در ایالات متحده، شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد تعداد افراد معلول که به الکلیم دچارند، اگر بیشتر از تعداد الکی‌های موجود در جمعیت کلی نباشند، رقم مشابهی را به خود اختصاص داده‌اند. (۵)

در مورد سوءمصرف مواد نباید فراموش کرد که زنان معلول همانند سایر زنان، با تبعیض حاکم بر جامعه رو به رو هستند و این مسأله ممکن است با فشار رنج‌های ناشی از عزت نفس پایین و برجسب ناتوانی همراه شده و آنان را از ورود به فرآیند درمان باز دارد. (۶)

شاید نیاز به تکرار نداشته باشد که این زنان، محدودیت‌هایی مشابه با دیگر زنان را تجربه می‌کنند، اما، گاهی این محدودیتها می‌تواند چندین برابر شود. در خدماتی که به زنان معلول ارائه می‌شود، باید با حساسیت فراوان، محدودیت‌های اقتصادی و شغلی را مورد تأکید قرار داد که بخش جدایی‌ناپذیر زندگی آنان را تشکیل داده است. از نظر عاطفی، مسأله عزت نفس و تصور از خویش^(۱) در این زنان، نیاز به توجه جدی دارد. چند تن از زنان معلول در کتابی که در همین زمینه نوشته‌اند، از تجربیات خود حرف می‌زنند: «مؤنث‌های معلول، محرومان مضاعف هستند. کودکان معلول، در محیط آموزشی رویارویی با مشکلات را تجربه می‌کنند - مشکلاتی مانند محدودیت‌های آسیب زنده، نگرشهای منفی و انتقارات پایین، و این مشکلات برای زنان باناتوانی با

به سوء مصرف مواد و سایر واژه‌های کاربردی، از طریق ایده‌های تصویری به روشنی منتقل شود و امکان برقراری ارتباط با این افراد تسهیل گردد. (۱۳)

یکی از تلاش‌های جدی در کار با افراد ناشنوا، ضرورت فراهم کردن آن دسته از ابزارهای ارتباطی است که در فرآیند درمان، بر ناشنوایی متمرکز نباشد. ناشنوایی می‌تواند باعث عزت نفس پایین، کناره‌گیری و تنهایی شود، اما معمولاً این مسأله، در سوء مصرف زنان ناشنوا عامل تعیین کننده‌ای نیست. عزت نفس و تصور از خویش در یک زن ناشنوا بستگی به فاکتورهای متعددی دارد، از جمله این فاکتور می‌توان از درجه ناشنوایی؛ چگونگی همبستگی فرد با جامعه شنوا و ناشنوا؛ سطح آموزش؛ شنوا یا ناشنوا بودن والدین نام برد. کودکانی که والدین ناشنوا دارند، نسبت به کودکانی که دارای والدین شنوا هستند، تمایل بیشتری به انطباق اجتماعی و آموزشی نشان می‌دهند. (۱۴) زنان ناشنوا نیز توانایی زیادی برای برقراری رابطه کلامی و نوشتاری دارند و در برقراری رابطه با افراد ناشنوا راحت‌تر هستند، اما، در این بین، معمولاً زنان ناشنوایی که وابستگی شدیدی به جوامع ناشنویان دارند، در برقراری رابطه با جامعه شنوا چندان راحت نیستند.

کار با این مددجویان نیاز به آموزشی دارد که بتواند برای درمانگر، شناختی اساسی از تمامیت مددجو فراهم کند - به عنوان یک فرد ناشنوا، به عنوان یک مصرف کننده مواد و به عنوان یک زن. مشکلات یک زن ناشنوا در یک فرهنگ شنوا روند روزافزون دارد؛ چنین زنی برای ایجاد رابطه، ممکن است فاقد مهارت‌های اجتماعی، عاطفی، آموزشی و پرورشی باشد و همین طور، ممکن است نسبت به امکاناتی که عمدتاً برای افراد شنوا طراحی شده‌اند، اعتماد نکند، یا از این امکانات واهمه داشته باشد. مشاوره که در این زمینه کار می‌کند باید از برچسب اخلاقی که بر پیشانی یک زن معتاد یا الکلی می‌خورد، آگاهی داشته باشد. یک زن ناشنوا نسبت به یک زن شنوا باید وقت زیادی را صرف یادگیری این مسأله بکند که در بین زنان نیز، فرد معتاد به مواد مخدر وجود دارد. موضوع بسیار مهم این است که در درون طرح‌های درمان، خدمات ویژه‌ای باید برای این زنان فراهم شود. آنان باید با زنان شنوا و ناشنوایی که در مرحله بازپروری هستند، آشنا شوند. آنان نیاز به زمان بیشتر و طولانی‌تر برای درمان دارند، زیرا در یادگیری مطالب جدید و اغلب مشکل راجع به اعتیاد، تلاش سختی در پیش خواهند داشت. مسأله بازخورد

