

مروری بر عوارض وابستگی زنان به مواد مخدر و الکلیسم در آمریکا

Drug Abuse and Alcoholism in U.S. Women

Said Pournaghash Tehrani*

With ever more increasing attention to issues related to women, one of the areas that have attracted less attention is female drug abuse and alcoholism. A review of the literature between -the years 1928 and 1970 is a testimony to this fact. This review reveals that only -twenty-eight studies have been performed with regard to the issue of drug dependence in women; specifically, research on alcohol dependence. One of the problems often seen in this type of review is that the research on women's alcohol dependence has consistently been performed only on women who seek treatment and does not include women in the general population. Additionally, almost all of the studies have included a small number of subjects, which ultimately renders the generalization of the results of these studies problematic and less practical. Given the mentioned problems in the area of women's alcohol dependence, the current paper attempts to present an overview of literature and the associated conditions. Finally, we offer some suggestions to overcome the shortcomings.

*Assistant Prof. of the Psychology Department, Tehran University

مقدمه

تفکر در زمینه درمان اعتیاد به مواد مخدر علاوه بر تفاوت های جنسی ، بر تفکیک نوع اعتیاد (اعتیاد به الکل یا اعتیاد به مواد مخدر) استوار می باشد . در این زمینه ، تحقیقات در خصوص اعتیاد زنان به مواد مخدر بسیار محدود است. مروری بر نوشتارها ، نشان می دهند که بین سال های ۱۹۲۸ تا ۱۹۷۰ تنها ۲۸ مورد مطالعه و تحقیق بر زنان الکی انجام گرفته است که این بی توجهی مورد

مروری بر عوارض وابستگی زنان به مواد مخدر و الکلیسم در آمریکا

دکتر سید سعید پور نقاش تهرانی

عضو هیئت علمی دانشکده روان شناسی دانشگاه تهران

تفاوت‌های جنسی در استعمال مواد مخدر

در کشور های غربی درصد بالایی از افراد الکلی را زنان تشکیل می دهند که از این تعداد زنان جوان الکلی تقریباً برابر با مردان الکلی است و از آنجا که زنان مسن از خوردن مشروبات الکلی خوداری می کنند ، میزان مشروب مورد استفاده شده توسط مردان بیشتر است . علت این امر آن است که این زنان در دوران ممنوعیت استفاده از مشروبات الکلی (Prohibition) به دنیا آمده اند. یعنی دورانی که در آن می خواری زنان از نظر اجتماعی قابل قبول نبوده و شیوع آن نیز کمتر بود. اما در حال حاضر رفتار و نگرش نوه های دختری آنان در زمان کنونی کاملاً متفاوت است. در خصوص سوء استفاده از مواد مخدر نیز وضعیت به همین صورت است با این تفاوت که داروهای تجویز شده برای مقاصد غیر پزشکی از این موضوع مستثنی می باشند. جدول شماره ۱ سوء استفاده از مواد مخدر میان زنان و مردان را نشان می دهد. جدول شماره ۲ تفاوت‌های گروه‌های سنی مختلف را نشان می دهد. این جدول نسبت جمعیت سنی بالای ۱۴ سال را که طی سال گذشته مواد مخدر را استعمال کرده است ، نشان می دهد .

جدول شماره ۱: مقایسه مصرف مواد مخدر

بر حسب جنس

ماده مخدر	مردان (درصد)	زنان (درصد)
الکل	۷۱/۷	۶۱/۷
نیکوتین	۳۲/۴	۲۶/۶
ماری جوانا	۱۱/۷	۶/۵
کوکائین	۳/۲	۱/۳
کوکائین (Crack)	۰/۸	۰/۲
مواد توهم زا	۱/۷	۰/۶
داروهای تجویز شده	۳/۹	۳/۷
محرک‌ها	۱/۵	۰/۹
مسکن‌ها	۰/۷	۰/۸
آرام بخش‌ها	۱/۱	۱/۳

منبع : اداره ارائه خدمات بهداشت روانی ، راک ویل ،

مریلند آمریکا ، (۲۰۰۱)

بحث و جای سؤال است . در حال حاضر پژوهش ها بیشتر بر روی تفاوت‌های فیزیولوژیایی در استفاده از مواد مخدر میان مردان و زنان تکیه می کنند. همچنین ، دست اندر کاران در زمینه درمان اعتیاد نسبت به عوامل فرهنگی - اجتماعی که بر دسترسی به درمان و روش درمان موثرند حساسیت بیشتری نشان می دهند. مطالعات و تجارب کلینیکی نیز نشان می دهند که این حساسیت به نوعی به صورت نگرانی در مورد مسائل اعتیاد زنان سرایت کرده است.

