

زنان مصرف‌کننده مواد در بازار کار

یک مطالعه کیفی در شهر تهران

ژاله شادی‌طلب، ملوک عزیززاده، سونیا غفاری

آبان ماه ۱۳۹۱



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر

بسم الله الرحمن الرحيم

فهرست مطالب

قدردانی

۱. مقدمه

- ۱.۱. هدف و پرسش‌های مطالعه
- ۲.۱. نمایی از تجربه اشتغال زنان مصرف‌کننده در شهر تهران
- ۳.۱. اشتغال و سلامت
- ۴.۱. استراتژی ظرفیت‌سازی
 - منابع مالی خرد +
- ۵.۱. ساختار گزارش

۲. روش مطالعه

۳. مجموعه‌ای از نظرات و تجربیات

۱.۳. زنان مصرف‌کننده مواد

- انگیزه
- سلامت جسمی
- مسکن
- ظرفیت‌سازی برای ورود به بازار کار
 - مهارت‌های نرم
 - حرفه‌آموزی
- جستجوی کار
- شرایط محیط کار
- مشکلات ورود به بازار کار

۲.۳. ارائه‌کنندگان خدمات

- انگیزه
- سلامت روانی و جسمی
- مسکن

- کار و اشتغال
- حرفه‌آموزی

۳.۳. کارفرمایان

- حمایت‌های قانونی و دستمزدها
- رعایت هنجارهای محیط کار
- شبکه روابط اجتماعی جدید
- کار در منزل
- جنسیت کارفرما
- عوامل تهدیدکننده در محیط کار
- کارهای مناسب برای زنان مصرف‌کننده

۴. چالش‌های ما و درس‌های آموخته‌شده از دیگران

- چالش‌های ما
- درس‌های آموخته‌شده از دیگران:
 - مرحله اول - آماده کردن فرد برای کار
 - مرحله دوم - کمک‌های عملی برای پیدا کردن کار
 - مرحله سوم - حمایت‌های بعد از یافتن کار

۵. پیشنهاد طرح آزمایشی بازتوانی

- گام اول: سازماندهی پروژه
- گام دوم: ساختار مدیریتی و اجرای طرح
- گام سوم: زنان مشارکت‌کننده
- گام چهارم: سلامت روحی و جسمی

۶. منابع

قدردانی

گزارش حاضر حاصل حمایت‌های بی‌دریغ تعدادی از زنان است که هر یک در جایگاهی و مسندی ما را در تدوین آن یاری رسانیده‌اند. سرکار خانم دکتر گلاره مستشاری، کارشناس ارشد دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد با تجربه بسیار زیاد درباره گروه‌های اجتماعی مصرف‌کننده مواد مخدر، به ویژه زنان و علاقه وافر به کمک به این گروه آسیب‌پذیر، مشوق و راهنمای بسیار خوبی در تمام فرآیند انجام کار بوده‌اند.

همکاران من، خانم ملوک عزیززاده، سونیا غفاری و لیلا خانجانی نژاد با صبر و حوصله بسیار در انجام مصاحبه‌ها و تحلیل اطلاعات مرا همراهی کرده‌اند که بسیار سپاسگزارم.

زنان ارائه‌کننده خدمات در مراکز که در واقع در خط مقدم کمک به زنان مصرف‌کننده هستند، من را در آشنایی با یک گروه اجتماعی از زنان (مصرف‌کننده مواد) کمک کرده‌اند که از خانم‌ها منشی‌زاده، ارشد، رزاقی و قناعتیان باید نام ببرم.

و اما تعداد کثیری از زنان که نمی‌توانم نامشان را ذکر کنم، با بازگویی وقایع زندگی روزمره خود من را به شنیدن تجربه‌هایشان تشویق کرده‌اند، که امیدوارم ثبت و گزارش این تجربه‌ها، دست‌مایه‌ای برای ارائه خدمات حمایت اجتماعی و بهبود وضعیت آن‌ها در آینده شود.

۱. مقدمه

گزارش شده است که از یک میلیارد نفری که در دنیا درآمدی کمتر از یک دلار در روز دارند که باید برای همه امور زندگی صرف شود، ۷۰ درصد را زنان تشکیل می‌دهند (Cornmen 2010: 2). ویژگی‌های بازار کار و اشتغال زنان را تقریباً در اغلب کشورها چنین می‌توان خلاصه کرد:

- زنان ساعات طولانی‌تری کار می‌کنند
- سهم بیشتری از کار را انجام می‌دهند
- مزدی معادل ۵۰ تا ۷۵ درصد مردان می‌گیرند
- غالباً خارج از بخش رسمی اقتصاد کار می‌کنند
- درآمد چنین شغل‌هایی مستمر و مطمئن نیست
- غالباً شرایط کار مناسب نیست
- زنان منابع مالی بسیار محدودی در اختیار دارند
- زنان غالباً به اعتبارات دسترسی ندارند

چنین شرایطی از بازار کار را مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جوامع به وجود آورده و آن چه را که می‌توان به عنوان جمع‌بندی طرح کرد، وضعیت دشوار زنان برای کسب درآمد در بازار کار و استقلال اقتصادی است. به یقین ورود به این بازار و رقابت با سایرین برای گروه خاصی از عرضه‌کنندگان نیروی کار که آسیب‌پذیری بیشتری را تجربه کرده‌اند و در برخی مواقع آمادگی کافی برای حضور در چنین بازار پرقابتهی به ویژه در شرایط بد اقتصادی را ندارند، بسیار دشوارتر خواهد بود. نمونه‌هایی از این گروه‌ها می‌تواند زندانیان تازه آزاد شده، افرادی با ناتوانی‌های جسمی و مردان و زنان مصرف‌کننده مواد باشد.

با تمرکز بر گروه هدف این مطالعه - زنان مصرف‌کننده مواد - این پژوهش تلاش دارد که فعالیت‌های اقتصادی زنان مصرف‌کننده و راه‌های ممکن برای ورود آن‌ها به بازار کار را در حد یک مطالعه اکتشافی اولیه شناسایی کند.

۱.۱. هدف‌ها و پرسش‌های مطالعه

هدف کلی شناخت وضعیت کار و اشتغال زنان مصرف‌کننده مواد است. با توجه به ناشناخته ماندن این بخش از زندگی زنان مصرف‌کننده، در زیر چتر این هدف کلی پرسش‌های زیادی می‌تواند مطرح شود که پاسخگویی به همه آن‌ها و در عمق کافی، در حد چندین کار پژوهشی است که در این مطالعه سعی می‌شود به مهم‌ترین آن‌ها در حد یک مطالعه کیفی پرداخته شود:

- زنان مصرف‌کننده در شرایط کنونی به چه نوع فعالیت‌های درآمدزایی می‌پردازند؟
- آیا کار و اشتغال برای زنان مصرف‌کننده مهم است؟
- آیا می‌توان زنان مصرف‌کننده را در رابطه با بازار کار به دسته‌های مختلف تقسیم کرد؟
- آیا زنان مصرف‌کننده با سایر زن‌ها و مردها (غیر مصرف‌کننده) در یک محیط کار می‌کنند؟
- ارائه‌کنندگان خدمات در مراکز چه نظری درباره اشتغال آن‌ها دارند؟
- تجربه آن‌ها در چه مواردی موفق/ ناموفق بوده است؟

- ارائه‌کنندگان خدمات چه اقداماتی برای اشتغال آن‌ها و کسب درآمد انجام می‌دهند؟
- آیا اشتغال در کارهایی که در حوزه "مصرف مواد" و کسب درآمد است ترجیح داده می‌شود و یا علاقه‌مند به ترک این حوزه هستند؟
- چه نوع محیط کاری را تجربه کرده و چه نوعی را ترجیح می‌دهند؟
- آیا کارفرماها با آگاهی از وضعیت آن‌ها، حاضر به استخدام آن‌ها هستند؟
- اشتغال زنان مصرف‌کننده احتمالاً چه مسائلی را در محیط کار ایجاد می‌کند؟
- آیا کارفرماها تجربه موفقی از استخدام زنان مصرف‌کننده دارند؟
- چه نوع کارهایی در توان زنان مصرف‌کننده است؟

تیم پژوهش در جستجوهای کتابخانه‌ای مطالعه و سندی در این رابطه نیافتند و به نظر می‌رسد اطلاع چندانی در مورد اشتغال زنان مصرف‌کننده مواد در شهر تهران در دست نیست. بدین ترتیب از اطلاعات پژوهشی که در سال ۱۳۹۰ در رابطه با حمایت‌های اجتماعی مورد نیاز زنان مصرف‌کننده مواد مخدر در شهر تهران انجام شده بود (شادی‌طلب و همکاران) گزارش بسیار کلی از وضعیت کار و اشتغال زنان مصرف‌کننده ارائه می‌شود.

۲.۱. نمایی از تجربه اشتغال زنان مصرف‌کننده در شهر تهران

بر اساس ارزیابی سریع از وضعیت مصرف مواد مخدر در ایران (نارنجیها و همکاران ۱۳۸۹/۲۰۰۸) در کل ۷۷۶۹ نمونه مرد و زن مورد بررسی (قابل تعمیم به کل کشور) ۳۰/۱٪ اظهار داشته‌اند که دارای شغل خاصی نیستند (جدول شماره ۱۵). در میان ۷۰ درصد از پاسخگویان ۳۴/۶٪ کارگران ساده و ماهر و ۱۲/۶٪ راننده (برون‌شهری و درون‌شهری) بوده‌اند. بیکاران ۲۳/۵٪، خانه‌دارها ۲/۶٪ و دانشجو و دانش‌آموز ۱/۷٪ از کل جامعه آماری را تشکیل می‌داده‌اند. در مورد چگونگی تأمین مخارج زندگی ۳۵/۴٪ به کمک مالی خانواده وابسته‌اند و ۲۳/۴٪ به خرید و فروش مواد و حمل مواد، سرقت و قاچاق سایر کالاها و ۳/۶٪ نیز برای تأمین مخارج زندگی به فروش اموال شخصی و یا لوازم منزل می‌پردازند.

در جامعه مورد مطالعه ۳۰/۳٪ خود را خویش‌فرما اعلام کرده‌اند و ۲۳/۱٪ شاغل بخش خصوصی و ۶/۷٪ در بخش دولتی فعال بوده (جدول شماره ۱۷) و ۲۷/۵٪ در هیچ‌کدام از این گروه‌ها جای نگرفته‌اند. متوسط درآمد ۴۴٪ معتادان کمتر از ۲۰۰ هزار تومان و ۱۸٪ کمتر از ۱۰۰ هزار تومان در ماه بوده است. البته ۱۳/۶٪ نیز درآمدی بیش از ۵۰۰ هزار تومان در ماه داشته‌اند. تا چه اندازه این میزان از درآمد به نوع کار انجام‌شده (خرید و فروش مواد، حمل مواد و ...) ارتباط دارد، گزارش نشده است.

سهم زنان مصرف‌کننده در کل جامعه مورد بررسی ۵/۲٪ بوده و متأسفانه اطلاعات مربوط به اشتغال به تفکیک جنس ارائه نشده است. در نتیجه از وضعیت اشتغال و درآمد زنان مصرف‌کننده در کل کشور اطلاعی در دست نیست. حتی با فرض خانه‌دار بودن همه زنان، باز هم حدود ۲/۵٪ دیگر از نمونه‌های زن در سایر گروه‌های شغلی منظور شده‌اند که وضعیت آن‌ها مشخص نیست (زنان ۵/۲ درصد از کل مصرف‌کنندگان بوده‌اند).

در نبود اطلاعات چندانی راجع به شغل و منابع درآمدی زنان مصرف‌کننده، اطلاعات مختصری که در مورد زنان مصرف‌کننده شهر تهران گردآوری شده (غیر قابل تعمیم به کل) حاکی از آن است که وضعیت اشتغال زنان مصرف‌کننده تابعی از پایگاه اجتماعی - اقتصادی آنان است. به عبارتی می‌توان زنان مصرف‌کننده را به دو گروه متعلق به طبقه متوسط و طبقه فقیر تقسیم کرد و آن‌گاه به منابع کسب درآمد و حمایت‌های اقتصادی آن‌ها پرداخت.

برای شناخت زنان مصرف‌کننده در شهر تهران به سه مرکز ارائه‌کننده خدمات: خانه خورشید، کمپ چیتگر و کنگره ۶۰ در سال ۱۳۹۰ مراجعه شد و اطلاعات قابل دسترسی از فرم‌های ارزیابی اولیه با هدف تمرکز بر شناخت گروه مورد هدف و نشان دادن تفاوت‌های میان زنان مصرف‌کننده که به سه نوع از مراکز کاهش آسیب و درمان مراجعه کرده‌اند؛ گردآوری گردید. سه نوع برنامه درمانی انتخاب شده عبارتند از: خانه خورشید با برنامه نگهداری (جایگزینی) با متادون، کمپ چیتگر با برنامه پرهیز کوتاه‌مدت اقامتی و کنگره ۶۰ با برنامه پرهیز غیر اقامتی درازمدت.

تفاوت مکانی این سه مرکز؛ خانه خورشید در جنوب تهران، کمپ در غرب تهران و کنگره ۶۰ در مرکز تهران، می‌تواند بازتاب تفاوت‌های اقتصادی اجتماعی این زنان مصرف‌کننده باشد. این اطلاعات مربوط به زنانی است که در سال ۱۳۸۹/۲۰۱۰ وارد این دوره‌های درمانی شده‌اند که سهم هر یک از مراکز بدین شرح است: کمپ چیتگر ۷۱ نفر، ۱۴۹ نفر در کنگره ۶۰ و خانه خورشید ۹۵ نفر که در مجموع ۳۱۵ نفر جامعه مورد مطالعه را تشکیل دادند.

موقعیت شغلی و وابستگی اقتصادی زنان عامل مهمی در زندگی آن‌ها و به ویژه زنان مصرف‌کننده مواد است. بیش از یک چهارم مراجعان خانه خورشید، اطلاعات شغلی خود را ارائه نکرده (فرم‌ها توسط کارکنان مراکز پر شده بود) و تقریباً ۱۶ درصد آن‌ها نیز خود را "بیکار" اعلام نموده بودند. نگاهی به توزیع بیکاران در میان گروه متأهل‌ها نشان می‌دهد که آن‌ها بیشتر کسانی هستند که تنها زندگی می‌کنند (مطلقه، جدا شده و بیوه). سهم زنان مصرف‌کننده متأهل که شاغل هم هستند (یک سوم شاغلین) نشان می‌دهد که این گروه از نظر مالی تأمین نیستند و باید کار کنند تا تمام یا بخشی از هزینه‌های خانواده را تأمین نمایند.

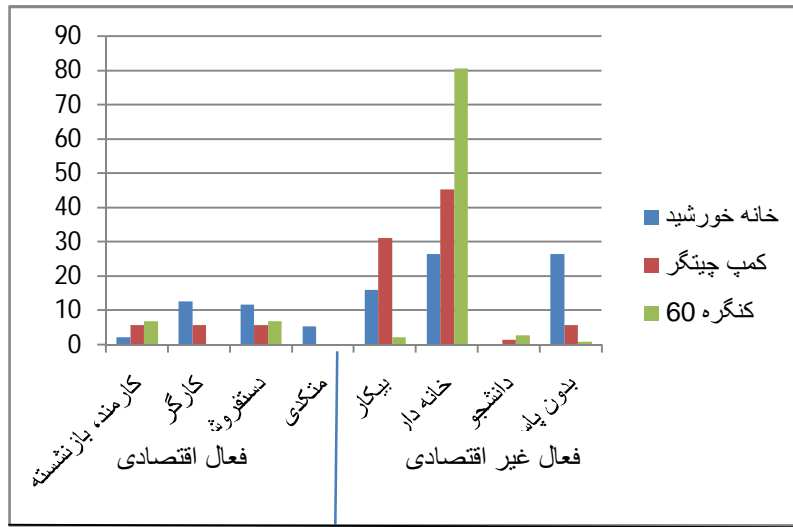
همین الگو برای زنان مقیم کمپ نیز گزارش شده است. اطلاعات در مورد زنان مراجعه‌کننده به مرکز درمان اقامتی نشان می‌دهد که ۴۴٪ زنان خانه‌دار هستند و کار نمی‌کنند و ۳۱٪ بیکار هستند که شامل مطلقه، جدا شده، بیوه و آنانی که هرگز ازدواج نکرده‌اند می‌شود. در میان زنان شاغل (۱۸٪ کل زنان)، ۴٪ مطلقه و ۱۴٪ نیز با همسرشان زندگی می‌کنند. بنابراین در این گروه نیز مانند مراجعان به مراکز متادون درمانی، ازدواج دائم لزوماً به مفهوم حضور مرد در خانه با حمایت کامل مالی خانواده نیست.

در روش پرهیز سرپایی (نظیر کنگره ۶۰) فقط ۲٪ از زنان از واژه "بیکار" برای توصیف وضعیتشان استفاده کرده‌اند و ۸۰٪ خود را خانه‌دار یا اقامت در خانه بدون استفاده از واژه "در جستجوی کار" خوانده‌اند (۵۶٪ متأهلین و ۲۴٪ از مجردها). در مجموع در این روش درمانی ۱۷٪ زنان شاغل هستند. در میان زنان متأهل فقط ۴٪ زنان شاغل هستند که به مفهوم آن است که سرپرست خانواده (شوهر) هزینه زندگی در سطح مورد انتظار را فراهم می‌کند.

نوع اشتغال زنان نیز در هر سه گروه کاملاً متفاوت است. در حالی که مراجعان متادون درمانی و کمپ بیشتر به عنوان خدمتکار، نظافتچی، نگهداری از سالمندان، راننده تاکسی، فروشنده، دست‌فروش، کارگر غیرماهر و متکدی کار می‌کنند، زنان در کنگره ۶۰ اکثراً خود را کارمند و یا خود اشتغال عنوان کرده‌اند.

متوسط درآمد حاصل از انواع کارهایی که زنان مصرف‌کننده در خانه خورشید انجام می‌دهند، تقریباً ۹۲ هزار تومان در ماه گزارش شده (کمتر از مردان) و در کمپ ۷٪ زنان درآمد خود را ۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار تومان و ۸٪ بیش از ۲۰۰ هزار تومان در ماه اعلام کرده‌اند. به دلیل چنین درآمد اندکی به اضافه نرخ بالای عدم اشتغال زنان مصرف‌کننده، انگیزه‌ی بیش از یک سوم (۳۴٪) مراجعان به خانه خورشید جایگزینی متادون رایگان به جای مواد غیرقانونی بوده است و به نظر می‌رسد اگر چه زنان مصرف‌کننده مراجعه‌کننده به کنگره ۶۰ کار اقتصادی نمی‌کنند (مجرد یا متأهل) ولی خانواده‌ای دارند (شوهر یا پدر یا ...) که می‌تواند از نظر مالی حمایتشان کند.

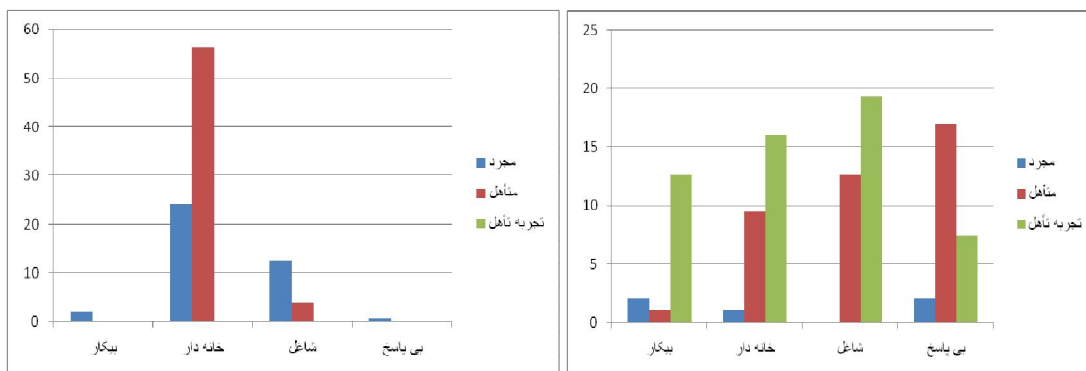
نمودار ۱. وضعیت فعالیت اقتصادی و غیراقتصادی زنان مصرف‌کننده در سه مرکز



بر اساس اطلاعات گردآوری‌شده، تعداد فعالین غیراقتصادی در هر سه مرکز بالاتر از فعالین اقتصادی است (نمودار ۱) و در میان فعالین اقتصادی، دو شغل کارگری و دستفروشی در خانۀ خورشید دارای بیشترین فراوانی است. لازم به ذکر است که زنان مراجعه‌کننده به این مراکز عنوان نکرده‌اند که آیا در جستجوی کار هستند یا خیر، بنابراین بیکاران در رده فعالین غیراقتصادی قرار گرفته‌اند.

برای مقایسه وضعیت شغلی زنان مصرف‌کننده در دو طبقه اقتصادی - اجتماعی، اطلاعات کنگره ۶۰ (متوسط) و خانۀ خورشید (طبقه فقیر) در نمودار ۲ ارائه می‌شود.

نمودار ۲. وضعیت شغلی زنان مصرف‌کننده به تفکیک وضعیت تأهل و طبقه اقتصادی - اجتماعی



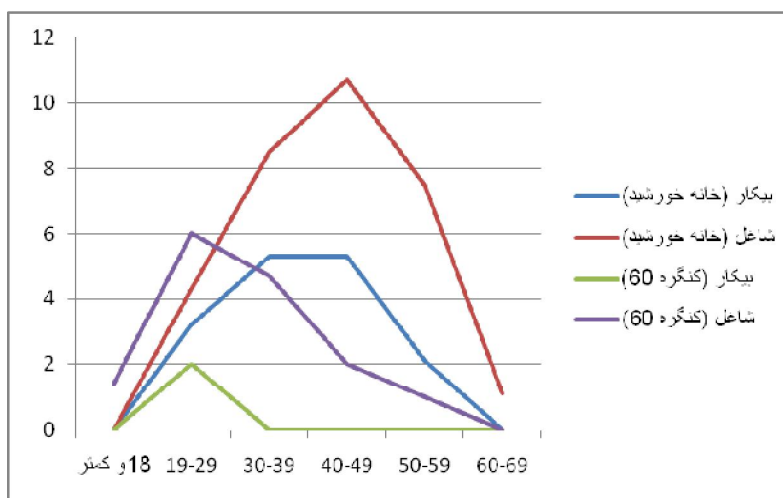
کنگره ۶۰

خانۀ خورشید

در این نمودار از مفهوم "تجربه تأهل" برای زنان متارکه‌کرده، مطلقه و بیوه استفاده شده است. بر اساس داده‌ها بالاترین سهم زنان شاغل مصرف‌کننده در طبقه فقیر، زانی هستند که تجربه تأهل داشته‌اند و اکنون بدون همسر زندگی می‌کنند و احتمالاً مسئولیت فرزند یا فرزندان نیز بر عهده آن‌هاست.

در حالی که زنان خانه‌دار در طبقه متوسط بالاترین سهم را چه در میان زنان متأهل و چه در میان زنان مجرد به خود اختصاص داده‌اند. در این طبقه (کنگره ۶۰) هیچ نمونه‌ای در گروه دارای "تجربه تأهل" قرار نگرفته و تنها دو گروه مجرد و متأهل وجود داشته است.

نمودار ۳. وضعیت شغلی زنان مصرف‌کننده خانه خورشید و کنگره ۶۰ به تفکیک سن



بر اساس داده‌ها بیشتر شاغلین طبقه کم‌درآمد (خانه خورشید) در گروه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال قرار دارند در حالی که زنان شاغل طبقه متوسط (کنگره ۶۰) بیشتر در گروه سنی ۱۹ تا ۲۹ سال قرار دارند. شاید تعداد بیشتر شاغلین در این گروه سنی ناشی از جوان‌تر بودن مراجعین این مرکز نسبت به خانه خورشید است. همچنین تعداد بیشتر شاغلین میانسال (۴۰ تا ۴۹) سال خانه خورشید می‌تواند به معنای مسئولیت بیشتر، سرپرستی خانوار و فقر بیشتر این گروه از زنان مصرف‌کننده باشد.

به طور کلی به نظر می‌رسد اکثریت زنان مصرف‌کننده در جامعه مورد مطالعه ما در شهر تهران شاغل نیستند، به ویژه آن‌هایی که به طبقه متوسط جامعه تعلق دارند. در حالی که تجربه جهانی نشان می‌دهد که یکی از عوامل مهم در بازتوانی و بازگشت مصرف‌کننده به جامعه و کاهش احتمال لغزش، کار و اشتغال است و برخی از کشورهای پیشرفته به این مسئله پرداخته و تأکید بسیاری بر این امر دارند (مانند کشور انگلیس 2008: DPC) اما در اغلب کشورهای در حال توسعه هنوز توجه چندانی به آن نشده است.

۳.۱. اشتغال و سلامت

از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت اشتغال و درآمد است، به عبارت دیگر یکی از عوامل تهدیدکننده سلامت عدم دسترسی به شغل و درآمد مناسب و تن دادن به شغل‌های پرخطر برای تأمین هزینه‌های زندگی است. زنان گاهی برای تأمین مخارج زندگی و مواد برای خود و همسرانشان مجبور به انجام شغل‌های خاصی بر خلاف میل باطنی خود می‌شوند و در برخی از شرایط نیز از مواد برای کاهش ناراحتی‌های روحی استفاده می‌کنند که به هر حال وارد چرخه معیوبی از رفتارهای پرخطر و فقر می‌شوند.

وابستگی اقتصادی زنان در جوامعی که عرف و قانون از مردان انتظار تأمین هزینه‌های زندگی را دارد، می‌تواند از توان زن برای تصمیم‌گیری‌هایی که برای سلامت او مهم است و موجب بهبود وضعیت سلامتی او می‌شود، بکاهد. به طور نمونه وظیفه خانه‌داری و مسئولیت نگهداری از بچه‌ها و یا تأمین هزینه‌های سنگین درمان در مقابل اولویت تغذیه و آموزش بچه‌ها غالباً زنان را از مراجعه به مراکز درمانی منصرف می‌کند. همچنین تأمین هزینه زندگی توسط مرد خانه، وضعیت سلامت زن را در نپذیرفتن روابط جنسی ناسالم با همسر مبتلا به بیماری‌های عفونی، به شدت آسیب‌پذیر می‌نماید. این شرایط سلامت زنان و بچه‌ها را به ویژه در خانوارهایی که مردان با استفاده از مجوزهای قانونی، چند همسر رسمی یا موقت را همزمان انتخاب می‌کنند، با خطر دوگانه‌ای مواجه می‌نماید:

- تمکین به روابط جنسی ناسالم و در نتیجه به خطر انداختن سلامت خود و بچه‌های آینده
- عدم تمکین به روابط جنسی ناسالم و محروم شدن از حمایت‌های اقتصادی مرد، احتمالاً تجربه انواع خشونت‌های خانگی و حتی قانونی به عنوان "نشوز".

به طور یقین پیچیدگی چنین وضعیتی در مورد زنان مصرف‌کننده (با همسر دائمی مصرف‌کننده) دو چندان و درباره آن گروه از زنان که همسر دائمی ندارند صدچندان می‌شود. وابستگی دسته آخر زنان به مردان برای تأمین هزینه‌های زندگی و احتمالاً هزینه مواد، می‌تواند زنان را به انجام شغل‌هایی وادارد (مثل خرید و فروش مواد، انتقال و جابه‌جایی مواد، تن فروشی و ...) که با افزایش خطر، حتی قدرت چانه‌زنی را از آن‌ها در انتخاب شریک جنسی و یا پذیرش تعداد کمتر مشتری می‌گیرد.

به نظر می‌رسد در بسیاری از کشورها با گذشت سه دهه از فعالیت اجرایی و برنامه‌های گوناگون برای پیشگیری از گسترش بیماری‌های عفونی مانند HIV/AIDS و آشنایی تقریباً بیشتر مردم به ویژه گروه‌های به شدت آسیب‌پذیر مانند زنان تن‌فروش، زنان مصرف‌کننده مواد با این بیماری، از اقداماتی که بتواند به بهبود وضعیت اقتصادی زنان مصرف‌کننده از طریق کار و اشتغال مناسب که در واقع یکی از نیروهای اصلی در ایجاد همه خطرات است، غفلت شده است. مطالعات و مشاهدات روزانه نشان می‌دهند که:

- مردان یا زنان از سوزن و سرنگ مشترک استفاده می‌کنند زیرا گاهی اوقات توان خرید آن را ندارند.
- زنان از مردان در الگوی مصرف مواد تبعیت می‌کنند زیرا توان اقتصادی مستقل ندارند.
- زنان با مردان مبتلا به بیماری زندگی می‌کنند زیرا امکانات اقتصادی برای رهایی از این وضعیت را ندارند.
- مردان در عین داشتن زن رسمی و ازدواج دائم با زنان تن‌فروش روابط جنسی ناایمن برقرار می‌کنند و زنان بالاجبار به این روابط تن می‌دهند.

- زنان برای تأمین هزینه زندگی و مواد به تن فروشی می‌پردازند و خطر گسترش بیماری‌های عفونی را افزایش می‌دهند.

بر اساس اطلاعات اندک موجود در میان زنان مصرف‌کننده شهر تهران مشکلات اقتصادی زیاد، نرخ عدم اشتغال بسیار بالا و دسترسی به منابع درآمدی بسیار محدود است. در چنین شرایطی مداخله برای تغییر این وضع به ندرت در برنامه‌های پیشگیری از ایدز تلفیق شده است. دسترسی به منابع اقتصادی همچنان که میان زنان و مردان غیرمصرف‌کننده متفاوت است، یکی از نابرابری‌های قابل توجه در گروه زنان و مردان مصرف‌کننده مواد نیز می‌باشد، البته شکل و فرم آن با گروه غیرمصرف‌کننده فرق می‌کند.

