

## تجارب معنادان از پزشکی شدن اعتیاد<sup>۱</sup>

محمود کیوان آرا ، مسعود کیانپور ، مهدی ژیانپور

**طرح مسأله:** در تقابل دو نگرش بیمارانگار و مجرم‌انگار، این پژوهش به دنبال آن است که دریابد تجارب معنادین حاکی از پزشکی شدن اعتیاد است یا تلقی یک رفتار انحرافی‌آمیز از آن وجود دارد.

**روش:** این مطالعه به صورت کیفی و به شیوه پدیده‌شناسی صورت گرفته و مبتنی بر نمونه‌گیری هدف‌مند است. در این راستا ۹ نفر از معنادان مراجعه‌کننده به مرکز درمان «اجتماع مدار» بهزیستی استان اصفهان که قادر به بیان تجارب خویش بودند، انتخاب شده و مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از روش کولیزی انجام شده است.

**یافته‌ها:** یافته‌های این پژوهش در قالب ۳ کد تبیینی (که حاصل استخراج و مقوله‌بندی داده‌ها در ۱۲۴ کد توصیفی، ۳۵ زیر کد تفسیری و ۷ کد تفسیری است) عبارت‌اند از: «تجربه از خود به عنوان بیمار»، «بیماری‌انگاری نهادی اعتیاد» و «جرم‌انگاری اجتماعی اعتیاد».

**نتایج:** نتایج این پژوهش نشان می‌دهد علی‌رغم تجربه اعتیاد به مثابه یک پدیده پزشکی شده در عرصه نهادهای پزشکی توسط افراد معتاد و تمایل این افراد به تلقی خود به عنوان بیمار، تلقی عمومی جامعه از اعتیاد به عنوان «رفتار

---

۱. این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با کد ۲۸۵۰۹۰ مرکز تحقیقات علوم انسانی سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

دکتر جامعه‌شناس، عضو هیأت علمی گروه مدیریت و خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

<keyvanara@mng.mvi.ac.ir>

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه مموریال کانادا

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه اصفهان

انحراف‌آمیز»، رویکرد پزشکی را حمایت نمی‌کند.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، پزشکی شدن، روش کیفی

تاریخ پذیرش: ۱۶/۷/۸۷

تاریخ دریافت: ۲۲/۹/۸۶

## مقدمه

اعتیاد، پدیده شایع جوامع معاصر است که از آن با عناوینی هم‌چون طاعون قرن و بلای خانمان‌سوز یاد می‌شود. آمارهای موجود حاکی از آن است که ۲ میلیون معتاد وابسته به مواد مخدر و ۶ میلیون معتاد تفننی در ایران وجود دارد؛ ولی با توجه به شواهد موجود، برآورد می‌شود که تعداد معتادان بسیار بیش‌تر از این باشد (صادقیه اهری و همکاران، ۱۳۸۳: ۳۷). اگر همین آمار را مبنا قرار دهیم، ایران بیش از همه کشورهای جهان، معتاد دارد (جلایی‌پور، ۱۳۸۵). تخمین‌های مبتنی بر گزارش‌های سازمان ملل نشان می‌دهد که ۱/۵ الی ۲ درصد از جمعیت ایران مشکل جدی یا سوء مصرف مواد مخدر دارند. در ایران حدود ۸۰ هزار زندانی مرتبط با مواد مخدر وجود دارد؛ یعنی حدود نیمی از جمعیت زندانیان (وردی‌نیا، ۱۳۸۵: ۱۹۵). با مطالعه روند اعتیاد در کشور می‌توان دریافت که میزان معتادان تقریباً هر ۱۲ سال، دو برابر شده و سالانه ۸ درصد بر جمعیت آنان افزوده می‌گردد (میثمی و همکاران، ۱۳۸۵: ۳۵). این شواهد نشان دهنده این است که اعتیاد در حال حاضر یکی از بزرگ‌ترین و پرهزینه‌ترین معضلات جامعه ما را تشکیل می‌دهد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته با اتخاذ «الگوی پزشکی»<sup>۱</sup> فرصت جدیدی برای افراد معتاد فراهم شده تا آن‌ها بتوانند با استفاده از خدمات پزشکی، تغییری در وضعیت خود حاصل کنند و از تبعات به شدت بدنام‌کننده آن کم‌تر صدمه ببینند. این فرایند که «پزشکی شدن»<sup>۲</sup> نامیده می‌شود به افراد معتاد اجازه می‌دهد تا وضعیت خویش را به عنوان بیمار تعریف نمایند. در واقع پزشکی شدن فرایندی است که از

1. Medical Model
2. Medicalization

طریق آن، مسایل و مشکلات غیرپزشکی وارد حوزه پزشکی شده و به عنوان بیماری یا اختلال پزشکی تعریف می‌شوند (Gabe. et al., 2004: 59). پزشکی شدن در سطوح متفاوتی رخ می‌دهد: به لحاظ مفهومی، پزشکی شدن به این معنی است که برای تعریف یک مشکل از یک واژه پزشکی استفاده شود؛ در سطح نهادی، چنانچه یک سازمان برای مواجهه با یک مشکل، رویکردی پزشکی اتخاذ کند؛ و در نهایت در سطح روابط پزشک و بیمار، هنگامی است که مشکلی در قالب یک مسأله پزشکی تعریف شده و متعاقب آن، مراقبت‌های پزشکی برای حل آن مشکل تجویز شود (Conrad & Schneider, 1980).