با وجود توجه روز افزون نسبت به مسائل زنان ، اطلاعات موجود را نمی توان به آسانی با یکدیگر ادغام کرد. یکی از مشکلات این است که محققان به طور پیوسته زنانی را که جویای درمان هستند مورد مطالعه قرار می دهند، در صورتی که وسعت ، حجم و فراگیری عمومی این مشکل بیش از این است . این موضوع از آن جهت بغرنجتر می گردد که زنان مورد مطالعه ظاهراً نشان دهنده کلیه ترکیبات امکان پذیر الکل با مواد مخدر دیگر هستند. یعنی آزمودنی‌های این تحقیقات از زنان معتاد به الکل ، مواد مخدر ، زنان الکلی معتاد به مواد مخدر ، تا زنان معتاد به مواد مخدر که شدیداً معتاد به الکل می باشند تشکیل می شوند و از آنجا که میزان تشابه این گروه ها با یکدیگر دقیقاً روشن نیست نتیجه گیری از هر کدام از این مطالعات بسیار مشکل است . علاوه بر این در تحقیقات انجام شده نمونه های کوچکی مورد استفاده قرار گرفته و همچنین عناوین انتخاب شده بسیار محدود هستند. در نتیجه ، با آنکه پاره ای از حقایق و واقعیات آشکار می شوند اما این به معنای درک و فهم تمام مطالب نیست.

از این رو مقاله کنونی در راستای کمک به متخصصان بالینی و مشاوره در امور زنان با اهداف آشنایی با تفاوت‌های جنسی در خصوص روند استفاده از مواد مخدر، آشنایی با عوامل فیزیولوژیایی که به تفاوت‌های موجود در تاثیر الکل در زنان کمک می کنند ، تشخیص موانع در درمان زنان و عواملی که دسترسی به درمان را افزایش می دهند و تشخیص نیازهای درمانی جمعیت زنان به نگارش در آمده است .

جدول شماره ۲: مصرف مواد مخدر بر حسب گروه‌های سنی در زنان

گروه‌های سنی (درصد)				
ماده مخدر	کلیه زن‌ها (درصد)	۱۸-۲۵ سالگی	۲۶-۳۴ سالگی	بالا تر از ۳۴ سالگی
الکل	۶۱/۷	۷۷/۵	۷۷/۵	۵۷/۶
نیکوتین	۲۶/۶	۳۳/۶	۳۵/۳	۲۳/۷
ماری جوانا	۶/۵	۱۷/۲	۱۰/۲	۲/۵
کوکائین	۱/۳	۳/۷	۲/۴	۰/۵
کوکائین (Crack)	۰/۲	۰/۵	۰/۴	-
مواد توهم زا	۰/۶	۳	۰/۴	-
داروهای تجویز شده	۳/۷	۶/۲	۴/۸	۲/۹
محرک‌ها	۰/۹	۱/۶	۱/۲	۰/۲
مسکن‌ها	۰/۸	۰/۶	۰/۷	۰/۸
آرام بخش‌ها	۱/۳	۲	۱/۶	۱/۲

منبع: اداره ارائه خدمات بهداشت روانی، راک ویل، مریلند، آمریکا، (۲۰۰۱)

الگوهای استفاده

الگوهای استفاده از مواد مخدر در زنان با الگوهای مردان متفاوت است. از اواسط تا اواخر دوران نوجوانی، احتمال شروع سوء استفاده از مواد مخدر بسیار زیاد می‌باشد. احتمال استفاده کردن از انواع مختلف مواد مخدر در مردان جوان بسیار بالا تر از زنان جوان است. داروهای تجویز شده روان‌گردان (Psychoactive) از این موضوع مستثنی می‌باشند. به‌طور کلی، زنان بیشتر از مردان از داروهای تجویز شده برای مقاصد غیر پزشکی استفاده می‌کنند. داروهای روان‌گردان بیشتر برای زنان

تجویز می‌شود، در نتیجه دسترسی آن‌ها به این داروها بیشتر است. استفاده از این داروها به تنهایی و یا همراه مشروب الکلی می‌تواند مشکلات فراوانی را برای زنان ایجاد کند. همچنین زنان بیشتر از مردان از داروهای پزشکی، داروهای تغییر خلق (Mood-Altering) و داروهای مجاز استفاده می‌کنند (۱۸).