در میان طبقات اجتماعی - اقتصادی مختلف همچنان که اطلاعات ارزیابی سریع کل کشور نشان می‌دهد، ۳۰ درصد دارای شغل خاصی نیستند، ۲۳/۴٪ به کارهای غیرقانونی (خرید و فروش مواد و ...) پرداخته و بیش از ۳۹ درصد به کمک مالی خانواده و دوستان وابسته هستند. علاوه بر این ۳/۶٪ به طور صریح به فروش اموال شخصی یا لوازم منزل می‌پرداخته‌اند. بنابراین واقعیت این است که مردان مصرف‌کننده وقتی با هزینه‌های مربوط به مواد مواجه می‌شوند، بخش بزرگی از هزینه‌ها بر دوش خانواده است و یا با فروش وسائل خانه و یا هر چیز دیگری آن را تأمین می‌کنند، ولی در میان زنان مصرف‌کننده که خود در تمام عمر وابسته به یک مرد (پدر یا همسر) بوده‌اند، امکانی برای کسب درآمد، قرض کردن از دیگران و یا فروش اموال وجود ندارد، بنابراین جایگزینی جز به خدمت گرفتن تنها دارایی یعنی "بدن خود" ندارند و این شغل غالباً وضعیت آن‌ها را بدتر می‌کند.

یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد که در برخی از مواقع مصرف‌کنندگان مواد زن و مرد برای تأمین بخشی از هزینه‌های مواد به فروش کارت شناسایی خود اقدام می‌کنند که این امر آن‌ها را از دسترسی به بسیاری از خدمات و حمایت‌ها محروم می‌کند، ولی مردان حتی بدون کارت شناسایی با حمایت خانواده و یا حمایت اعضای فامیل می‌توانند کاری ولو با درآمد کم مثل رانندگی یا نامه‌رسانی پیدا کنند ولی برای زنان کمتر چنین فرصتی فراهم می‌شود. بنابراین بیکاری (عدم اشتغال) یعنی افزایش آسیب‌پذیری سلامت زنان و فقر حاصل از نبود درآمد و عدم دسترسی به فرصت‌های برابر در کسب دانش، مهارت و شغل، نتیجه‌ای جز افزایش رفتارهای پرخطر در جامعه ندارد.

بر اساس گزارش‌های موجود، مدیریت سلامت در کشور ما سعی نموده است تا با ارائه خدمات مورد نیاز فوری در مراکز گذری مانند سرنگ، سوزن، کاندوم از گسترش بیماری ایدز پیشگیری کند و موفقیت‌های قابل توجهی نیز در این زمینه به دست آمده است، اما با تغییر الگوی گسترش بیماری از تزریق مشترک به روابط جنسی و خطر گسترش آن در میان نسل جوان (حدود ۳۰ درصد از جمعیت کشور) صرفاً ارائه خدمات مراکز کاهش آسیب برای پیشگیری کفایت نخواهد کرد. آیا در آینده با خطر تعداد بیشتر زنان متأهل مبتلا و انتقال بیماری از مادران به فرزندان مواجه خواهیم بود؟

این‌ها پرسش‌هایی است که پاسخ به آن به طور یقین مطالعات گسترده و برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات جامعی را می‌طلبد ولی تجربه جهانی نشان داده که با فراهم آوردن امکان کار و شغل برای زنان مصرف‌کننده و تأمین منابع مالی از طریق شغل‌های مناسب و محترمانه بنا بر عرف جامعه، می‌توان خطر وقوع چنین رویدادهایی را کاهش داد.

۴.۱. استراتژی ظرفیت‌سازی

زنان مصرف‌کننده محروم‌ترین گروه اجتماعی هستند که غالباً فراهم آوردن امکان کار و شغل برای آن‌ها به دلیل مشکلات جسمی و روحی همراه با محدودیت در مهارت‌ها و تجربه کم اشتغال (گاهی اوقات سابقه قضایی) بسیار دشوار است. گرچه فواید چنین اقدامی و تأثیر آن بر زندگی فردی زنان مصرف‌کننده و کاهش هزینه‌های اجتماعی - اقتصادی بر جامعه و سلامت اجتماعی انکارناپذیر است.

هدف از کار و اشتغال زنان مصرف‌کننده چندگانه است:

- احساس مفید بودن
- احساس هدفمندی و اقتدار
- استقلال رأی و تصمیم‌گیری
- به کارگیری نیروی ذهن برای کمک به حل مشکلات روانی
- کسب درآمد و تأمین هزینه‌های زندگی
- احتمال کمتر لغزش
- کاهش رفتار مجرمانه (مانند سرقت و ...)
- یک مکانیسم درمان و بهبودی

این اهداف چندگانه از کار زنان مصرف‌کننده می‌تواند به دو دسته اصلی تقسیم شود:

- کار برای درمان و بهبودی
- کار برای کسب درآمد و تأمین هزینه‌های زندگی

گرچه این دو هدف به سادگی از هم قابل تفکیک نیست اما در شکل اول کار که در تخصص روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مشاوران است، هدف تأمین منابع مالی نیست، هر چند که کار انجام‌شده در این فرایند نیز می‌تواند به کسب مهارت، دریافت دستمزد و یا درآمد اندکی منجر شود، اما هدف اصلی سلامت روانی زنان مصرف‌کننده است.

در این گزارش، شکل دوم کار و اشتغال، یعنی کسب درآمد و ارتقاء توان اقتصادی زنان مصرف‌کننده مد نظر است که می‌تواند با گنجاندن شدن در برنامه بهبودی علاوه بر کاهش و یا رفع مشکلات روانی به امنیت اقتصادی زنان مصرف‌کننده کمک کند.

در این رابطه شاید به کارگیری مفاهیم «ظرفیت‌سازی» و «توانمندسازی» کمی غریب به نظر برسد زیرا این مفهوم غالباً در مورد زنان و نه لزوماً زنان مصرف‌کننده مواد به کار برده شده است اما اگر ظرفیت‌سازی را فرایندی تعریف کنیم که به فرد کمک می‌کند تا کنترل بیشتری بر زندگی خودش داشته باشد و زنی که توانمند شده است احساس می‌کند که قدرت پاسخگویی به نیازهای خود

را دارد و می‌تواند مهارت‌ها و انرژی خود را برای کارهایی که فکر می‌کند مهم است (کارهای فردی یا اجتماعی) به کار بگیرد. در این صورت می‌توان این مفهوم را برای زنان مصرف‌کننده موادی که اراده کرده‌اند که مصرف مواد خود را مدیریت^۱ کنند و وارد دوره درمان و بهبودی شده‌اند، به کار برد. توانمندی غالباً با افزایش اعتماد به نفس و احساس قدرتمندی همراه است. برای ظرفیت‌سازی اقتصادی زنان مصرف‌کننده که هدف اصلی این گزارش است سه دسته از مداخله‌ها پیشنهاد شده است (Cornmen, 2010:4):

۱. کمک‌های اجتماعی

۲. رشد دارایی‌ها

۳. افزایش درآمد

۱. **کمک‌های اجتماعی** شامل خدماتی است که مراکز گوناگون دولتی و یا غیردولتی به عنوان پاسخگویی به نیازهای اساسی یک زن مصرف‌کننده (یا فقرا) ارائه می‌کنند. در کشورهای پیشرفته کمک‌های اجتماعی تا حد پرداخت مستمری ماهیانه، مسکن مناسب، بیمه و تأمین اجتماعی و ... برای مصرف‌کنندگان می‌باشد و در برخی از کشورها فقط به نیازهای اساسی‌تر، مانند تأمین غذا و یا سرپناه اضطراری بسنده می‌شود.

۲. **رشد دارایی‌ها** می‌تواند از طریق حمایت‌های قانونی (مانند مسئله ارث‌بری و یا تقسیم مساوی دارایی‌ها هنگام جدایی از همسر و ...) و یا امکان دریافت وام از سیستم بانکی، تشکیل صندوق‌های قرض‌الحسنه برای پس‌انداز و وام‌دهی و اقدامات دیگری از این دست باشد.

۳. **افزایش درآمد اقداماتی** است که بتواند به ایجاد یک منبع درآمد و یا ارتقاء مهارت‌ها برای کسب درآمد بیشتر کمک کند که کمک‌های مالی خرد از آن جمله است. حمایت از فعالیت‌هایی که به ایجاد یک بنگاه اقتصادی و شغل جدید بیانجامد یا فرآورده‌ها و کالاهای تولیدشده را به بازار متصل کند (بازاریابی) همه جزو مداخلاتی هستند که به بهبود معیشت زنان مصرف‌کننده مواد و ظرفیت‌سازی آن‌ها کمک می‌کند.

بنابراین دارایی‌های زنان مصرف‌کننده شامل سرمایه انسانی، مالی، اجتماعی و قابلیت‌های آن‌هاست که دسترسی به امکانات آموزشی، خدمات زیربنایی و فعالیت‌هایی برای حفظ و گسترش این دارایی‌ها، آن‌ها را به سوی توانمندی اقتصادی، کاهش فقر، تجربه کمتر نابرابری‌ها و احتمال کمتر رفتارهای پرخطر سوق می‌دهد.

در میان زنان مصرف‌کننده آن‌هایی که مسئولیت تأمین هزینه‌های زندگی خانواده را نیز بر عهده دارند (گرچه مطابق تعاریف رسمی سرپرست خانوار تلقی نمی‌شوند) در اولویت قرار می‌گیرند.

^۱ کسانی که اقدام به مدیریت مصرف مواد خود کرده‌اند شامل دو گروه اصلی هستند:

گروه اول: مصرف غیرقانونی مواد را با مواد قانونی مثل متادون و .. جایگزین کرده‌اند.

گروه دوم: از مصرف مواد برای مدتی خودداری کرده‌اند و در حال حاضر هیچ نوع موادی مصرف نمی‌کنند.

گرچه داده‌های محدود موجود درباره زنان مصرف‌کننده در شهر تهران حاکی از این است که لزوماً همه زنان مصرف‌کننده دچار فقر درآمدی نیستند اما از نظر اجتماعی غالباً یکی از گروه‌های حاشیه‌ای جوامع محسوب می‌شوند که نیازمند توانمندشدن در دوره درمان و بهبودی هستند. بنابراین ظرفیت‌سازی خاص طبقه پایین اجتماعی-اقتصادی نیست اما به طور یقین از روش‌های متنوع ظرفیت‌سازی و توانمندی بسته به وضعیت زن مصرف‌کننده، متخصصین می‌توانند مناسب‌ترین را انتخاب کنند و در دوره درمان به کار گیرند.

با توجه به این که مسائل اقتصادی و درآمد در گروه عمده‌ای از زنان متعلق به طبقات فقیر، منجر به سوءتغذیه، بی‌توجهی به سلامت، عدم مراجعه به مراکز درمان، پذیرش و انجام رفتارهای پرخطر و .. و غالباً یکی از دلایل شروع و ادامه شغل تن‌فروشی است، می‌بایست به جایگزین‌های دیگری برای کسب درآمد آن‌ها اندیشید و راه‌های تسهیل‌کننده این جایگزین‌ها را جستجو کرد.

بر اساس ادبیات موجود یکی از این راه‌ها که کمتر در مورد زنان مصرف‌کننده به کار گرفته شده، تأمین منابع مالی اعتبارات خرد است (Spratt Kai, 2010: 10). شواهد بسیاری از به کارگیری ابزار تأمین منابع مالی خرد برای توانمندی زنان غیرمصرف‌کننده در جهان وجود دارد که شاید شناخته‌شده‌ترین آن‌ها "گرامین بانک" باشد. اما تجربه‌های پراکنده‌ای که در مورد استفاده از روش تأمین اعتبارات خرد برای زنان تن‌فروش گزارش شده (که می‌توانند مصرف‌کننده مواد هم باشند) تجربه‌های موفق‌تری را نشان می‌دهند.

تجربه هند

به زنان تن‌فروش، آموزش ایجاد بنگاه‌های اقتصادی کوچک برای تولید کیف‌های کتان و چگونگی ارائه آن‌ها به بازار داده شد. پس از ارزیابی نتایج دوره، آشکار شد که تعداد مشتری زن‌ها کاهش یافته است زیرا کسب درآمد از راه فروش کیف‌های تولید شده به بهبود وضعیت اقتصادی آن‌ها کمک کرده و آن‌ها مجبور به پذیرش تعداد زیادی مشتری نیستند.

تجربه کنیا

در کشور کنیا به شرکت‌کنندگان در یک برنامه توانمندسازی اقتصادی که غالباً زنان تن‌فروش بودند وامی به مبلغ ۱۲۳ دلار آمریکایی داده شد. پس از گذشت یک سال از برنامه، ارزیابی برنامه نشان داد که ۱۷٪ از زنان تن‌فروش این شغل را به کلی کنار گذاشته‌اند و آن‌هایی که ادامه داده‌اند، تعداد مشتری‌های خود را به میزان دو سوم کاهش داده‌اند.

• منابع مالی خرد +

امروزه بحث منابع مالی خرد فراتر از صرفاً تأمین پول نقد و یا اعتبار مطرح می‌شود و بیمه و پس‌انداز یا به عبارتی کنترل و دسترسی بر اشکال گوناگون منابع مالی مدنظر قرار گرفته است. علاوه بر آن از جنبه صرفاً سرمایه مالی فراتر رفته و ابعاد دیگری را که مکمل و گاهی پیش‌نیاز استفاده بهینه از منابع مالی است مانند آموزش، خدمات درمانی و ... را نیز شامل می‌شود.

مفهوم منابع مالی خرد + (Microfinance plus) عبارت است از پروژه مالی خردی که علاوه بر منابع مالی بر سایر موضوعات مانند متصل نمودن اعتبارات به آموزش و کسب مهارت متمرکز است (Dunford 2001 cited in cornman 2010:6) همچنین خدمات مالی خرد را همراه و هم‌زمان با خدمات سلامتی، ارتقاء ظرفیت‌ها، مهارت و به صورت یک مجموعه تلفیق شده از فعالیت‌ها طرح

می‌کند تا رفتارهای پرخطر زنان مصرف‌کننده را کاهش دهد. بنابراین منابع مالی خرد فقط یک ابزار نیست بلکه در میان مجموعه‌ای از ابزارها می‌تواند به ظرفیت‌سازی و توانمندی همه جانبه زنان کمک کند.

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زنان برخوردارشونده از منابع مالی خرد علاوه بر ارتقاء اعتماد به نفس، احترام به خود، موجب دخالت آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های غیر مالی و فعالیت‌های اجتماعی، حتی توان صحبت کردن و سخنرانی در جمع شده است. گرچه اندازه‌گیری پیامدهای منابع مالی خرد بر تحولات اجتماعی زنان دشوار است اما برخی مطالعات حاکی از پیامدهای مثبت آن بر ارتقاء سلامتی، تغذیه بهتر و توانمندی در رابطه با همسران در خانواده شده است (Jeukeo et al, 2010). اما نتایج آن بر کاهش خطرات HIV و یا خشونت‌های خانگی هنوز مشخص نشده است.

تجربه اعتبارات خرد

PCI صدها گروه خودیار شکل داده که ۹۸٪ اعضا زن هستند. زنان در دوره‌های آموزشی مهارت کسب و کار، پس انداز، و دریافت وام شرکت می‌کنند و درباره اهداف مشترک اجتماعی، اقتصادی و مسائل دیگر صحبت می‌کنند. گروه خودیار پس‌انداز جمع می‌کند و از این محل وام می‌دهد و اقداماتی را که به نفع اجتماع محلی است انجام می‌دهد.

بر اساس این تجربه، یک سیستم پایدار برای توانمندی اجتماعی و اقتصادی زنان به وجود می‌آید. شرکت طولانی‌مدت در این دوره‌ها، موجب استقلال در تصمیم‌گیری و توان بیشتر زنان شده است. آموزش و رهبری گروه به پایداری آن‌ها کمک می‌کند.

Project Concern International (PCI)

اما وقتی ۸۳٪ فقرای جهان زن هستند می‌توان انتظار داشت که منابع مالی خرد+ به عنوان یک انتخاب مناسب برای کاهش نابرابری‌های جنسیتی و کاهش رفتارهای پرخطر و ارتقاء سلامتی زنان مطرح گردد.^۲

بر اساس یافته‌های پژوهشی و تجربیات موفق سایر کشورها (Cornman 2010: 12- 14) در مورد استفاده از ابزار منابع مالی خرد برای ظرفیت‌سازی و توانمندسازی اقتصادی زنان توصیه شده است که:

- اعتبارات خرد با سایر خدمات ترکیب شود.
- یک گروه هدف خاص از نظر سن، جنس، طبقه اقتصادی- اجتماعی تعیین شود، زیرا هر کدام نیازهای متفاوت دارند به طور مثال:

- زنان مصرف‌کننده جوان
- دختران جوان
- مادران دارای فرزند
- زنانی که به تن فروشی می‌پردازند

^۲ در اواخر ۲۰۰۴ و اوایل ۲۰۰۵ یک کارگاه ۵ روزه در مورد تلفیق خدمات سلامتی و آموزشی با خدمات مالی خرد برای ۱۶۰ موسسه از ۸ کشور در آسیا و آفریقا توسط برگزار شد، توسط Freedom from Hunger و The Microfinance Summit Campaign.

شرکت‌کنندگان در آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین گزارش می‌کنند که منابع مالی خرد و آموزش کار و حرفه همراه با آموزش و گفتگو یا جلب پشتیبانی همگانی (Advocacy) درباره مسئله خشونت خانگی/ یا شریک جنسی به افزایش آگاهی و ارتقای مهارت مقابله با شرایط کمک کرده است. (Cornman 2010 : 6)

- استفاده از گروه‌ها و مراکز موجود، لزوماً ممکن است به نتایج خوبی در مورد منابع مالی خرد نرسد.
 - حتماً قبل از شروع کار، تحلیل وضعیت بازار، هزینه‌های به ازاء هر شغل و ... انجام شود.
 - برنامه خاص زنان طراحی شود: به ساعات کار، محل، فاصله (هزینه رفت و آمد و مدت زمان رفت و آمد) و دستمزدهای نهایی توجه شود.
 - بر منابع انسانی زنان تأکید شود؛ رهبری زنان و نظارت آن‌ها بخشی از موفقیت است.
 - زنان غیرماهر را در یک شغل کم‌بازده نباید متمرکز کرد.
 - یک ساختار فرهنگی حساس به جنسیت ایجاد شود: اعضا و کارکنان باید نسبت به مسائل زنان آگاه باشند و شرط استخدام باید این باشد.
 - یک تحلیل وضعیت موجود کامل از شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی باید انجام گیرد.
 - نظارت و ارزیابی، نتایج و پیامدها، شکست‌ها و ... دنبال شوند.
 - از ابتدا باید دانست که زن‌ها خود باید کار را ادامه دهند و در یک مقطعی باید حمایت‌کنندگان جامعه را ترک کنند.
- استراتژی ترک باید به گونه‌ای باشد که آن‌ها خود بتوانند به کار ادامه دهند. نحوه خروج را باید با زن‌ها در میان گذاشت و مطمئن شد که بازار پایداری برای کار آن‌ها وجود دارد.

۵.۱. ساختار گزارش

در بخش مقدمه علاوه بر اهداف و پرسش‌های مطالعه، مسئله اشتغال و درآمد به عنوان متغیرهای اجتماعی تعیین‌کننده سلامت زنان و استراتژی‌هایی که برای توانمند شدن آن‌ها طرح و در برخی از کشورها تجربه شده است، ارائه شده است. روش مطالعه و معرفی گروه‌های سه‌گانه‌ای که با آن‌ها مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته صورت گرفته، در قسمت دوم گزارش آورده می‌شود.

بخش شماره ۳، اصلی‌ترین قسمت گزارش و مجموعه اطلاعات به دست آمده از زنان مصرف‌کننده مواد، ارائه‌کنندگان خدمات و کارفرمایان خلاصه شده و در عناوین موضوعی مطرح شده در مصاحبه‌ها، دسته‌بندی و ارائه شده است. در آخرین قسمت‌های گزارش، جمع‌بندی یافته‌ها و با مروری بر برنامه‌ها و تجربیات سایر کشورها که به موضوع کار و شغل مصرف‌کنندگان مواد پرداخته‌اند، درس‌های آموخته‌شده و قابل استفاده برای کشور ما استخراج و گزارش می‌گردد و نهایتاً بر پایه مجموع یافته‌ها یک طرح آزمایشی برای بازتوانی زنان مصرف‌کننده پیشنهاد می‌شود.

۲. روش مطالعه

با توجه به هدف کلی پژوهش؛ "شناخت وضعیت کار و فعالیت اقتصادی زنان مصرف‌کننده مواد" از روش تحقیق کیفی به عنوان یک مطالعه اکتشافی استفاده می‌شود. علاوه بر استفاده از اطلاعات پژوهش‌های انجام شده در شهر تهران درباره حمایت‌های اجتماعی مورد نیاز زنان مصرف‌کننده که به ارائه‌نمایی کلی از چگونگی فعالیت‌های اقتصادی گروهی از این زنان در سه مرکز^۳ درمانی چیتگر، کنگره ۶۰ و خانه خورشید کمک می‌کند با تعدادی از زنان مصرف‌کننده که تجربه اشتغال را داشته‌اند مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شده است. یافته‌های مصاحبه‌ها نشان‌دهنده نظر زنان در مورد نوع کارها، دلیل ترک کار، وضعیت کنونی،

^۳ مراکز: منظور از مراکز تمام سازمان‌ها و نهادهایی هستند که به زنان مصرف‌کننده خدمات ارائه می‌کنند. مانند مراکز گذری، جمعیت‌های خیریه، مراکز درمانی و بهداشتی، سازمان‌های غیردولتی و ...

مسائل جانبی در محیط کار و یا با کارفرما و ... می‌باشد. همچنین نظرات ارائه‌کنندگان خدمات در مراکز با توجه به ارتباط مستمر با این زنان و تجربه‌های موفق یا ناموفق در زمینه اشتغال گردآوری شد. به نظر پژوهشگران علاوه بر بیان مشکلات کار و اشتغال زنان مصرف‌کننده ضرورت داشت با کارفرماها که احتمالاً تجربه استخدام و کار با این گروه از زنان را داشته‌اند، گفتگو شود تا نظرات و مشکلات آن‌ها در استخدام این افراد نیز مشخص گردد.

در نتیجه برای شناخت پدیده از سه دیدگاه زنان مصرف‌کننده، ارائه‌کنندگان خدمات و کارفرمایان اقدام شد و از سه گروه که نظرات آن‌ها در رابطه با کار و اشتغال زنان مصرف‌کننده مواد مؤثر است، اطلاعات لازم برای این مرحله از مطالعه گردآوری شد.

- **زنان مصرف‌کننده مواد:** در مجموع مراکزی که برای جمع‌آوری اطلاعات مراجعه شده بود با تعداد ۳۰ نفر از زنان مصرف‌کننده که تجربه کار و اشتغال را داشتند گفتگو به عمل آمد. تعدادی از آن‌ها در زمان مصاحبه هنوز شاغل ولی تعداد کمی از آن‌ها به دلایل عدیده از جمله مصرف مواد، کار خود را رها کرده و در زمان مصاحبه "بیکار" بوده‌اند. همه در بخش خصوصی و یا غیر رسمی اقتصاد فعال بوده‌اند.
- **ارائه‌کنندگان خدمات در مراکز:** در مجموع مراکز و جمعیت‌های خیریه‌ای که در شهر تهران در رابطه با زنان مصرف‌کننده مواد فعال هستند و خدمات متنوعی را ارائه می‌دهند. با ۱۴ نفر از ارائه‌کنندگان خدمات (زن و مرد) گفتگو به عمل آمد.
- **کارفرمایان:** با توجه به اطلاعاتی که در مورد نوع اشتغال زنان مصرف‌کننده به دست آمده بود، به سراغ کارفرمایی که در حوزه‌های مربوط به این نوع مشاغل فعال هستند، رفتیم. در نتیجه با ۸ کارفرمای مرد و زن گفتگوهای مفصل به عمل آمد که نظرات و مشکلات آن‌ها نیز تا حد ممکن گردآوری شد. کارفرماها به جز یک نفر که مدیر بخشی از یک کارخانه بافندگی بود، همگی صاحبان کارگاه‌های کوچک ۵ تا ۲۰ نفره تولیدی و در رشته جوراب و لباس‌دوزی، کیف، وسایل آشپزخانه و نقاشی روی لباس فعال بودند. بر اساس اظهارات کارفرمایان کارگاه‌ها با مجوز رسمی تأسیس شده و مدعی بودند که از قوانین بیمه کارگری و حداقل دستمزد پیروی می‌کنند.

بر اساس اصول یک تحقیق کیفی، ادامه انتخاب نمونه‌ها برای گفتگو و گردآوری اطلاعات بستگی به مرحله اشباع شدن اطلاعات داشته و تعداد مصاحبه‌ها بستگی به اطلاعات ارائه شده و تازگی آن توسط آخرین نفر مصاحبه‌شونده بود وقتی به نظر می‌رسد که مطالبی که طرح می‌شود تکراری است و مصاحبه‌کننده بعدی حرف تازه‌ای به اطلاعات گردآوری شده اضافه نمی‌کند، انتخاب نمونه جدید و مصاحبه می‌تواند متوقف شود که در این مطالعه نیز از این اصل پیروی گردید اما واقعیت این است که در هر سه گروه مصاحبه‌شونده پس از ۴ یا ۵ مصاحبه اول وجوه مشترک و نظرات مشابه کاملاً به چشم می‌خورد و مصاحبه می‌توانست متوقف شود. ولی نگرانی از این که ممکن است سطح سواد و میزان آموزش زنان مصرف‌کننده نظر و اطلاعات متفاوتی به ما بدهد با تعداد بیشتری گفتگو شد و یا با تصور این که کارفرماهای یک فعالیت خاص ممکن است وضعیت متفاوتی در استخدام زنان مصرف‌کننده داشته باشند به سراغ تعداد دیگری رفتیم. ولی همان‌گونه که در بخش نظرات و تجربیات ملاحظه خواهد شد، تفاوت‌های بارزی دیده نمی‌شود.

۳. مجموعه‌ای از نظرات و تجربیات

۱.۳. زنان مصرف‌کننده مواد

بر پایه مطالب طرح شده در گفتگوها به نظر می‌رسد که اکثر زنان مصرف‌کننده مواد پس از تجربه یک زندگی آشفته و نابسامان به مراکز مراجعه می‌کنند و احتمالاً این چنین سابقه‌ای موجب می‌شود تا آن‌ها آمادگی لازم برای ورود و یا بازگشت مجدد به بازار کار نداشته باشند.

سیما ۲۱ ساله تعریف می‌کند: "توی خانواده همه مصرف‌کننده بودند. ۱۶ سالم بود که شوهر کردم، با شوهرم سیگار می‌کشیدم اما سیاه رو هر وقت کمردردی یا دندون دردی داشتم می‌کشیدم. وقتی شوهرم تزریق را شروع کرد من هم شروع کردم. بابام زندون بود... من وقتی تصمیم به طلاق گرفتم، شوهرم راضی نبود و من از خانه فرار کردم..."

مریم می‌گوید: "من با مردی که ۲۰ سال بزرگ‌تر از خودم بود و از پدرم ۲ سال کوچک‌تر، روی لجبازی ازدواج کردم... رفتارهای شوهرم آزاردهنده بود، با زن‌های مختلف و متعدد رابطه داشت و گاهی کتک می‌زد، تحقیر می‌کرد و از من می‌خواست که خانه را برای آن‌ها خالی کنم. من تنها شده بودم، به خانه پدری نمی‌توانستم برگردم و یواش یواش خودم را با الکل سرگرم کردم و الکل زندگی من را پر کرد..."

گروهی از زنان مصرف‌کننده پیش از مصرف مواد مهارتی و شغلی با درآمد کم یا زیاد را داشته‌اند اما غالباً سال‌هاست از آن جدا شده‌اند و وقت خود را صرف پیدا کردن، خرید و مصرف مواد کرده‌اند. به طور نمونه شماره ۳۶ ساله با تحصیلات دیپلم دبیرستان، با حمایت پدر موفق به راه‌اندازی یک شرکت ارائه‌کننده خدمات برای برگزاری عروسی‌ها و مهمانی‌های بزرگ شده بود که طبق گفته خودش حدود ۱۰ سال کار کرده و ماهیانه ۴ تا ۵ میلیون تومان درآمد داشته است. او تجربه خود را چنین تعریف می‌کند: "من حتی سیگار هم نمی‌کشیدم، من نمی‌دونستم که عوارضش [مواد] با مغز من چه کار می‌کنه، فکر می‌کردم که لاغری و خوش‌اندامی و این جور چیزهاست. فکر می‌کردم اگر دو روز بخوابم، دوباره می‌تونم زندگی عادی‌ام رو از سر بگیرم. حالا دو روز که خوابیدم، درد فیزیکی نداشتم، اما اول ۴۸ ساعت یا ۷۲ ساعتی که من فقط توی خواب بودم، فکر می‌کردم که وقتی بیدار بشم ... اما می‌دیدم که من حال خوبی ندارم، من آدم سابق نیستم، شاید بعد از یک یا دو هفته که با خودم کلنجار می‌رفتم، دوباره مصرف می‌کردم..."

فرشته ۳۴ ساله که پسر ۱۴ ساله او با پدرش زندگی می‌کند، می‌گوید تا ۲۶ سالگی از اعتیاد متنفر بوده و از شوهر اولش به خاطر همین مسئله طلاق گرفته اما حالا با شوهر دومش هر دو مصرف‌کننده هستند. او می‌گوید: "من و شوهرم که مهندس راه‌سازی است در یک شرکت بزرگ با هم کار می‌کردیم. دوستی ما ۳ تا ۴ سال طول کشید، کار خوب و حتی زندگی خوبی داشتیم. مصرف کوکائین را برای تفریح شروع کردیم و به جایی رسیدیم که شد روزی ۵ گرم. خانه و ماشین و زندگی را فروختیم، کار و شغل را کنار گذاشتیم، شوهرم روانی شد، شیشه می‌کشید و مشغول خرید و فروش مواد شد و من هم آمدم خانه مامانم..."