یکی از متداول‌ترین کارکردهای این فرایند عبارت است از پزشکی شدن برخی رفتارهای انحرافی که سابقاً در قالب مسایل غیر اخلاقی، غیر قانونی و حتی به مثابه نوعی جرم تعریف می‌شدند. پزشکی شدن انحراف (Pitts, 1968; Conrad, 1992) مجموعه راه‌هایی است که از طریق آن کارکردهای پزشکی، هنجارهای اجتماعی را کنترل می‌نماید (Enrenereich, 1978; Zola, 1978). به همین ترتیب اعتیاد می‌تواند پزشکی شود و معتاد بیمار تلقی گردد. اما این فرایند که شامل تلاش‌هایی برای تبدیل انحراف به یک مشکل پزشکی است همواره با مباحثات و مناقشات فراوانی روبه‌رو بوده است (Conrad & Schneider, 1992). صاحب‌نظران بی‌شماری به پزشکی شدن ایراد اساسی دارند. پزشکی شدن از نظر آن‌ها باعث تقویت و تبلیغ «فقدان مسئولیت شخصی»<sup>۱</sup> می‌شود. این اندیشمندان با تاکید بر نیروی اراده و امکان خودکنترلی، اطلاق مفهوم بیماری را برای اعتیاد مجاز نمی‌شمارند (Hardwig, 2006). از نظر آن‌ها کارکرد پزشکی شدن برای بسیاری از معتادین نفی یا تقلیل مسئولیت فردی در رابطه با اعتیاد است. در حقیقت از نظر آن‌ها، اطلاق بیماری به یک وضعیت، در صورتی مجاز است که فرد هیچ مسئولیتی در گرفتاری و ابتلا به آن نداشته باشد. از طرف دیگر گروهی از صاحب‌نظران اعتقاد دارند بر پایه همین انتقاد می‌توان از پزشکی شدن اعتیاد دفاع کرده و یا برخی وضعیت‌ها را از شمول بیماری خارج کرد. به‌طور مثال آن‌ها سؤال می‌کنند فردی که به بیماری قلبی دچار است چه اندازه در این ابتلا

---

## 1. Lack of Personal Responsibility

بی‌تقصیر است؟ در واقع از نظر آن‌ها بی‌حرکی، انتخاب رژیم‌های غذایی نامناسب و استعمال دخانیات که همه از عوامل عمده موثر در بروز بیماری‌های قلبی هستند، همگی با مسئولیت فرد مبتلا ارتباط دارند (Ackerman, 2006).

مدافعان پزشکی شدن رفتارهای انحرافی از منافع بالینی و نمادین آن دفاع کرده و به کارکردهای اجتماعی مثبت این فرایند، و به‌طور خاص تأثیری که در کاهش بدنامی افراد دارد اشاره می‌کنند. به اعتقاد طرفداران این دیدگاه‌ها، جلوه دادن یک مشکل در قالب یک وضعیت پزشکی، اگر به شکل مناسبی صورت پذیرد، باعث می‌شود علایم نامطلوب آن مشکل کاهش یافته و فرصتی برای بهبود بخشیدن و مشروع ساختن شرایط فرد مبتلا به آن و جلوگیری از برچسب خوردن و بدنام شدن وی فراهم شود (Broom & Woodward, 1996). گافمن در کتاب **داغ ننگ**<sup>۱</sup> اولین اندیشه‌ها پیرامون بدنامی و داغ خوردگی<sup>۲</sup> را ارائه داده است (Goffman, 1963). او با تفکیک سه نوع داغ - داغ حاصل از معایب و نقایص جسمانی، داغ حاصل از کمبودها و اختلالات شخصیتی و داغ‌های قومی قبیله‌ای (همان، ۴) - این داغ‌ها را حاصل شکاف میان آن‌چه که شخص باید باشد، یعنی همان «هویت اجتماعی بالقوه»، و آن‌چه که شخص واقعاً هست، یعنی همان «هویت اجتماعی بالفعل» می‌داند (ریتزر، ۱۳۷۴: ۲۹۸). یک فرد داغ خورده، بنابراین، در یک نزاع دائمی و نفس‌گیر در جهت کاهش فاصله این دو هویت به سر می‌برد.

به لحاظ تاریخی، داغ خوردگی استفاده‌کنندگان از مواد مخدر، به اعتقادات مذهبی و حتی پزشکی بر می‌گردد که براساس آن اعتیاد نوعی ضعف نفس و سستی اخلاقی است که باعث می‌شود فرد معتاد قادر به کنترل رفتارهای انحرافی‌اش نباشد (Courtwright, 1982). در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم اولین داغ، با برچسب «عملی»<sup>۳</sup> پدید آمد و در همین ایام درک عمومی از معتادین مواد مخدر به عنوان «منحرفین خطرناک»<sup>۴</sup>، که تهدیدکننده

1. Stigma
2. Stigmatization
3. Junkie
4. Dangerous Deviant

ثبات اقتصادی اجتماعی و وضعیت اخلاقی هستند، به تنظیم قوانین و سیاست‌های اجتماعی منجر شد که جهت تحمیل کنترل‌های بیرونی بر رفتار جهت‌گیری شده بودند (Helmer, 1975). در واقع با تصویب قوانین «ضد مواد مخدر» داغ ثانویه «مجرم منحرف»<sup>۱</sup> هم بر پیشانی معتادان زده شد. از آن به بعد معتادان پیوسته با مسائلی چون حبس و مجازات سروکار داشتند که اغلب نقض نظام‌مند حقوق انسانی‌شان را نیز شامل می‌شد (Goffman, 1961). تلقی جامعه از فرد معتاد به عنوان یک انسان «سربار»، «پست»<sup>۲</sup> یا «تفاله»<sup>۳</sup> (Jeffery, 1979) در حقیقت ناشی از اتخاذ الگوی اخلاقی و بزهکارانه در مواجهه با اعتیاد است.