مشکلات وابسته

مطالعات انجام شده بر روی جمعیت‌های درمانی نوع مشکلات مرتبط با وابستگی و سوء استفاده از مواد

محققان بر این عقیده اند که عوامل ارثی ممکن است زمینه ساز بروز همگامی مرضی (**Comorbidity**) افسردگی و وابستگی به الکل، در زنان باشند. (۱۷)

جنبه های اجتماعی - روانی و فرهنگی

مطالعات انجام شده بر روی جمعیت‌های تحت درمان حاکی از وجود تفاوت‌های دیگری میان زنان و مردان می باشند. زنان معتاد، نسبت به مردان معتاد، توقعات کمتری از زندگی‌شان دارند و همچنین نگرانی بیشتری را، نسبت به مردان، در خصوص ادامه زندگی و کاهش ناراحتی نشان می دهند. در میان جمعیت‌های تحت درمان، زنان نسبت به مردان، از نظر اجتماعی از محرومیت بیشتری برخوردارند. به این ترتیب که احتمال اشتغال زنان بیمار بسیار کمتر است. همچنین احتمال داشتن یک شغل آبرومند، حمایت کردن از خود و فراهم آوردن منابع مالی جهت خرید مواد مخدر، برای زنان بسیار کمتر از مردان است. تحت این شرایط جهت تامین منابع مالی برای خرید مواد مخدر زنان ممکن است به کارهایی مانند دزدی‌های کوچک، سرقت از مغازه‌ها و فحشا روی آورند. با این‌که تفاوتی میان دلایل مردان و زنان در خصوص استفاده از مواد مخدر وجود ندارد، ولی زنان بیشتر از مردان، دلایل خود را در رابطه با این موضوع متذکر می شوند. همچنین، احتمال وجود تفاوت‌های جنسی در خصوص تاثیر مواد مخدر بر روی احساسات نیز وجود دارد. به این معنا که مواد مخدر احساسات متفاوتی را در زنان و مردان می تواند ایجاد کند. (۱۱)

در ارتباط با استفاده از کوکائین، زنان از تاثیر کوکائین در کاهش احساس گناه آن‌ها لذت می برند، در حالی‌که کوکائین در مردان احساس گناه را افزایش می دهد. زنان و مردان نیز در زمینه پاسخ‌دهی و روند درمان با هم تفاوت دارند. افسردگی در زنان بیشتر از مردان مشاهده می شود و زمان بیشتری جهت رفع علائم افسردگی در زنان مورد نیاز است. زمان بهبود یافتن زنان بسیار طولانی‌تر از زمان بهبود یافتن مردان است و مشکلات بعد از درمان نیز در آن‌ها بیشتر یافت می شود. این موضوع

مخدر مردان و زنان را از یکدیگر نشان می دهند. در مطالعه به عمل آمده از زنان معتاد به الکل، محققان به این نتیجه رسیدند که ۷۰٪ از این زنان از داروهای روان‌گردان استفاده می کردند که این میزان ۱/۵ برابر بیشتر از مردان الکلی می باشد. از میان زنانی که از این داروها استفاده می کردند، ۵۰٪ آنان این داروها را همراه با مشروبات الکلی استفاده می کردند. همچنین به ۵۰٪ آن‌ها بیش از یک نوع داروی روان‌گردان تجویز شده بود. احتمال وجود یک تاریخچه دوره ای استفاده از مواد مخدر در زنان معتاد به مواد مخدر بیشتر است که طی این چرخه استفاده از مواد مخدر یا استفاده از مشروبات الکلی افزایش می یابد. همچنین، احتمال استفاده از داروهای دیگر (به غیر از داروهای روان‌گردان) همراه با مشروبات الکلی در زنان بیشتر از مردان دیده می شود. در میان افراد معتاد به الکل، احتمال سوء استفاده همزمان از داروهای مسکن، آرام بخش‌ها و داروهای مجاز، در میان زنان بیشتر بود، در حالی‌که در میان مردان سوء استفاده از حشیش (**Cannabis**) و تنباکو، بیشتر از زنان بود (۲۳).

تفاوت‌های فراوانی میان بیمارانی که جهت درمان اعتیاد به کوکائین به بیمارستان‌های خصوصی مراجعه کردند، مشاهده می شود. زنان در سنین پایین تری نسبت به مردان استفاده از کوکائین را شروع می کنند. این موضوع با افرادی که از مواد افیونی استفاده می کنند و یا افرادی که معتاد به الکل هستند، مغایرت دارد. ورود کوکائین خالص (**Crack-cocaine**) به بازار، پاره ای از تفاوت‌های کلیشه ای میان زنان و مردان را تغییر داد. به این ترتیب که با ظهور (**Crack**) استفاده از این نوع کوکائین در میان زنان بیشتر از مردان شیوع پیدا کرد (۴).