همه ارائه‌کنندگان خدمات و متخصصین ترک اعتیاد اذعان دارند که فقط "پاک شدن" کافی نیست. زنان مصرف‌کننده باید برای کار آماده باشند و وقتی آماده نباشند، لغزش می‌کنند. برای این آماده شدن باید در درجه اول به مسائل اولیه و اساسی آن‌ها پرداخته شود و در واقع پیدا کردن شغل آخرین مرحله از فرایند بازتوانی مصرف‌کنندگان مواد است. پیش از آن باید به مسئله انگیزه، سلامتی، مسکن و حمایت‌های اجتماعی مورد نیاز آن‌ها فکر کرد و اقدام نمود.

■ انگیزه

ایجاد انگیزه و حفظ انگیزه و امید به یافتن کار و کسب درآمد پس از درمان یک نوع سرمایه بهبودی (Recovery Capital) برای زنان مصرف‌کننده است. بارها زنان مصرف‌کننده به ویژه آن‌هایی که در زمان مصاحبه مدتی از پاک شدن آن‌ها گذشته بود ولی به دلایل عدیده هنوز در اقامتگاه موقت زندگی می‌کردند می‌گفتند: "سختی‌های سم زدایی، مقابله با وسوسه، دوره درمان را طی کنیم ولی هیچ روزنه امیدی برای کار و شغل وجود نداشته باشد، چگونه می‌توانیم انتظار داشته باشیم که دیگران از ما یاد بگیرند و انگیزه داشته باشند که این راه را بروند؟"

در چرخه تغییر "انگیزه" اولین قدم اساسی برای تغییر رفتار و بازگشت موفق به بازار کار است. انگیزه با ورود به مراکز و برنامه درمان شروع می‌شود. لحظه تصمیم‌گیری برای تغییر و "انگیزه داشتن" می‌تواند چیزهای مختلفی باشد، به طور مثال:

- مصرف زیاد مواد و به بیمارستان برده شدن، شاید ترس از مرگ
 - برای اولین بار مجبور به گدایی شدن، برای تأمین هزینه مواد
 - دستگیر شدن به دلیل رفتار مجرمانه در رابطه با مصرف یا خرید و فروش مواد
 - تجربه زندان و شرایط نامطلوب آن
 - مسئله بچه‌ها، دوری از آن‌ها یا از دست دادن آن‌ها
- و ...

ولی واقعیت این است که این لحظه یا حادثه در بستر ترکیبی از عوامل مختلف رخ می‌دهد و فقط یک لحظه از زمان نیست. یکی از مادران تعریف می‌کند که:

"من یا حالم خیلی خوب بود یا حالم بد بود. پس برای بچه‌ها حوصله‌ای نداشتم. این‌ها عذاب وجدان بدی میاره توی زندگی آدم. نمی‌تونستم وظایفم رو انجام بدم، به خاطر این که یا باید در حال مصرف باشم یا اگر مصرف نکنم، حالم بد می‌شه، باز هم ... خودم را هم اصلاً دوست نداشتم، به شدت تحت‌تأثیر قرار می‌گرفتم، داد می‌زدم، بعدش پشیمون می‌شدم. می‌گفتم که خب دلیلش اینه، انجامش نمی‌دم، اما قدرت و توانائیش رو هم نداشتم ... به خاطر بچه‌ام، به خاطر شخصیت خودم، به خاطر موقعیت اجتماعی‌ام که از دست داده بودم، تصمیم گرفتم بذارم کنار ...".

مادر دیگری می‌گوید که: "دخترم چیزی گفت که برام خیلی سنگین بود، اون گفت: مامان تو رو خدا بیا از این جا فرار کنیم بریم خانه باباجون ... اونجا هیچ کس کتک نمی‌زنه ... این شاید اولین باری بود که دل من را به درد آورد، باعث شد که برم و ترک کنم".

یکی از ارائه‌کنندگان خدمات با تأثر بسیار داستان زندگی زن مصرف‌کننده‌ای را تعریف می‌کرد که پس از ۱۸ ماه پاک‌ی، زندگی در اقامتگاه موقت و پیدا نکردن شغل مناسب برای تأمین هزینه‌های زندگی، مجدداً به مصرف مواد روی آورده است. او تأکید دارد آن‌ها پس از درمان به کار نیاز دارند تا اوقات روزانه و زمان‌های رهاشده خود را پر کنند و در عین حال درآمدی برای تغییر شیوه زندگی خود داشته باشند.

تجربه‌های بسیاری وجود دارد که نبود امکان اشتغال و کسب درآمد احتمال لغزش را بالا برده و کارآیی درمان را کاهش داده است اما علاوه بر درآمد، انجام کار با معنی و مفید به زنان مصرف‌کننده اعتماد به نفس می‌دهد. لطف با دیگران بودن، دیگرانی مشابه و باتجربه آن‌ها، به آن‌ها احساس خوبی می‌دهد. مطالب دو نفر از زنان مصرف‌کننده بهبودیافته به خوبی اهمیت این موضوع را روشن می‌کند.

مینا: "من بیکار بودم، یکسره توی خانه بودم، سرگرمی نداشتم ... هیچ کاری برای انجام دادن نداشتم، همه‌اش فکر می‌کردم خیلی بی‌مصرفم، این بیهوده بودنم من را اذیت می‌کرد ... پس از یک سال و دو ماه [دوباره شروع کردم]. آمدن بین این‌ها [مرکز کاهش آسیب] باعث شده من یاد بگیرم که در اجتماع ارتباط بگیرم. کار کردن خیلی به ما کمک کرد، من حتی شاید آن نیاز مالی رو نداشته باشم ولی من دوست دارم دستم تو جیب خودم باشه، من در لغزش‌های قبلی همین بیکاری‌ها روم تأثیر گذاشت، حوصله‌ام سر می‌رفت ... بودن در اجتماع، حمایت و کار خیلی کمک می‌کند".

افسانه: "من کار روی پارچه که رنگ می‌زنن را یاد گرفتم، دوست داشتم که کلاً اینجا [مرکز کاهش آسیب] مشغول به کار بشم، اما بعد دو سه روز گفتن که دیگه کار نمی‌خوان ... ماها بعد از ترک دوست داریم حمایت غیر مستقیم بشیم. من دوست دارم خودم کار کنم و زحمت بکشم و خودم دربیارم و خرج کنم. اگر یه جایی رو درست کنن که بچه‌ها اونجا با هم مشغول به کار بشن، خیلی عالی میشه".

کاملاً مشخص است که ایجاد انگیزه برای آغاز فرایند تغییر رفتار و تحول سبک زندگی، تغییر شبکه روابط اجتماعی که در طی سال‌های طولانی مصرف ایجاد شده و برخورد با تمام مسائلی که زمینه مصرف مواد را فراهم کرده، ضروری است. بنابراین حفظ و تقویت انگیزه یک بخش اصلی در درمان و بهبودی است که نیازمند تأمین مشاوره‌های روان‌شناختی و سایر حمایت‌های مکمل است. در واقع تأمین سلامت روانی و رفع مشکلات جسمی اگرچه پیش‌نیاز بلکه شرط ضروری ایجاد و تقویت انگیزه در زنان مصرف‌کننده مواد است.

■ سلامت جسمی و روانی

وضعیت دشوار سلامتی جسمی و روانی زنان مصرف‌کننده مواد بر امکان کار کردن و به دست آوردن و حفظ شغل آن‌ها اثرگذار است. برخی از مشکلات جسمی ناشی از مصرف مواد مثل هیپاتیت C یا بیماری‌های کبدی و تنفسی و آسیب به رگ‌ها به دلیل تزریق در مصاحبه با زنان مصرف‌کننده طرح شده است.

عصمت زن میان‌سالی که ۷ سال است که به قول خودش توی برنامه است اما ۸ ماهه که پاک است، در سن ۱۳ سالگی ازدواج کرده و ۷ تا بچه دارد. اما از شوهرش به دلیل زن بازی و کتک زدن‌ها جدا شده و همه بچه‌ها را خودش بزرگ کرده و به دانشگاه فرستاده، تعریف می‌کند که: "من ریه‌هام ناراحته، ... حالم خیلی بد بود و من را در یه روز سه تا بیمارستان بردند، بالاخره گفتند که معده‌ام در اثر تریاک (خوردن و کشیدن) از بین رفته، من هنوز هم داروی معده می‌خورم. من اون روز ۷ هزار تومان فقط پول قرص معده دادم".

افسانه دختر جوان ۲۶ ساله‌ای که چند ماهی از بهبودی او گذشته می‌گوید: "حدود ده سال درگیر مواد بودم. اول حشیش بعد مشروب بعد تریاک، بعد هروئین بعدش هم کراک، شیشه و قرص، در واقع از ۱۶ سالگی مصرف کردم. من به خاطر این که ناراحتی داشتم، ناخن‌هامو می‌کندم، دامادمون گفت بیا سیگار بکش تا ناخن‌هاتو نکنی. الان هم دکتر رفتم و دارو مصرف می‌کنم، دکتر گفت که به خاطر استرسه، من هنوز هم ناخن‌هامو می‌کنم ... دکتر هم برام نوشت که برم اکو، اما به خاطر اوضاع مالی من نتونستم. وضع مالی پدرم هم خوب نیست، ...".

اهمیت سلامت جسمی و روانی و مسئله و تأمین هزینه‌های سنگین درمان که موجب عدم دسترسی زنان مصرف‌کننده ا به خدمات درمانی می‌شود، را می‌توان با اطلاعاتی که درباره ۹۵ زن مصرف‌کننده در مراکز درمانی متادون گردآوری شده به خوبی نشان داد.

زنان مصرف‌کننده در مقابل این پرسش که "آیا احساس می‌کنند از سلامت خوبی برخوردارند؟"، حدود ۴۲٪-۳۹٪ هیچ پاسخی نداده‌اند و ۵۵٪ گفته‌اند سلامتی آن‌ها در حد معمول یا کمتر از آن است و فقط ۵٪ گفته‌اند که احساس می‌کنند از سلامتی خوبی برخوردارند.

اطلاعات استخراج شده از فرم‌های ارزیابی این گروه از زنان مصرف‌کننده درباره وضعیت روحی و احساسی که درباره انجام کارها، تصمیم‌گیری‌ها و رضایت و لذتی که از انجام فعالیت‌های عادی خود دارند، اهمیت آماده سازی، ایجاد انگیزه و سلامت روانی آن‌ها پیش از ورود به بازار کار به خوبی نشان می‌دهد.

جدول ۱. شرایط روحی زنان مصرف‌کننده مواد در یکی از مراکز کاهش آسیب (درصد)

| حالت روحی | بسیار کمتر از معمول | کمتر از معمول | تقریباً معمول | بیش از معمول | بدون پاسخ | جمع |
|-------------------------------------|---------------------|---------------|---------------|--------------|-----------|-----|
| احساس خوب انجام دادن کارها | ۳/۲ | ۱۳/۷ | ۳۷/۹ | ۶/۳ | ۳۸/۹ | ۱۰۰ |
| احساس داشتن قدرت تصمیم‌گیری در امور | ۸/۴ | ۱۲/۶ | ۳۵/۸ | ۳/۲ | ۴۰ | ۱۰۰ |
| احساس رضایت از روش انجام وظایف | ۴/۲ | ۱۸/۹ | ۳۶/۸ | ۰ | ۴۰ | ۱۰۰ |
| احساس لذت از انجام فعالیت‌های عادی | ۱۴/۷ | ۱۴/۷ | ۲۶/۳ | ۲/۱ | ۴۲/۱ | ۱۰۰ |
| جمع | ۹۵ نفر | | | | | |

با توجه به این که ارزیابی‌ها توسط مشاورین مرکز صورت گرفته، احتمالاً سهم ۴۰ درصدی بدون پاسخ‌ها در همه موارد می‌تواند حاکی از عدم آمادگی روحی زنان مصرف‌کننده برای فکر کردن درباره "احساس" و مفاهیمی چون "رضایت" و "لذت" از انجام کارها باشد و مهم‌تر از این، زنانی هم که پاسخ داده‌اند، با در نظر گرفتن تمایل همگانی در پژوهش‌های اجتماعی (زن و مرد مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده) به اظهاراتی در حد "متوسط و معمول"، ۲۹ درصد در واقع از انجام فعالیت‌های عادی خود لذت نمی‌برده‌اند و ۲۳ درصد احساس رضایتی نداشته‌اند.^۴

نمونه‌های بسیاری در میان مصاحبه‌شوندگان وجود دارد که دانسته یا ندانسته درباره مشکلات روحی خود اظهاراتی را بیان کرده‌اند:

عصمت می‌گوید: "آخه یکی از شوهر شکست می‌خوره، یکی از بچگی شکست می‌خوره، ولی میره شوهر می‌کنه خوشبخت میشه، من از ۷ سالگی (پس از دست دادن مادرم)، بعد هم ۱۳ سالگی به زور شوهر دادم، این جوریم. کلاس می‌رم، با راهنمام حرف می‌زنم. تخلیه نمی‌شم ... تنهایی اونقدر جیغ می‌زنم، گریه می‌کنم، ... هیچ‌کس پشتم نبوده، بتونم درس بخونم توی این جامعه یه کارهای بشم ...".

^۴ درصدها جمع دو ستون بسیار کمتر و کمتر از معمول هستند.

بر اساس محتوای مصاحبه‌ها می‌توان جمع‌بندی کرد که اکثر زنان مصرف‌کننده مواد چه در طبقه متوسط و چه در طبقه فقیر، از مشکلات روحی رنج می‌برند که سبب مراجعه آن‌ها به پزشک متخصص، حتی بستری شدن در بیمارستان (۶٪ از مراجعین یکی از مراکز کاهش آسیب) و احتمالاً مصرف مواد شده است.

▪ مسکن

در چنین شرایطی از وضعیت سلامت جسمی و روحی و انگیزه‌ها وقتی از زنان مصرف‌کننده متعلق به طبقه اجتماعی-اقتصادی فقیر درباره اولویت نیازهای آن‌ها پرسش شده، "مسکن، اتاق، خانه" در اولویت اول آن‌ها بوده، شغل و درآمد و حرفه‌آموزی اولویت دوم و سوم و سلامتی بدون مشخص کردن (جسمی یا روانی) در اولویت چهارم قرار گرفته است. در حالی که نتایج همین پرسش از ارائه‌کنندگان خدمات نشان می‌دهد که آن‌ها سلامت روان را در اولویت سوم پس از تهیه مسکن و ایجاد شغل و درآمد قید کرده‌اند.

در واقع تأمین مسکن مناسب برای حفظ انگیزه و ادامه دوره درمان مهم است. نبود مسکن مناسب یا اجاره خانه‌هایی که زنان مصرف‌کننده قادر به پرداخت آن نباشند منتج به قرار گرفتن آن‌ها در فضای نامناسب می‌شود. زندگی و وسوسه در کنار مصرف‌کنندگان احتمال لغزش آن‌ها را افزایش داده و اثرات منفی بر توان آن‌ها برای پیدا کردن کار و یک شغل دائمی دارد.

فراهم بودن مسکن ثابت با فضای حمایتی یک عامل مهم در فرآیند بازپروری و پایه‌ای برای تسهیل اشتغال است. ترک درمان به دلیل سکونت در جای نامناسب از داستان‌های تکراری زنان مصرف‌کننده در طبقات فقیر جامعه است، به ویژه آن‌هایی که پس از آزاد شدن از زندان، شانس به دست آوردن مسکن مناسب را کمتر دارند و گاهی اوقات به ناچار به جمع بی‌خانمان‌ها می‌پیوندند.

سیمین ۳۵ ساله که تجربه شاغل بودن هم‌زمان با مصرف مواد و زندان‌های مکرر را دارد چنین تعریف می‌کند: "بعد از جدایی از شوهر اولم برگشتم خونه پدر، بازار کار می‌کردم، تو ماکارونی، خیاطی، همه‌چی، هرجا کار پیدا می‌کردم می‌رفتم کار می‌کردم، دستم توی جیب خودم می‌رفت ... ۷ سال خرجم را خودم درآوردم. صبح با چایی شیرین تریاک می‌خوردم و می‌رفتم سرکار. کسی نفهمید و در ۲۵ سالگی دوباره ازدواج کردم که اون تزریقی بود و خرید و فروش مواد هم می‌کرد و توی زندان مرد. خودم بعد از زندان اومدم تو میدون شوش، تو غربتی‌ها، به سال با یه خانمه خونه مجردی گرفتم که تو زندون آشنا شده بودیم که کراک مصرف می‌کردیم، مواد زیاد می‌ومد تو زندون، تو زندون هم خرج بودیم، ... اما دفعه آخر با پسر تو راه‌آهن کارتن خواب بودم تا این که شهرداری گرفتم. خودم را انداختند زندان و بچه‌ام را بردن بهزیستی ... مهم‌ترین چیز برای من مسکن بعدش شغل که بتونم بچه‌ام را بیارم پیش خودم".

بدین ترتیب به نظر می‌رسد برای ورود زنان مصرف‌کننده به بازار کار ایجاد انگیزه و حفظ آن، کاهش مشکلات روانی و سلامت جسمی و فراهم بودن مسکن مناسب از شرط‌های اساسی است که پیش از حرفه‌آموزی و اشتغال باید صورت بگیرد. به عبارت دیگر تمرکز بر انگیزه ایجاد ظرفیت روحی و جسمی و مهارت‌های لازم در فرد مقدم بر کار و اشتغال است.

▪ ظرفیت‌سازی برای ورود به بازار کار

ظرفیت‌سازی و توانمندی در مرحله اول نیازمند آموزش و کسب مهارت است. بر اساس تجربیات جهانی مهارت‌های مورد نیاز مصرف‌کنندگان به دو دسته اصلی تقسیم می‌شوند؛ مهارت‌هایی که شاید کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند به عنوان "مهارت‌های نرم"

نامیده شده‌اند که زنان مصرف‌کننده از طریق آموزش و بازآموزی می‌بایست آن‌ها را یاد بگیرند و دوم مهارت‌های انجام کار و حرفه‌آموزی است.

- **مهارت‌های نرم:** دسته اول مهارت‌ها مربوط به آماده شدن زنان مصرف‌کننده برای حضور در محل کار و آشنایی با هنجارها و رفتار مناسب چنین فضایی است. تجربه سایر کشورها حاکی از آن است که این گروه از زنان به دلیل شرایط زندگی و نوع گرفتاری‌ها، چندان توجهی به نظم و حضور به موقع در محل کار نمی‌کنند. همچنین اهمیت چندانی به شیوه لباس پوشیدن، نوع آرایش و ادای کلماتی که شایسته محیط کار نیست، نمی‌دهند. یا چگونگی برخورد با سایر همکاران به ویژه مردان در محیط کار را نمی‌دانند. حتی نمی‌دانند که در صورتی که مصاحبه‌ای برای کار وجود داشته باشد خود را چگونه برای اولین مراجعه و مصاحبه با کارفرماها آماده کنند.

زنان مصرف‌کننده مواد، در صورت نداشتن تجربه کار و یا دور بودن از بازار کار و محیط کار برای سال‌های طولانی نیازمند آموزش مهارت‌های نرم هستند. این آموزش‌ها همراه با مشاوره‌های متخصصین روان‌شناسی احترام به خود و اعتماد به نفس آن‌ها ارتقاء می‌بخشد، در میان تمام زنان مصرف‌کننده‌ای که در این مطالعه مصاحبه شده‌اند هیچ‌یک به چنین مشکلی در کار و ضرورت این نوع مهارت‌ها اشاره‌ای نداشت.

- **حرفه‌آموزی:** این دسته از مهارت‌ها مربوط به یادگیری حرفه جدید و یا بازآموزی حرفه‌ای است که در گذشته داشته‌اند. نوع این حرفه‌ها بستگی به علاقه و همچنین تقاضای بازار کار دارد. آموختن حرفه‌ای که برای آن در بازار تقاضایی وجود ندارد و یا تولید کالایی که خریدارانی ندارد، به طور یقین کمک چندانی به تقویت انگیزه و حرکت به سوی یک زندگی عادی و بازگشت به جامعه نخواهد کرد. توصیه شده است که انتظارات زنان مصرف‌کننده از حرفه‌آموزی و کار باید با دنیای واقعی تطابق داشته باشد. ایجاد انتظارات خارج از ظرفیت آن‌ها و یا بازار کار به هدف ایجاد و تقویت انگیزه در فرآیند بهبودی آن‌ها کمکی نمی‌کند.

درباره امکان حرفه‌آموزی بهبود یافته بسیار جوانی می‌گوید: "کلاس‌های بافتنی، منجوق‌دوزی، گل‌سازی بود، دوست هم داشتم. می‌ایستادم نگاه می‌کردم اما تنبلی‌ام می‌ومد. عروسک‌سازی هم دوست داشتم اما اعصابش رو نداشتم".

دختر جوان دیگری (۲۶ ساله) که تحصیلات راهنمایی دارد، می‌گوید: "من دلم می‌خواد که خودم این کار را بکنم [نقاشی روی پارچه] اما برای اولش یه خورده مشکلات مادی دارم. اگه بخوام دنبال کار بگردم ... دوست دارم یه جایی باشه که همه زن باشن، یه کار دولتی باشه، ... دوست ندارم برم بیرون شغل آزاد توی مردم. آخه برادرارم هم مخالفت می‌کنن. شما که از بیرون خبر دارین و می‌دونین اوضاع چطوره".

مهشید که ۸ کلاس درس خوانده، ۳۰ ساله است، او در ۱۳ سالگی ازدواج کرده، شوهر و پدر و مادرش فوت کرده‌اند. او می‌گوید: "من بافتنی، منجوق‌دوزی و گوبلن‌دوزی بلدم، اینجا هم [مرکز] بافتنی، گل‌سازی، شال‌بافی یادمان دادند. ولی ما را سر هیچ کاری نفرستادند. ما اینجا لیف درست می‌کردیم، خودشان کاموا و این جور چیزها را داده‌اند، خودم نرفتم ان جور چیزها را برای بافتن بخرم. من بافتم و آن‌ها هم مزد دستم را به من داده‌اند. پولش را نداشتم که خودم کاموا و ... بخرم، اگر داشتم صرفش بیشتر بود. الان جایی می‌رم و آنجا می‌نشینم. از من فال می‌خرند، دستمال کاغذی، کبریت و ... این‌ها را می‌فروشم و خرجم را در می‌آورم".

زینت دیپلم دبیرستان دارد، دارای یک دختر بیست ساله است که به مدرسه نرفته چون شناسنامه نداشته ولی حالا برایش شناسنامه گرفته، جزو جنگ‌زده‌هایی است که به تهران آمده و تعریف می‌کند که:

" بچه را خودم با بدبختی بزرگش کردم، هر کاری که می‌شد کردم، مجبور بودم هر کاری بکنم، خیاطی بلد بودم تا اونجایی که می‌شه کار خیاطی می‌کردم، مو کوتاه کردن، مو بافتن، خیلی کارها کردم. یه وقتی هم که دیگه کاری گیرم نمی‌اومد، می‌رفتم خودفروشی می‌کردم، دیگه چه کاری می‌شد بکنم؟".

▪ جستجوی کار

زنان مصرف‌کننده مواد به نظر می‌رسد در پیدا کردن کار بیشتر از راه شنیدن خبر از دیگر زنان مصرف‌کننده استفاده کرده‌اند و به ندرت فردی یا سازمانی برای کاریابی آن‌ها اقدام کرده است. یکی از بهبودیافتگان می‌گوید: سه ماه که پاک بودم به مرکز گفتم که دنبال کار می‌گردم اما کار نیست. منو فرستادن پیش حسین آقا که کفاشی داشت. یه مدت پیش اون کار کردم. حسین آقا می‌گفت کنتراتی، هر چقدر کار بیشتر کنی، بیشتر درمیاری. منم که بلد نبودم چی به چی، یه هفته کار کردم، دوهزار تومن گرفتم، بعدش رفتم تولیدی دامن و شلوار زنانه ..."

گروهی از زنان مصرف‌کننده مواد در دوره‌هایی از زندگی توانسته‌اند مصرف موادی مثل تریاک را با انجام کار و کسب درآمد هماهنگ کنند و در مجموع زنانی که با آن‌ها مصاحبه شد، تعداد کمی در زمان حال با مصرف متادون شغلی و درآمدی در حد تأمین حداقل‌های زندگی دارند.

شراره که سر و وضع نسبتاً مرتبی دارد، تعریف می‌کند که: "صاحب کار قبلیم - تی درست می‌کردیم - که همشهریم بود می‌دونست ولی چیزی نمی‌گفت آخه من سرحال بودم. کارمو می‌کردم. اگه از صبح تا شب برم سرکار مثلاً ۲۰۰ تا ۱۷۰ هزار تومان اگر کار باشه گیرم میاد من وقتی متادون می‌گیرم حالم خوبه، میرم سرکار، بدنم ساکنه، درد نداره، کارمو می‌کنم. تولیدی کیف‌های کوله‌پشتی است. قبلاً داروم رو هفته‌ای دو بار می‌گرفتم، سر یه ساعت از صاحب کارم اجازه می‌گرفتم می‌ومدم، می‌گرفتم و می‌رفتم. به اونم نمی‌گفتم کجا می‌رم، می‌گفتم مثلاً بچه‌ام میاد، برم یه غذایی بذارم. حالا میگن به هیچکی نمی‌دن، من اگر هر روز بخوام پیام اینجا از کار می‌افتم. این کاری که الان دارم، یه خانمی که همدیگرو می‌شناسیم اون اومد گفت فلان جا کار می‌کنم، کار زن می‌خواد رفتم، صحبت کردم گفت بیاد".

دشواری تنظیم ساعات کار و اجبار به جبران ساعاتی که محل کار خود را برای مراجعه به مراکز و دریافت متادون صرف می‌کنند با ساعات بیشتری از کار در هفته، سبب می‌شود که این دسته از زنان درخواست لطف بیشتری از ارائه‌کنندگان خدمات و دریافت هفته‌ای دوبار متادون را داشته باشند. تعدادی از زنان مصرف‌کننده نیز اظهار می‌دارند که به دلیل (یا به بهانه) این دشواری به دنبال شغل رفتن را کنار گذاشته‌اند و بیکار هستند.

فریده با موهای از ته تراشیده‌شده در یکی از پایگاه‌های شهر تهران می‌گوید: "دوست دارم مثل مردم باشم، مثل مردم زندگی کنم ...، من خیاطی بلدم، بافتنی بلدم. ۸ سال تولیدی لباس، مانتو، پوشاک کار کردم...، خب الان برای متادون اسیرم. هر روز باید این راه را بروم. سرکار که برم، محل کار که دیگه این اجازه را نمی‌ده که ساعت ۱۱ پیام و برم. هر جا برم باید از ۸ یا ۶ صبح تا ۵ یا ۶ غروب بمانم. اون موقع که کار می‌کردم صد و خرده‌ای دستمزد می‌گرفتم. صاحب کار فهمید [اعتیاد] و بیرونم کرد. دو سه جا بیرونم کردند و من دیگه نرفتم".

به طور کلی زنان مصرف‌کننده مواد که با معیار "تجربه اشتغال و کسب درآمد" از میان مراجعین به مراکز انتخاب شدند ترکیبی از انواع گوناگون شغل‌ها را در مقاطعی از زندگی خود تجربه کرده‌اند اما اکثریت آن‌ها به ویژه در طبقات اجتماعی - اقتصادی پایین کارگرهای بدون مهارت بوده‌اند که نحوه انجام کار را در محل کار و برخی هم در زندان آموخته‌اند. تعداد کمی هم به ناچار در

دوره‌ای از زندگی برای تأمین مخارج به تن‌فروشی تن داده‌اند که به جز تعداد بسیار کمی غالباً با اکراه و به تلخی از آن صحبت می‌کنند.

فریده: "موقعی که خانه شوهر اولم بودم (۱۲ ساله) مواد مصرف می‌کردم، و من را هم می‌فرستاد پیش مردای غریبه. من هم با خانواده شوهرم هروئین مصرف می‌کردم. بعد از به زندان افتادن اول طلاق گرفتم و دخترم را مادرم نگهداری می‌کرد. من را به خاطر مواد دستگیر کردند وقتی رفتم دخترم ۵ سالش بود، وقتی اومدم ۱۱-۱۲ سالش بود. وقتی دیدم نمی‌تونم کار کنم برای تهیه مواد با مردای دیگه رفتم. الان ۴ ساله متادون می‌گیرم که ۲ سالش را تن‌فروشی کردم برای تهیه کرایه خانه، ماهی ۵۰ هزار تومان سهم من از کرایه خانه بود".

سمانه ۹ ماه پاک و دختر بسیار جوانی است که تا حد راهنمایی مدرسه رفته و یک بار ازدواج کرده می‌گوید: "من از هر چی مرده متنفرم. من برای کسب درآمد این کارو [تن‌فروشی] کردم، اگر بگم نکردم دروغه، کردم. [درآمد] ماهی رو نمی‌دونم، اما درآمد زیاد بود. اصغر حمایت می‌کرد. من یادمه زمان مصرف ماهی یه بار یا دوبار با کسی برنامه می‌داشتم نه مثل بعضی‌ها که هر شب میرن. من فقط به خاطر پول مواد می‌رفتم، اما بیشترین راهی که پول مواد درمی‌آوردم گدایی بود. خیلی بهتر بود از زمانی که بخوام ناموسم رو زیر پا بذارم، فقط وقتی که خیلی مجبور می‌شدم اون کارو می‌کردم، ناچار می‌شدم".