سوء مصرف مواد است. برچسب اعتیاد، همراه با داغ ناشنوایی بر پیشانی تعداد زیادی از بزرگسالان ناشنوا حک شده است، زیرا فقدان رابطه با جهان شنوا باعث ناآگاهی بنیادی این افراد از عواقب سوء مصرف مواد شده است. آنها فرصت و امکانی ندارند که بتوانند با بیماری‌های ناشی از انواع اعتیاد آشنا شوند و این مشکلات را صرفاً به عنوان مسایل اخلاقی نگاه می‌کنند. در این میان، زنان با برچسب‌های «ناشنوایی»، «اعتیاد» و «مؤنث» مواجهند. عضوی از جامعه شنویان بودن می‌تواند برای افراد دارای ناشنوایی یا نقص شنوایی، به معنی محروم ماندن از اطلاعاتی باشد که از طریق رسانه‌های گروهی و حتی نوشته‌ها در اختیار قرار می‌گیرد.

یکی از مهمترین مشکلات افراد ناشنوا مبتلا به سوء مصرف مواد این است که مؤسسات درمانی برای ارائه خدمات به افراد شنوا طراحی شده‌اند، در حالی که، مبادله افکار، نظریه‌ها، احساسات و تجارب، در قلب درمان قرار دارد. به عنوان مثال، در بخش‌های بازپروری، سوء مصرف مواد به عنوان یک مشکل نابودکننده توضیح داده می‌شود و برای تفسیر و توضیح این مفهوم، ضرورتاً، افراد ناشنوا نیاز به یک رابط انتقال دهنده دارند، رابطی که در واقع، بیشتر طرح‌های درمان به آنها دسترسی ندارند. تا سالهای اخیر، آموزش افراد ناشنوا در جوامع مختلف از روش‌های متفاوت پیروی می‌کرد. اختلاف نظر و روش‌های متفاوت گفتار درمانگران، مترجم‌ها و تمامی رابطین در مورد آموزش افراد ناشنوا (اختلاف در فلسفه و ماهیت ارتباط شامل، سخنرانی، گفتار، علائم رسمی، الفبای انگشتی، خواندن و نوشتن) عامل شکست بسیاری از بزرگسالان ناشنوا در فهم نوشته‌ها و صحبت‌های انگلیسی زبان بوده است. در مجموع، زبان اشاره آمریکایی که در حال حاضر به عنوان یک زبان مجزا، با فرهنگ واژه‌ها و صرف و نحو خاص خود شناخته می‌شود، بعضی از مفاهیم و ایده‌های خاص را که در زبان انگلیسی برای الکلیسم استفاده می‌شود، در بر نمی‌گیرد. خود واژه الکلیسم و همین طور مفاهیم دیگری مانند، فراموشی موقت^(۱)، هشیاری^(۲)، تسلیم شدن^(۳)، عجز و ناتوانی^(۴) در زبان اشاره انگلیسی معادل ندارند (و البته این مشکل در بیشتر زبانها به شکلهای متفاوت وجود دارد). طرح‌های بازپروری مربوط به سوء مصرف مواد و الکلیسم، برای ارتباط با افراد ناشنوا نیاز به زبان و فرهنگی دارند که این تفاوت‌های ذاتی را در بر بگیرد؛ به این منظور، لازم است رابطینی تربیت شوند که مهارت‌های لازم برای کار با ناشنوا را داشته باشند و همچنین، باید امکانات پیشرفته و ویژه‌ای برای مراجعان ناشنوایی که محدودیت خواندن دارند، فراهم شود تا مفاهیم مربوط

1- Blackout
3- Surrender

2- Sobriety
4- Powerlessness

کند، همچنین می‌تواند در مسأله انطباق با ناتوانایی اختلال به وجود آورد. زنانی که سوء مصرف را کنار می‌گذارند و به هشپاری دست پیدا می‌کنند، برای اولین بار باناتوانی و ضعف خود بدون استفاده از یک ماده خاص، رو به رو می‌شوند. یکی از بخشهای مهم در کار با این زنان، کمک به آنها از نظر عزت نفس، هویت و روابط جنسی است. آموزش آگاهی دهنده و احیای جدی فعالیتها بدون مصرف سوء مواد، نیاز به فرآیند بازپروری دراز مدت دارد.