در رابطه با اختلال‌های روانی، شیوع اختلال عاطفی در میان زنان معتاد بیشتر است، در حالی‌که در میان مردان معتاد، اختلال‌های شخصیت ضد اجتماعی بیشتر رایج می باشد. همچنین، در میان زنان اختلال‌های خوردن (**Eating Disorders**) افزایش یافته است. زنان بیش از مردان از احساساتی مانند احساس گناه، شرمساری، افسردگی و اضطراب رنج می برند. بسیاری از

گرفته باشند بسیار بیشتر از مردان معتاد می باشد. ایجاد اعتیاد، علاوه بر دست رسی آسان به آن ارتباط مستقیم با تایید خانواده جهت استفاده از مواد مخدر دارد (۱۸).

الگوهای شغلی و حرفه ای

در حوزه شغلی و حرفه ای، تفاوت‌هایی میان مردان و زنان مشهود است. احتمال شاغل بودن زنانی که مشکل اعتیاد دارند، بسیار کمتر از مردان است. همچنین آن‌ها از فنون حرفه ای و آموزشی کمتری برخوردارند. زنان معتاد به الکل و یا مواد مخدر بیشتر از مردان به اعضای خانواده و یا حمایت‌های اجتماعی جهت ادامه زندگی وابسته می باشند. بالاخره زنان بیشتر از مردان مسئولیت نگهداری از فرزندان را به عهده دارند که این موضوع نیاز آن‌ها را به حمایت‌های اجتماعی دو چندان می کند.

تفاوت‌های میان زنان

ملاحظات قومی:

قومیت به عنوان یک اصل اساسی و مهم در تفاوت‌های میان زنان به شمار می رود. با وجود اطلاعات محدود، تفاوت‌هایی در خصوص الگوی استفاده از مواد مخدر وجود دارد. احتمال ایجاد اعتیاد به الکل در زنان سفید پوست بیشتر از زنان سیاه پوست و زنان اسپانیایی الاصل می باشد. همچنین احتمال مصرف دخانیات و مواد مخدر در این زنان بیشتر می باشد. جدول شماره ۳ استفاده از مواد انتخاب شده توسط زنان از گروه‌های مختلف قومی - نژادی را نشان می دهد.

چندین سوال مهم را مطرح می کند. آیا خواص کاهش گناه کوکائین، این دارو را تبدیل به یک داروی تقویت کننده برای زنان می کند؟ آیا تفاوتی در خصوص شدت علائم محرومیت (Withdrawal Syndrome) میان زنان و مردان وجود دارد؟ اگر پاسخ مثبت است این موضوع چه پیامدهایی می تواند در خصوص کارآیی افتراقی روش‌های مداخله ای دارویی داشته باشد؟

الگوهای خویشاوندی و خانوادگی

در خصوص ارتباطات زنان با خانواده و با همسر تفاوت‌های جنسی وجود دارد. گروهی از زنان که در خانواده هایی بزرگ شده اند که از مواد مخدر به عنوان راهبردهای کنار آمدن با مشکلات استفاده می شده، احتمال معتاد شدن بسیار زیاد است. زنانی که با مشکلات اعتیاد و مواد مخدر دست و پنجه نرم می کنند، بیشتر از مردان با مشکلات خانوادگی روبه‌رو هستند و اغلب در خانواده های خود بیش از اندازه مسئولیت پذیری از خود نشان می دهند.

عموماً، زنان از کودکان و فرزندان نگهداری می کنند. برخی بر این عقیده اند که اعضای خانواده باید از تقاضای کمک زنان، جهت درمان جلوگیری به عمل آورند زیرا ممکن است باعث به خطر افتادن وظایف و مسئولیت‌های نگهداری آن‌ها شود. با این وجود مطالعات بر روی درک از انگیزه ورود به برنامه های درمانی نشان می دهد که عامل فشار - تشویق توسط اعضای خانواده از انگیزه های اصلی در این خصوص بوده است. احتمال این که زنان معتاد به الکل و یا هر داروی دیگر (کوکائین و مواد افیونی) دارای دوستی معتاد باشند، نسبت به مردان بیشتر است. ازدواج‌ها و ارتباطات زنان معتاد به هروئین متزلزل تر از مردان است و اکثراً در خصوص مواظبت از فرزندان‌شان وابسته به مادرانشان هستند.