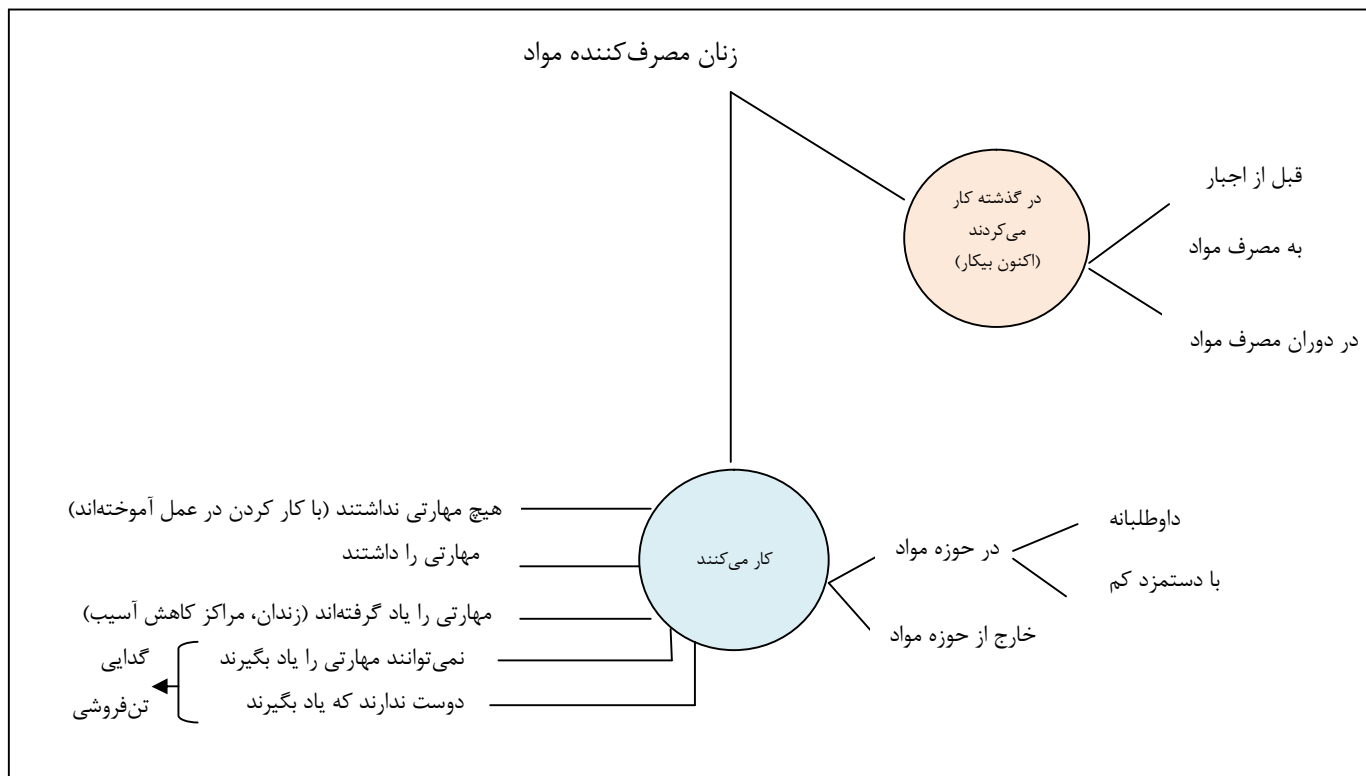
به طور کلی فعالیت‌های اقتصادی و تجربه کاری زنان مصرف‌کننده در این گزارش را می‌توان به دو دسته اصلی تقسیم کرد؛ (۱) آن‌هایی که در گذشته کار می‌کرده‌اند ولی در زمان مصاحبه بیکار بودند. (۲) آن‌هایی که در زمان حال به کار مشغول هستند که برای انجام این کار مهارتی را پیش از شروع مصرف مواد داشته‌اند و یا مهارتی را در مراکز و یا زندان آموخته‌اند و دسته‌ای نیز در عمل و با انجام دادن کار مهارتی را کسب کرده‌اند. البته تعدادی نیز علاقه و یا توان یادگیری حرفه‌ای مانند خیاطی یا بافتنی را که به حوصله و صبر زیاد و ساعت‌ها نشستن در جایی نیاز دارد، را ندارند.

علاوه بر این دسته‌بندی، تفکیک دیگری با توجه به انگیزه‌های کار و تجربه و دلایل انتخاب یک شغل خاص می‌توان انجام داد:

- **کار مرتبط با حوزه مواد مخدر:** گروهی از زنان مصرف‌کننده پس از پاک شدن و گاهی طی دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت و یا طی ۱۲ قدم در جلسات معتادان گمنام و یا وادی‌های چهارده‌گانه کنگره ۶۰ باور دارند که با تجربه و مهارت‌های خود به عنوان یک مصرف‌کننده پاک‌شده می‌توانند به دیگران خدمت کنند. در برخی از مراکز این گونه خدمات‌ها کاملاً داوطلبانه است و هیچ گونه مزد یا پاداشی جز رضایت خاطر فردی از انجام یک مسئولیت اجتماعی و خدمت به دیگرانی که اراده کرده‌اند همانند آن‌ها راهی را آغاز کنند، ندارد. این کار داوطلبانه علاوه بر خدمت به جامعه، توسط اعضاء کاملاً مورد احترام بوده و به ارزش‌گذاری، احترام به خود و اعتماد به نفس زنان کمک شایانی می‌کند.
- تعدادی از زنان مصرف‌کننده نیز هستند که با کار در داخل حوزه مواد، دستمزد اندکی دریافت می‌کنند. در واقع هر دو گروه از زنان الگوهای رفتاری موفق هستند که وجود آن‌ها در مراکز می‌تواند به ایجاد انگیزه در سایرین، علاوه بر انتقال تجربه، آموزش و ارائه حمایت‌های مورد نیاز زنان مصرف‌کننده کمک کند.
- بر اساس اطلاعاتی که از ویژگی‌های این گروه (غیر قابل تعمیم) به دست آمده شاید بتوان چنین نتیجه گرفت که غالباً مشارکت‌کنندگان در جلسات معتادان گمنام و یا روش‌های مشابه پرهیزمدار، احساس دین و وظیفه برای ارائه خدمات به "همردان" خود (مفهوم مورد استفاده خود آن‌ها) می‌کنند که در صورت برخورداری از حمایت‌های خانواده، کار را به شکل داوطلبانه انجام می‌دهند.

- **کار خارج از حوزه مواد:** در این حوزه اغلب کارها در تولیدی‌ها و کارگاه‌های کوچک لباس، کیف، کفش و ... است که به نظر می‌رسد شاغلین در این فعالیت‌ها، مانند اشتغال در بخش غیررسمی اقتصاد، دارای وضعیت ثابتی از نظر شغل و درآمد نبوده و غالباً دستمزدهای بسیار کمی را دریافت می‌کنند. فقط در یک مورد در مصاحبه‌ها به بیمه و برخورداری از تأمین اجتماعی اشاره شده است.

نمودار ۴. دسته‌بندی زنان مصرف‌کننده مواد با تجربه اشتغال



شرایط محیط کار

زنان مصرف‌کننده‌ای که در زمان حال و یا در گذشته انجام کار و شغلی را تجربه کرده‌اند، غالباً کارهای ساده بدون نیاز به مهارت خاص را انجام داده‌اند. مانند فروش فال و دستمال کاغذی در کنار خیابان یا شغلی بوده که مهارت انجام آن را در مدت کمی در محل کار آموخته‌اند مانند حاشیه‌دوزی یا بسته‌بندی و گاهی هم مشابه کاری بوده که در منزل خود به عنوان یک زن انجام می‌داده‌اند در واقع نقش مراقبتی و خانه‌داری مانند نظافت در منزل، نگهداری از سالمندان، تهیه و فروش چای و ساندویچ و ...

مشکلات زنان مصرف‌کننده در این شغل‌های بدون ثبات و بدون بیمه فقط به دریافت حداقل دستمزد و ساعات طولانی کار (۸ صبح تا ۸ شب) ختم نمی‌شود، بلکه به دلیل سابقه مصرف مواد و یا سوء سابقه (زندانی بودن) مجبور به پنهان‌کاری و طبیعتاً تحمل فشارهای روحی بسیاری می‌شوند. به طوری که گروهی از آن‌ها ترجیح داده‌اند که به کارفرما راجع به شیوه زندگی خود در گذشته چیزی نگویند و یا در صورت افشای آن، به دلیل سوءنظر و سوءاستفاده‌های کارفرما و یا سایر کارکنان مجبور به ترک کار خود شده‌اند. اما تعداد معدودی به دلیل شرکت در جلسات معتادان گمنام و اعتقاد به صداقت و راست‌گویی سابقه مصرف مواد خود را کتمان نکرده‌اند و غالباً نیز مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند.

صبا دختر جوانی در سن ۲۵ سالگی تعریف می‌کند: "کسی که مرا برای کار به این کارگاه معرفی کرده بود، اعتقاد داشت که باید با کارفرما صادق بود و به او گفته بود که من شیشه مصرف می‌کردم. چند روز پس از کار، کارفرما صبح شیشه تهیه کرده و گذاشته بود روی میز و تشویق به مصرف آن می‌کرد. من هم مجبور شدم کار را ول کنم."

سیمین که تجربه‌های سختی از زندان و بی‌خانمانی را در طول زندگی ۳۵ ساله خود داشته می‌گوید که سعی می‌کرده تا با صاحب کار زن کار کند اما همیشه این شانس را نداشته و گاهی توسط همکارانش اذیت می‌شده است.

ناهید که با سن کم ۲۱ ساله خود تجربه تن‌فروشی، کار در تولیدی‌های گوناگون را داشته و موفق به ترک مواد با استفاده از روش پرهیزمدار و شرکت در جلسات ۱۲ قدم معتادان گمنام شده از کاری با حقوق ۳۰۰ هزار تومانی صحبت می‌کند که به عنوان منشی شرکت شاغل شده است. می‌گوید:

"من خودم نگفتم، از حرفام متوجه شدن. یه سری حال بد بود، زنگ زدم به راهنما، صحبت که می‌کردم یه خرده حرفام انجمنی شد، اون فهمید. تا می‌فهمن رفتارشون بد می‌شه تا یک کم شل بگیریم، اما اگر کارت رو سفت و سخت بگیریم و اصلاً وارد بحث نشی باهاشون ... خواستن بگن که یارو INA، معتاده اما من اصلاً اجازه ندادم چنین برخوردی بشه. گفتم هر چه بودم مال خودم بوده، اینجا دارم کار می‌کنم و پول می‌گیرم. از اول بهشون گوشزد کردم، جدی برخورد کردم... فعلاً توی خوابگاه هستم یکی دوبار رفتم خونه گرفتم، دیدم برام زوده که بخوام برم تنها بمونم جایی."

در میان زنان مصرف‌کننده‌ای که با آن‌ها در مورد تجربه کار و شغل مصاحبه شد غالباً از کارفرما یا همکاران مرد به تلخی یاد می‌کردند اما نمونه‌ای هم بود که از رفتار مهربانانه کارفرمایی صحبت می‌کرد: "در سن ۱۸ یا ۱۹ سالگی شوهرم فوت کرد، ... شروع به مصرف مواد سفید کردم و بعد از ۶ ماه اجبار به مصرف شدم. من دو تا بچه داشتم و باید کار می‌کردم. ۸ تا ۹ سال در تولیدی راسته‌دوزی کار می‌کردم و ... پس از ۱۰ سال از مصرف دنبال یه راه گشتم که بتونم ترک کنم، من یه جا کار می‌کردم که صاحب کارم متوجه شد. چون من رأس ساعت ۱۰ صبح می‌رفتم دست‌شویی که بتوانم مصرف کنم. خیلی قشنگ با من کنار آمد، یه آقای خیلی خوبی بود، خانمش هم طبقه بالا بود خیلی به من کمک کردن که من ترک کنم، حتی من بدون دارو تو اتاقش ترک کردم، ولی ..."

در میان زنان مصاحبه‌شونده آن‌هایی که علاقه‌ای برای ورود به بازار کار داشته‌اند، غالباً در پی یافتن جایی برای کار بوده‌اند و کمتر در پی کار مستقل یا به اصطلاح خویش‌فرمایی یا خوداشتغالی برآمده‌اند. اما سه نمونه در این گروه دیده می‌شود که آن‌ها نیز تجربیات تلخ و شیرینی از کارآفرینی‌های خود نقل می‌کنند:

منیر می‌گوید: "۳۰ سال است که شوهرم فوت کرده و بعد از فوت شوهرم هر چه داشتم بالای مواد رفت. من کاسب ترمینال جنوبم. شب الی صبح توی ترمینال جنوب تخم‌مرغ و سیب‌زمینی و گوجه یا چای می‌دادم. هم مسافرا و هم عابرین پیاده می‌خوردن. ۶ صبح هم تعطیل می‌کردم و می‌ومدم خونه، فقط شب به شب می‌رفتم... تا حالا ۲۸ تا گاری دستیمو شهرداری برده، حالا با سبد در حد ۲ تا ۳ ساعت در روز کار می‌کنم، گاری دستی ندارم، با سبد روم نمی‌شه توی بچه‌های کاسب اونجا ..."

عصمت ۵۰ سال است که ۷ تا بچه را پس از جدایی از شوهرش بزرگ کرده و بچه‌ها خوب درس خوانده‌اند. پس از کنار گذاشتن آرایشگری می‌گوید: "می‌رفتم کیش، آستارا، سر مرز جنس می‌آوردم مثل لباس، وسایل سیسمونی پخش می‌کردم تو سه راه جمهوری. بعدشم یه پسره کلاه‌برداری کرد و دیگه نشد. البته الان لباس زیر می‌فروشم، ... بالاخره خرج رو در می‌آریم. یه

پس‌اندازی کردم، یه خونه‌ای رهن کردم. خوب درسته الان خیلی سختی می‌کشم، هیچکی نیست کمکم کنه. جفت مچ دستام باید عمل شه، افتادگی عصب دارم...".

▪ مشکلات ورود به بازار کار

در حالی که ادبیات و تجربه‌های جهانی در مورد اهمیت کار با دستمزد، احساس مسئولیت، ارزش و استقلال صحبت می‌کنند و با توجه به نیاز مبرمی که زنان مصرف‌کننده مراجعه‌کننده به مراکز به کسب درآمد و شغلی مطابق عرف جامعه دارند چرا نرخ اشتغال پایین و نوع فعالیت‌ها ناپایدار است؟ همچنین با توجه به این که به نظر کارشناسان، زنان و مردان با متادون کمتر از ۴۰ میلی گرم در روز می‌توانند کار کنند، چرا حتی برای گروهی که مصرف مواد را با روش پرهیزمدار به کلی کنار گذاشته‌اند ورود به بازار کار دشوار است؟ از مصاحبه‌های انجام‌شده می‌توان پاسخ‌هایی را برای این گونه پرسش‌ها را استخراج کرد:

- برای این که یک زندگی آشفته داشته‌اند
- از مشکلات سلامت روانی و جسمی رنج می‌برند
- غالباً در یک مسکن نامناسب زندگی می‌کنند
- سطح آموزش (رسمی و غیر رسمی) آن‌ها برای کار مناسب کافی نیست
- مهارت‌های آن‌ها محدود است
- نگرش کارفرماها نسبت به آن‌ها مثبت نیست
- توجه ویژه‌ای به اشتغال آن‌ها برای کسب درآمد نشده است
- گاهی پرونده قضایی دارند

بدین ترتیب شاید عمده‌ترین وجه مشترک همه گفتگوها با زنان مصرف‌کننده که تجربه شاغل بودن و کسب درآمد را در دوره‌ای از زندگی خود داشته‌اند را بتوان تحت عنوان مشکلات این گروه از زنان برای ورود به بازار کار خلاصه کرد:

- انگیزه برای کار و تلاش
- مسئله سلامت روانی، جسمی
- مسئله مسکن
- آموزش مهارت‌های نرم
- حرفه‌آموزی
- مشکل جستجوی کار
- ملاحظات در محیط کار
- خطر افشا شدن سابقه مصرف
- خطر مورد سوء استفاده قرار گرفتن
- عدم حمایت در محیط کار
- خطر از دست دادن اعتماد کارفرما و سایر کارکنان
- مسئله پرداخت مزد کم و ساعات کار طولانی
- کار بدون قرارداد و بدون بیمه

- نبود حمایت بعد از پیدا کردن کار
 - از طرف خانواده
 - مراکز دولتی / غیردولتی

نرگس یکی از زن‌های مصرف‌کننده‌ای است که با روش پرهیزمدار و شرکت در جلسات NA حدود ۶ سال است که پاک شده است، ۵۳ سال دارد و تا دوم راهنمایی درس خوانده و شوهر دوم او که مصرف‌کننده بوده و به واسطه مواد فوت کرده است. مصرف مواد را به تشویق و وسوسه شوهرش به خاطر این که او را دوست داشته و می‌خواست مانع ترکش شود، شروع کرده است. در اثر ۵ سال تزریق همه رگ‌های بدنش آسیب دیده. با کار کردن در خانه مردم همه ۵ بچه را سالم بزرگ کرده است. او انگیزه و جریان ترک مواد خود را چنین تعریف می‌کند:

"کوچک‌ترین بچه من را بچه‌های همسایه به خاطر مادر معتادش مسخره می‌کردند. اون جا بود که تصمیم گرفتم که ترک کنم. اما به اون آسونی‌ها هم نبود. یک سال طول کشید تا تصمیم به عمل برسد. یه آقایی به من آدرس انجمن را داد. خلاصه رفتم کمپ و ۱۱ روز آنجا خوابیدم بعدش تا ۳ ماه هم که ۹۰ جلسه بود رو رفتم. به آخر خط رسیده بودم، همه چیز را از دست داده بودم. اما در جلسات انرژی می‌گذاشتم و انرژی هم می‌گرفتم. من الان هم راهنما دارم و هم راهنما هستم. می‌گن اول باید شاگرد خوبی باشی تا بتونی معلم خوبی باشی. ما یاد می‌گیریم که مثلث بهبودی رو رعایت کنیم: کار، خانواده و جلسه. مثلث اگر یک پایه‌اش بلندگه، مشکل آدم برطرف نمی‌شه. یکی از اصول بچه‌های NA، کار است. بیکاری آدم رو به ناکجاآباد می‌رسونه. یکی هست که توان کار نداره، اما یکی هست که تن به کار نمی‌ده، نمی‌تونه عوض بشه، کلید اصلی داستان هم، همون تغییر است."

پیشنهادات نرگس برای حمایت‌های اجتماعی مورد نیاز زنان مصرف‌کننده برای بازگشت به جامعه به نظر می‌رسد که چکیده همه نظرات است:

"آن‌هایی که پاک می‌شوند خیلی به کمک احتیاج دارند، دستشون خالیه، هیچ بودجه و پشتیبانی نداره، کجا بره کار کنه؟ می‌خواد کار کنه. خونه می‌خواد، حمایت می‌خواد، کسی نیست حمایتش کنه، مخصوصاً خانم‌ها ... اگر حمایت نباشه زود ضربه می‌خوره، مجبور می‌شه که جسم خودشو به فروش بذاره. اگر دولت یا یک ارگان دیگری بتونه از خانم‌هایی که پاک می‌شن، مخصوصاً نسل جوان حمایت کنه، خیلی خوبه. یه جایی بهشون بدن که اونا بتونن اونجا بخوابند و آرامش داشته باشند. یه جایی داشته باشند و یه لقمه نونی بخورند. بعد از اون بذارند جایی که کار یاد بگیرند. تا زمانی که کار یاد می‌گیرند، هزینه اونهارو در حد خوراک و پوشاک تأمین کنند. توی اجتماع ما خیلی‌ها هستند که باور ندارند که معتاد توانایی داره؛ اما خیلی‌ها هم باور دارند که توانایی دارند."

۲.۳. ارائه‌کنندگان خدمات

مراکز ارائه‌کننده خدمات خاص زنان مصرف‌کننده (متادون درمانی یا پرهیزمدار) در شهر تهران بسیار محدود است و از تعداد انگشتان دست تجاوز نمی‌کند. گرچه پیش‌بینی روند رو به رشد احتمالی مصرف مواد مخدر میان زنان و افزایش تعداد زنان بی‌خانمان در سال‌های اخیر موجب توجه بیشتر به تأسیس و راه‌اندازی مراکز خاص زنان و یا اختصاص روزهایی از هفته کاری به ارائه خدمات به زنان شده است.

با هدف به دست آوردن اطلاعات بیشتری در مورد امکان و چگونگی ورود زنان مصرف‌کننده به بازار کار پژوهشگران با ۱۴ نفر از ارائه‌کنندگان خدمات در طیف گسترده‌ای شامل مدیر مرکز، کارکنان، پزشکان، ماماها، مشاوران، کارشناس حرفه‌آموزی، مدیر

داخلی، آشپز، دست‌اندرکاران سرپناه جنوب شهر تهران) و خدمات‌رسان‌ها به زنانی که به مراکز مراجعه نمی‌کنند (Outreach) مصاحبه و گفتگو نمودند. در میان این گروه سه مرد و بقیه خانم‌های ارائه‌کننده خدمت بوده‌اند. شاید در ابتدای این بخش از گزارش و با توجه به هدف پژوهش نتیجه مصاحبه‌ها را بتوان در یک جمله خلاصه کرد: "مراکز به موضوع اشتغال زنان مصرف‌کننده نمی‌پردازند". چنین جمع‌بندی شاید کمی منصفانه نباشد زیرا اکثریت به اهمیت مسئله واقف هستند و در حد توان به آن فکر کرده‌اند و گاهی به تجربه‌هایی هم دست زده‌اند (هر چند موقت) ولی به دلایل بسیار زیادی که در صفحات بعدی خواهد آمد، به آن نپرداخته‌اند.

ارائه‌کنندگان خدمات به زنان مصرف‌کننده را به چند دسته می‌توان تقسیم کرد و هر کدام از این دسته‌ها نظرات متفاوتی در مورد اشتغال زنان مصرف‌کننده دارند. به طور نمونه:

- زنان مصرف‌کننده به دلیل تأثیر مواد توان کار کردن نخواهند داشت.
- می‌توانند اما پس از طی یک دوران طولانی برای آماده شدن.
- اشتغال آن‌ها ربطی به مرکز ندارد، ما باید فقط به فکر ترک باشیم.
- مراکز کار را فقط باید در قالب "درمان" ببینند.
- برای بهبودی و پر کردن اوقات فراغت آن‌ها می‌توان اشتغال ایجاد کرد ولی باید دستمزد ثابتی هم پرداخت شود.
- کار، یک سرگرمی و جزیی از فرآیند بهبودی است.

شاید به تعداد کسانی که با آن‌ها مصاحبه شده بتوان نظرات را با جزئیاتی که نشان‌دهنده تفاوت آن‌هاست ارائه کرد اما در میان این نظرات دو دسته اصلی از ارائه‌کنندگان خدمات قابل تشخیص‌اند:

- گروه اول: آن‌هایی که در مراکز متادون درمانی خدمت ارائه می‌کنند.
- گروه دوم: آن‌هایی که در مراکز پرهیزمدار به ارائه خدمات می‌پردازند.

گروه اول که غالباً در مناطق جنوبی، جنوب شرقی و غربی تهران فعالیت می‌کنند، مراجعه‌کنندگان خود را به گونه دیگری توصیف می‌کنند و آن‌هایی که بر روش پرهیزمدار به ارائه خدمات می‌پردازند، نظرات متفاوتی دارند که می‌تواند مبتنی بر تفاوت نگرش‌ها نسبت به روش انتخابی درمان باشد.

ارائه‌کنندگان خدمات در گروه اول (متادون درمانی) معتقدند مواد مخدر از هر نوع آن به ویژه نوع صنعتی، اثراتی بر مغز دارد که کارکرد سیستم عصبی را مختل می‌کند؛ درد، گیجی، احساس خستگی، افسردگی، پرخاشگری، بی‌حوصلگی و ... سبب می‌شود که مصرف‌کننده مواد توانایی تصمیم‌گیری عقلانی و قضاوت درست را درباره عوامل، به طور مثال حتی تهدیدکننده سلامت خود و دیگران را از دست بدهد. متادون کمک می‌کند که با جایگزینی مواد به ثبات در وضعیت و ظاهر آراسته‌تری پس از چند ماه دست پیدا کنند ولی آثار تخریبی موادی که در سال‌های طولانی مصرف شده، از بین نمی‌رود.

ارائه‌کنندگان خدمات در این گروه آگاه هستند که اشتغال باعث احترام به خود و اعتماد به نفس می‌شود و به وضوح قید می‌کنند که کار و اشتغال قدم مهمی به سوی بازتوانی است اما در نتیجه تجربیات خود معتقدند که برای گروه بزرگی از زنان مصرف‌کننده از طبقات نسبتاً فقیر، شاید این کار عملی نباشد و دولت‌ها باید خود را موظف بدانند که با تأمین حداقل‌های زندگی امکانات لازم را برای بازآموزی شیوه زندگی جدید و "کار برای درمان" را فراهم کنند.

به نظر یک متخصص پزشکی در مرکز کاهش آسیب: "کسی که الان مصرف‌کننده مواد است که کاری نمی‌توانم برایشان بکنیم، که مهارتی یاد بدهیم. حالا آنی که متادون مصرف می‌کند اگر ۶ ماه مداوم مصرف کند، می‌شود به گونه‌ای روی ظرفیتش کار کرد، اما آنی که متادون را دارد با ماده دیگری ترکیبی مصرف می‌کند که متأسفانه این داستان در زنان بالاست، ما داریم در زنان که ۳ سال است متادون می‌گیرد ولی هنوز حالش خوب نیست".

نظر این متخصص را خود زنان مصرف‌کننده در جنوب شهر تهران تأیید می‌کنند. فریده می‌گوید: "من ۴ سال متادون در این جا می‌گیرم، قبلاً کراک و شیشه و ... مصرف می‌کردم. اول ۳۰ تا ۶۰ تا خوردم به مرور اومدم رو ۲۵ تا و ... [من با کسانی زندگی می‌کنم که] اونا غیر از متادون مواد هم مصرف می‌کنند، بیشتر شیشه. چون با متادون کراک که می‌کشند، چرتشون می‌بره ولی شیشه که می‌کشند فعالیتشون زیاد میشه ... می‌تونن راحت برن دنبال کارهاشون، منم ۱۰-۱۵ روزی یا ماهی یک بار گریزی می‌زنم. متادون جایگزین هروئین و کراک است، جای شیشه را نمی‌گیره ...".

می‌توان پیش‌بینی کرد که این دست از اطلاعات را ارائه‌کنندگان خدمات بهتر و بیشتر دارند، حتی با انجام آزمایش‌های مصرف مواد به صورت ناگهانی و بدون خبر قبلی، باز هم گروه بزرگی از زنان مراجعه‌کننده به مراکز برای متادون، سال‌های زیادی است که متادون را با سایر مواد مصرف می‌کنند. ارائه‌کنندگان خدمات با توجه به هدف این گونه مراکز "کاهش آسیب" و اصل "محروم نکردن مراجعه‌کننده از دریافت متادون و عدم به کارگیری روش‌های تنبیهی" به ناچار کماکان به ارائه خدمات به مشتریان دائمی خود می‌پردازند.

در اینجا اشاره به این نکته ضرورت دارد که ارائه‌کنندگان خدمات در این گروه نیز اکثراً معتقدند که ترک و پرهیزمداری ایده‌آل است ولی برای همه ممکن نیست. یکی از متخصصین مراکز متادون‌درمانی نظر خود را چنین بیان می‌دارد:

"ما باید روی قسمت ترک خیلی قوی کار کنیم تا طرف ببیند که این ترک کردن چه علائم خوبی را برایش ایجاد کرده، وضعیت روحی‌اش چقدر تغییر کرده که این مستلزم یک تیم کاری پزشکی و روان‌شناسی بسیار متبحر است. آن وقت می‌شود گفت که اگر قسمت اول ترک خوب انجام شود و تأثیری که ما انتظار داریم، بگذارد. ظرفیتش را دارند [برای کار و اشتغال]".

ارائه‌کنندگان خدمات در گروه اول، با توجه به شرایط مراجعه‌کنندگانشان به موانع کاملاً محسوس بر سر راه درمان و بهبودی آن‌ها اشاره دارند: از آن جمله مسئله انگیزه، سلامت روانی و جسمی و مسکن.

▪ انگیزه

پژوهشگران شاید بیش از صد بار این جمله را از همه ارائه‌کنندگان خدمات شنیده‌اند که "این‌ها آخر خط هستند"، یعنی کاری نمی‌شود برای این‌ها کرد. داستان‌های بسیار تلخ از تجربه زندگی، فرآیندی از اشتباهات مکرر همراه با فقر اقتصادی و فرهنگی، تعدادی از زن‌های مصرف‌کننده را در جایی قرار داده که روزنه امیدی را نمی‌بینند. یک ارائه‌کننده خدمات میانسال با تحصیلات دیپلم دبیرستان اظهار می‌دارد که:

"... هر کدومشون که میگم برید و پاک بشید، می‌گن بعدش کجا بریم؟ راست هم می‌گن. جایی رو ندارند که برن، خانواده که پذیراشون نیست، ... این‌ها پل‌های پشت سرشون رو هم خراب کردند، ...".

از نظر کارشناسان ارائه‌کننده خدمات تفاوت‌های بسیاری در انگیزه، رفتار، و .. میان زنان و مردان مصرف‌کننده وجود دارد که باید این تفاوت‌ها را شناخت و در درمان مد نظر داشت: "در مردان خانواده‌هایی هستند که منتظر برگشت شوهرانشان هستند، ... در

نتیجه انگیزه بالایی برای ترک دارند تا کاری پیدا کنند و دوباره آن بنیاد خانواده را دور هم جمع کنند. انگیزه بازگشت به خانواده در این مردان تقویت می‌شود... اما در زنان با عواملی نظیر نبود خانواده یا طرد بالایی خانوادگی، انگیزه بازگشت را ندارند."