در برخورد با این مراجعان، یکی از مهمترین مسایلی که باید همیشه به خاطر داشت، آشنا کردن آنها با نقص حرکتی خود است. با پرسش و تشویق می‌توان آنان را به سمت بیان نیازهای خود سوق داد. در جلسات مراقبت درمانی، فراهم کننده درمان باید مراجع را مطمئن کند که انطباق او با محدودیتها و شرایط بدنی بستگی کامل به آرامش، سلامت و توانایی وی برای مشارکت در برنامه‌ها دارد. (۱۰)

زنان با نقص حرکتی باید مجاز باشند که در زمانهای لازم، در انجام وظایف روزانه مشارکت کنند و به آنها اجازه داده شود که در تمام فرآیند برنامه، به طور کامل شرکت داشته باشند. مثلاً در نظر گرفتن یک ساعت فرصت اضافی برای آماده شدن، به مراجعان فرصت می‌دهد که قبل از شرکت در جلسه مشاوره یا گروههای بازپروری به حمام کردن، لباس پوشیدن و غذا خوردن بپردازند - وظایفی که ممکن است مشارکت در آنها نیاز به زمان بیشتری داشته باشد.

درمان نباید صرفاً متوجه آسیب بدنی باشد، بلکه لازم است رفتارها و نگرشهای کارکنان را هدف قرار دهد، تا بتوانند مراجع را یاری دهند به این احساس دست پیدا کند که بخشی از درمان است نه یک فرد منزوی و جدا از دیگران. مشاوران، در بسیاری از این طرحها، می‌توانند فهرستی از زنان بازپروری شده و بهبود یافته را به منابع خود اضافه کنند و به این ترتیب، با فراهم کردن الگوهای نقش، این زنان را در جهت دستیابی به عزت نفس و امید یاری دهند. سازمانهای حقوقی افراد معلول و مراکز مربوط به زندگی غیر وابسته،

1- Alcoholics Anonymous - سازمان AA با الکی‌های بی نام، یک سازمان خودیار و داوطلبانه مرکب از صدها هزار نفر الکی است که در سال ۱۹۳۵ بوسیله دو نفر الکی، یک دلال سهام و یک جراح در آمریکا بنیان گذاشته شد. بیماران الکی به عنوان بخشی از یک برنامه جامع، به AA معرفی می‌شوند. اعضای AA به الکی بودن خود اعتراف می‌کنند و پرهیز را انتخاب می‌نمایند. اصول این سازمان عبارت است از: (۱) ایمان به خدا یا قانون طبیعی (۲) ارزیابی صریح و صادقانه خود (۳) علاقه به قبول و اصلاح اعمال نادرستی که نسبت به دیگران روا داشته شده است (۴) اعتماد به نوع بشر (۵) وقف کردن خود برای نجات کسانی که صمیمانه می‌خواهند از چنگال الکیسم رها شوند.

2- Narcotics Anonymous - سازمان معتادان گمنام که در ایران نیز شاخه‌ای از آن وجود دارد.

و بازبینی از اهمیت خاص برخوردار است. زنان ناشنوا ممکن است در کسب مهارتهای شغلی و آموزشی که ابزار مهم انطباق محسوب می‌شوند، نسبت به زنان شنوا، با شکستهای جدیتری مواجه شوند. این زنان، به عنوان مثال در یک آسایشگاه بازپروری، نیاز دارند که با منابع اجتماعی مختلفی ارتباط برقرار کنند و باید بتوانند از درمانهای جامعه محور، بخصوص AA^(۱) و NA^(۲) استفاده کنند. اگر دسترسی به این سازمانها مقدور نباشد، یکی از اقدامات مهم، توسعه این امکانات به عنوان بخشی از کار حمایتی با زنان ناشنواست. برای بسیاری از زنان ناشنوا، آشنایی و کسب اطلاعات راجع به اعتیاد و الکیسم ممکن است کاملاً جدید باشد. کناره‌گیری و انزوای این زنان، زمانی در هم شکسته می‌شود که طرحهای بازپروری، ابزارهای ارتباط را برای آنان فراهم کند. برای مثال، بازپروری آنان در کنار سایر زنان باعث برانگیختن این احساس می‌شود که آنان نیز بخشی از جامعه جدید بازپروری زنان، اعم از شنوا و ناشنوا، هستند. (۹)