بر خلاف مردان، زنان معتاد به الکل و یا مواد افیونی در خانواده هایی بزرگ شده اند که با مسائل اعتیاد و مواد مخدر درگیر بوده اند. به همین دلیل احتمال این که زنان معتاد، هروئین را برای اولین بار از یکی از افراد خانواده

جدول شماره ۳: استفاده از مواد مخدر در زنان در نژادهای مختلف

ماده مخدر	درصد در تمام زن‌ها	درصد در سفید پوستان	درصد در سیاه پوستان	درصد در اسپانیایی الاصل‌ها
الکل	۶۱/۷	۶۵/۸	۴۷/۸	۵۳/۲
نیکوتین	۲۶/۶	۲۷/۳	۲۷/۳	۲۲/۸
ماری جوانا	۶/۵	۶/۴	۷/۴	۶/۴
کوکائین	۱/۳	۱/۲	۱/۴	۲/۰
کوکائین Crack	۰/۲	۰/۱	۰/۷	۰/۳
ماده مخدر استنشاقی	۰/۶	۰/۶	۰/۳	۰/۸
داروهای تجویز شده	۳/۷	۴/۱	۲/۵	۳/۲

منبع: اداره ارائه خدمات بهداشت روانی، راک ویل، مریلند، آمریکا، (۲۰۰۱)

تفاوت‌های سنی

با وجودی که توجه زیادی به عامل سن نشده است، این عامل یکی از مهمترین عوامل در تفاوت‌های میان زنان در خصوص استعمال مواد مخدر به حساب می‌آید. به عنوان مثال، در میان زنان الکلی، زنان جوان در معرض خطر بیشتر استعمال مواد مخدر و یا خودکشی قرار دارند. یکی از مطالعات انجام شده در خصوص نقش عامل سن نشان داد که تفاوت‌های زیادی میان زنان زیر ۳۵ سال و بالای ۳۵ سال وجود دارد. تفاوت‌های مربوط به سن که در میان زنان شناسایی شده اند به شرح زیر می‌باشند:

شروع مصرف

بیش از نیمی از زنان جوان (۵۶٪) استفاده از مشروبات الکلی را قبل از سن ۱۶ سالگی آغاز می‌کنند در صورتی که این میزان در زنان مسن تر ۱۴٪ است. اگر سن ۱۸ سالگی را به عنوان زمان بلوغ در نظر بگیریم، ۸۳٪ از زنان جوان و ۴۶٪ از زنان مسن تمامی دوران بلوغ خود را صرف استعمال مشروبات الکلی کرده اند. این تفاوت‌ها در خصوص استفاده از مواد مخدر بسیار شدید تر است. به این ترتیب که، ۱۴٪ از زنان مسن و ۷۴٪ از زنان جوان استفاده از مواد مخدر را قبل از سن ۱۸ سالگی آغاز می‌کنند.

الگوی مصرف مواد مخدر

احتمال استفاده از ماری جوانا، کوکائین، محرک‌ها، مواد افیونی و داروهای توهم زا به صورت هفتگی توسط زنان زیر ۳۵ سال بسیار بیشتر از زنان مسن تر است. یک سوم زنان ماری جوانا را به صورت هفتگی و یک سوم دیگر کوکائین را به صورت هفتگی مصرف می‌کنند. در حالی که ۱۶٪ از زنان جوان مشروبات الکلی را به صورت روزانه مصرف می‌کنند این میزان در میان زنان مسن تر دو برابر و نیم بیشتر است. (۴۰٪)

شرایط و محیط‌های مصرف

استفاده از الکل در میان زنان غالباً به صورت انفرادی، خصوصی و پنهانی انجام می‌گیرد. این موضوع در خصوص زنان جوانتر کمتر صحت دارد. بعضی از محققان وابستگی بیش از نیمی از زنان جوان را در مورد استعمال الکل و مواد مخدر همراه با دوستان گزارش شده اند، در حالی که این میزان در زنان مسن تر ۲۰٪ است در نتیجه، الگوی استفاده از الکل به شکل انفرادی و خصوصی بیشتر در مورد زنان مسن تر صادق است.

علائم بالینی همراه

با وجودی که درصد پایین تری از زنان، الکل را به صورت روزانه مصرف می کنند، احتمال استعمال آن به مقدار زیاد و سریع در مدت کوتاه (**Binge**) توسط زنان جوانتر و در نتیجه دچار شدن به علائم ترک آن بسیار کم است. ولی احتمال استفاده از مشروبات الکلی در دوران بارداری بالا است. همچنین به احتمال زیاد این زنان حدود یک پنجم از مواد الکلی را به صورت روزانه مصرف کرده و با دیگران با خشونت رفتار می کنند.