امروزه پزشکی شدن به عنوان یک مفهوم جامعه‌شناختی، دست‌مایه بحث‌های جدیدی پیرامون بیمار انگاری اعتیاد و تقابل آن با رویکردهای سنتی در چارچوب الگوهای اخلاقی و مجرمانه شده است. این پژوهش کوشیده است پزشکی شدن اعتیاد<sup>۴</sup> را از رهگذر مطالعه‌ای کیفی مورد بررسی قرار داده و تجارب واقعی گروهی از مبتلایان به اعتیاد را در سه عرصه تجربه فرد از اعتیاد، تجربه فرد از نگرش نهادهای بهداشتی درمانی به اعتیاد و تجربه فرد از نگرش جامعه به اعتیاد مورد بررسی قرار دهد.

## (۱) روش مطالعه

### (۱-۱) نوع مطالعه و روش اجرا

در این مطالعه از شیوه پدیده‌شناسی<sup>۵</sup> که یکی از انواع روش‌های کیفی است، استفاده شده است. در این روش محققین به دنبال مطالعه تجربیات افراد معتاد حول موضوع پژوهش و

- 
1. Deviant Criminal
  2. Rubbish
  3. Dross
  4. Medicalization of Addiction
  5. Phenomenology

به همان صورتی که در زندگی با آنها برخورد کرده‌اند، می‌باشند (Oiler, 1982).

### ۲-۱) جامعه مورد مطالعه و روش نمونه‌گیری

در اغلب مطالعات فنونولوژی، نمونه کم‌تر از ۱۰ نفر بوده (ادیب حاج باقری، ۱۳۸۵: ۳۱)، که در تحقیق حاضر مشتمل بر ۹ نفر از معنادرانی است که در زمان مطالعه، جهت ترک اعتیاد به مرکز TC روزانه بهزیستی استان اصفهان مراجعه کردند. افراد معتاد بعد از طی دوران سم‌زدایی (ترک جسمی) در مرکز مزبور، جهت کسب آمادگی‌های روانی برای ترک پایدار تحت برنامه روان‌درمانی با نام «درمان اجتماع مدار» قرار می‌گیرند (خزائلی پارسا، ۱۳۸۰ و دی لئون، ۱۳۸۱). با کسب مجوزهای لازم جهت ورود به این مرکز و پس از جلب رضایت و اعتماد افراد مبنی بر این که گفته‌ها و هویتشان محرمانه باقی می‌ماند، انتخاب مشارکت‌کنندگان که مایل و قادر به بیان تجارب خویش بودند برای شرکت در مطالعه صورت گرفت. نمونه‌گیری هدفمند بر مبنای اشباع داده‌ها، تا زمانی ادامه یافت احساس شد اطلاعات جدیدتری حاصل نمی‌گردد.

### ۳-۱) ابزار مطالعه

شیوه گردآوری داده‌ها در این مطالعه مصاحبه عمیق بوده و مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختاریافته صورت گرفت. چک لیستی از موارد مورد مصاحبه در اختیار محققان قرار داشت تا فرآیند مصاحبه به‌طور پیوسته کنترل شود. مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید و مکالمات با استفاده از دستگاه ضبط صوت، ضبط و سپس لغت به لغت روی کاغذ پیاده شد. قبل از پیاده‌شدن هر مصاحبه، این مکالمات توسط محققین گوش داده شد تا درک بهتری از داده‌ها حاصل شود. مصاحبه‌ها بلافاصله پس از پیاده شدن مجدداً و برای حصول اطمینان از دقت کار با نوار مقایسه شد. در این مرحله سعی شد تا زیر و بم صداها و آهنگ کلمات مجدداً با متن پیاده شده مقایسه گردد تا شرایط و وضعیت‌های عاطفی یا

## 1. Data Saturation

موضوعات خیلی مهم با تاکید بیش تر (خط کشیدن زیر آنها) از بقیه قسمت های متن متمایز شود. برای اطمینان از صحت داده ها و ارزیابی میزان اعتبار نتایج تحقیق، عقیده مشارکت کنندگان درباره یافته های تحقیق اخذ و در صورت نیاز تغییرات لازم انجام شد. هم چنین به منظور افزایش قابلیت اعتماد به نتایج (پایایی)، این تحقیق به شکل گروهی، و با اختصاص زمان کافی انجام شده و ارتباط مناسبی با مشارکت کنندگان برقرار شد.

#### ۴-۱) روش تجزیه و تحلیل داده ها

داده ها با استفاده از روش هفت مرحله ای کولیزی<sup>۱</sup> (Collizzi, 1978؛ صانعی و نیکبخت، ۱۳۸۳: ۱۴۳-۱۴۱) مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. ابتدا متون کلیه مصاحبه های انجام گرفته با دقت مورد مطالعه قرار گرفت تا فهم کامل و جامعی از عقاید، تجارب و اظهار نظر شرکت کنندگان فراهم شود. در دومین گام، کلمات و جملات مرتبط با پدیده «اعتیاد» استخراج گردید. در مرحله سوم تلاش گردید تا معانی هر جمله فرموله و دسته بندی شود. بر این اساس پس از دسته بندی و تلفیق کدهای تکراری و تشکیل دسته بندی های جدید، ۱۲۴ کد استخراج گردید. این معانی فرموله شده به صورت خوشه هایی از موضوعات، دسته بندی شدند که در این تحقیق به عنوان کدهای توصیفی<sup>۲</sup> یا کدهایی که بیشتر به اصطلاحات مورد استفاده در مصاحبه ها نزدیک است شناخته می شوند (Knafel & Webster, 1988). پس از این مرحله، تمامی ایده های حاصله در قالب یک توصیف بسیار مفصل از پدیده تحت مطالعه، ذیل عنوان کدهای تفسیری<sup>۳</sup> مجتمع گردید. این کدها مشتمل بر معانی است که به کدهای توصیفی داده شده است. در این مرحله ۳۵ زیرکد تفسیری استخراج گردید که پس از ادغام آنها ۷ کد تفسیری حاصل گردید. نهایتاً در آخرین مرحله کدهای تفسیری به ۳ کد تبیینی<sup>۴</sup> تقلیل یافت. جدول شماره ۱ مثالی از نحوه استخراج کدهای توصیفی و تفسیری را نشان می دهد.