زنان با نقص حرکتی

نقص حرکتی می‌تواند درجه‌ای از آرتروز، ضعف عضلات دست و پا و یا صدمه شدید به نخاع شوکی (Spinal Cord) باشد. نقص حرکتی، بر خلاف ناتوانی شنیداری که معمولاً غیر مشهود است، بسیار آشکار و عیان خود را نشان می‌دهد. برخی از این نقایص حاصل بیماریهای مزمن یا صدماتی هستند که زنان را برای دوره‌های طولانی به مؤسسات درمانی و توانبخشی می‌کشانند. بسیاری از زنانی که نقص حرکتی دارند، منزوی بودن طولانی مدت را در فرآیند درمانهای مؤسسه‌ای تجربه کرده‌اند و نسبت به این مؤسسات «احساس عشق و نفرت»^(۳) دارند. استفاده از داروهای تجویزی و ذاتاً تخدیر کننده در میان این زنان عمومیت دارد، زیرا در دوره‌های دراز مدت، برای کنترل درد ناشی از نقص، ناچار به استفاده از آنها بوده‌اند. الکل و داروهای مخدر برای این زنان، یک پاسخ فوری به انزوای اجتماعی و برجسب ناتوانی است. افسردگی، درد و محدودیت امکانات از عواملی هستند که خطر مصرف را برای این جمعیت افزایش می‌دهند.

مراجعانی که دچار ضربه‌های شدید نخاعی می‌شوند، بخصوص جوانانی که بسیار فعال و مؤثر بوده‌اند، معمولاً درگیر رنج فقدان آزادی و بحران هویت می‌شوند. سوء مصرف مواد در زنانی که محدودیت سخت حرکتی دارند می‌تواند با برنامه مراقبت از خویشتن و زندگی مستقل تداخل پیدا کرده، مشکلات بزرگی ایجاد

محل برنامه‌های بازپروری و همچنین اماکن مربوط به زندگی روزانه است. مواد کلیدی برنامه‌ها باید از طریق نوارهای گویا و یا چاپهای بریل در دسترس قرار گیرد. تمام راههای فوریتهی باید به طور کامل بیان شوند و زنان با حوزه‌های زندگی روزانه مثل، حمام، سالنهای غذاخوری، و امثال آنها آشنا شوند. هر مراجع باید با جهت‌گیری بدنی بتواند به طور کامل در برنامه‌ها شرکت کند.

زنان با معلولیت‌های (شده)

یک زن معلول رشدی کسی است که معمولاً قبل از سن ۲۲ سالگی ناتوانی در وی ظاهر شده است و با بهره هوشی بین ۶۰ تا ۸۵ دارای ترکیبی از محدودیت‌های ذهنی و جسمی است. زنی که این ناتوانی را تجربه می‌کند، دارای تاریخچه‌ای طولانی از مبارزه برای مراقبت از خویشتن است. چنین فردی ممکن است در صحبت کردن و درک زبان مشکل داشته باشد؛ او از اجتماعی شدن ناتوان است و استقلال مادی و اقتصادی بسیار محدودی دارد. توان یادگیری وی صرفاً وابسته به اطلاعاتی است که به طور عینی ارائه می‌شوند. این زنان نیز با مشکلاتی مواجه هستند که سایر زنان با هوش میانگین یا بالاتر تجربه می‌کنند. سوء مصرف مواد بر توانایی آنها در انجام کار، ایجاد رابطه با سایر هم‌ترازان خود در شرایط زندگی جمعی اثرگذار است و همین طور بر زندگی آشنای آنان تأثیر می‌گذارد. زنان دارای ناتوانی رشد، به دلیل محدودیت هوشی، فاقد اطلاعات لازم درباره سوء مصرف مواد هستند و در بیان مشکلات خویش و مواجه با آن، بسیار کندتر از دیگران پیشرفت می‌کنند. امکان دارد در فرآیند دادن به انواع اطلاعات دقیق ناتوان باشند و نیز ممکن است نسبت به تکرارهای طوطی وار تمایل نشان دهند. (آنچه را که از شما می‌شنوند تکرار می‌کنند) یا با هر چه که مخاطب می‌گوید موافقت کنند. احتمال دارد برای درک دلایل عینی یا اطلاعات سازماندهی شده نیز با مشکل جدی مواجه باشند، یا مطالب را بسیار به کندی به یاد بیاورند. تمام این موارد می‌تواند برای درک مفاهیم درمانی و بازپروری نیز صادق باشد. بهترین نوع درمان برای این افراد، از طریق همکاری بسیار نزدیک با خدمات جامعه نگر مربوط به عقب ماندگان ذهنی مقدور می‌شود. (۱۲)