میزان شیوع اختلالات خوردنی (**Eating**

Disorders) در میان زنان جوانتر دو برابر و نیم بیشتر از زنان سن است که ۲۵٪ از آن ها یا از بی اشتهایی عصبی (**Anorexia**) یا جوع (**Bulimia**) و یا دوره های متناوب گرسنگی، غذا خوردن زیاد در مدت کوتاه و برون ریزی (**Purge**) رنج می برند میزان افسردگی در کل گروه های سنی یک سان است. در مقایسه با زنان سن، گروه جوانتر مشکلات کاری بیشتری (مانند روابط با مدیران و سرپرستان، همکاران، کیفیت کار، مرخصی از کار، و مصدومیت در کار) دارند. همچنین احتمال تصادف، دستگیر شدن و یا زندانی شدن در میان زنان جوان بیشتر است. طی دوره یک سال قبل از درمان، زنان جوانتر بیشتر به خاطر مسائل روانی در بیمارستان ها بستری می شوند در صورتی که بستری شدن و مراقبت های سرپایی در آنان با زنان سن تر یک سان بود.

خشونت و بدرفتاری

زنان جوانتر، در سنین کودکی، بیشتر از زنان سن مورد بدرفتاری و آزار قرار گرفته اند (۳۶٪). در سنین بلوغ، خشونت و بدرفتاری افزایش یافته به طوری که ۴۸٪ از زنان جوان مورد ضرب و شتم فیزیکی و ۲۳٪ از آن ها مورد تجاوز قرار گرفته اند. این مطلب در خصوص زنان سن متفاوت بوده است به طوری که ۲۳٪ از زنان سن تر قبل از ۱۸ سالگی مورد ضرب و شتم فیزیکی قرار گرفته اند و این میزان بعد از ۱۸ سالگی به ۳۵٪ افزایش می یابد.

سابقه تاریخی

زنان جوان (قبل از سن ۱۵ سالگی)، مشکلات متعدد و اجتماعی بیشتری دارند. این مشکلات عبارتند از: گریز از مدرسه (**Truancy**) (۳۰٪) معلق شدن یا اخراج از مدرسه (۲۳٪)، دستگیر شدن (۱۴٪)، فرار از خانه بیش از یک بار (۲۸٪)، ویرانگری (**Vandalism**) (۱۹٪)، دزدی از مغازه (۵۳٪) و دعوا کردن (۲۷٪). زنان جوان در اوائل دوران بلوغ، از نظر جنسی فعال تر بودند و قبل از سن ۱۵ سالگی با بیش از یک نفر ارتباط جنسی داشته اند.

زنان بیوه

اگر چه زنان سن به عنوان زیر مجموعه گروه زنان در معرض خطر، شناخته شده اند، موضوع ارتباط میان غم و اندوه و داغدیدگی و استفاده از مشروبات الکلی در زنانی که جهت درمان اعتیاد به برنامه های درمانی رجوع می کنند، مورد مطالعه قرار گرفته است. استفاده از داروهای آرام بخش در میان زنان بیوه متداول است، با این که گاهی اوقات ممکن است تاثیر درمانی نداشته باشند. سه چهارم از زنان بیوه، قبل از فوت شوهرانشان، از مشروبات الکلی استفاده می کردند. تنها یک زیر گروه وجود داشت که ظاهراً در معرض خطر بیشتری در خصوص اعتیاد به الکل بعد از فوت شوهران قرار داشتند. این زیر گروه آن دسته از زنانی بودند که هیچ گونه سابقه اعتیاد به الکل نداشتند ولی شوهرشان معتاد به الکل بوده و تحت درمان قرار نگرفته بودند است. اعتیاد به الکل در این زنان، در اثر غم و اندوه بیمار گونه ظاهر شده که نتیجه یک ازدواج الکلی است (۲).

تاریخ طبیعی

در خصوص علائم و مشکلات الکل، تفاوت هایی میان زن ها و مردان وجود دارد. با این که این مورد در زنان جوان کمتر صدق می کند، ولی به عنوان یک گروه، زنان بیشتر در خانه و به تنهایی مشروبات الکلی مصرف می کنند و اکثر سعی در پنهان کردن مشکل خود می کنند. زنان به احتمال زیادتر با مشکلات خانوادگی مانند طلاق و یا جدایی روبه رو می شوند خواه مورد درمان قرار گرفته باشند و یا قرار نگرفته باشند و به طور کلی از حمایت

ابتدایی ظهور می کند، ولی اغلب حالتی ناخوشایند به دنبال نشگی اولیه ایجاد می شود (۱۷).

عوامل زیستی

تأثیر الکل نیز بر روی زنان و مردان متفاوت می باشد. یک مقدار مشخص الکل، میزان الکل خون زنان را بیشتر از مردان افزایش می دهد. یکی از دلایل این امر تفاوت وزنی آنها است. غلظت الکل خون زنان بیشتر از مردانی است که هم وزن آنها می باشند زیرا نسبت چربی بدن زنان از مردان بیشتر بوده و الکل در چربی قابل حل نیست. همچنین میزان جذب الکل در مراحل مختلف چرخه قاعدگی متفاوت است. این تفاوت احتمالاً به خاطر تغییرات میزان هورمونی در این دوران می باشد. قبل از دوران قاعدگی الکل در بدن زنان سریعتر از مراحل دیگر جذب می شود که این موضوع باعث افزایش بیشتر میزان الکل در خون می شود (۸).