- 
1. Colaizzi
  2. Descriptive Code
  3. Interpretive Codes
  4. Explanatory Code

جدول ۱: مثالی از نحوه استخراج کدهای توصیفی، تفسیری

کدهای توصیفی	زیر کدهای تفسیری	کد تفسیری
اخراج از دانشگاه	طرد و اخراج	تبعات اجتماعی نگرش برهنگارانه به ایجاد
اخراج از محل کار		
اخراج از تیم ورزشی		
طرد از جانب پدر		
برخورد سرد اعضای فامیل		
دریافت جواب منفی در خواستگاری		
مسخره شدن در جمع دوستان	تحقیر و توهین	
قائل نشدن ارزش و احترام برای حرف فرد		
تحقیر و توهین در اماکن عمومی		
احساس شرم و گناه	شرمساری ناشی از فشار ارزش‌های اجتماعی	
احساس تحقیر در مقابل دیگران		
از دست دادن عزت و اعتماد به نفس		
بی‌آبرو شدن خانواده	از دست دادن اعتبار اجتماعی	
از دست دادن حیثیت و وجهه شغلی		
بی‌اعتمادی فرزندان و اعضای خانواده		

## ۲) یافته‌ها

جدول شماره ۲ توزیع افراد مورد مصاحبه بر حسب متغیرهای سن، تحصیلات و تاهل را نشان می‌دهد. نتایج و کدهای به‌دست آمده در این مطالعه در سه سطح توصیفی، تفسیری و تبیینی بر تجارب معتادین از کیفیت پزشکی شدن اعتیاد متکی است.



جدول ۲: توزیع افراد مورد مصاحبه بر حسب متغیرهای سن، تحصیلات و تاهل

وضعیت سنی			
سن	میانگین	حداقل	حداکثر
زمان انجام مصاحبه	۳۱	۲۱	۳۷
سال شروع مصرف	۱۸	۱۵	۲۳
سابقه مصرف	۱۳	۳	۱۶
سطح تحصیلات			
دانشجوی انصرافی	۱		
دانشجوی اخراجی	۱		
دیپلم	۳		
زیر دیپلم	۴		
وضعیت تاهل			
ازدواج اول	۱		تاهل
ازدواج دوم بعد از طلاق	۱		
بدون همسر در اثر طلاق	۲		
مجرد	۵		

این تجارب در سه عرصه تجربه فرد از اعتیاد، تجربه فرد از نگرش نهادهای بهداشتی درمانی به اعتیاد و تجربه فرد از نگرش جامعه به اعتیاد مورد بررسی قرار گرفته‌اند. تجارب مشارکت‌کنندگان در نهایت، در قالب سه کد تبیینی از یکدیگر تفکیک شدند:

#### ۱-۲) تجربه فرد از اعتیاد: تجربه از خود به عنوان بیمار

تجربه افراد معتاد از خود به عنوان بیمار، در حکم یک کد تبیینی، در سطح تفسیری مشتمل بر «زمینه‌های پزشکی اعتیاد» و «پیامدهای پزشکی اعتیاد» است. در حقیقت، اعتقاد افراد

معتاد مبنی بر این که اعتیاد نوعی بیماری است، ناشی از آن است که از یک طرف این مشکل را مولود برخی بیماری‌ها و اختلالات و از طرف دیگر آن را موجد برخی پیامدهای جسمی، روانی و رفتاری می‌دانند. اکثر مصاحبه‌شوندگان با جمع‌بندی بیماری‌های روانی - ذهنی ذیل عنوان افسردگی آن را زمینه ساز اعتیاد می‌دانند. یکی از این افراد می‌گوید «کسی معتاد می‌شه که اول افسردگی پیدا کنه، بعد معتاد می‌شه». هم‌چنین بر اساس دومین زیر کد تفسیری، یعنی «وجود تفاوت‌های روان‌شناختی و شخصیتی»، افراد مصاحبه‌شونده قائل به ارتباط برخی وجوه خلقی و مولفه‌های شخصیتی با اعتیاد نظیر «احساساتی و عاطفی بودن»، «پرخاش‌گری»، «انزواطلبی»، «لوس بودن و نازپروردگی» و «داشتن غرور کاذب» هستند، چنان‌که یکی از مشارکت‌کنندگان اعتقاد دارد «بیش‌تر کسانی که اعتیاد پیدا می‌کنن، یک حالت خاص بودن هم دارن». از سویی این افراد به پیامدهای پزشکی اعتیاد چون «ایجاد و تشدید بیماری‌های روانی و اختلالات ذهنی»، «ایجاد تغییرات خلقی و رفتاری» و «تغییر در شرایط جسمانی و ظاهری» به عنوان شواهدشان در بیماری‌انگاری اعتیاد اشاره می‌کنند.