ارائه‌کننده خدمت دیگری می‌گوید: "... زن می‌گوید خب حالا خوب هم شدم، آخرش چیست؟ من از خانواده‌ام طرد شده‌ام، کسی من را قبول نمی‌کند با این اوضاعی که من پیدا کرده‌ام، با این کاری که دارم دیگه در جامعه پذیرفته شده نیست."

در جستجوی انگیزه‌های احتمالی برای زنان و در مقابل پرسش‌های پژوهشگران و ارائه‌کنندگان خدمات پاسخ‌هایی گاه بسیار دشوار برای باور کردن اما واقعی و بر اساس تجربیات خود ارائه می‌نمودند:

- آیا حاملگی می‌تواند انگیزه ترک شود برای زن؟
- آیا شوهر و عشق می‌تواند انگیزه باشد؟
- آیا به خطر افتادن سلامتی و ترس از بیماری می‌تواند انگیزه باشد؟
- وجود مسئولیت بچه‌ها چگونه؟

و همه پاسخ‌ها را با نقل قولی از یک ارائه‌کننده خدمات چنین می‌توان خلاصه کرد: "نه لزوماً. این‌ها احساس می‌کنند که این جا برایشان آخر خط است، خودشان حتی بیان می‌کنند که آخرش چی می‌خواهد بشود؟ از مردن که بالاتر نیست ... اگر کسی به این احساس رسید، فقط کار "کاهش آسیب" می‌شود برایش انجام داد ... من نمی‌دونم جامعه ما اصلاً کی می‌تواند آماده شود برای پذیرش خانم‌هایی که الان این جا هستند، من خودم واقعاً نمی‌دونم، کی این آمادگی را به دست می‌آورد جامعه‌مان ... وقتی خانم‌های ما که مطلقه هستند، بیوه هستند [مصرف‌کننده نیستند] و هیچ مشکلی از نظر مصرف ندارند، پذیرفته نیستند ..."

تفاوت دیگری که میان زنان و مردان مصرف‌کننده مورد اشاره قرار می‌گیرد، هزینه‌های دوره درمان و بهبودی است که با توجه به محدودیت‌های مالی و وابستگی اقتصادی زنان به مردان، موضوع در خور توجهی است که می‌تواند بر انگیزه زنان برای مراجعه به مراکز و ترک مصرف مواد تأثیرگذار باشد.

ارائه‌کنندگان خدمات اظهار می‌دارند که خدمات مراکز کاهش آسیب بدون هزینه و یا حداقل هزینه متادون ماهیانه در حد ۱۰ هزار تومان (که صرفاً برای مجانی نبودن خدمات است) ارائه می‌شود. در نتیجه چنین هزینه‌ای مانع برخورداری آن‌ها از خدمات نمی‌تواند باشد. اما کمپ چیتگر (مرکز ترک اقامتی کوتاه‌مدت) با تغییر در روش درمان و بهبودی و کادر متخصص روان‌شناس، مشاور و روان‌پزشک برای طول دوره درمان هزینه یک ماهه را به ۳۵۰ هزار تومان افزایش داده است. به نظر کارکنان روش پرهیزمدار: "بهتر است که افراد برای بهبودی هزینه بپردازند تا بتواند ماندگار شود: "بر همین اساس در کمپ مردان کسی که حتی یک سال آن‌جا خدمت می‌کند، باید هزینه‌های پرداخت کند اما در کمپ زنان چون اصولاً وضع مالی خوبی ندارند خیلی بشه گرفت تا دو ماه و بعد از اون اصلاً پولی ندارند."

به نظر اکثر کارکنان روش پرهیزمدار، شانس بهبودی کسانی که پس از ترک، برنامه ۱۲ قدم را شروع می‌کنند بیشتر است. چون انگیزه آن‌ها تقویت می‌شود، مشکلات روحی تخفیف پیدا می‌کند و با آمادگی بیشتری وارد اجتماع می‌شوند. اما مدیریت کمپ در شرایط کنونی از ارجاع و تشویق زنان به شرکت در جلسات معتادان گمنام خودداری و مراجعه به مشاورین متخصص در بیرون از مراکز تشویق می‌گردد. تا چه اندازه هزینه‌های سنگین مشاوره و پرداخت حداقل ۲۰ هزار تومان در هفته، می‌تواند به صورت ضد انگیزه عمل نماید موضوع قابل بررسی در آینده خواهد بود.

■ سلامت روانی، جسمی

تمامی مراکز ارائه‌کننده خدمات درمان و بهبودی پزشک عمومی را برای ساعاتی در روز یا هفته، به ویژه در ساعات توزیع متادون دارند، بعضی از مراکز پزشک متخصص زنان، ماما و دندان پزشک را با تهیه امکانات دندان‌پزشکی، برای ارائه خدمات تخصصی به زنان مصرف‌کننده به همکاری دعوت کرده‌اند. برخی از مراکز با توجه به امکانات محدود مالی و هزینه‌های سنگین درمان و خدمات آزمایشگاهی یا بیمارستانی بیشتر از طریق روابط شخصی و دوستی با بیمارستان‌ها و یا با استفاده از خدمات پزشکان بدون مرز خدمات درمانی را تأمین می‌کنند. اما همه مراکز با تأکید بسیار بر ضرورت ارتقاء سلامت جسمی زنان مصرف‌کننده، به دلیل کمبود امکانات و به ویژه نبود منابع مالی در ارائه خدمات در تنگنا قرار دارند. یک متخصص می‌گوید: "... به نظر من [خدمات] کامل نیست، چون خدمات پزشکی نیازمند آزمایشگاه است و می‌دونم که اگر این‌ها را بیرون بفرستم تعداد زیادی از آن‌ها چون پول ندارند، انجام نمی‌دهند. در خدمات پاراکلینیکی مشکل داریم، خدمات بستری شدن و جراحی چون توان حداقلی را هم ندارند و ما هم بیمارستانی که رایگان این‌ها را ببینند نداریم، بیمه ندارند، ...".

ارائه‌کنندگان خدمات همه اذعان دارند که اکثر زنان مصرف‌کننده مشکل شخصیتی دارند. حس خودکم‌بینی دارند و دچار افسردگی گاهی بسیار شدید هستند و بهبودی آن‌ها مستلزم کار مشترک یک گروه از روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مشاوران است. به نظر آن‌ها هر نفر ۲ تا ۳ سال کار مستمر می‌خواهد تا آماده شوند که مستلزم تنظیم یک برنامه سنگین و دقیق است.

■ مسکن

به نظر ارائه‌کنندگان خدمات نبود مسکن برای زنان مصرف‌کننده پاک‌شده نشان‌دهنده یک سیکل ناقص از درمان و بهبود است. اما تهیه مسکن کار ساده‌ای نیست و مراکز تجربه‌چندانی در تهیه و ارائه این گونه خدمات ندارند و از نظر منابع و مجوزهای لازم نیز تحت فشار هستند.

اقامتگاه موقتی را که پژوهشگران در سال ۹۰ به آن مراجعه کرده بودند، عده‌ای از اهالی محل سعی کرده بودند تا ورودی ساختمان را به آتش بکشند. در گفتگوهای انجام‌شده با همسایه‌ها همگی ناراضی خود را از حضور این افراد در محل و مجاور منزل خود ابراز می‌کردند. در سال ۹۱ پس از جابه‌جایی به مکان جدید، همسایه‌ها شیشه‌ها را شکسته‌اند و مسئول اقامتگاه تعریف می‌کند که: "مادر شهید رفته شکایت کرده، همسایه‌ها می‌خواستند مرکز را آتش بزنند، بچه‌ها [زن‌های مصرف‌کننده] را زده بودند ... اماکن نامه داده، .. شورایاری‌ها هم مانع ادامه کار شده‌اند ... اگر شهرداری نتونه، جای ثابتی را بدهد و یک دستگاه دولتی حمایت نکند شاید ادامه تأمین همین سرپناه هم در آینده غیر ممکن بشود".

تعدادی از زن‌های مصرف‌کننده که پاک شده‌اند، به دلیل عدم امکان تأمین مسکن در اقامتگاه موقت زندگی می‌کنند. در زمان انجام این مطالعه، ۶ زن که با روش پرهیز از مواد پاک شده بودند و ۱۲ قدم را تمام کرده و یا در جریان طی آن بودند، پس از ماه‌ها هنوز نتوانسته بودند که مسکنی مناسب برای خود تهیه کنند و بر خلاف مقررات بهزیستی و ترجیح مدیران اقامتگاه هنوز در اقامتگاه زندگی می‌کنند. به قول یکی از مدیران اقامتگاه موقت:

"فرد یک سال پاکه ولی هنوز اینجاست، این‌ها می‌توانستند الگوی خوبی برای دیگران، آن‌هایی که در اطاق‌های آن طرف حیاط زندگی می‌کنند باشند، اما این طور نشده، طرف نمی‌دونه که اگر پاک بشه کجا بره؟ اینجارو هم از دست می‌ده، چون میدونه که بهزیستی ایراد می‌گیره، اینجا مال مصرف‌کننده است. براشون خیلی مهمه که جا داشته باشند. با هم نمی‌توانند مسکن مشترک

بگیرند، زیرا هر مشکلی برای یک نفر پیش بیاد، بقیه هم در خطر لغزش قرار می‌گیرند. این تجربه را داشتیم که سه نفر هم رفته، خونه گرفته، خسارت دیدن و برگشتند^۵."

اکثر ارائه‌کنندگان خدمات معتقدند که با توجه به شرایط زنان مصرف‌کننده‌ای که تمایل به پاک شدن دارند خانه‌های بین‌راهی خیلی بهتر به کار می‌آید زیرا بهبودیشان را ادامه می‌دهند در کنار این کاری انجام می‌دهند، مسکن هم دارند. اما به نظر می‌رسد که تأمین چنین مسکنی چندان هم ساده نیست: "ما می‌خواستیم برای زنان خانه نیمه‌راهی بزنیم، اما دیدیم اصلاً نمی‌شود. این قدر مسائل حاشیه‌ای زیاد است که اصلاً قادر به کنترلش نیستیم، در قم کانون داشتیم، در شیراز ... چون در تهران مجوز نداده بودند، آن هم فقط یک سال دوام آورد، هم نمی‌گذارند که برای زنان بزنیم و هم خودشان مسائل حاشیه‌ای به وجود می‌آورند."

یکی از کارکنان با سابقه مراکز پیشنهاد می‌کند که:

"آن‌هایی که پاک شده‌اند و یا خیلی از این‌ها به دلیل ترس از جا و مکان نداشتن زیر بار ترک نمی‌رن، باید برای این‌ها یک سرپناهی تهیه کرد شاید مثل خوابگاه دانشجویان که چهار تا مسئول داشته باشند. ماهی ۵۰ هزار تومان یا رقمی را هم کرایه خانه بدهند. اینها سرکار میرن و ۲۵۰ هزار تومان کار می‌کنند، می‌توانند اجاره خانه ۵۰ تومنی بدهند. البته قبل از سرکار رفتن باید چیزهایی را یاد بگیرند، بعدش هم باید برای این‌ها کار پیدا کرد."

▪ کار و اشتغال

ارائه‌کنندگان خدمات در مراکز پرهیزمدار زنان مصرف‌کننده را بر اساس نوع مواد مصرف‌شده به دو دسته تقسیم می‌کنند: آن‌هایی که مواد مخدر مصرف کرده‌اند و آن‌هایی که مصرف‌کننده مواد محرک بوده‌اند و تأکید دارند که برای دسته اول که در حال بهبودی هستند و یا از پاک‌ی آن‌ها یک سال و بیشتر گذشته، می‌توان به مسئله کار و اشتغال فکر کرد، اما لزوماً از وظایف مراکز نیست. ارائه‌کنندگان خدمات در این گونه مراکز تعدادی از کسانی که پاک شده‌اند را می‌شناسند^۶ که پس از پاک‌ی به کارهای متنوعی مثل بسته‌بندی، تولیدی کیف، ساندویچ‌فروشی، زیتون‌کاری، ... مشغول شده‌اند و بچه‌های پاک‌شده را هم به کار گرفته‌اند. این گروه از ارائه‌کنندگان خدمات، معتقدند حتی آن‌هایی که انگیزه ترک دارند پس از ترک به عنوان خدمت‌گزار در کانون برای مدت طولانی ۹ تا ۱۰ ماه و گاهی سال‌ها می‌مانند به دلیل این که نه جایی برای ماندن دارند و نه شغلی.

به نظر این کارشناسان مصرف‌کنندگان مواد محرک حداقل تا ۳ ماه باید تحت مراقبت باشند و کار برای معتادان سخت که شدت تخریب‌شان خیلی زیاد است (که البته تعدادشان زیاد نیست) دشوار است ولی برای گروه‌های دیگری که اعتیادشان نرم‌تر است و شدت تخریب‌شان چندان زیاد نیست، می‌توان آن‌ها را در طول دوره درمان برای کار آماده کرد.

در سال‌های اخیر یکی از مراکز (تولدی دوباره) برنامه جدیدی را برای برگزاری دوره‌های آموزشی مددیاری اعتیاد با همکاری دانشگاه علوم بهزیستی ترتیب داده است که تا کنون حدود ۱۰ دوره برگزار شده و نزدیک به ۶۰۰ نفر این دوره‌ها را طی کرده‌اند. با توجه به تجربه و محتوی دوره آموزشی این گروه تقریباً همه آن‌ها در حوزه مصرف مواد و به عنوان مددیاری یا دستیار روان‌شناس در مراکز ترک اعتیاد مشغول به کار شده‌اند. البته زنانی که فرد معتادی در خانواده داشته و خود مصرف‌کننده نبوده‌اند در دوره‌های

^۵ بر اساس تجربه سایر کشورها در فرآیند بهبودی، حمایت و نظارت برای کسانی که از مسکن‌های موقت به مسکن دائمی انتقال می‌یابند ضروری است. زیرا مسکن مستقل، مسئولیت‌های بیشتری دارد و احساس تنهایی و جدا ماندن گاهی اوقات لزوماً به نفع بهبودی نیست.

^۶ غالباً مردها را معرفی می‌نمودند به جز یک مورد که برای مصاحبه با این خانم تماس‌های مکرری گرفته شد ولی تلفن ایشان قطع بود.

آموزشی مددیاران خانواده شرکت می‌نمایند و تاکنون تعداد محدودی از زنان مصرف‌کننده بهبودیافته در دوره‌های مددیاری اعتیاد شرکت کرده‌اند. با توجه به تعداد بسیار کم زنان پاک‌شده برای شرکت در دوره‌های مددیاری اعتیاد مشخص نیست که آیا زنان کمتر شرایط شرکت در دوره (سال‌های پاک‌ی و ...) را دارند و یا این که هزینه سنگین دوره مانع از برخورداری آن‌ها از فرصت یادگیری و کار و اشتغال می‌شود.

بر اساس آیین‌نامه تدوین‌شده برای شرکت در این دوره‌ها، مواد مخدری‌ها یک سال پاک‌ی ولی مواد محرکی‌ها ۲ سال باید داشته باشند. اما به نظر مدرسین دوره حتی پس از یک سال پاک‌ی نمی‌توانند چیزی که امروز یاد می‌گیرند را هفته آینده به خاطر داشته باشند. به نظر می‌رسد حافظه کوتاه مدتشان تخریب شده و بیشتر به زمان نیاز دارند.

گرچه تعدادی از مدرسین نظرات اصلاحی درباره محتوی دوره و ظرفیت گروه‌های شرکت‌کننده در این دوره‌ها دارند ولی ارائه‌کنندگان خدمات تأکید دارند که یکی از اهداف دوره مددیاری، توانمندسازی کسانی است که پاک شده‌اند و اگر پس از چندسال افرادی که این دوره را گذرانده‌اند با افرادی که این دوره را نگذرانده‌اند، مقایسه شوند، تفاوت‌ها حتی در نوع لباس پوشیدن کاملاً مشخص است و اعتماد به نفس آن‌ها به طور چشمگیری ارتقاء یافته است.

فراهم آوردن زمینه کار و شغل در حوزه مواد (غالباً برای مردان) به شکل دیگری هم دنبال می‌شود. کارشناس یکی از مراکز ارائه خدمات اظهار می‌دارد که: " ... در مسائل خانه‌های بهبودی ... هرکسی پاک می‌شد ۶ ماه پاک بود می‌رفت کمپ می‌زد. دیگه حالا خودتان تصور کنید ... یک دفعه تعداد مراکز در تهران از ۱۰۰ به ۵۰۰ و خرده‌ای مرکز رسید تا ... دولت هم مقصر است که یک دفعه اجازه داد که این همه خانه بهبودی ایجاد شود ... البته نمی‌توانیم بگوییم همه‌اش تقصیر دولت است و نمی‌توانیم بگوییم همه‌اش تقصیر افراد است". به جز راه‌اندازی خانه‌های بهبودی و کمپ توسط بهبودیافته‌ها، به شکل دیگری هم کارهایی ایجاد می‌شود: "ما اطلاع داریم که بعضی از کمپ‌ها و یا خانه‌های بهبودی کار بسته‌بندی انجام می‌دهند، گویا بسته‌بندی کالاهایی است در زمینه پزشکی، ... پس از سم‌زدایی می‌فرستند بسته‌بندی ... درآمدش را هم خرج خودشان می‌کنند".

با هدف فراهم آوردن زمینه کار برای این گروه از مصرف‌کنندگان بهبودیافته (اکثر مردها) که غالباً در گذشته در کانون‌ها اشتغال می‌یافتند، اخیراً طرح جدیدی تهیه شده تا به کارفرماهایی که مددیاران اعتیاد را به کار می‌گیرند وام "کارآفرینی مددیاران" پرداخت شود. بر اساس اطلاع کارشناسان از کل کسانی که دوره آموزشی مددیاری را گذرانده‌اند شاید حدود ۲۵٪ بیرون از حوزه مواد دنبال فعالیت‌های اقتصادی دیگری رفته‌اند و در صورتی که به معرفی‌نامه‌ای نیاز داشته‌اند مرکز این نامه را داده است. اما ارائه‌کنندگان خدمات فکر می‌کنند که کارفرماها اگر بدانند که فرد سابقه اعتیاد دارد علاقه‌ای به استخدام او نخواهند داشت.^۷

تجربه خانه خورشید

مدیر اقامتگاه می‌گوید: تعدادی از زن‌هایی که می‌رفتند خانه خورشید و متادون می‌خوردند، خانه خورشید بهشون یه قلاب داد با کاموا. هیچ کدومشون هم بلد نبودند. بهشون می‌گفت که لیف ببافند، هر لیفی که بیارید من ۵۰۰ تومن از شما می‌خرم. باور کنید که هیچ کدوم قلاب‌بافی بلد نبودند، می‌نشستند و از همدیگه یاد می‌گرفتند. حداقل پول سیگارشون رو دربیاورند. بیکار هم بود، گاهی روزی دو تا هم می‌بافتند. تازه اگر خیلی هم تمیز می‌بافتند، جایزه هم می‌گرفتند. اما مسئولین خانه خورشید درباره این تجربه می‌گویند: "از سر و کول ما لیف بالا می‌رفت و نمی‌دانستیم با این لیف‌ها چه کنیم. بالاخره لیف‌بافی را تعطیل کردیم".

^۷ در ۱۲ قدم NA پاک‌شده‌ها اصلی دارند به نام "اصل صداقت" که باید سابقه مصرف مواد خود را به کارفرما اطلاع دهند.

به نظر می‌رسد که مراکزی که به زنان و مردان مصرف‌کننده ارائه خدمات می‌نمایند بیشتر اطلاعات و تجربیاتشان مربوط به مردان بوده و کمتر اطلاعی از زنان دارند. به نظر یکی از ارائه‌کنندگان خدمات میان‌سال و با تجربه برای رفع مشکلات کار و اشتغال زنان مصرف‌کننده باید به سابقه مصرف مواد و سن آن‌ها نگاه کرد:

"آن‌هایی که مثلاً ۴۰ سال دارند که یک عمر مصرف مواد داشته‌اند و حالا پاک شده‌اند، کار خاصی از شون بر نمیاد و بهتره در همین حوزه مواد به عنوان Outreach، خدمتگزار، آشپز کمپ‌ها کار کنند یا کمپ بزنند در صورتی که شرایط را دارند، ولی جوان ترها و بقیه بهتره برن بیرون".

تقریباً اکثر کارشناسان معتقدند که زنان مصرف‌کننده مواد برای کار باید آماده شوند و این دوران آمادگی را احتمالاً بین ۶ ماه تا یک سال می‌توان پیش بینی کرد. اما به هر حال تأمین کار و شغل از وظائف مراکز ارائه خدمات نیست و :

"باید دولت بیاید جلو، چون غیردولتی‌ها برای آقایون خیلی کار می‌توانند انجام دهند. برای آقایان کار هست ولی برای زنان مسائل حاشیه‌ای زیاد است". یکی از ارائه‌کنندگان خدمات مشکل اشتغال زنان مصرف‌کننده را چنین بیان می‌کند:

"بیمارانی هستند که پاک می‌شن. از نظر آمادگی برای کار در حد صفره، کسی که تازه پاک می‌شه به او توصیه می‌شود که ۳ تا ۶ ماه نمی‌توانی کار کنی، علتش اینه که اینها نمی‌تونن کارهای خوبی به عهده بگیرن، یا باید در خدمات کار کنند یا رانندگی یا کارهایی که نیاز به نیروی جسمانی دارند. اینها وقتی کم میارن مجبورن دوباره برن مواد مصرف کنند تا بتونن کار کنند. ما تعداد بی‌شماری مراجعه‌کننده داشتیم که کار خدماتی انجام می‌دادند و علت مصرف موادشان این بود که بتونن کار کنند، اما کارفرما متوجه شده بود این‌ها اعتیاد دارند، بیرونشون کرده بودند".

مشکل دیگر زن‌هایی که دوره سم‌زدایی را می‌گذرانند، عدم رعایت اصول محیط کار است، یکی از کارکنان تعریف می‌کند که: "ما الان نمونه‌ای داریم که یکی از خانم‌ها که یک سال پاک داره فرستادن سرکار (شهرداری برای زنان خودسرپرست یک جای آموزشی و کار راه‌اندازی کرده) که آموزش خیاطی می‌بینه، در عرض یک ماه راحت یاد گرفت. اما طرز رفتن به سرکار را بلد نیستند، مثلاً نمی‌رفته و به صاحب کار اطلاع نمی‌دادند ... این‌ها قاعده کار کردن رو که نظم و ترتیبه بلد نیستند".

سر وقت و منظم نیامدن برخی از کارکنان مراکز کاهش آسیب که مصرف‌کننده مواد بوده و بهبودیافته هستند، مسئله‌ای است که تقریباً توسط اغلب مدیران مراکز و همکاران این افراد به آن اشاره شده است: "ای کاش ما برای این‌ها برنامه تربیتی داشتیم. چون این‌ها به لحاظ تربیتی خیلی سطح پایینی دارند، حتی اونهایی که خانواده دارن. مثلاً یک‌هوا وسط کار، جلوی ۲۰ نفر در محیط کار میگه "دمت گرم" خوب این باعث میشه اینها شناخته بشن و نظر و دید همکارها نسبت به اونها و دید کارفرما تغییر کنه که وسائل منو ندزده و همه اون دغدغه‌ها به کارفرما فشار میاره که فرد رو قبول نکنه".

ارائه‌کنندگان خدمات زنان مصرف‌کننده مواد را در رابطه با شانس درمان و بهبودی و آمادگی برای کار به چند دسته تقسیم می‌کنند. به نظر آن‌ها:

- زنان مصرف‌کننده خودسرپرست بیشتر از همه شانس بهبودی را پس از ترک دارند، یعنی افرادی که بیوه یا مطلقه هستند و بچه دارند، یعنی این افراد به کار فکر می‌کنند. این‌ها مجبورند کار کنند اما آمادگی روحی ندارند، هنوز امید دارند که کار کنند و بچه‌شان را بیارن پیش خودشون، هنوز کورسوی امیدی وجود دارد.
- آن‌هایی که خانواده دارند (مجرد یا متأهل) آن‌ها هم موفق هستند، اما به دلیل حمایت‌های خانواده کمتر به کار فکر می‌کنند.

- گروه سوم گروهی هستند که اگر مردی را برای حمایت داشته باشند (غالباً همسر غیر رسمی) هیچ وقت سر کار نمی‌روند. این‌ها به سختی تحمل یک ماه ماندن در کمپ را دارند.

• حرفه‌آموزی

ارائه‌کنندگان خدمات در هر دو نوع از مراکز درمان و بهبودی با توجه به امکانات و فضایی که در اختیار دارند، سعی کرده‌اند که زنان مصرف‌کننده را تشویق به یادگیری و انجام برخی از فعالیت‌ها که بیشتر جنبه پر کردن اوقات فراغت، درمان و کسب دستمزدی اندک در مقابل کار انجام شده دارد، بنمایند. مثل خیاطی، قالی‌بافی، کیف‌دوزی، عروسک‌سازی، نقاشی روی پارچه ولی هیچ یک از این اقدامات جنبه اشتغال دائم و کارآفرینی ندارد.

بر اساس تجربه ارائه‌کنندگان خدمات گروهی از زنان مصرف‌کننده حرفه‌ای را در عمل یاد گرفته‌اند ولی عده زیادی خانه‌دار و یا کارگران ساده غیر ماهر هستند:

" ۹۰ درصد زن‌هایی که مراجعه می‌کنند آرایشگرند. در آرایشگاه‌ها زن‌ها دور هم جمع می‌شوند به خاطر ژست اجتماعی که مثلاً اگر سیگار دست بگیرند کلاس دارد، یا اگر شیشه مصرف کنند لاغر می‌شوند، ... برای همین اعتیاد زیاد دیده می‌شود. بعد از آرایشگری در میان شاغلین، بیشترین میزان اعتیاد در بین زنان خانه‌دار به چشم می‌خورد و بعد دارندگان شغل‌های خدماتی مثل نظافت، نگهداری از سالمند و ... مصرف مواد یک دوره‌ای بهشون انرژی می‌ده اما بعدها تأثیر منفی رو نشون می‌ده، اکثر این‌ها دیگه توان کار کردن ندارند."

ارائه‌کنندگان خدمات که مسئولیت اشتغال زنان بهبودیافته‌ها را بر عهده دولت می‌دانند، معتقدند: "واقعاً ما در این قسمت [اشتغال] ضعف داریم، بهزیستی و بقیه ارگان‌ها کاری نمی‌توانند برای آن‌ها انجام دهند. ما هم فقط یک وعده غذای گرم می‌توانیم بدهیم."

"بهزیستی یا یک واحد دولتی، مجتمع‌هایی را بسازه که یک بخشی حالت کارگاه آموزشی باشه، یک بخشی کار کنند، ... الان خانم‌هایی که رفتند کنار کمپ کارگاه، بازدهیشون خیلی بهتره، هم سرکارشون، هم یک موقع‌هایی بیرون میرن، امکانات خاصی مثل بن به این‌ها داده بشه، یا یک حقوق..."

تجربه اشتغال

"مدیر مجموعه یک بار گفت که چند نفر آمادگی بیشتری برای کار دارند؟ چهار نفر گلچین شدند. نفر اول گفت من نمی‌رم به خاطر مشکلات روحی که داشت. دومی هم که از بچگی بی‌خانمان بوده و تازه ۹ ماه پاک بوده، اون هم نتونست با محیط بیرون خودشو مطابقت بده و ما حذفش کردیم و روان‌شناس و روان‌پزشک دارن روش کار می‌کنن. موند دو نفر که بازدهیشون بد نبود، این‌ها کسانی هستند که بچه‌ها بهشون می‌گفتند بچه مثبت. اما این‌ها هم کج دار و مریز دارن میان جلو."

از نظر ارائه‌کنندگان خدمات، اولویت اول جا و مکان است و بعد کار و اشتغال. بر این باورند که کار و اشتغال و اصولاً آماده شدن برای کار سلامت روحی و روانی می‌طلبد که غالب زنان مصرف‌کننده فاقد آن هستند. علاوه بر این حتی در صورت اشتغال " باید

حمایت شوند ... کسی که میاد بیرون، می‌فرستیم تولیدی کار کند، کدوم تولیدی است؟ ما باید اول تولیدی را زیر نظر داشته باشیم. چون آن کسی که مسئول تولیدی است، ... تجربه نشان داده که بعد از یکی دو ماه مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند، ضربه می‌خورند و دوباره برمی‌گردند. خوب بالاخره یه زن نیاز به محبت دارد، این‌ها وقتی از کسی محبت می‌بینند، سریع دل می‌بندند، فکر می‌کنند این آقا می‌تونه نجاتشان بده و ازشون حمایت کنه ... آن طرف هم سوءاستفاده می‌کنه. بعد از ۳ تا ۴ ماه درب و داغان برمی‌گردند".

پیشنهاد تقریباً همه ارائه‌کنندگان خدمات در مورد کار و شغل با توجه به مشکلات تأمین مسکن، نبود منابع مالی کافی برای ارائه خدمات سلامتی جسمی و روانی می‌توان به نقل اظهارنظرهای یکی از مصاحبه‌شوندگان بسنده کرد:

"کار را باید بعد از مدتی [۶ ماه تا یک سال] که از پاکی گذشته انجام بدهند. وگرنه این‌ها از این‌جا که می‌روند بیرون بزرگ‌ترین دغدغه‌شون اینه که پول ندارند. کجا بروند؟ نه سقفی دارند، نه پولی دارند، نه بچه و زندگی دارند، پس توی این تلاش که یه اتاق بگیره، یه کاری پیدا کنه تا بتونه بچهاش رو از بهزیستی بگیره... اگر واقعاً سازمان‌هایی باشند بیان افرادی رو که مثلاً یک سال به بالا پاکی دارند رو حمایت کنند. یک اتفاقی بدن که حداقل یک جایی رو به عنوان مسکن داشته باشند، این حداقل نیاز امنیت رو برای این افراد بیاره، پس می‌تونه بره سرکار، وگرنه دوباره به همون شرایط برمی‌گرده، روز از نو، روزی از نو".