تفاوت دیگر میان زنان و مردان «عبور اول متابولیسم (First pass Metabolism)» نامیده شده است و این متابولیسم الکل در معده، به خاطر «الکل دهیدروژنه» است که توسط پوشش معده تولید شده است. تفاوت های معناداری در خصوص مقدار الکل دهیدروژنه معده ای میان زنان و مردان وجود دارد، به طوری که این میزان در زنان بالاتر از مردان می باشد و لذا از مقدار الکل مصرف شده در زنان، الکل بیشتری وارد جریان خون می شود (۸).

عوامل ارثی

بر اساس تحقیقات به عمل آمده در مردان، اعتیاد به الکل بسیاری از موارد به دلایل ارثی بوده است. مشخص کردن الکلیم خانوادگی از «غیر خانوادگی» برای تحقیقات اهمیت به سزایی دارد. الکلیم «غیر خانوادگی» (در مردان) دارای ویژگی هایی مانند فقدان تاریخچه خانوادگی استفاده از الکل، مشکلات ضد اجتماعی کمتر در ابتدای زندگی، تحصیلات بالاتر و موفقیت شغلی می باشد. ویژگی های الکلیم «خانوادگی» (در مردان) نه تنها شامل تاریخچه خانوادگی استفاده از الکل می باشد، بلکه شامل، مشکلات ضد اجتماعی بیشتر در ابتدای زندگی، و علائم

اجتماعی کمتری برخوردارند و ارتباطات خود را نه رضایت بخش توصیف می کنند و نه حمایتی. احتمال از دست دادن شغل در آنها بیشتر از مردان است. خودکشی و افسردگی در آنان بیشتر رایج است. همچنین در خصوص اختلال های عاطفی نسبت به مردان آسیب پذیرتر می باشند. این موضوع تشخیص افتراقی میان افسردگی و ناخوشایندی همراه با استعمال مشروبات الکلی را مشکل می سازد (۴).

اختلال های پزشکی ناشی از استفاده مداوم از مشروبات الکلی، در زنان زودتر بارز می گردد. این پدیده را «پیشرفت تلسکوپی شده» می نامند. به این معنا که در زنان، مدت زمان میان شروع استفاده از مشروبات الکلی (به مقدار زیاد) با مراجعه برای درمان بسیار کوتاهتر است. زنان الکلی زودتر از مردان برای درمان اقدام می کنند. این به دلیل زیادتر بودن مشکلات پزشکی، از دست دادن حمایت های اجتماعی و منابع مورد نیاز جهت ادامه استفاده از مشروبات الکلی و بالاخره مشکلات بیشتر ناشی از مصرف الکل می باشد. با در نظر گرفتن مدت زمان استفاده از مشروبات الکلی، اختلال های شخصیتی ضد اجتماعی و وضعیت شغلی، زنان بیشتر از مردان از مشکلات به وجود آمده توسط الکل زجر می برند. با این حال تعداد مردان رجوع کننده به مراکز درمانی جهت درمان بیشتر از زنان است (نسبت ۴ به ۱).

اطلاعات زیادی در مورد عوامل شخصیتی که ممکن است قبل از ظهور و پیدایش اعتیاد به الکل در زنان وجود داشته باشد، در دست نیست. در پی گیری یک نمونه از زنان دانشجوی، نشان داده شد که عوامل پیش بینی کننده اعتیاد به الکل در سنین بالا در زنان و مردان بسیار متفاوت است. بهترین عامل پیش بینی کننده اعتیاد به الکل در زنان را باده نوشی هدف دار می نامند. به این معنا که مصرف الکل جهت رهایی از خجالتی بودن، ایجاد نشگی، خوشحال شدن و بهبود سازگاری صورت می گیرد. همچنین تحقیقات نشان می دهند؛ زنانی که الکل را به صورت اجتماعی به مقدار زیاد مصرف می کنند، امیدوارند که باده نوشی آنها را از نگرانی ها، عصبانیت و تنش ها رهایی بخشد. مطالعات نشان می دهند که باده نوشی فاقد این اثرات بوده و با افزایش میزان الکل در خون نشگی

می تواند به صورت مساوی از مادران و پدران به فرزندان انتقال یابد (۱۶).