## ۲-۲) تجربه فرد از نگرش نهادهای بهداشتی درمانی به اعتیاد: بیماری‌انگاری نهادی

### اعتیاد

کد تبیینی «بیماری‌انگاری نهادی اعتیاد» از کدهای تفسیری «پزشکی شدن درمان اعتیاد» و «مشکلات درمان پزشکی اعتیاد» به وجود آمده است. بر این اساس تجربه افراد مصاحبه‌شونده از سازوکارهای ایجاد شده جهت «ترک جسمی به کمک دارو»، «ترک ذهنی به کمک روان‌درمانی» و «اصلاح رفتار و محیط»، حاکی از «پزشکی شدن درمان اعتیاد» است. مصاحبه‌شوندگان با اذعان به این که «به‌رحال این‌جا خیلی راحت‌تر از اون چیزی که فکر می‌کردم، ترک کردم»، روش پزشکی را در جلوگیری از عود مجدد موثر دانسته («تا قبل از این‌که بخوام پیام با TC آشنا بشم، بحث روان‌درمانی و دارویی و این‌ها، نه من، هر کدوم دیگه از بچه‌ها شاید یه چیزی حدود ۲۰ بار سابقه ترک داشتیم») و اعتقاد دارند: «... این‌جا به ما می‌گن آقا شما آدمای بی‌شخصیت و له‌نبودین، این همه چیزای خوبو داشتن

ولی یادتون رفته به مرور زمان. هی یکی یکی یادتون رفته، گذاشتین شون کنار تا معتاد شدید، ما فقط یادتون می‌یاریم. اینه که به ما این حس برتری‌جویی رو می‌ده». از طرف دیگر، یافته‌ها در سطح توصیفی حاکی از آن است که هزینه بالای درمان در مراکز خصوصی، ظرفیت پایین مراکز دولتی، عدم توجه به شرایطی چون بیکاری و تاهل در مراکز درمان اقامتی و مقررات دست و پاگیر باعث انصراف برخی از معتادان از انتخاب شیوه‌های پزشکی و نیمه کاره ماندن فرایند درمان می‌گردد. یکی از مشارکت‌کنندگان با اشاره به مشکلات مراکز اقامتی می‌گوید: «رفتم اون‌جا، دیدم با زندان هیچ فرقی نمی‌کنه، منم که زنو بچه دارم ... برگشتم». آن‌ها همچنین از کمبود دارو و دریافت کم‌تر از میزان تجویز شده پس از ترخیص و نیز به‌کارگیری نیروهای غیر متخصص در مراکز درمان اعتیاد به‌عنوان دیگر «مشکلات نظام درمان اعتیاد» نام می‌برند. بر اساس یافته‌های این تحقیق درمان پزشکی اعتیاد تبعاتی برای این افراد به همراه داشته است. براین اساس از اعتیاد به داروها و استفاده از آن‌ها به‌جای مواد مخدر، تأثیر مخرب برخی از داروها بر اندام‌ها و رفتارهای بدن و اعتیاد به حضور در مراکز درمانی به‌عنوان «پیامدهای درمان پزشکی اعتیاد» یاد شده است.

### ۲-۳) تجربه فرد از نگرش جامعه به اعتیاد: جرم‌انگاری اجتماعی اعتیاد

جمع‌بندی یافته‌ها در عرصه سوم که مبتنی بر تجارب افراد معتاد از نگرش جامعه به اعتیاد است نشان‌دهنده «جرم‌انگاری اجتماعی اعتیاد» است. این کد تبیینی از کدهای تفسیری «تبعات حقوقی نگرش بزهکارانه به اعتیاد»، «تبعات اجتماعی نگرش بزهکارانه به اعتیاد» و «بدنامی» ایجاد شده است. تجارب مصاحبه‌شوندگان نشان می‌دهد تبعاتی چون اخراج از محل تحصیل، کار و گروه‌های مختلف، طرد، انزوا و قطع روابط اجتماعی، توهین، تحقیر و برچسب‌های آزاردهنده‌ای چون «بی‌غیرت»، «جذامی»، «انگل» و شرایطی مثل «... همه طردت می‌کنن، همه به عنوان یه معضل اجتماعی و یه کسی که از جامعه حذف شده به تو نگاه می‌کنن...» در جامعه مورد مطالعه وجود دارد. همچنین، تجربه افراد از متهم شدن به