۳.۳. کارفرمایان

کارفرمایان یکی از شرکای اصلی یک برنامه درمان و بهبودی برای زنان مصرف‌کننده مواد هستند. شناخت دیدگاه‌ها و نگرش‌های آنان برای آگاهی بیشتر از موانع دسترسی زنان مصرف‌کننده به منابع درآمدی و ورود به بازار کار بسیار مهم است. با این حال متخصصین درمان و ارائه‌کنندگان خدمات به دلایل عدیده کمتر سراغ آن‌ها رفته‌اند و حتی تا اندازه‌ای از ارتباط با آن‌ها می‌توان گفت پرهیز دارند. زیرا بر این باورند که معرفی زنان مصرف‌کننده‌ای که به مراکز مراجعه کرده‌اند به کارفرماها برای یک شغل مناسب، انتظارات و مشکلاتی را برای هر دو طرف به وجود می‌آورد. ارائه‌کنندگان خدمات در برنامه متادون درمانی تجربه‌ها تلخی را در این رابطه بیان می‌کنند: "به هیچ وجه تجربه ما با این کارگاه‌هایی که معرفی‌شان کرده‌ایم خوب نبوده، حتی کارگاه‌هایی که بهبود یافته‌ها دایر کرده‌اند. از پیشنهادهای مصرف‌کننده تا سوءاستفاده جنسی و آزار و ارتباط جنسی که این [زن‌ها] دوست نداشتند، بوده تا طلب پولی را که داشتند و بهشان نداده‌اند و شناسنامه‌شان را گرو برداشتن و هر آن چه از تحقیر و فحش و کتک و ... که فکرش را بکنید. یعنی هر نوع سوءاستفاده که فکرش را بکنید ... حتی قبل از فرستادن ارزیابی کردیم که این کارفرما متأهل است، زن دارد، تجربه دارد، همه این‌ها را زیر پا گذاشته‌اند". و بدین ترتیب نتیجه‌گیری می‌کنند که:

"کارفرما مسئله‌اش حقوق کافی، تأمین سلامت اجتماع و .. نیست، فقط می‌خواهد این آدم را بچاپد ... بعد هم پولش را ندهد و بگوید برو. من با سرمایه‌گذاری خصوصی برای اشتغال زنان مصرف‌کننده مواد موافق نیستم. برای این که عمق این اشتغال ... و خواسته و نگاهش درآمدزایی است. ... باید با یک حمایت‌های اجتماعی همراه باشد. شهرداری، بهزیستی، وزارت کار ... که این حقوقی بگیرد ... باید یک نهاد دولتی از این‌ها حمایت کند...".

کارفرماهایی که در این مطالعه با آن‌ها گفتگو کردیم همگی در همان حوزه از فعالیت‌هایی بودند که زنان مصرف‌کننده کار در این رشته از مشاغل را تجربه کرده بودند. آن‌ها نیز مانند ارائه‌کنندگان خدمات اعتقاد داشتند که اشتغال برای همه از جمله زنان مصرف‌کننده باعث احترام به خود و احساس رضایت از زندگی و مفید بودن برای جامعه می‌شود. اما همچنین تأکید داشتند که

کارفرماها در آخرین نقطه از یک طیف قرار دارند. آن‌ها فرصت کار را برای همه آن‌هایی که در جستجوی کار هستند فراهم می‌آورند و از نظر آن‌ها نیروهای کار تفاوتی با هم ندارند و این ارائه‌کنندگان خدمات هستند که برای ایجاد انگیزه، تقویت علاقه به کار و یاد دادن آداب و رسوم کار کردن و حمایت‌های لازم باید قدم‌های اساسی را بردارند.

علاوه بر این تمامی کارفرمایان به شرایط خارج از کنترل خود، مانند وضعیت اقتصادی کشور، شرایط بازار کار و تعداد زیاد بیکاران، رکود در اغلب فعالیت‌های اقتصادی مسئله بیمه و ... اشاره‌های متعددی داشتند. اما واقعیت این است که علاوه بر مسائل فوق، به نظر می‌رسد که درباره استفاده از نیروی کار زنان مصرف‌کننده مواد، مسائل دیگری هم وجود دارد که همه را با مشکلاتی مواجه می‌کند. اشتغال گروه بزرگی از زنان مصرف‌کننده موادی که در این مطالعه با آن‌ها مصاحبه شد در بخش‌های خدماتی و صنعتی که دستمزد کمی پرداخت می‌کنند و به مهارت خاصی نیز در ابتدای کار نیاز ندارند، بوده است. چنین کارگاه‌هایی معمولاً با نیروی کمتر از ۱۰ نفر کار می‌کنند که به آن‌ها کمک می‌کند تا از شمول برخی از مواد قانون کار و بیمه خارج بمانند. کارفرماها از بیان دردسرهای بیمه و یافتن راه‌های گریز از آن ابایی نداشتند.

بر اساس نظرات و تجربه‌های کارفرمایان در مورد استخدام زنان مصرف‌کننده مواد آن‌ها را به دو گروه می‌توان تفکیک کرد: (۱) کسانی که به شدت از استخدام این گروه پرهیز دارند و (۲) کسانی که شرط‌ها و اما و اگرهایی برای استخدام این افراد قید می‌کنند و ظاهراً به دلیل تجربه‌های ناموفق گذشته تمایل چندانی به استخدام این‌ها ندارند.

یکی از کارفرمایان در حوزه تولید لباس‌های زنانه می‌گوید: "من به هیچ وجه با زنان معتاد کار نمی‌کنم ما این‌جا فقط ۲ شرط داریم یکی سکس ورکر نباشد و یکی این که معتاد هم نباشند و اعتقاد به این است که پیشگیری بهتر از درمان است ... من دلیل دارم که این گونه محکم می‌گم". در مقابل این پرسش که: "حتی اگر پاک شده هم باشد؟" جواب قاطعی دارد: "اصلاً شکی توش نیست".

این کارفرما معتقد است اگر قرار به استخدام باشد همسران مردان معتاد اولویت دارند: "تفاوت زنان معتاد با زنی که شوهرش معتاد است. الان ... شوهرش معتاد است. کمپ هم رفت و آمد و عین جنازه هم خوابه. اما چون خودش سلامت است داره کار می‌کنه و هزینه بچه‌هاش را دارد می‌دهد... تمام زنانی که این‌جا می‌آیند شوهرانشان معتادند ولی می‌آیند و کار می‌کنند و شرافتمندانه زندگی می‌کنند. من به همه آن‌ها می‌گویم فکر کنید که اون مرده، خودتان جوانید، توانمند هستید و این برایشان کار می‌کند".

بر اساس نظرات کارفرمایان، کارهای تولیدی در چند نقطه تهران متمرکز شده است، مثلاً در خیابان مولوی، جمهوری و .. یک کارفرما "برای دایر کردن یک کارگاه کوچک ماهی ۱ تا ۲ میلیون تومان اجاره مکان می‌دهد. پول برق و آب، آن هم برق اتوها بسیار بالاست. پول تلفن و دستمزد کارگر بالغ بر ۵ تا ۶ میلیون هزینه دارد. و برای گرفتن کار از کارخانه‌ها مثلاً جوراب، چک و سفته می‌دهند و تعهد می‌دهند که هر روز مقدار معینی کار را تحویل بدهند. پس کارفرما مجبور است که از کارگرهای حرفه‌ای استفاده کند. زنان مصرف‌کننده مواد کارگر حرفه‌ای نیستند. تازه از آدم‌هایی بودند که نه وقت‌شناس بودند، نه کار بلد بودند، ... یکی دیگر از مسائل‌شان برخورد و رفتارهایشان بوده ... از نظر صحبت کردن رفتار مناسبی ندارند و پوشش مناسبی ندارند و این‌ها چیزهای مهمی است".

▪ حمایت‌های قانونی و دستمزدها

بر اساس اظهارنظرهای کارفرمایان دستمزدهای کارگران تولیدی (مصرف‌کننده و غیرمصرف‌کننده) غالباً با ۹ تا ۱۲ ساعت کار، بستگی به شیوه کار آن تولیدی خاص و مهارت و سرعت انجام کار توسط کارگر دارد. در برخی از کارگاه‌ها در ازاء انجام یک واحد

و تولید و یا بسته‌بندی یک واحد از کار، دستمزد دریافت می‌کنند. یعنی کارفرما، انتظار تعداد مشخصی از تولید و یا بسته‌بندی در روز را دارد. به طور نمونه برای بسته‌بندی یک جین جوراب ۳۰۰ تومان پرداخت می‌شود (در سال ۹۰) اما برخی کارگاه‌ها مزد ثابت برای ساعات کار ثابت پرداخت می‌کنند.

تعدادی از کارفرماهای بخش خصوصی سخت معتقد به پرداخت دستمزد در مقابل انجام کار هستند، در حالی که اغلب ارائه‌کنندگان خدمات که خود در نقش کارفرما، چندین مرد و زن بهبود یافته را به استخدام درآورده‌اند. معتقدند که برای ایجاد انگیزه نباید به این فکر بود که به این‌ها دستمزد در مقابل هر واحد کار داده شود بلکه باید حداقلی را (مثلاً ۲۰۰ هزار تومان در سال ۹۱) در نظر گرفت و بیمه کرد تا اشتیاق به تغییر رفتار داشته باشند. اما همین مراکز نیز خود به دلیل محدودیت‌های مالی دستمزدهای بسیار کمی را به افراد بهبود یافته می‌پردازند. کمبود بودجه برای پرداخت دستمزدهای کافی به مردان و زنان مصرف‌کننده استخدام‌شده در مراکز و تأخیر بسیار در تأمین همین بودجه حداقلی، از مواردی است که همه ارائه‌کنندگان خدمات به آن اشاره داشتند. یکی از این کارفرماها بیان می‌دارد که: "کل بودجه یک مرکز ۳۰ میلیون است که باید با آن یک وعده غذای گرم، اجاره مکان، هزینه سرویس‌های بهداشتی، ظروف یک بار مصرف، هزینه سوخت، آب و برق، تلفن (۱/۵ میلیون تومان اجاره یعنی ۱۸ میلیون تومان رفته) استخدام ۵ نفر نیروی کار، یک مسئول فنی، ۴ نفر بچه‌های بهبود یافته که کارهای خدماتی و Outreach را انجام می‌دهند در ماه حدود ۵۰۰ هزار تومان فقط پول نان است ... بنابراین ما هم چه کار می‌توانیم بکنیم؟ هر کس با ما همکاری می‌کند می‌گوییم تا روز آخر کار بیمه نداری، این نامه را هم امضا کن ... این‌ها را ما در عمل یاد گرفتیم. البته برای ما بهتر است که به همه مزد خوب بدهیم، بیمه کنیم اما با بودجه‌ای که در اختیار ما می‌گذارند، عملی نیست...".

یک کارفرمای تولیدی لباس که سیزده سال سابقه و تجربه مدیریت یک کارگاه موفق را دارد برای روشن شدن نحوه کار خود توضیح می‌دهد: "کارگاه تعریف مشخصی دارد، جواز می‌خواد، شما باید برید بانک، شما باید گردش مالی داشته باشید، خیلی کارها باید کرد. کارگر ۹ ساعت کار می‌کند ۴۰۰ هزار تومان می‌گیرد. البته بیمه هم رد می‌کنیم ... ما هم کلک‌های خودمون رو داریم مثلاً توی کارگاه ۵ نفر بیمه هستند، ۵ نفر نیستند اگر هم بخواهند بیمه شوند به ضرر خودشه، من زیر ۵ نفر ۵۰-۴۰ تومن بیمه می‌دم، بالای ۵ نفر ۷۰ تا ۸۰ هزار تومن. شما توی قهوه خونه این مملکت کار کنی تا معاون رئیس‌جمهور مشمول قانون کارید. کارگاه‌های زیر ۵ نفر مشمول حمایت از قانون کار نیستند، اما باید بیمه شوند. زیر ۵ نفر حق بیمه‌اش ۱۰ درصد است.

گاهی اوقات خانم‌های کارگر نمی‌خواهند بیمه بدهند من هم اسمش را توی لیست رد نمی‌کنم و حق بیمه را به خودش می‌دم".

گرچه زنان مصرف‌کننده مواد و ارائه‌کنندگان خدمات همه راجع به دستمزدهای کم صحبت می‌کنند و مشاور یکی از مراکز در انجام یک پروژه آزمایشی اشتغال زنان مصرف‌کننده می‌گوید: "کارگاه به خاطر مشکل جا و نارضایتی زن‌ها از میزان دستمزد کم بسته شد. واقعاً هم کم بود. ۹۰ تا ۱۵۰ تومن در ماه!! اما عرفشون همین بود، به زن‌های سالم هم همین را می‌دهند. اما زن‌های مصرف‌کننده آدم‌های متوقعی هستند".

اکثر کارفرمایان بر اساس تجربیات گذشته خود بر این باورند که مصرف‌کنندگان مواد به طور کلی به ویژه زنان انگیزه کار کردن ندارند. پرداخت دستمزدهای کم به افرادی که تازه وارد یک کار شده‌اند از نظر آن‌ها کاملاً طبیعی و قابل توجیه است. به نظر آن‌ها اولین قدم برای یک شغل ثابت و کسب درآمد خواستن خود افراد است و در مقابل پرسش پژوهشگران بر ضرورت حمایت از این گروه اجتماعی، دو کارفرما نظرات مشابهی را عنوان می‌کنند و بر این اعتقاد هستند که اگر این افراد انگیزه نداشته باشند، معرفی کردن و حمایت آن‌ها توسط مراکز ارائه خدمات و یا دوستان و آشنایان چندان مفید نیست: "این فرد در درونش این خودخواستگی باید ایجاد بشه که من دارم می‌رم تا شروعی دوباره داشته باشم نه این که چون معرفی شده فقط باید به او کمک کرد. یا این طرز فکر نمی‌تواند کار کند، چون انتظار حمایت‌های بی‌دلیل از کارفرما دارد".

کارفرمای دیگری می‌گوید: "این برجسب کمک و حمایت مشکل ساز است. به طور مثال اگر دستم شکسته، من باید خودم بدونم که بعد از مرخصی از بیمارستان دستم سالمه، پس باید از دست خودم استفاده کنم. در میان این افراد کسی بود که ۲۰ جین می‌زد، کسی ۲۰۰ تا. اما اگر تست ورزش از جفتشون می‌گرفتی هیچ فرقی با هم نمی‌کردند. به نظر من سلامت کامل داشتند. اما اون ذهنیته که باید درست بشه".

کارفرماها معتقدند تعیین‌کننده دستمزدها نه تنها انگیزه، سرعت عمل و مهارت کارگران در سطح فردی، بلکه نتیجه گریزناپذیر یک نظام اقتصادی است: "ما فکر می‌کردیم تحت هر شرایطی پوشاک زمین نمی‌خورد، پوشاک چیزی است که بشر دائم به آن نیاز دارد ... اما بازار خوابیده، پوشاک مثل سیل از چین داره میاد، این برمی‌گرده به سیستم اقتصادی سرمایه‌داری که برای دو هفته کار از ۸ صبح تا ۸ شب به عنوان "میان‌چرخ" به یک کارگر زن می‌دهد ۸۰ هزار تومن. این سالم است وای به حال این که معتاد باشد.

استثمار برای حفظ نظام سرمایه‌داری غوغا می‌کند. البته ما کارگر داریم که ۸۰۰ تومان مزد می‌گیرد. کارگر با کارگر فرق داره، اما کارگر داریم که تازه باید کار یاد بگیره، تازه آن ۱۲۰ تومانی که بهش داده می‌شه فقط برای رفت و آمدش است. می‌تونه توانمند بشه و بیاد ۸۰۰ تومن بگیره".

و کارفرمای تولید پوشاک دیگری در مورد حمایت قانونی از کارگران، به ویژه این گروه از نیروهای کار که به حمایت‌های خاصی هم نیاز دارند توضیح می‌دهد:

"اگر در بعد کلان بینیم قضیه را، اولاً مشکل این است که هیچ حمایتی از آنان نمی‌شود. وزارت کار باید حمایتشان کند که حداقل حقوق ۳۰۰ تومان است چرا به این کارگر ۱۲۰ تومان می‌دهید؟ ما که این را نداریم. دوماً اوضاع اقتصادی به هم خورده است و سوماً بازار پوشاک پر از جنس چینی است. مشکل ایران در تمام بخش‌های تولیدی همین هزینه تولید است. هزینه تولید فوق‌العاده بالاست در نتیجه از این طرف وزارت کار خودش را کشیده کنار، قانون هم حمایتی از این‌ها نمی‌کند".

▪ رعایت هنجارهای محیط کار

بر اساس تجربیات اکثر کارفرماها، زنان مصرف‌کننده برای حضور به موقع سرکار مشکل دارند و سلسله مراتب را در محیط کار رعایت نمی‌کنند. کارفرما می‌گوید: "هر کاری که دوست دارن می‌کنن، کافیه بگی چرا؟ حالا دیروز مرخصی بودید و عموتون فوت کرده بود، امروز چرا دیر آمدید؟ اینجا یک مجموعه‌ای است که روی شما حساب کرده، یک بار، دو بار، سه بار ...".

کارفرمای دیگری که در یک کارخانه سرپرست یک مجموعه بافندگی است با تجربه کار طولانی مدت با افراد معتاد، نظراتش بیشتر مربوط به وضعیت روحی و روانی افراد مصرف‌کننده (زن یا مرد) است. او تعریف می‌کند که کارگرانی داشته که بسیار ماهر بوده‌اند و به اصطلاح خود او: "از هر انگشتشون طلا می‌ریخته. زمانی که مصرف می‌کردند ۵ یا ۶ سال یک جا کار می‌کردند، اما به محض ترک کردن، اخلاقشون عوض می‌شه، تندخوتر می‌شن، توقعشون زیاد می‌شه که اصلاً نمی‌شه با همون سیستم و صاحب کار به کارشون ادامه بدهند".

تمام نکات ظریفی که در عدم رعایت هنجارهای محیط کار از کارفرمایان اشاره شد از تجربه یک کارفرمای تولیدکننده لباس که خود روزگاری مصرف‌کننده مواد بوده می‌توان دریافت:

تجربه

"دو تا از خانم‌های هم‌درد را که یکی ۷ ماه پاک بود، یکی هم تقریباً ۲ سال، ولی قدم کار نکرده بود بهمین معرفی کردند. اصلاً پاک‌ها بالا نبودند. روزهای اول گفتیم ساعت کار ما از ۸ صبح تا ۳:۱۲ و از ۲ بعدازظهر تا ۷ شب. دستمزد ما اون موقع ۳۰۰ هزار تومن بود. الان شده ۴۰۰ هزار تومن. گفتم کمکی که من می‌تونم اینجا به شما بکنم اینه که حمایت کنم این محیط همیشه پاک بمونه و همیشه هم هست ... دو سال پاکیه تقریباً ۳ ماه موند و اون ۷ ماه پاکي هم سر ۲۰ روز من عذرشو خواستم. دلایل این که خواستم همکار من نباشه این بود که ۱۳ نفر در کارگاه بودند، کارهای وسط کاری ما زیاده و اصلاً مهارت نمی‌خواد ... کافیه به کسی یک ماه آموزش بدید و کاری که می‌خواید در اون رشته خاص به راحتی انجام می‌ده. اتفاقی که افتاد این بود، به طور نامنظم وارد کارگاه می‌شدند. تأثیرش روی افراد سالم دیگه خیلی زیاد بود. خواهش‌ها و مرخصی‌ها و کارهایی که داشت و با موبایل صحبت می‌کرد... دیگه نمی‌تونستم تحمل کنم ... یکی از اونها برای یک کار ساده اومده بود. یکیشون هم بلد بود اما اونقدر پرمدها بود که اصلاً نمی‌شد بهش بگی این روش رو انجام نده. خانمی که کنار اون بود شب ۱۵۰ شلوار را آماده می‌کرد و براش می‌داشت اونجا و این خانم ۳۵ تا انجام می‌داد و دستمزد همون خانم هم از من می‌خواست."

▪ شبکه روابط اجتماعی جدید

بر اساس توصیه‌های متخصصین سلامت روانی، زنان مصرف‌کننده تشویق می‌شوند که شبکه روابط اجتماعی گذشته را ترک کرده و درصدد یافتن دوستان جدید برآیند. آیا یک شبکه روابط اجتماعی جدید در محیط کار می‌تواند به بهبود و سلامتی آن‌ها کمک کند؟ و آیا بهتر است که زنان مصرف‌کننده با سایر هم‌دردان خود کار کنند و یا وارد یک روابط جدید با غیرمصرف‌کننده‌ها در محیط کار شوند؟ به ویژه آن که تجربه کارفرماها حاکی از این است که زنان مصرف‌کننده مواد گاهی اوقات هدفشان فقط کار و کسب درآمد نیست، بلکه ترجیح می‌دهند که در گروه باشند و با سایرین ارتباط برقرار کنند.

نظرات کارفرمایان در مورد این موضوع به دو قطب کاملاً متضاد تقسیم می‌شوند:

- گروهی معتقد بودند که زنان مصرف‌کننده مواد با هم یک جا باشند، بهتر است.
 - گروه دیگری بر این اعتقاد بودند که با هم بودنشان تبعات زیادی دارد و موافق ترکیب بهبودیافته‌ها با سایرین در محل کار بودند. البته این افراد با تفریحات مشترک زنان مصرف‌کننده مشکلی نداشتند. یکی از کارفرماهای گروه اول می‌گوید: "من اصلاً با این که زن‌ها [مصرف‌کننده] رو بفرستن تو کارگاه‌ها پیش سایرین، اصلاً قبول ندارم. چون شرایط خاص این خانم اصلاً اجازه نمی‌ده تو این کارگاه کار بکنه و افراد سالم را هم ممکنه دچار چالش بکنه. باید توی کارگاه‌های خودشون این‌ها را آماده کنیم و آموزش براشون داشته باشیم ... کارفرمای بخش خصوصی اجازه نمی‌ده که با هزینه‌های سرسام‌آور کارگاه این کم کم یاد بگیره ... کارفرما نمی‌تونه دل بسوزونه، پس سخت می‌گیره ...".
- واقعیت این است که در غیاب مطالعات تجربی و پژوهش‌های میدانی در این زمینه‌ها هرگونه جمع‌بندی و اظهار نظری با جمله "بستگی به فرد دارد" شروع می‌شود.

▪ کار در منزل

بر اساس مصاحبه‌های به عمل آمده با کارفرمایان دو تجربه متفاوت از کار زنان مصرف‌کننده در منزل وجود دارد. یکی ناموفق و دیگری موفق. در تجربه اول که یک تجربه کوتاه مدت و در قالب یک پروژه آزمایشی اجرا شده است، کارفرما (مجری پروژه) از مشکلات متعدد در جریان کار تعریف می‌کند:

" کالاهای [جوراب] را باید می‌بردیم در خانه تحویل می‌دادیم و تحویل می‌گرفتیم که یک پیک موتوری این کار را می‌کرد. ۱۰ صبح تا ۴ بعد از ظهر دور می‌زد، کالاهای را می‌داد و می‌گرفت. ولی گاهی اوقات:

- خانم رفته بود نان بخرد؛ موتوری زنگ می‌زد و کسی منزل نبود
- خانم‌ها دوست نداشتند که همسایه‌ها بفهمند که در خانه کار انجام می‌دهد
- بچه‌ها کالا را در منزل کثیف می‌کردند (غذا ریخته بود روی آن‌ها)
- برای پیشگیری از کثیف شدن، رنگ خاصی را درخواست می‌کرد که عملی نبود
- گاهی اوقات مشکلات خانوادگی باعث می‌شد کار در مقدار و روز معین انجام نشود
- آن روز حوصله کار را نداشتند
- گاهی اوقات می‌گفتند کالاهای گم شده است

گرچه این پروژه ابتدا در یک محل ثابت شروع شده ولی به دلیل تخریب ساختمان مجبور به انتقال کار به منازل شده بودند. ولی بر پایه تجربه به دست آمده، به این نتیجه رسیده‌اند که کار در منزل موفقیت چندانی ندارد، زیرا اغلب زنان مصرف‌کننده برای دیدار دیگران، گفتگو و ارتباط برقرار کردن، تمایل به انجام کاری با دستمزد کم دارند و در صورت از دست رفتن این فرصت علاقه‌ای به انجام کار نخواهند داشت.

اما کارفرمای دیگری که تمام عمر کاری خود را در تولیدی چهارراه استانبول سپری کرده تعریف می‌کند: "در یک کارگاه تازه‌ای که راه‌اندازی کردم که یک خانم مدیر کارگاه بود [همسر کارفرما] دو جور فعالیت داشتیم یک سری تو خونه‌ها بودن و کسانی هم تو کارگاه بودن، اون افرادی که تو خونه‌ها بودن هنوز هستند و ... خیلی خوب با هم کار می‌کنیم و اصلاً مشکل نداریم. آن‌هایی که توی خانه بودند شوهرانشان معتاد بودند اما توی یک محیط با هم نمی‌توانند کار کنند. ما با آن‌ها درگیر نیستیم، با مشکلاتشون آشنا نیستیم، من بسیار هم راضی هستم. هفته به هفته میان دفتر و مزدشان را ۱۷۰ تا ۱۸۰ هزار تومان می‌گیرند. در بعضی از خانه‌ها ۴ یا ۵ نفر با هم کار می‌کنن ماهی ۱۴۰۰ تا ۱۵۰۰ تومان می‌گیرند".

نتیجه هیچ‌کدام از دو تجربه چندان به تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای کار در خانه یا بیرون از آن کمک نمی‌کند زیرا در هر تجربه ترکیبی از زنان سرپرست خانوار، زنان با شوهران معتاد، زنان بهبودیافته، تن‌فروش‌ها و ... در انجام کار مشارکت داشته‌اند و واقعاً نمی‌توان بر اساس دو نمونه به نتیجه قطعی دست یافت. شاید این مسئله هم از موضوعاتی است که بدون هیچ‌گونه پشتوانه مطالعاتی و تجربی اجرا شده و در ارزیابی نتایج آن فقط می‌توان گفت موفقیت یا عدم موفقیت کار در منزل به عوامل گوناگونی "بستگی دارد".

تجربه ۶ ماه کار

همانگ کرده بودیم با یک جوراب باف بازاری هر روز ۴ تا گونی جوراب خام می‌آورد و بسته بندی شامل این بود که جوراب اتو می‌خورد، تا می‌شد، پلاستیک می‌شد، مقوا می‌خورد، جین جین کارتن می‌شد و کار تمام شده را تحویل می‌دادیم. کار با ۶ نفر شروع شد و تا ۱۳ هم رسید. ما برای این که انگ را برداریم و نگویند که اینجا همان جایی است که این جور زنان می‌روند از خانم‌هایی که همسر مصرف‌کننده داشتند هم به کار گرفتیم. خانم‌ها هم سرپرست خانوار بودند و هم زن بهبود یافته، بین راهی بود. این‌ها ۳ ماه فقط پاک شده بودند و هنوز تغییر رفتار نداده است. خانمی بود که همسرش داخل زندان بود و خودش سکس ورکر بود، خانمی بود که همسرش HIV+ داشت. اونجا همه گونه بودند... ساختمان را شهرداری داده بود و وسط کار ساختمان خراب شد و مجبور شدیم به دلیل بی‌جایی آن را به داخل خانه انتقال دادیم.

▪ جنسیت کارفرما

در مورد جنسیت کارفرما و اشتغال زنان مصرف‌کننده در واحدهای تولیدی که کارفرما و یا مدیر آن جنس مؤنث است، اغلب کارفرمایان زن یا مرد با تأکید بر "با تجربه بودن کارفرما" (و نه یک دختر جوان) نسبت به این موضوع نظر موافق داشتند، گرچه به طور منظم به انگیزه زنان مصرف‌کننده اشاره داشتند و تکرار می‌کردند که خودخواستگی و انگیزه برای کار و اشتغال بیش از جنسیت کارفرما اهمیت دارد. همچنین معتقد بودند که حمایت از کارفرما برای کار با زنان مصرف‌کننده لازم است، زیرا کارفرما چه زن و چه مرد برای این که بتواند زنان مصرف‌کننده را به کار بگیرد نیاز به حمایت دارد. این حمایت می‌تواند آموزشی باشد زیرا او نمی‌داند که با معتاد چه کار باید بکند. کارفرمایی تعریف می‌کند که او بعدها یاد گرفته که معتاد واقعاً بیمار است، مجرم نیست و این نکته در دیدش نسبت به آن‌ها تأثیر زیادی داشته است.

به نظر کارفرمای دیگری که خود از بهبودیافته‌هاست و موفق به راه‌اندازی و مدیریت یک تولیدی لباس شده است: "یک خانم به خانم‌های دیگه بهتر می‌تونه کمک کنه، البته باید یک خانم با چند سال پاکی باشه، یک کارفرمای آموزش دیده باشه. این فرد می‌تواند مجموعه‌ای در اختیارش باشد که دیگران هم آموزش ببینند".

کارفرمای دیگری که کمی مسن‌تر به نظر می‌رسد بر این نظر است: "دردسر کار با خانم‌ها زیاد است. حتماً باید یک خانم مدیر این کار باشد ... مردها نمی‌توانند مستقیماً وارد این کار شوند ... وقتی در یک کارگاهی ۱۰ تا خانم کار می‌کنند، به راحتی نمی‌شود وارد شد ... باید این را بپذیریم در این کشور داریم زندگی می‌کنیم دیگه من "مرد" به راحتی نمی‌توانم وارد کارگاه شوم. در کارگاه خانم‌ها روسری‌شان را برداشتند، با یک تاپ نشستند دارند کار می‌کنند ...".