زنان دچار این ناتوانی اگر فعال باشند، می‌توانند از خدمات مربوط به سوء مصرف مخدرها بهره بگیرند، بخصوص اگر هدف این خدمات، فراهم کردن انواع یادگیریها باشد. درک مفاهیم AA و NA برای آنان بسیار مشکل و ایجاد رابطه کلامی، بسیار مشکلتر و پیچیده تر است.

برای بسیاری از زنان در حال بازپروری یکی از مهمترین منابع محسوب می‌شوند. کمک به یک زن دارای نقص حرکتی با اجرای برنامه‌ای که بتواند نیازهای او را تأمین کند، به معنی ورود وی به جوامع مختلف و درگیر شدن در منابع درمانی مربوط به سوء مصرف دارو و الکل است.

زنان با نقص بینایی

زنی که دچار نقص بینایی است و در بزرگسالی با نابینایی و همچنین، سوء مصرف دارو و الکل مواجه می‌شود، برای کسب مجموعه مهارت‌های آموزشی نیاز به مشاوره و درمان دارد. استفاده از خدمات مربوط به سوء مصرف و به همین نسبت، خدمات مربوط به نقص بینایی، باید بخشی از یک برنامه جامع درمانی باشد. زنانی که سوء مصرف دارو یا الکل دارند و باید با تلاشهای سخت بدنی، خود را با نابینایی انطباق دهند، لازم است تشویق شوند که در برنامه بازپروری مؤسسات شبانه روزی، روزانه و یا طرحهای سرپایی درمان شرکت کنند.

زنانی که قبل از انطباق با فقدان بینایی، مشکلات شدید سوء مصرف مواد یا الکل را تجربه می‌کنند، همانند سایر افراد معلول، الزاماً باید بر دو مشکل توأم با یکدیگر، یعنی برجسب نابینایی همراه با برجسب معتاد، به طور همزمان غلبه کنند. زنان دیگری که قبل از اعتیاد یاد گرفته‌اند به عنوان یک فرد دارای نقص بینایی زندگی کنند، عمدتاً نیاز به درمان سوء مصرف مواد یا الکل دارند. نابینایی و نقص بینایی، افراد را از رؤیت عینیت‌هایی که ابزار فرهنگی و حرکتی محسوب می‌شوند، جدا می‌کند. فشارهایی که برای یادگیری عملکردهای روزانه بر یک فرد نابینا وارد می‌شود، عامل خلق ناکامی‌ها، عصبانیت‌ها و ترسهای بسیار است. عواطفی که می‌توان آنها را با الکل یا مخدرها آرام کرد. احساس کم ارزش بودن، همراه با یک درک غیرواقعی از ظاهر خویشتن ممکن است از ناکامیهای مضاعف یک زن نابینا باشد. (۱۱)

برآورد شده است ۷۰٪ زنانی که قانوناً نابینا محسوب می‌شوند، دارای مقداری بینایی هستند، گرچه فقط ۱۰٪ آنان به بینایی هنجار نزدیک می‌شوند. (۱۰) بنابراین، در کار با این زنان، برای فراهم کردن امکانات بیشتر، باید میزان نابینایی آنان ارزیابی شود. برای زنان نابینا، همانند سایر افراد معلول، از جمله ناشنوا و دچار نقص حرکتی، بهترین تجهیزکننده این است که یاد بگیرند درباره نیازهای خود صحبت کنند. یکی از ضرورت‌های مهم، جهت‌یابی سرتاسری و شناخت کامل مکانها و نقشه‌های فیزیکی در