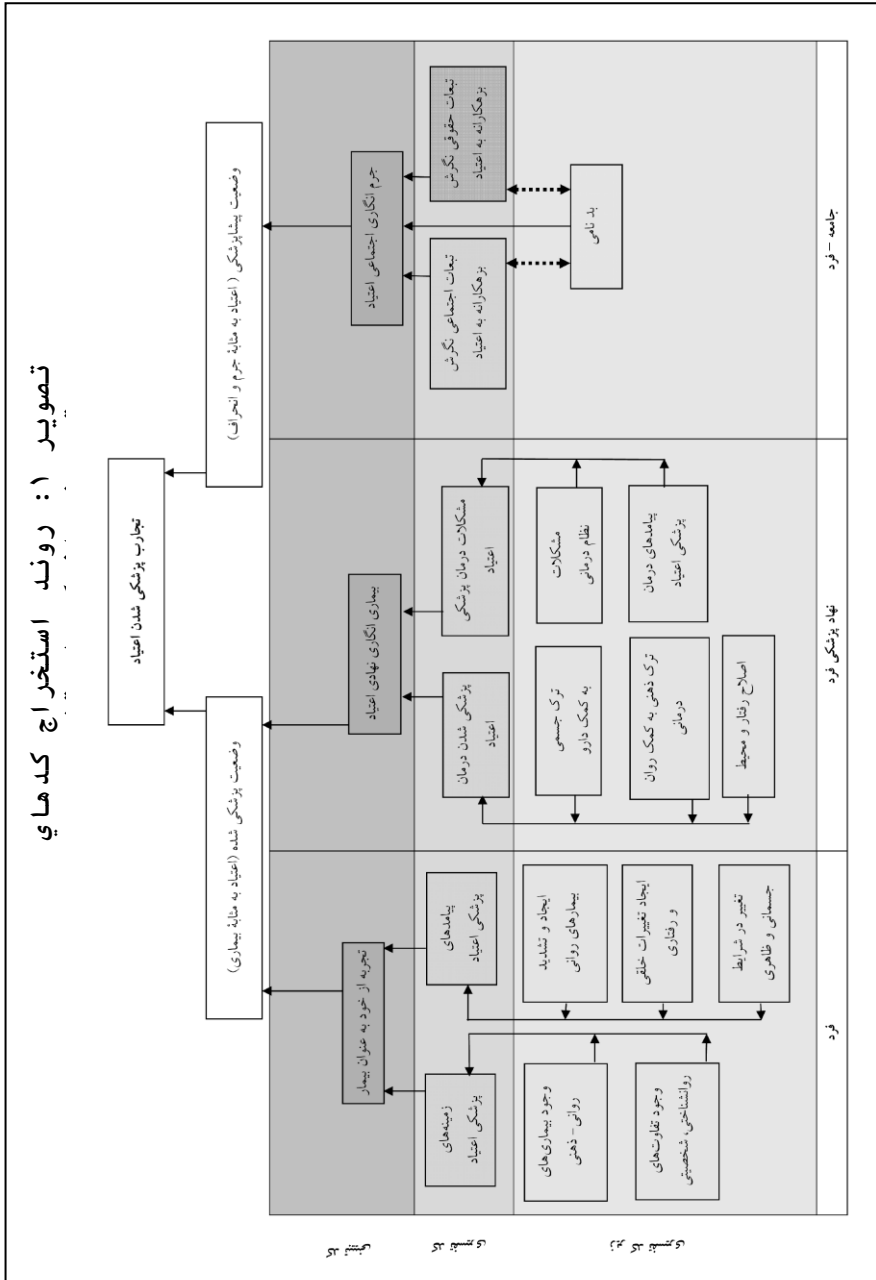
جرایمی چون دزدی، دستگیری و برخورد غیرمحرمانه توسط نیروی انتظامی، نبود شرایط دادرسی عادلانه و نادیده گرفتن حقوق قضایی در موارد مختلف از تبعات حقوقی نگرش بزهکارانه به اعتیاد است. این نگرش در جامعه مورد مطالعه چنان است که اگر «... تو محله دزدی بشه همه می‌گن کدوم همسایه‌هاتون معتاد، چون معتاد وقتی کم بیاره دزدی می‌کنه...» و حتی با شدت بیش‌تر اعتیاد به مثابه نوعی جرم و بزه خطرناک مشمول این حکم اجتماعی می‌شود که «... می‌گن بابا اینو اصلا باید اعدامش کنن...».

تصویر شماره ۱ روند استخراج کدهای تبیینی از کدهای تفسیری را نشان می‌دهد.

### ۳) بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد به مواد مخدر و افیونی همیشه یک «مشکل اجتماعی» بوده است. پزشکی شدن اعتیاد از آن جهت اهمیت دارد که فرایند پزشکی شدن و رویکرد پزشکی به عنوان نقطه انفصال دو وضعیت «پزشکی شده»<sup>۱</sup> و «پیشا پزشکی شده»<sup>۲</sup> سبب نوعی ناپیوستگی تاریخی در الگوهای اجتماعی مواجهه با اعتیاد شده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که این ناپیوستگی، باعث نوعی تباین در تجربه افراد مورد مطالعه شده است؛ تضادی که ناشی از عدم گذر کامل از الگوهای پیشاپزشکی به الگوی پزشکی است. در حقیقت استقبال درک شدنی افراد معتاد از پزشکی شدن که متاثر از پزشکی شدن اعتیاد در سطح نظری و نهادی (نهادهای پزشکی) است با عدم حمایت اجتماعی روبه‌رو است. براساس نتایج این مطالعه، عدم پذیرش الگوی پزشکی مواجهه با اعتیاد از سوی دیگر نهاد درگیر، یعنی سیستم قضایی و نظام حقوقی با این عدم تایید اجتماعی بستگی نزدیکی دارد. در مقایسه و جمع‌بندی تجاربی که در سه عرصه یاد شده در سطوح مختلف دسته‌بندی شده است با دو وضعیت متفاوت روبه‌رو هستیم. در حقیقت تجربه فرد از اعتیاد و تجربه فرد از رویکرد نهادهای پزشکی به اعتیاد حاکی از پزشکی شدن اعتیاد است، در حالی که از منظر تجربه