جالب این که اغلب کارفرمایان مرد معتقد بودند که اگر کارفرماها زن باشند شاید به دلیل هم جنس بودن و شاید هم همدلی زنانه، در اشتغال و به کارگیری زنان مصرف‌کننده موفق‌تر عمل کنند. اما کارفرمایان زن تمایلی به استخدام کارگر زن (زنان مصرف‌کننده) به دلیل تأثیری که بر دیگران دارند و در واقع آرامش محیط کار را به هم می‌زنند، نداشتند.

▪ عوامل تهدیدکننده در محیط کار

بر اساس نظرات همه کارفرماها (زن و مرد) مصرف مواد در برخی از کارگاه‌های تولیدی رواج دارد. کارگرانی هستند که با مصرف مواد به کار مشغول هستند، مثلاً تریاک و صاحب کارها به دلیل این که این افراد کارشان را به خوبی انجام می‌دهند. اعتراضی

ندارند. کار این افراد گاهی به قدری سخت است که آدمی که مصرف نمی‌کند نمی‌تواند این کار را به ویژه در ساعات شب انجام دهد. در واقع کارفرما تا زمانی که این کارگر سودآوری دارد و می‌تواند ۱۲ ساعت با ماشینی که مال ۴۰ سال پیش است کار کند، خود را با موضوع مصرف مواد کارگر درگیر نمی‌کند. به ویژه آن که می‌داند با اخراج یک کارگر ۴۰ یا ۵۰ ساله هیچ جوانی را برای این کار نمی‌تواند پیدا کند.

کارفرمای دیگری بر اساس یک مثل رایج در مورد دستگاه‌های بافندگی روسی قدیمی می‌گوید: "این ماشین‌ها نخ می‌خواد، کارگر می‌خواد، تریاکم می‌خواد".

تجربه

... یک دختر ۱۲ ساله بود، دقیقاً نبوغ داشت و تمام فکر می‌کردیم که این باید برود تیزهوشان. مادری وقتی آمد آن قدر قیافه‌اش تابلو بود که من حتی دلم نمی‌خواست که تو بیاد. گفت آمده‌ام ببینم ... چه جور جایی می‌آید. آن دغدغه مادری همیشه هست، گفتم چرخ کاری می‌کنه. گفت من خودم در جمهوری کار می‌کردم و چرخه روزگار منو کشوند به اینجا ... در تولیدی‌ها کسانی که می‌روند [کارفرماها] اولین کاری که می‌کنند تریاک را می‌گذارند روی میز. مادر ... اصلاً دروازه غاری نبود، اما آلوده شده بود. در جمهوری زندگی می‌کرده و در تولیدی معتاد میشه و در روند اعتیاد سر از دروازه غار درمیاره، دیگه اینجا رفته که رفته... وقتی این مادرش را شب تا صبح با ۳ نفر جلو چشمش می‌بینه خدای روی زمین هم نمی‌تونه برای این دختر کاری بکنه ..."

بنابراین گاهی اوقات نه تنها از مصرف مواد در برخی از تولیدی‌ها پیشگیری نمی‌شود و یا کارگر به دلیل مصرف آن اخراج نمی‌شود، بلکه مصرف مواد پذیرفته شده است. به همین دلیل کارفرماها خود تهیه‌کننده مواد می‌شوند. در مواردی کارفرمایان علاوه بر ایفا کردن نقش "ساقی" و تأمین مواد، انتظارات برقراری روابط خاصی را دارند. زنان مصرف‌کننده مواد از انتظارات نابجای کارفرماها و یا همکارانشان در محیط کار تجربه‌های تلخی را (بخش پیشین گزارش) نقل می‌کردند. گرچه از ابتدا می‌شد پیش‌بینی کرد چنین پرسشی از کارفرماها با چه نوع پاسخی مواجه خواهد شد ولی به هر حال پرسیده شد و یک کارفرمای زن جمله قصاری را تکرار می‌کند: "این‌ها [زنان مصرف‌کننده] وقتی می‌روند در تولیدی‌ها، آخرین کاری که از این‌ها می‌خواهند "کار" است".

داستان سوءاستفاده‌های جنسی در محیط کار و تجربه خشونت و تشویق به مصرف مواد در تمامی مصاحبه‌ها با هر سه گروه مصاحبه شونده آن قدر زیاد است که فقط به دو نمونه کوتاه و کوچک آن اشاره می‌کنیم: "من خانمی رو به همون چهارراه استانبول روانه کردم، به این مواد دادن و شیشه‌ای شد. این افراد گرچه پاک هستند اما هنوز به لحاظ روانی مشکل دارند".

"بعضی از کارگاه‌ها به زن‌هایی که در حال متادون خوردن هستند یا اگر هم پاک شده ۱۰ روز پاک شده یا یک ماهه، ... می‌گن شما بیا و دو ساعت اینجا بشین و هدفشون کار کردن کارگاهی نیست. این‌ها می‌خوان از این افراد سوءاستفاده کنند".

در مجموع عوامل تهدیدکننده در محیط کار، علاوه بر تحقیرها، سوءاستفاده‌های جنسی و ... باید به نگرش‌های منفی کارفرمایان و همکاران در محیط کار به عنوان عاملی که هم در استخدام این افراد و هم در ادامه کار آن‌ها مؤثر است، اشاره داشت.

کارفرمایان مدعی هستند که به دلیل سابقه کار، با یک نگاه می‌توانند تشخیص دهند که چه کسی مصرف‌کننده بوده و چه کسی نبوده و چه کسی می‌تواند کار کند. در عین حال که همگی تأکید دارند که اگر کسی مصرف‌کننده باشد (در حال مصرف) برای کار مناسب نیست و خطرات بسیاری برای سایر کارکنان دارد. اما اگر کسی در گذشته مصرف‌کننده بوده و بر اساس آگاهی استخدامی که در محل زده شده مثل سایرین مراجعه کرده، شانس کار به او داده می‌شود و اصلاً هم درباره سابقه او پرسش نمی‌شود. ولی پس

از مدت کوتاهی در صورت خوب کار کردن و اگر مشکلی پیش نیامده باشد، می‌تواند به کار ادامه دهد وگرنه عذر او خواسته می‌شود.

به نظر کارفرمایانی که زنان مصرف‌کننده را "همدرد" خطاب می‌کردند، پاک شدن کوتاه‌مدت برای کار کردن کافی نیست، پاک ماندن‌های طولانی (برای هر سال مصرف، یک ماه پاک) و رفتن به جلسات NA خیلی مهم است. علاوه بر این نگرانی‌ها و شروط استخدامی، مصرف‌کنندگان مواد، به دلیل نگرش‌های منفی در محیط کار همواره در مظان اتهام هستند.

کارفرمای جوانی از منطقه باقرآباد شهر ری تعریف می‌کند که در بافندگی او کارگرانی بوده‌اند که با وجود اعتیاد، کار خود را به خوبی انجام می‌دادند و دزد هم نبودند، اما کارگرهای سالمی بوده‌اند که دزد بوده و کار هم به خوبی او انجام نمی‌داده ولی تا صحبت از دزدی می‌شه همه انگشت اتهام را به طرف او [مصرف‌کننده مواد] می‌گرفتند.

به طور خلاصه تعدادی از کارفرمایان به شدت از استخدام زنان مصرف‌کننده پرهیز می‌کنند و گروهی هم حاضر به فراهم آوردن فرصت اشتغال برای آن‌ها بوده و هستند اما تجربه چندان موفقی از این اقدام خود ندارند و به طور کلی مشکلاتی را که به آن‌ها اشاره شده می‌توان از مصاحبه‌ها استخراج کرد:

- تأثیرگذاری بر سایر کارکنان کارگاه
- ناپایداری زنان مصرف‌کننده در کار:
 - نامنظم سر کار آمدن
 - سر وقت در محل کار حاضر نشدن
 - غیبت‌های مکرر، بدون اطلاع
- توقعات زیاد
- احتمال بزه‌کاری
- عدم انجام کار در کمیت و کیفیت مورد انتظار

در کمال تعجب هیچ‌کدام از کارفرماها به موضوع سلامت روانی زنان مصرف‌کننده به وضوح اشاره نکرده‌اند جز اشاره‌ای راجع به متوقع بودن آن‌ها. و همچنین درباره عدم مهارت زنان مصرف‌کننده تأکیدی نشده است که شاید به دلیل نوع کارهای این گونه تولیدی‌هاست که اصولاً نیاز چندانی به مهارت ندارد و یا کارفرمایان هنوز به روش سنتی و سلسله‌مراتب پادویی، شاگردی و استادی اعتقاد دارند و بر این اساس نیز عمل می‌کنند. در توصیف این روش گفته می‌شود:

"«میان چرخ» یا «چرخ» یعنی کسی که ۸ تا ۱۰ ساعت فقط نخ را قیچی می‌کند یا اتو می‌کند. پس از مدتی کار و یادگیری «چرخ راسته» یا «چرخ زیگزاگ» می‌کنند و بعد هم مراحل بعدی. شرط سیستم تولیدی یک سال پاچرخ است و یک تا دو سال «میان چرخ» باید بکنند. البته دست‌شویی و توالت را هم باید بشوید و پادویی کند تا بعد از دو سال به او اجازه بدهند که پشت چرخ بنشیند".

▪ کارهای مناسب برای زنان مصرف‌کننده

با تمامی مشکلات، کارفرمایان بر اساس تجربیاتشان، کارهایی را که فکر می‌کنند زنان مصرف‌کننده مواد با نظارت یک مدیر باتجربه می‌توانند انجام دهند، نام برده‌اند که فهرست آن به شرح زیر است:

- | | | | |
|-------------|---|------------------------|---|
| منشی‌گری | - | بسته‌بندی مواد غذایی | - |
| گلدوزی | - | شکستن قند | - |
| قلاب‌بافی | - | بسته‌بندی شکر | - |
| نقاشی | - | بسته‌بندی حبوبات | - |
| چرخ‌کاری | - | گل‌سازی | - |
| وردست شدن | - | آرایشگری | - |
| راسته‌دوزی | - | کار با کامپیوتر و تایپ | - |
| برش‌کاری | - | پرورش گل | - |
| زیگزاگ‌دوزی | - | پرورش قارچ | - |
| آشپزی | - | | |

۴. چالش‌های ما و درس‌های آموخته‌شده از دیگران

در جمع‌بندی یافته‌های این مطالعه و ترکیب مهم‌ترین نکاتی که در گفتگو با سه دسته از شرکای اصلی یک برنامه بازتوانی برای ورود زنان مصرف‌کننده به بازار کار به دست آمده - کارفرمایان، ارائه‌کنندگان خدمات مراکز و زنان مصرف‌کننده مواد - به روشنی می‌توان رابطه متقابل متغیرهای تعیین‌کننده طبقات اقتصادی - اجتماعی و مصرف مواد را دید. به نظر می‌رسد طبقه اقتصادی زنان مصرف‌کننده مواد، نه تنها در الگوی مصرف بلکه عامل تعیین‌کننده‌ای در یافتن راه‌های رهایی و بازگشت به جامعه است.

در مجموع اطلاعات کمی (۳۱۵ نمونه) و کیفی (سه سال گفتگو و مطالعه) درباره مردان و زنان مصرف‌کننده در شهر تهران، تفکیک طبقاتی این گروه اجتماعی مصرف‌کننده مواد در ارائه راه حل و تدوین طرح بهبودی برای هر یک از آن‌ها بسیار مهم است. زنان مصرف‌کننده از طبقات متوسط و متوسط به بالا در طول دوره درمان و بهبودی با حمایت مالی خانواده و پشتیبانی‌های آن‌ها فشار اقتصادی چندانی را تجربه نمی‌کنند. دسترسی آن‌ها به آموزش در سطوح بیش از تحصیلات متوسط و کسب مهارت‌های گوناگون، هزینه ورود به بازار کار را در صورت بهبودی و تمایل به کار فراهم می‌کند. شاید برای برنامه بهبودی این گروه مشاوران، روان‌پزشکان و روان‌شناسان، متخصصینی هستند که می‌توانند بیشترین نقش را داشته باشند. در واقع مصرف مواد و مشکلات آن‌ها از جنس دیگری است و ورود آن‌ها به بازار کار بیشتر به وضع روحی آن‌ها و آمادگی برای کار مربوط می‌شود. زنان مصرف‌کننده در این طبقه اجتماعی در دوران سفر در ۱۴ وادی (کنگره ۶۰) و یا آن‌هایی که قدم‌های دوازده‌گانه NA را طی کرده‌اند، در پی زندگی معمول خود هستند و فعالیت‌های داوطلبانه و خدمت به دیگران علاوه بر اعتماد به نفس، نیازهای روحی آن‌ها را برآورده می‌کند.

ارائه‌کنندگان خدمات به این طبقه از زنان مصرف‌کننده، نگرانی چندانی درباره کار، شغل و کسب درآمد مراجعین خود ندارند و سخت بر این اعتقادند که آن‌ها پس از رهایی از دام مواد، راه خود را یافته و بهترین‌ها را انتخاب می‌کنند چه در خانواده و چه در جامعه.

بنابراین مطالعه ما، همچنان که از محتوی مصاحبه‌ها با هر سه گروه مشخص است بیشتر بر مسائل زنان مصرف‌کننده متعلق به طبقه متوسط به پایین و طبقات فقیر متمرکز است. این گروه اجتماعی هستند که بیشترین آسیب‌ها و انواع آن را در فرایند مصرف مواد تجربه می‌کنند و دشوارترین شرایط را برای ورود به بازار کار دارند.

▪ چالش‌های ما

بر اساس نظرات زنان مصرف‌کننده و چالش‌هایی که در تجربه زندگی روزمره خود داشته‌اند و آن چه که طرف‌های مقابل این زنان یعنی ارائه‌کنندگان خدمات و کارفرمایان در رابطه با کار و شغل آن‌ها طرح کرده‌اند، جدول زیر را می‌توان تنظیم کرد:

| <u>زنان مصرف‌کننده</u> | <u>ارائه‌کنندگان خدمات</u> | <u>کارفرمایان</u> |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| • نداشتن جا و مکان و مسکن | • نبود مسکن | • وقت‌شناسی |
| • سلامت جسمی | • سلامت روانی | • بی‌نظمی |
| • دستمزدهای کم | • شغل و درآمد | • عدم رعایت سلسله مراتب |
| • نبود سرمایه اولیه برای شروع کار | • سلامت جسمی | • قابل اعتماد نبودن |
| • دشواری پیدا کردن کار مناسب | • رفتارهای ناشایست و سوءاستفاده | • پرتوقع بودن |
| • سوءاستفاده کارکنان و کارفرمایان | • جنسی در محیط کار | • مشکلات با سایر کارکنان |
| | | • پوشش نامناسب |

آنچه در این جدول خلاصه شده، نظرات ارائه‌کنندگان خدماتی است که فکر می‌کنند زنان مصرف‌کننده توانایی کار کردن را می‌توانند داشته باشند. زیرا در واقع ارائه‌کنندگان خدمات در مراکز با توجه به مشکلات کاری، کمبود امکانات و شرح وظائف خود با موضوع کار زنان مصرف‌کننده بیشتر به عنوان امکانی برای پرکردن اوقات فراغت و در عین حال کسب حداقل دستمزد، برخورد می‌کنند و اصولاً معتقدند که با توجه به مشکلات و موانع جدی که بر سر راه ورود زنان مصرف‌کننده به بازار کار وجود دارد، ارائه‌کنندگان خدمات نمی‌توانند کاری انجام دهند و برخورد با این مسئله از وظائف نهادهای دولتی است.

درباره نظرات کارفرمایان، باید اشاره داشت که این نکات خلاصه گفتگوهای کارفرمایانی است که حاضر به استخدام و استفاده از نیروی کار زنان بهبودیافته هستند. البته از زاویه منافع خود به مشکلات کارگران، به ویژه زنان مصرف‌کننده نگاه می‌کنند و کاملاً قابل انتظار است که برای دستمزدهای کم و یا عدم بیمه کارگری توجیحات کافی اقتصادی و عوامل مرتبط با کارگر را مطرح نمایند.

بنابراین هر سه گروه موضوع کار، شغل و کسب درآمد زنان مصرف‌کننده را با توجه به موقعیت و انتظارات خود مطرح کرده‌اند و ما به عنوان پژوهشگران در این اظهارنظرها طبیعتاً دخالتی نداشته‌ایم. اما می‌توانیم به عنوان یک ناظر بی‌طرف، طرح کنیم که نهاد خاصی به فکر اشتغال زنان بهبودیافته متعلق به طبقه اقتصادی فقیر نیست و جستجوهای ما در میان سازمان‌هایی که به شکلی فعالیت و وظائف آن‌ها می‌توانست بر وضعیت کار و شغل زنان مصرف‌کننده مواد مرتبط باشد، بیشتر منتج به این یافته شد که گاهی این گروه از زنان، در میان گروه بزرگ‌تری از زنان فقیر؛ غالباً سرپرست خانوار، از کمک‌های نقدی برخوردار می‌شوند. یا این که در صورتی که کاملاً بهبودیافته و مشکلات ظاهری و شخصی نداشته باشند احتمالاً در برنامه‌های سازمان بهزیستی برای تشکیل گروه‌های همیار با هدف اشتغال‌زایی و کسب درآمد مشارکت نموده‌اند اما به دلایل عدیده مانند محرمانه بودن اطلاعات شخصی و پنهان کاری خود افراد، اطلاع دقیقی از برخورداری زنان از خدمات نهادهای دولتی در دسترس نیست.

در موارد نادری، جای پاهایی از این که سازمانی به مشکلات مصرف‌کنندگان مواد و بهبود یافته‌ها توجهی داشته (زن و مرد) می‌توان یافت. مانند سازمان فنی و حرفه‌ای که دفتری برای آسیب‌های اجتماعی دارد و تفاهم‌نامه‌ای نیز با سازمان بهزیستی برای برگزاری دوره‌هایی که سازمان به آن نیاز دارد امضا نموده است. اما این که چه دوره‌هایی برگزار شده، شرکت‌کنندگان دوره چه گروه‌های آسیب‌دیده اجتماعی بوده‌اند و در میان زنان مصرف‌کننده مواد (۵/۲ درصد از کل مصرف‌کنندگان مواد) چه سهمی از این دوره‌ها داشته و تا چه اندازه برگزاری دوره‌ها ختم به یافتن شغل و کسب درآمد شده، خود پژوهش جداگانه‌ای را می‌طلبد.

همچنین با توجه به موضوع اعتبارات خرد در جهان و تجربه‌های موفق این نوع برنامه‌ها در کشورهای کم توسعه‌یافته مثل گرامین بانک و ... در دو دهه اخیر نیز در ایران، برخی از نهادهای مالی رسمی مانند بانک کشاورزی نسبت به تأمین اعتبارات خرد اقدام نموده است. زنان سرپرست خانوار و زندانیان تازه آزادشده از جمله گروه‌های آسیب‌پذیری بوده‌اند که از اعتبارات خرد بانک کشاورزی برای رفع مشکلات زندگی و یا راه‌اندازی یک فعالیت اقتصادی برخوردار شده‌اند. اما همان گونه که می‌توان انتظار داشت در مجموع زنان سرپرست خانوار و یا زندانیان تازه آزادشده وضعیت زنان مصرف‌کننده مواد و بهبودیافته‌ها مشخص نیست.

بانک کشاورزی بر پایه این اعتقاد که مردان و زنان آزاد شده از زندان با نگرش‌های منفی جامعه روبه‌رو شده و اعتماد خانواده و جامعه را از دست داده‌اند. و نبود حمایت‌های اجتماعی و منبع درآمدی، ممکن است آن‌ها را مجدداً به سوی مواد و جرائم سوق دهد، این طرح را اجرا نموده است.

بدین ترتیب از برنامه اعتبارات خرد بانک کشاورزی علاوه بر زنان سرپرست خانوار، آن دسته از زندانیانی که توسط مددکاران اجتماعی زندان پس از غربالگری شرایطشان (از نظر سلامتی، روابط خانوادگی، مسائل روحی و مشکلات قانونی و در صورتی که درخواست وام برای ایجاد شغل داشته‌اند) به بانک معرفی شده‌اند، استفاده نموده‌اند.

این برنامه در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴ اجرا شده و ۱۲۹۵۴ نفر در ۲۸ استان کشور از آن برخوردار شده‌اند (۴٪ (حدود ۵۲۰ نفر) دریافت‌کنندگان خدمات مالی خرد، زنان زندانی آزاد شده بوده است. وام ارائه‌شده بدون بهره یا نرخ بهره بسیار کم و حداکثر ۳ میلیون تومان و برای ایجاد اشتغال در همه بخش‌های اقتصادی به صورت فردی یا گروهی بوده است که می‌بایست در ۷۲ ماه به بانک بازپرداخت شود.

بر اساس مطالعه انجام‌شده گروه سنی که بیشترین تعداد وام را گرفته‌اند (۴۹-۴۰) ۵۱٪ میانسال و ۲۸٪ تا ۳۰ تا ۳۹ سال داشته‌اند و اکثریت متأهل و تأمین‌کننده هزینه‌های زندگی ۳ عضو خانوار بوده‌اند. نیمی با تحصیلات ابتدایی و بقیه تحصیلات متوسطه داشته و تعداد بی‌سوادان بسیار کم و قابل اغماض بوده است. میزان وام بستگی به نوع شغل پیشنهادشده، حداقل از ۱/۵ تا ۳ میلیون تومان نوسان داشته است. برخوردارشوندگان از اعتبارات خرد بیشتر وارد بخش خدمات شده‌اند (۷۳٪)، ۹ درصد وارد صنایع کوچک و ۱۱ درصد در صنایع دستی.

متأسفانه اطلاع دقیقی از پیامد این وام‌ها بر مردان و زنانی که از این اعتبارات خرد برخوردار شده‌اند در دسترس نیست اما بر اساس مطالعه صورت گرفته، زندانیان تازه آزادشده میزان وام را کمتر از آن چه که مورد نیاز بوده برای کار تولیدی دانسته‌اند، باور داشته‌اند که این گونه حمایت‌ها، از درگیر شدن با رفتارهای مجرمانه پیشگیری می‌کند. ۸۰٪ اظهار کرده‌اند که وام پیامدهای مثبتی بر زندگی آن‌ها داشته و از فقر آن‌ها کاسته است.

گرچه این تجربه مربوط به زندانیان تازه آزادشده است که یکی دیگر از گروه‌هایی هستند که دسترسی به شغل و ورود به بازار کار آن‌ها نیز دشوار است. اما با توجه به سابقه همراه شدن مصرف مواد با زندان در میان زنان جنوب شهر، می‌توان از آن به عنوان یک تجربه یاد کرد که نشان‌دهنده ظرفیت سیستم بانکی کشور برای ایفای مسئولیت‌های اجتماعی و حمایت از زنان مصرف‌کننده بهبودیافته است.

▪ درس‌های آموخته‌شده از دیگران

مشکلات مصرف‌کنندگان مواد در سایر کشورها تشابهاتی با چالش‌های ما در ایران دارد به طوری که در ادبیات جهانی شش عامل بازدارنده در ورود مصرف‌کنندگان مواد به بازار کار را چنین می‌توان خلاصه کرد:

- میزان آموزش و مهارت پایین
- وضع سلامت جسمی و روانی نامطلوب
- محرومیت‌های چندگانه و همراه با هم
- نبود خدمات حمایتی پیش و بعد از آغاز کار
- مشکلات ظاهری و شخصی فرد
- مشکلات در روابط با دیگران

با چنین مشکلاتی در سایر کشورها چه کرده‌اند؟ در این رابطه با مروری بر مطالعات و تجربه‌های سایر کشورها (کشورهای اروپای به ویژه انگلیس و هلند) می‌توان اقداماتی را که باید پیش از شروع کار، در جریان کار و ادامه کار به آن‌ها توجه کرد، مطرح نمود.

در واقع برای ورود مصرف‌کنندگان مواد به بازار کار دو شرط وجود دارد:

۱. فرد باور کند که برای کار آمادگی دارد
۲. کارفرما باور کند که او برای استخدام و کار مناسب است

برای تحقق این شروط، اقدامات مورد نیاز در سه مرحله باید انجام شود:

- مرحله اول: آماده شدن یا آماده کردن فرد برای کار
- مرحله دوم: کمک‌های عملی برای پیدا کردن کار
- مرحله سوم: حمایت‌های لازم بعد از یافتن کار و برای حفظ شغل به دست آمده

مرحله اول: آماده کردن فرد برای کار

در این مرحله اقدامات گوناگونی از طریق تعدادی از ارائه‌کنندگان خدمات مختلف می‌بایست عملی شود. در مراحل اولیه ارائه‌کنندگان خدمات بیشتر کادر درمان (جسمی و روانی)، سازمان‌ها و افراد مسئول مسکن، مددکاران اجتماعی و حرفه‌آموزان هستند و مهم‌ترین اقدامات که باید مورد توجه قرار گیرد:

- **ایجاد انگیزه:** درمان و یا بازپروری موفق نیازمند ایجاد، حفظ و تقویت انگیزه است. تأمین مشاوره‌های روان‌شناختی و گفتگوهای فراوان برای ایجاد انگیزه ضروری است.
- **مسکن:** ترک درمان به دلیل سکونت در جای مناسب و در کنار سایر مصرف‌کنندگان یکی از پدیده‌های رایج است. فراهم بودن مسکن ثابت با فضای حمایتی برای حفظ انگیزه و ادامه درمان اولویت دارد.
- **سلامت جسمی و روانی:** ارزیابی وضعیت سلامت روانی و جسمی مصرف‌کنندگان مواد، فارغ از کار آن‌ها یک موضوع حیاتی است. درمان و بهبود شرایط روانی و رفع عوامل مرتبط با مشکلات روحی بر شانس کار کردن و به دست آوردن یک شغل بسیار تأثیرگذار است.
- **حمایت خانواده و شبکه روابط اجتماعی حمایت‌کننده:** این دست از حمایت‌ها برای ایجاد انگیزه و تغییر شیوه زندگی فرد مصرف‌کننده مهم است. گرچه همه ممکن است خانواده حمایت‌کننده‌ای نداشته باشند و گاهی خانواده خود بخشی از مشکلات مصرف‌کننده است. در چنین شرایطی حمایت گروه همسانان و گروه‌های غیر رسمی می‌تواند در دوران درمان و بازتوانی مفید واقع شود.
- **آموزش و کارآموزی:** بر اساس طرح بهبود و درمان هر فرد، باید آموزش‌های مورد نیاز را مشخص کرد. این آموزش‌ها به دلیل ترک مدرسه و افت تحصیلی مهم هستند. علاوه بر این بر اساس فرصت‌های شغلی موجود می‌بایست حرفه‌های مورد نیاز آن آموزش داده شوند. این بخش از حرفه‌آموزی‌ها باید بر اساس واقعیت‌های بازار کار و تقاضای نیروی کار انجام شود.

مسکن مناسب و نیازهای سلامتی (تجربه انگلیس)

Thames Reach پنج مرکز اقامتی به عنوان سرپناه موقت زیر نظر این نهاد در شهر لندن تأمین شده است. آن‌ها غذای گرم در محیط امن برای مردم شامل مصرف‌کنندگان مشروب و مواد مخدر فراهم می‌کنند. کارکنان این مراکز علاوه بر تأمین محل خواب به آموزش مهارت‌های زندگی، اعتماد به نفس، ارتباط با اجتماع و حرکت به سوی یک زندگی باثبات‌تر می‌پردازند.

هم‌چنین مشاوره‌هایی در رابطه با مصرف مواد، عرضه اطلاعات در رابطه با مشکل سلامت جسمی و روانی ناشی از مصرف تأمین می‌شود. پزشکان عمومی و نرس‌ها بازدیدهای منظمی از محل دارند و اگر نیاز به خدمات درمانی بیشتری باشد، فراهم می‌شود.

ساکن این مراکز اقامتی می‌توانند در فعالیت‌های اجتماعی متنوعی در داخل یا بیرون مرکز که فرصتی را برای دوست‌یابی‌های جدید فراهم می‌کند، مشارکت داشته باشند، هم‌چنین تشویق می‌شوند که در دوره‌های حرفه‌آموزی شرکت کنند و از فرصت‌های کار استفاده کنند. گاهی اوقات به دلیل کمبود مسکن در لندن، افراد تا دو سال در این مراکز زندگی می‌کنند که نوعی وابستگی ایجاد می‌کند. البته کارکنان سعی دارند بر اساس نیازها و سطح استقلال آن‌ها مکان‌های مناسبی را پیدا کنند. مثلاً در یک پروژه مسکن حمایت شده، یا مسکن حمایت‌شده توسط نهادهای محلی، یا اجاره مسکن.

پس از مدت دو سال افراد با به دست آوردن مهارت‌های لازم و کاهش مشکلات روحی، به سایر انواع خانه‌ها انتقال می‌یابند. دو نمونه دیگر از خانه‌های این طرح‌ها، خانه‌های عاری از مشروب و مواد است که افراد پس از ترک و برای بازتوانی به آن‌جا منتقل می‌شوند و نوع دیگری از مسکن برای کسانی است که مصرف‌شان را کاهش داده و برای ترک آماده می‌شوند. کمک‌ها شامل:

- دسترسی به خدمات درمانی برای مواد و مشکلات سلامتی
- کمک برای دریافت کمک‌های نقدی (از سوی دولت)
- مهارت‌های زندگی مستقل
- اشتغال
- تشویق به ارتباط با خانواده و خویشان
- پیدا کردن دوستان جدید
- کمک به ادامه تحصیل، حرفه‌آموزی

مرحله دوم: کمک‌های عملی برای پیدا کردن کار

در مرحله دوم با فرض این که مصرف‌کننده برای کار آماده شده و خود او باور دارد که آمادگی لازم را برای شروع کار دارد، همکاری و همراهی سازمان‌های دیگری مورد نیاز است، مانند مراکز کاربایی. این مراکز اطلاعات کافی در مورد انواع شغل‌های قابل دسترسی، در رشته‌های مختلف دارند که می‌توان با توجه به شرایط فرد مصرف‌کننده از فرصت‌های گوناگون کار آزمایشی، داوطلبانه و سپس یک کار دائمی استفاده کرد.