زمینه‌های کلی در کار با زنان معلول

می‌مانند، زیرا دارای مشکلاتی مانند عدم دسترسی به ساختمانها، ناتوانی در شناخت ساعت‌های کاری، و ترس از طرد شدن هستند. برای مشاوران و مددکارانی که در حوزه‌های بازپروری کار می‌کنند، آگاهی از ناتوانی و آموزش دیدن در این زمینه، یک ضرورت است، چرا که یادگیری ارزیابی مخدر یا الکل از نیازهای مهم افراد حرفه‌ای است که در این حوزه‌ها کار می‌کنند. تغییر نگرشها و افزایش دانش راجع به ناتوانی و اعتیاد، درهای بیشتری را به روی زنان معلول دارای سوء مصرف مواد باز می‌کند، درهایی که آنان را به سمت درمان و بهبود سوق می‌دهد.

یک زن دارای ناتوانایی بر اساس نوع ناتوانی (شناختی، جسمی، کلامی یا بصری) نیاز به برنامه انعطاف‌پذیر و قابل توجهی دارد که نیازهای ویژه او را در نظر گرفته باشد. «ناتوانستن»^(۱) دارای یک مفهوم ضمنی منفی از وابستگی ناسالم است و در حوزه ناتوانی، توانمندسازی^(۲) به معنی کمک به یک زن معلول است تا بتواند در عین محدودیتهای ناشی از ناتوانی خود، فعالیت کند. (۱۲) این زنان برای کاهش موانع بین خود و درمان، نیاز به حمایت^(۳) و پشتیبانی^(۴) دارند. بسیاری از زنان معلول از برنامه‌های خدماتی مربوط به درمان سوء مصرف مواد یا درمان الکلیسم جدا



- 1-A. Leshner, "Filling the Gender Gap in Drug Abuse Research." NIDA Notes 10, no. 1 (1995): 3,7, as cited in K. Sanders-Phillips, "Factors Influencing Health Behaviors and Drug Abuse among Low-Income Black and Latino Women," in C. Wetherington and A.B. Roman, eds., Drug Addiction Research and the Health of Women, NIH Publication No. 98-4290 (Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1998).
- 2-Emanuel Peluso and Lucy Silvay Peluso, Women and Drugs: Getting Hooked, Getting Clean (Minneapolis, MN: CompCare, 1988), 109-10.
- 3-Paddy Cook, Christopher D' Amanda, and Elaine Benciavengo, Intake and Diagnosis of Drug-Dependent Women, Treatment Services for Drug-Dependent Women, DHHS Publication No.(ADM)87-1177 (Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1981), 78-79.
- 4-Landry Wildwood and Susan Samson, The Process of Counseling Drug- Dependent Women, Treatment Services for Drug- Dependent Women, DHHS Publication No. (ADM) 87-1177 (Rockvill, MD: Natinal Institute on Drug Abuse, 1981),109-12.
- 5-National Institute on drug abuse, Crak and Cocain: 011 (1991)
- 6-Alexander Boros, Director of Addicion Intervention with the Disabled (AID) in Cleveland, Ohio, has originated a model for providing services to disabled alcoholics and drug abusers writin existing alcoholism and drug programs.
- 7-A. C.Carrillo, K. Corbett, and V. Lewis, No More Stares (Berkeley, CA: Disability Rights Education and Defense Fund, 1982),9-11.
- 8-Boston Women's Health Book Collective, Our Bodies, Ourselves: For the New Century (New York: Simon & Schuster, 1998),37.
- 9-The Women.s Alcoholism Program of CASPAR Inc., Cambridge, Massachusetts, provides a program for deaf substance-abusing women as part of its halfway house program for alcoholic and drug-abusing women.
- 10-The Seed, Newsletter of the Coalition on Disabilities and Chemical Dependency (Summer 1987): 4-5.
- 11-Edward J. Glass, "Problem Drinking among the Blind and Visually Impaired," Alcohol Health and Research world 6 (Winter 1980-81): 20-25.
- 12-Mine Department of Mental Health, the Maine Approach: A Treatment Model for the In tellectually Limited Substance Abuser (Augusta: Maine Department of Mental Health, 1987), 3-4.
- 13-The Seed, Newsletter of the Coalition on Disability and Chemical Dependency (Spring 1988):3.
- 14-L. Jabobs, A Deaf Adult Speaks (Washington, DC: Gallaudet College Press, 1974),42.
- 15-Monique Cohen, Counseling Addicted women A. practical Guide. sage Publication, Inc(2000).

1-Unable 2-enabling
3-Support 4-advocacy