1. Medicalized
2. Premedicalized



فرد از رویکرد جامعه به اعتیاد، در چارچوب الگوهای اخلاقی و مجرمانه، اعتیاد به مثابه نوعی انحراف و بزه درک می‌شود. این تباین در تجربه اعتیاد، از جهت کارکرد پزشکی شدن، قابل بررسی است. استقبال معتادین از بیماری انگاری اعتیاد - چنان‌که یافته‌های این تحقیق نیز آن را تایید می‌کند - می‌تواند ناشی از خواست آن‌ها جهت کسب منفعت ثانویه باشد (Waterman & Waitzkin, 1974). به عبارت دیگر، پزشکی شدن اعتیاد از آن‌جا که به افراد معتاد اجازه می‌دهد تا وضعیت خویش را به عنوان بیمار تعریف نمایند و از حقوق مترتب بر پایگاه بیمار که ناشی از «نقش بیماری»<sup>۱</sup> (Parsons, 1951) است، بهره ببرند فرآیندی مثبت و خواستنی برای این دسته از افراد است. این باور که در جامعه مورد مطالعه با تجربه فرد از ایجاد تمهیداتی در نهادها و سازمان‌های پزشکی - اگرچه همراه با نقایص و مشکلاتی - مورد تایید واقع می‌شود، باوری عمومی نیست. به عبارت دقیق‌تر، از یک سو مشارکت‌کنندگان، نه تنها اعتیاد خویش را در رابطه نزدیکی با برخی مولفه‌های شخصیتی و اختلالات روانی - ذهنی تجربه می‌کنند - تجربه‌ای که توسط مطالعات قبلی در این زمینه (پرویزی فرد و همکاران، ۱۳۸۰؛ قریشی‌زاده و ترابی، ۱۳۸۱؛ کامکار، ۱۳۸۲؛ طاهرخانی، ۱۳۸۲؛ وفایی و پرندآور، ۱۳۸۳؛ به نقل از رحمدل، ۱۳۸۳؛ پورشهباز و همکاران، ۱۳۸۴) تایید می‌شود - بلکه پزشکی شدن درمان اعتیادشان را نیز تجربه کرده‌اند. مطابق نظر کنراد و شنایدر (Conrad & schnider, 1980) و بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت در سازمان‌ها و نهادهای بهداشتی - درمانی سازوکارهای مواجهه پزشکی با اعتیاد فراهم شده است. درمان پزشکی اعتیاد بر اساس سهولت ترک در این روش نسبت به روش‌های سنتی و غیرپزشکی، توجه به بعد ذهنی درمان اعتیاد و اخذ آمادگی‌های روانی برای ترک پایدار مثل راهکارهای مقابله با وسوسه مصرف و تبعات هیجانی ناشی از ترک جسمی، همچنین آموزش برخورد صحیح با مشکلات محیطی، احراز تفکر پیامدی - استوار کردن شیوه‌ای از تفکر که انجام رفتار را منوط به بررسی پیامدهای آن رفتار می‌کند - و رعایت اصل صداقت جهت بازگو کردن مشکلات، افزایش مسؤلیت‌پذیری اجتماعی،

## 1. Sick Role

خودیابی و بالارفتن عزت و اعتماد به نفس، از نظر افراد مورد مصاحبه تجربه خوشایندی بوده است. اما از سوی دیگر، در سطح اجتماعی این تجربه - چنانکه مطالعات پیشین (رحمدل، ۱۳۸۲) نیز آن را تایید می‌کند - تداوم نیافته است. اکثر مشارکت‌کنندگان در عرصه اجتماعی تفکرات قالبی چون «...کسی که لبش خورد به بافور، شسته می‌شه با کافور...» که مغایر با تلقی اعتیاد به عنوان یک بیماری علاج‌پذیر و بهبودیابنده در الگوی پزشکی است، را تجربه کرده و در قالب الگوی مواجهه اخلاقی با اعتیاد مانند «...کسی کمکم نکرد به اون صورت که بگه بیا بریم مثلاً ترک کن. در نهایت یه نصیحت می‌کردن که نکن این کارو، جوونی مثلاً، حیفه چرا داری همچی می‌کنی. همین، در همین حد...» اعتیادشان مشمول توجهات سریع و جدی نمی‌گردد. هم‌چنین در حالی که یک از کارکردهای پزشکی شدن متوقف کردن فرایند «بی‌اعتباری اجتماعی» برای افراد معتاد از طریق منتقل کردن بار منفی بدنامی و داغ‌خوردگی از فرد به بیماری است، مشارکت‌کنندگان در روابط اجتماعی از خانواده تا گروه‌های بزرگ‌تر، تبعات حقوقی، اجتماعی و بدنامی ناشی از نگرش بزهکارانه را تجربه کرده‌اند. این پیامدها - «بدنامی»، «تبعات حقوقی نگرش بزهکارانه به اعتیاد» و «تبعات اجتماعی نگرش بزهکارانه به اعتیاد» - علی‌رغم تمایزشان به‌طور تنگاتنگی به هم وابسته‌اند، به شکلی که می‌توانند یک چرخه علی را تشکیل دهند. به‌طور مثال بدنامی هم می‌تواند معلول این تبعات و هم علت آن‌ها باشد. در این میان می‌توان از «آموزش خانواده‌ها» و درگیر کردن آن‌ها در درمان پزشکی به‌عنوان حلقه گمشده این فرآیند یاد کرد.

براساس یافته‌های این تحقیق می‌توان موضوعاتی را به‌عنوان مکمل تحقیقات انجام شده و توسعه‌دهنده دانش در این حوزه پیشنهاد نمود که این پیشنهادات عبارت‌اند از: بررسی میزان «تاثیر پزشکی شدن اعتیاد بر تبعات مصرف مواد مخدر»، بررسی رابطه میان «بدنامی و مشکلات ناشی از اعتیاد»، توجه به رابطه «پزشکی شدن اعتیاد و مسئولیت فردی»، بررسی تاثیر «بدنامی بر ترک اعتیاد».