- **کار به صورت آزمایشی:** مصرف‌کنندگان را به ویژه آن‌هایی که اصلاً سابقه کار ندارند، می‌توان به صورت آزمایشی برای مدتی مشخص به محل کاری معرفی کرد. این دوره آزمایشی نباید جنبه کار مجانی برای کارفرما را به خود بگیرد، بلکه فقط یک امتحان کوتاه‌مدت است.
- **کار داوطلبانه:** مصرف‌کننده‌ای که شرایط لازم برای کار کردن دارد، می‌توان به کار داوطلبانه، کاری که خیر عمومی دارد تشویق کرد. کار داوطلبانه می‌تواند تجربه خوبی برای فرد و راهنمای او باشد.
- **کار دائمی:** در صورت موفقیت آمیز بودن مراحل قبلی، کسانی که به تدریج به سلامت کافی دست پیدا کرده‌اند، مهارتی یاد گرفته‌اند و برای ورود به بازار کار آماده هستند، با تهیه خلاصه‌ای از تجربیات کاری برای مصاحبه با کارفرما آماده

می‌شوند. در این شرایط نحوه صحبت، لباس پوشیدن و ... آموزش داده می‌شود. در صورت لزوم فردی او را تا محل کار همراهی می‌کند.

در تمامی این فرآیند هماهنگی برای بهبود و پیشرفت مصرف‌کننده میان نهادهای گوناگون ضروری است، از آن جمله کارفرمایان بنگاه‌های اقتصادی.

مرحله سوم: حمایت‌های بعد از یافتن کار

در این مرحله ارتباط با کارفرما و کاهش خطراتی که کارفرماها فکر می‌کنند که در استخدام افراد مصرف‌کننده پیش خواهد آمد و یا عملاً با آن مواجه شده‌اند، ضروری است. کارفرماها نگران این خطرات هستند:

- خطر لطمه به آبروی شغل، کارگاه آن‌ها و خود آن‌ها
- خطر مصرف مواد در محل کار
- خطری که برای سایر کارکنان دارد
- خطر ناپایداری فرد در کار (نامنظم بودن و ...)

بسیاری از کارفرمایان معتقدند که برای پایداری در کار و قابل اعتماد بودن، باید حداقل ۱ تا ۲ سال از پاک شدن فرد گذشته باشد تا بتوان او را استخدام کرد. واقعیت این است که تجربه‌های موجود نشان می‌دهد مدت زمان پاک‌بستگی به شرایط فرد دارد، گاهی اوقات پس از مدتی کوتاه‌تر یا طولانی‌تر از این مدت آمادگی کار را پیدا می‌کنند. گرچه کارفرمایان می‌دانند که متادون داروی بسیار مفیدی برای ثبات بخشیدن به وضعیت فرد مصرف‌کننده است و او می‌تواند در پی یافتن کاری باشد (البته تأکید دارند که مصرف متادون در انجام بعضی از کارها مثل رانندگی^۱، کار با ماشین‌های سنگین و ... مناسب نیست) اما کارفرماها ترجیح می‌دهند که افراد پاک شده را با سابقه پاک‌بستگی طولانی استخدام کنند.

ارائه اطلاعات درست به کارفرماها در مورد مصرف متادون، می‌تواند به شانس بیشتر مصرف‌کنندگان برای استخدام کمک کند. ضرورت آگاهی کارفرما از این که فرد استخدام‌شده تحت درمان متادون است اعتماد و اطمینان آن‌ها را نسبت به فرد افزایش می‌دهد. برای کاهش خطرات استنباط شده کارفرماها، می‌توان از یک دوره کار آزمایشی استفاده کرد. کم کردن فاصله بین مصرف‌کننده و کارفرما راه مناسبی برای کاهش نگرانی‌های هر دو طرف است. این دوره آزمایشی به کارفرما اجازه می‌دهد که با مصرف‌کننده آشنا شود، ترس از کار و ناشناخته‌ها را هم برای مصرف‌کننده از بین می‌برد. علاوه بر این به کارفرما علاقه و پشتکار و ثبات مصرف‌کننده را نشان می‌دهد و موجب کسب مهارت‌هایی نیز برای مصرف‌کننده می‌شود. توجه به این نکته اساسی است که کارهای آزمایشی، باید پس از دوره‌های آموزشی مثل اخلاق کار، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های کار گروهی، مدیریت زمان و وقت، جسارت اظهار نظر و اعتماد به نفس و ... صورت گیرد.

به کارفرما باید اطمینان داد که در صورت بروز هر نوع مشکلی، قبل از پیچیده‌تر شدن اوضاع، مسئله با همراهی یک راهنما و نظارت او حل خواهد شد. حمایت در محل کار به حفظ شغل و کاهش خطراتی که کارفرما نگران آن است، کمک بسیار زیادی

^۱ در مطالعه‌ای که در مرکز کاهش آسیب مردان در شهر تهران انجام می‌شد، تعداد قابل توجهی از دریافت‌کنندگان متادون در شهر تهران رانندگی تاکسی و سایر وسائط نقلیه را به عنوان شغل خود برای تأمین هزینه‌های زندگی نام برده‌اند.

می‌کند. این راهنما (همسان یا غیرهمسان) می‌تواند در موارد دیگری هم به فرد مصرف‌کننده کمک کند مانند حرفه آموزی، پیشگیری از لغزش، امتحان حرفه‌های مختلف و چگونگی راه‌اندازی یک بنگاه اقتصادی کوچک.

همواره این پرسش مطرح می‌شود که اگر کارفرما در مورد مصرف مواد فرد سوالی ننماید (تا جایی که ظاهر و رفتار فرد، عادی و مثل بقیه است) آیا نباید تجربه مصرف مواد را اطلاعات محرمانه فرد تلقی کرد؟

تجربه نشان داده که در صورت پنهان کاری و عدم اطلاع کارفرما، از سابقه مصرف مواد و بهبودی فرد ارائه خدمات حمایتی بعد از پیدا کردن کار و در مراحل بعدی ممکن نخواهد بود و می‌تواند بر نتیجه اشتغال تأثیر منفی داشته باشد. علاوه بر این، ترس از افشا شدن موضوع مصرف مواد می‌تواند مانع بهبودی کامل فرد شود. به ویژه آن که کارفرمایان ممکن است تجربه چندانی در استخدام مصرف‌کنندگان مواد (بهبودیافته‌ها) نداشته باشند و نگرش منفی نسبت به این افراد سبب شود که فرد مصرف‌کننده یک تهدید در محیط کار تلقی شد. بنابراین در صورتی که فرصت آشنا شدن و یک دوره کار آزمایشی یا کار داوطلبانه فراهم شود، به کاهش نگرش‌های منفی و خطرات احتمالی کمک می‌کند. واضح است که نگرانی کارفرماها برای آبروی خود و حرفه خود ناشی از همین نگرش‌ها و کلیشه‌های منفی است.

به طور کلی وقتی به تجربه‌های موفق در ورود مصرف‌کنندگان مواد به بازار کار نگاه می‌کنیم ویژگی‌های مشترک این تجربه‌ها را می‌توان در چهار بند اصلی خلاصه کرد:

- آموزش‌های کافی و مهارت‌های ویژه برای کارکنان برای کار با این گروه
- طراحی برنامه‌های انعطاف‌پذیر، چهره به چهره، متنوع و فشرده خاص این گروه
- رابطه نزدیک بین ارائه‌کنندگان خدمات و مراکز کاربایی بخش اشتغال
- ارتباط نزدیک با کارفرماها

به طور یقین دستورالعمل کلی برای همه تجربه‌های موفق دنیا وجود ندارد، اما رابطه نزدیک، همکاری و تشکیل یک ساختار غیرمتمرکز متشکل از شرکای اصلی یعنی مراکز و متخصصین سلامتی (جسمی و روانی)، مسکن، مددکاران اجتماعی، آموزش‌دهندگان (مهارت‌های نرم، حرفه‌آموزی) و راهنماها یا مربیانی برای حمایت‌های بعد از اشتغال و کارفرمایان قطعی است.

تجربه گلاسکو: رویکرد همه‌جانبه

این مرکز در سال ۱۹۹۴ افتتاح شده و خدمات انعطاف‌پذیر بر محور پرهیزمدار با اقامت برای سم‌زدایی و بازتوانی ارائه می‌کند. مرکز برای ساکنین یک مکان امن و حمایتی فراهم کرده که می‌توانند در جلسات گروهی یا فردی برای شناخت دلایل وابستگی خود به مواد شرکت کنند. در فرآیند جلسات افراد با آگاهی و شناخت الگوهای رفتاری خود به یادگیری مهارت‌های جدید، اتخاذ استراتژی‌های جدید که آن‌ها را به سوی زندگی عاری از مواد و بازگشت به اجتماع و زندگی مستقل سوق می‌دهند، تشویق می‌شوند.

از روز اول تمرکز خاصی بر آماده کردن این افراد برای کار (قابل استخدام شدن) و مهارت‌های لازم وجود دارد. به عنوان درمان، همه باید در فعالیت‌های مرکز فعالانه شرکت کنند شامل تمیز کردن، آشپزی و مدیریت و ... همه کارها توسط افراد زیر نظر کارکنان انجام می‌شود و با بهبود در وضعیت آن‌ها، مسئولیت‌شان افزایش می‌یابد.

کارکنان به آن‌ها کمک می‌کنند که خلاصه‌ای از تحصیلات و تجربیات خود تهیه کنند. مدیر مرکز ارتباط بسیار قوی با بنگاه‌های اقتصادی و دانشگاه‌های منطقه برقرار کرده است. در مشارکت با کالج‌های منطقه، مهارت‌های مناسب و لازم آموزش داده می‌شود و شغل برای آن‌هایی که دوره را تمام کرده‌اند، فراهم می‌شود. این رویکرد به ایجاد انگیزه و ارتقای انتظارات کمک کرده به طوری که ۱۱۹ نفر در یک سال گذشته (۲۰۰۷) شرکت کرده و ۴۶٪ (۵۵ نفر) دوره را تمام کرده‌اند. از این ۵۵ نفر ۱۶ نفر کار پیدا کرده و ۳۳ نفر وارد دوره‌های آموزشی بالاتر شده‌اند.

با درس‌های آموخته شده از تجربه دیگران برای ورود زنان مصرف‌کننده به بازار کار، توجه به نکات زیر مهم است:

۱. مراکز ارائه خدمات^۹ می‌بایست انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند.
 - به طور مثال متادون یا هر برنامه‌ای، خارج از ساعات کاری ارائه شود.
۲. مراقبت از خانواده مثل بچه‌ها توسط همسانان یا برخی از نهادها لازم است.
۳. آسیب‌های روانی زنان در توانایی آن‌ها برای اشتغال مستمر، باید در نظر گرفته شود.
۴. زمان کافی برای آماده شدن زنان برای کار اختصاص داده شود (روان‌شناسان می‌گویند ۲ تا ۳ سال).
۵. مسکن مناسب برای زنان بسیار حیاتی است.
۶. همسانانی را با تجربه کار برای همراهی زنان مصرف‌کننده آموزش داده شوند.
۷. همکاری شرکا برای ورود به بازار کار شامل کارفرماها، درمان‌گرها، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و
۸. آموزش مهارت‌های نرم بسیار مهم است:
 - اهمیت زمان
 - منظم بودن
 - رفتار با همکاران در محیط
 - لباس پوشیدن و آرایش مناسب
 - طرز صحبت کردن
۹. نسبت به جلب حمایت کارفرماهای محلی و مورد اعتماد اقدام شود.
۱۰. به آن‌ها به عنوان شرکای برنامه اطلاعات کافی داده شود. درک آن‌ها از وضعیت زنان مصرف‌کننده می‌تواند به بازگشت زنان به جامعه کمک کند.
۱۱. باید واقع‌گرا بود. عجله برای فرستادن زنان به کار گاهی اوقات نتایج مثبتی به بار نمی‌آورد.
۱۲. به زنان در صورت تمایل برای پایه‌گذاری یک بنگاه اقتصادی کوچک و ایجاد یک گروه (تعاونی)، دریافت اعتبارات خرد کمک شود.
۱۳. بازآموزی مهارت‌ها یا آموزش حرفه‌های جدید مورد تقاضای بازار لازم است.

^۹ مراکز ارائه خدمات با وظایف چندگانه در مراحل سه‌گانه آماده شدن زنان مصرف‌کننده برای ورود به بازار لزوماً مراکز کاهش آسیب کنونی نیستند.

۵. پیشنهاد طرح آزمایشی بازتوانی

برقراری رابطه میان یافته‌های پژوهشی در حوزه علوم انسانی و برنامه‌های اجرایی اقدام ساده و آسانی نیست. آن چه که عملیاتی نمودن این گونه پژوهش‌ها را دشوار می‌سازد جنس و ماهیت یافته‌هاست. این یافته‌ها نه درباره چرخ‌دنده یک ماشین، آسفالت خیابان، نمای یک ساختمان، ساختن یک پل، بلکه مستقیماً درباره انسان‌هاست. انسان‌هایی که به سختی می‌توان گزاره‌ای کلی درباره آن‌ها صادر کرد. کاربرد یافته‌های یک پژوهش علوم انسانی به هر اندازه‌ای که مدعی تعمیم‌پذیری به کل یک جامعه حتی کوچک باشد، همواره مستلزم هشدارها است و رعایت احتیاط لازم در آن قید می‌شود. این امر در شرایطی که تعداد مطالعات درباره موضوع مورد نظر (زنان مصرف‌کننده مواد) از تعداد انگشتان یک دست هم تجاوز نمی‌کند، بسیار دشوارتر و نیازمند دقت بسیار است.

با آگاهی از چنین مسئله خطیری و با توجه به مطالعاتی که در سه سال گذشته صورت گرفته و کسب نظرات بیش از یک‌صد نفر از دست اندرکاران؛ ارائه‌کنندگان خدمات، زنان مصرف‌کننده مواد و کارفرمایان، طرح بازتوانی زنان مصرف‌کننده مواد پیشنهاد می‌شود که به دلیل احتیاطی که ذکر شد در حد آزمایشی و صرفاً برای یک گروه کوچک و با رعایت نظرات متخصصین رشته‌های مرتبط با این حوزه از موضوع می‌تواند اجرایی شود. این متخصصین شامل روان‌پزشک، روان‌شناس، مددکار اجتماعی، پزشک، مشاور خانواده، کارشناس آموزش مهارت‌های نرم، حرفه‌آموزی، تسهیل‌گران تشکیل گروه، برنامه‌ریزان اوقات فراغت، تربیت بدنی و ... است.

اقدامات پیش‌بینی شده برای مراحل اولیه طرح، در چهار گام به صورت خلاصه تدوین می‌شود و در جریان اجرای طرح چگونگی مراحل بعدی مشخص خواهد شد.

گام اول: سازماندهی پروژه

۱. گزارش مطالعاتی و این پیشنهاد با گروهی از متخصصین و احتمالاً شرکای آینده پروژه در میان گذاشته شود.

کارگاه یک روزه برای مشورت، نظرخواهی و تکمیل پروژه برگزار خواهد شد.

پس از تکمیل پروژه و اعلام آمادگی متخصصین برای مشارکت هزینه‌های نیروی انسانی برآورد می‌شود.

۲. در یک کارگاه نیم‌روزه شرایط و ویژگی‌های زنان مصرف‌کننده شرکت‌کننده در پروژه توسط شرکا تعریف و مشخص می‌شود.

پیش‌بینی مدت زمان اجرای پروژه (در سناریوهای مختلف) انجام و هزینه کل برآورد می‌شود.

۳. مسئله مسکن احتمالاً در کمپ چیتگر و چگونگی آن با مدیریت کمپ به عنوان شرکای پروژه و سایر متخصصین در یک کارگاه نیم‌روزه در میان گذاشته شده و جمع در مورد انتخاب مناسب‌تر به تصمیم‌گیری می‌رسد. هزینه مسکن برای ۶ ماه تا یک سال برآورد می‌شود.

گام دوم: ساختار مدیریتی و اجرایی طرح

۱. متخصصین که همکاری با پروژه را پذیرفته‌اند و در اجرای طرح مشارکت خواهند نمود و با تشکیل کمیته‌ای مراحل اجرایی هر یک از اقدامات را از نظر تخصصی تعریف و قطعی می‌کنند.

- ارزیابی اولیه، فرم اطلاعات و اجزاء پرونده هر فرد Recovery Plan
- اطلاعات ارزیابی در طول دوره درمان، روش، مسئول و ...
- پرونده سلامت جسمی
- پرونده سلامت روانی
- پرونده خانواده و
- پرونده سابقه کار، اشتغال، نوع مهارت‌ها

پیشنهاد می‌شود که متخصصین همکار، از نظر سنی بیش از ۳۵ سال و حداقل ۵ سال تجربه کاری در رشته مورد نیاز طرح داشته باشند.

۲. این کمیته با تعیین شرکای دائمی و قطعی درباره هر یک از فعالیت‌ها و اقدامات زیر: چگونگی انجام، مسئول برنامه، زمان‌بندی و ... تصمیم‌گیری می‌نماید: سم‌زدایی، بهبود وضعیت روانی، سلامت جسمی، مشاوره‌های فردی و جمعی، کار گروهی و ایجاد احساس تعلق به جمع، مسکن آینده، خانواده (پدری یا همسری)، شرکت در جلسات NA، اوقات فراغت، موسیقی و گردش‌های جمعی، ورزش، آموزش مهارت‌های لازم، حرفه‌آموزی، گفتگو با کارفرمایان و ...

گام سوم: زنان مشارکت‌کننده

بر اساس ویژگی‌های مورد توافق کمیته، ۲۰ زن مصرف‌کننده در نظر گرفته شده و در طی دوره یک ماهه اول ترک، شرایط او برای مشارکت و با نظر متخصصین ارزیابی می‌شود. در صورت موافقت جمع، چگونگی مشارکت در پروژه، فرآیند آن برای آن‌ها توضیح کامل داده می‌شود و در نهایت ۱۰-۷ نفر برای ورود به مراحل بعدی انتخاب می‌شوند.

به عنوان یک پیشنهاد مطرح خواهد شد که در انتخاب نهایی زنان مصرف‌کننده، شرایط سنی ۲۰ تا ۳۰ سال سن و عدم سابقه تن‌فروشی و زندان رعایت شود.

گام چهارم: سلامت روحی و جسمی

اقدامات این گام پیش از بقیه مراحل آغاز می‌شود. مشاوره‌ها برای کاهش مشکلات روانی در تمام دوران اجرایی پروژه ادامه خواهد داشت. در صورت نیاز پس از ترک کمپ نیز می‌تواند ادامه یابد. این گام دشوارترین مرحله در ایجاد انگیزه، اعتماد به نفس و ... زنان مصرف‌کننده است.

از این مرحله به بعد، اقدامات مورد نیاز و ترتیب آن‌ها بستگی به "طرح بهبودی" فرد دارد. حرفه‌آموزی و اشتغال آخرین اقدام در این فرآیند بازتوانی خواهد بود.

۶. منابع

- Anil Kumar K. (2004). Economic aspects of sex work, can economic empowerment dissuade women from entering into and continuing sex work? *The Journal of Family Welfare*, Vol.50,Special Issue. Tata Institute of Social Sciences, Mumbai, India. Pp: 79-82.
- Archana Oinam (2005). Exploring the links between drug use ad sexual vulnerability among young female injecting drug users in Manipur. Health and Population Innovation fellowship programme, working paper No. 6.
- Beard J.,Biemba G.Brooks M.Costello J. Ommerborn M. Bresnahan M., Flynn D. and Sion J. (2010), Children of female sex workers and drug users: a review of vulnerability,resilience and family-centered models of care. [http:// www. Biomedical.com/content/pdf/1758-2652-13-S2-info.pdf](http://www.Biomedical.com/content/pdf/1758-2652-13-S2-info.pdf). and [http:// www. jiasociety.org/supplements/13/S2](http://www.jiasociety.org/supplements/13/S2)
- Beyrer C., Malinowska-Sempruch K., Kamarulzaman A. and Strathdee S. (2010). 12 Myths about HIV/AIDS and people who use drugs.*The Lancet*, Vol. 376. Issue 9737.Pp: 208-211. July.
- Bloom,B. and Covington S. (2000). Gendered justice: Programming for women correctional settings. Paper presented at American Society of Criminology, USA (November).
- Bogart M.A.,Kral H.A., Scott A., Anderson R.,Flynn N.,Gilbert L.M.,and Bluthenthal N.R. (2005). Condom attitudes and behaviors among injection drug usrs participating in California syringe exchange programs. *AIDS and Behavior* ,Vol.9.No.4, December.Pp:423-432
- Chronister J., Chin Chou Chin ,Frain M., and Cardose E. (2008). The relationship between social support and rehabilitation related outcomes: a meta-analysis. *Journal of Rehabilitation*. April- June.
- Cornmen H. (2010). Microfinance, HIV, and women’s empowerment . AIDSTAR-One. Technical brief USA. September. www.aidstar.com
- Center of Excellence for Women’s Health (2010). Gendering the national framework, women-centered harm reduction. British Colombia, Canada.www.coalescing-vc.org
- Crabtree, B.F. and Miller W.L. (1999). *Doing qualitative research* .Thousand Oaks, CA: Sage Publication. Center for Addiction and Mental Health.
- Covington S. and Surrey J.(1997). The relational model of women’s psychological Development: implications for substance abuse” in Wilsnack and Wilsnack (eds) New jersey .www.stephaniecovington.com
- El-Bassel N. Terlikbaeva A.B.and Pinkham S. (2010). HIV and women who use drugs: double neglect, double risk. *The Lancet*.Vol 376, Issue 9738.Pp312-314 (July)
- Falkin P.G. and Strauss M.Sh. (2003). Social supporters and drug use enablers :A dilemma for women in recovery. *Addictive Behaviors*.Vol.28. Issue 1. January-Fenruary .Pp: 141-155.
- Health Canada (2003). Best practices; early intervention, outreach and community linkages for women with substance use problems. www.hc.gc.ca.
- Ibrahim F. and Kmar N. (2009). The influence of community on relapse addiction to drug use: evidence from Malaysia. *European Journal of Social Sciences*,Vol.11,No.3.Pp: 471-476.

Interagency Gender Working Group of USAID (2009). Gender and reproductive health 101 training module , Washington DC,USA .
[http:// www.igwg.org/training/gender_101.aspx](http://www.igwg.org/training/gender_101.aspx).

International Harm Reduction Development Program (2010). Making Harm reduction work for women. The Ukrainian experience Open Society Institute. New York. USA.

International Harm Reduction Development Program (2007). Women, harm reduction, and HIV. Open Society Institute. New York. USA. (September).

International HIV/AIDS Alliance (2010). Good practice guide, HIV and drug use: Community response to injecting drug use and HIV. www.aidsalliance.org/publications (last accessed March 2011).

International HIV/AIDS Alliance (2006). Key indicators for frontiers prevention project: Report on baseline study in Andhra Pradesh, India. (Updated February 2006) www.aidsalliance.org/publications (last accessed March 2011).

Kammoun F.M. ,Zerrouki K. and Laqueille X. (2009). P01-04 predictive for successful rehabilitation of the drug addicts: "Ligne de vie" association experience. France .

Kelechi Ohiri, Mariam Claeson, Eran Razzaghi, Bijan Nassirmanesh, Parvz Afshar, Robert Power (2006).

Kramarz P. (2009). Developing harm reduction services for female injection drug users, A training for service providers, Department Health, Education and Social protection GTZ Germany.

Lancet (2005). Sex-work harm reduction. Vol.366, Review,17/24/31. December Pp:2123-2134.
www.thelancet.com.

Longwill A. (2007). Delivering gender equality, "Rough Guide" to gender proofing your service . Care Services Improvement Partnership (CSIP) ,West Midlands Development Center. UK. <http://www.westmidlands.csip.org.uk>

Malaierikhah,Z. (2007). Research on the problems of spouses of drug addicts referring to Treatment Center in East of Tehran. Unpublished MPH Thesis, Tehran University of Medical Science. Iran(in Persian).

Memoona Hasnain (2005). Cultural approach to HIV/AIDS Harm Reduction in Muslim Countries. Harm Reduction Journal 2:23doi:10.1186/1477-7517-2-23.<http://www.harmreductionjournal.com> .

Mirahmadizadeh AR., Majdzadeh R., Mohammad K. and Frouzanfar Mh. (2009). Prevalence of HIV and Hepatitis C virus infections and related behavioral determinants among injecting drug users of Drop-in Centers in Iran. Iranian Red Crescent Medical Journal, 11(3):325-329.

Mohammadkhani , P.(2008). The Personal relationships problems and psychological status of women who had addicted husband. University of Welfare & Rehabilitation, Tehran, Iran (in Persian).

Management and Planning Organization (2005). Fourth Development Plan of Islamic Republic of Iran. Tehran, Iran (in Persian)

Matheou J.A. (2008). Violence and sex work. Learning from the results of monitoring and evaluating community led violence response among female sex workers in India. Alliance.

McFarland Degan H., Myers J.B., Williams-Petersen G.M., Knisely S.J. and Schnoll S.S. (1993). Drug and Alcohol Dependence. Vol.32, Issue 1. March. Pp:37-44

McIntosh J. and McKeganey N. (2000). Addicts narratives of recovery fro drug use: constructing a non-addict identity. Social Science & Medicine .Vol.50.Issue 10. May. Pp: 1501-1510.

Meadow, L.M. and Morse, J. (2001). Constructing evidence within the qualitative project. In J.Morse, J.Swanson, and A.J. Kuzel (Eds.), The Nature of qualitative evidence (pp.187-200). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Narenjiha H., Rafiey H., Baghstani A., Noori R., Ghafari B., Solaimani L., Shirin Bayan P., (2008). Rapid Assessment Situation of Substance Abuse and Dependency in Iran. University of Social Welfare and Rehabilitation. Tehran, Iran.

National AIDS Committee Secretariat (2010). Islamic Republic of Iran Country Report on Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS.

Nissaramanesh, Mike Trace and Marcus Robert (2005). The Rise of Harm Reducton in the Islamic Republic of Iran. The Beckley Foundation Drug Policy Programme. Briefing Paper Eight. (July)

Noori R. Rafeiy H. Narenjiha H., Solaimani L., Ghafari B. and Mirabi P, (2008), Recognition of consequences of addiction on women with addicted spouse. University of Social Welfare and Rehabilitation. Substance abuse and Dependency Research Center . Tehran, Iran (in Persian).

Pettway C. (2006). Best practices tool-kit: Gender responsive strategies. Ohio Department of Rehabilitation and Correction (DRC), Ohio.

Pivnick K.E., Jacobson A., Small S., Templeton V., Palmer V., and Drucker E (1992). The women's center: A peer support and family therapy program for HIV infected ex-drug users in the Bronx. Paper presented in International Conference on AIDS, July 19-24. (abstract No.PoB 3412) New York.

Schatz E., Sciffer K., Kools J.P. (2011). The Dutch treatment and social support system for rug users. Recent developments and the example of Amsterdam. The International Drug Policy Consortium (IDPC). Netherlands.

Shaditalab J. and Vedad A. (2010). Gender determinants of HIV prevention among injecting drug users. UNODC, Tehran

Shaditalab Jaleh (2005). Iranian women: rising expectations. Journal of Critique: Critical Middle Eastern Studies, 14(1):35-55.

Silver man J., Decker M., Saggurti N., Balaiah D., and Raj A. (2008). Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. Journal of Americam Medical association. Vol.300, No.6, August. Pp: 703-710

Simmons J. (2006). The interplay between interpersonal dynamics, treatment, barriers, and larger social forces: an exploratory study of drug-using couples in Hartfrd, CT.

<http://www.sunstanceabusepolicy.com>

Spratt Kai (2010). Integrating gender into programs with most-at-risk populations. Technical brief. United States Agency for International Development (USAID).

Souradet Y.Sh., Shah L., Jolly M.A., and Wylie L.J.(2008). Identifying heterogeneity among injection drug users: a cluster analysis approach. American Journal of Public Health. Vol.98, No.8 (August) .Pp: 1430-1437.

Tasnim Azim, Chowdhury E.,Reza M.,Ahmed M.,Uddin T.M., Repon Khan,Ahmed G., Rahman M.,Khandakar I.,Khan Sh., Sack A.D., and Stratdee A.S. (2006). Vulnerability to HIV infection among sex workers and non-sex workers female injecting drug users in Dhaka,Bangladesh:evidence from the baseline survey of a cohort study. Harm Reduction Journal. 3:33(November). www.harredjournal.com/content/3/1/33.

UK Drug Policy Commission (2008). Working towards recovery. Getting problem drug users into jobs. London (December). www.ukdc.org.uk/reports.shtml.

UNAIDS 2000 Gender guidance for national AIDS responses, PCB(22)/08.3 .

UNODC (2004). Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned. Vienna. www.unodc.org.

UNODC (2006). HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users. Vienna. www.unodc.org.

UNODC (2010).Female drug use in Pakistan. Mapping estimates, ethnographic results & behavioral assessment . www.unodc.org

UNODC (2010). Women who inject drugs: A review of their risks experiences and needs. Secretariat of the Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. Sydney.

US Agency for International Development (2009). Gender-related barriers to HIV prevention methods: A review of post-exposure prophylaxis (PEP) policies for sexual assault. Help Policy Initiative, USA.

Wallerstein N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? WHO Regional Office for Europe(Health Evidence Network report). February. Copenhagen.

WHO (2004). Harm reduction among injecting drug users. Report on the second Bi-regional partners meeting. Myanmar (13-14 August 2003).