- ادیب حاج باقری، محسن. (۱۳۸۵)، *روش تحقیق گراندد تئوری*، چاپ اول، تهران، انتشارات بشری.
- اسماعیلی، نادعلی. (۱۳۸۱)، *وابستگی به عوارض اعتیاد به مواد مخدر*، ساری، اداره فرهنگ و ارشاد مازندران.
- پرویزی فرد، علی اکبر؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم و شاطری، جلال. (۱۳۸۰)، «بررسی همبندی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار»، *اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۱ و ۲.
- پورشهباز، عباس؛ شاملو، سعید؛ جزایری، علیرضا و قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۴)، «روابط ساختاری عوامل روان‌شناختی خطرزا و حفاظت‌کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان»، *فصل‌نامه رفاه اجتماعی*، سال پنجم، شماره ۱۹.
- جلایی پور، حمیدرضا. (۱۳۸۵)، «غفلت مرگبار»، *روزنامه شرق*، ویژه‌نامه نوروز ۸۵.
- خزانلی پارسا، فاطمه. (۱۳۸۰)، *اجتماع درمان مدار*، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری بهزیستی کشور.
- دی لئون، جرج. (۱۳۸۱)، *اجتماع درمان مدار* (ترجمه علی اکبر ابراهیمی)، چاپ اول، اصفهان، انتشارات کنکاش.
- رحمدل، منصور. (۱۳۸۲)، «اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در ایران: جرم‌زدایی یا جرم‌انگاری»، *فصل‌نامه رفاه اجتماعی*، سال سوم، شماره ۹.
- رحمدل، منصور. (۱۳۸۳)، «حقوق بشر و معتادان»، *فصل‌نامه رفاه اجتماعی*، سال سوم، شماره ۱۳.
- ریتزر، جورج. (۱۳۷۴)، *نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر* (ترجمه محسن ثلاثی)، تهران، نشر علمی.
- صادقیه اهری، سعید؛ اعظمی، احد؛ براق، منوچهر؛ امانی، فیروز و صدیق، انوشیروان. (۱۳۸۳)، «علل موثر بر بازگشت به اعتیاد در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد خود معرف وابسته به بهزیستی تهران، ۱۳۷۹»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل*، سال سوم، شماره ۱۲.
- صانعی، اشرف السادات و نیکبخت نصرآبادی، علیرضا. (۱۳۸۳)، *روش‌شناسی تحقیقات کیفی در علوم پزشکی*، تهران، انتشارات برای فردا.
- طاهرخانی، حمید. (۱۳۸۲)، «طبقه‌بندی، همه‌گیرشناسی و هم‌ابتلایی اختلالات اعتیاد»، *فصل‌نامه اعتیادپژوهی*، سال اول، شماره ۳.
- قریشی‌زاده، محمد علی و ترابی، کتایون. (۱۳۸۱)، «بررسی بیماری‌های روانی توأم با



- اعتیاد در ۲۰۰ مورد از مراجعه‌کنندگان به مرکز معتادان خود معرف بهزیستی تبریز»،  
*مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، شماره ۵۵.
- کامکار، مهدیس. (۱۳۸۲)، «آثار و پیامدهای سه رویکرد جرم‌زدایی، جرم‌انگاری و کاهش عوارض در برنامه‌های اعتیاد»، *فصل‌نامه رفاه اجتماعی*، سال سوم، شماره ۹.
- میثمی، علی پاشا؛ فرامرزی، بیژن و هلاکویی نایینی، کورش. (۱۳۸۵)، «معتادان در خصوص اعتیاد و مشکلات جامعه چگونه می‌اندیشند؟»، *مجله دانشکده علوم پزشکی تهران*، دوره ۶۴، شماره ۵.
- وردی نیا، علی اکبر. (۱۳۸۵)، «مطالعه جامعه‌شناختی اعتیاد به مواد مخدر در ایران»، *فصل‌نامه رفاه اجتماعی*، سال پنجم، شماره ۲۰.
- وفایی، باقر و پرندآور، محمد. (۱۳۸۳)، «نقش بیماری‌های جسمی در گرایش و بروز اعتیاد»، *اسرار - مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، سال یازدهم، شماره ۲.
- Ackerman, F. N. (2006), "In Praise of Fairy Godmothers: A Limited Defense of Medicalization", *American Philosophical Association Newsletter*, 60(1).
- Broom, D. H. & Woodward, R. (1996), "Medicalization Reconsidered: Toward Collaborative Approach to Care", *Sociology Health and Illness*, 18.
- Collizzi, P. (1978), "Psychological Research as the Phenomenologist Views It", In R. S. Valls & M. King (Eds.), *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology*, New York, Oxford University Press.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1980), "Looking at Levels of Medicalization: A Comment on Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism", *Social Science and Medicine*, 14A (1).
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Philadelphia, PA Temple University Press.
- Conrad, P. (1992), "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, 18.
- Courtwright, D. T. (1982), *Dark Paradise: Opiate Addiction in American before 1940*, Cambridge (MA), Harvard University Press.
- Enrenreich, J. (1978), "Medicine and Social Control", In J. Enrenreich (Eds.),

- The Cultural Crisis of Modern Medicine**, London & New York, Monthly Review Press.
- Gabe, J.; Bury, M. & Elston, M. A. (2004), **Key Concepts in Medical Sociology**, London, Sage Publication.
  - Goffman, E. (1961), **Asylums**, New York, Anchor Books.
  - Goffman, E. (1963), **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
  - Hardwig, J. (2006), "Medicalization and Death", **American Philosophical Association Newsletter**, 60 (1).
  - Helmer, J. (1975), **Drugs and Minority Oppression**, New York, Seabury Press.
  - Jeffrey, R. (1979), "Normal Rubbish: Deviant Patients in Casualty Departments", **Sociology of Health and Illness** 1(1).
  - Knafl, K. A. & Webster, D.C. (1988), "Managing and Analyzing Qualitative Data: A Description of Tasks, Techniques and Materials", **Western Journal of Nursing Research**, 10(2).
  - Oiler, C. (1982), "The Phenomenological Approach in Nursing Research", **Nursing Research**, 31(3).
  - Parsons, T. (1951), "Illness and Role of Physician: A Sociological Perspective", **American Journal of Orthopsychiatry**, 21.
  - Pitts, J. (1968), "Social Control", in **International Encyclopedia of Social Science**, NO.14, New York, Macmillan.
  - Waterman, B. & Waitzkin, H. K. (1974), **The Exploitation of Illness in Capitalist Society**, Indianapolis, Bobbs-Merill.
  - Zola, I. K. (1978), "Medicine as an institution of social control". In J. Enrenreich (Eds.), **The Cultural Crisis of Modern Medicine**, London & New York, Monthly Review Press.