مطالعات دیگری حاکی از وجود عوامل محیطی می باشند. در مطالعه ای بر روی افرادی که به فرزندی خوانده شده اند نشان می دهد که ، زنان، بیشتر از مردان نسبت به جنبه های محیطی حساس هستند و در حالی که عوامل ارثی در مردان به عنوان تنها عامل در خطر قرار گرفتن به اعتیاد است ، در زنان ، علاوه بر عوامل ارثی ، عوامل محیطی نیز در اعتیاد به الکل دخالت دارند به نظر می رسد تعامل عوامل مانند تعارض در خانواده در سنین کودکی ، آسیب های روانی در خانواده های فرزند خوانده و زمینه های زیستی ، باعث افزایش خطر ابتلا به اعتیاد الکل می شود (۱۲).

سابقه الکی خانوادگی نه تنها با خطر ابتلا به اعتیاد در ارتباط می باشد ، بلکه به عنوان یک عامل پیش بینی کننده مشکلات بهداشتی در اعضای خانواده های الکی و غیر الکی به شمار می رود . اثرات استفاده از مشروبات الکی و سابقه الکی بودن بر روی سلامتی به نظر می رسد که به شکل افزایشی (Additive) عمل کنند. همچنین مطالعات نشان داده است که زنان در خانواده هایی که مشکل الکلیم چند نسلی و «محدود به مرد» بوده ، چند برابر بیشتر از مردان در معرض خطر ابتلا به بیماری پرتنشی (Hypertension) قرار دارند. تحقیقات اولیه نشان داده اند که آن دسته از مردانی که متعلق به خانواده های دارای مشکل الکلیم چند نسلی و «محدود به مرد» می باشند، صرف نظر از وجود و یا فقدان الکلیم ، از استرس بیش فعال قلبی که به عنوان یک عامل در معرض خطر قرار گرفتن به بیماری قلبی به شمار می رود ، رنج می برند. این موضوع در خصوص اعضای زن خانواده نیز صادق است (۲۱).

عوارض پزشکی

زنان در خصوص ابتلا به بیماری های کبدی ناشی از استفاده از مشروبات الکی ، آسیب پذیرتر می باشند و این گونه بیماری ها ، در زنان با استفاده از مشروبات الکی کمتر و دوران کوتاهتر اعتیاد به مشروب ایجاد می شوند . فوت در این زنان ۵/۱ برابر ، بیشتر از مردان است. این

شدیدتر می شود که این موضوع مستلزم و یا منجر به تشخیص و درمان روان پزشکی زودتر می شود. الکلیم «خانوادگی» با افزایش بیماری روانی مرتبط نمی باشد (۵) . علاوه بر این ، دو متغیر الکلیم «خانوادگی» به صورت فرضی ، پیشنهاد شده اند. نوع رایج این متغیر، الکلیم «محدود به محیط» (Milieu Limited) (نوع I) می باشد. این نوع در اکثر موارد الکلیم چه در زنان و چه در مردان رایج است و از شدت کمتری برخوردار می باشد. این نوع الکلیم از آن جهت «محدود به محیط» نامیده شده است که روی داد و شدت آن در شخص مبتلا تحت تاثیر محیط بعد از دوران تولد (Postnatal) قرار دارد . در نتیجه شروع این نوع الکلیم ناشی از زمینه های ارثی و محرک های محیطی است. ولی ، در خصوص الکلیم «محدود به مردها» (Male-Limited) (نوع II) باید گفت که این نوع الکلیم شامل ۲۵٪ کل مردان الکی می شود و انتقال آن تحت تاثیر محیط نیست . وجود این قابلیت و آمادگی باعث افزایش اعتیاد به الکل در فرزندان پسر می گردد به طوری که این میزان ، صرف نظر از عوامل محیطی ، ۹ برابر بیشتر است. این موضوع در ارتباط با وجود الکلیم شدید در پدران که معمولاً در دوران نوجوانی شروع می شود می باشد. مطالعات ژنتیکی انجام شده در زنان ، حاکی از وجود چندین تفاوت می باشد . زنانی که توسط خانواده های الکی «محدود به محیط» به فرزند خواندگی قبول شده اند، بر خلاف مردانی که توسط این گونه خانواده ها به فرزند خواندگی قبول شده اند، نسبت به محیط آسیب پذیرتر می باشند. نتیجه زندگی کردن در این نوع خانواده ها لزوماً افزایش خطر ابتلا به اعتیاد به الکل نیست. در خانواده هایی که دارای سابقه الکلیم «محدود به مردها» می باشند ، با این که مشکلات الکی در دختران آنها افزایش نیافته ، ولی میزان مشکلات جسمی در آنها افزایش دارد. یافته های مطالعات در زنان دو قلو تا حدی نامعلوم بود. در یک مطالعه بر روی زنان دو قلو ، نتایج ، حاکی از این مطلب بود که عوامل ارثی موثر در اعتیاد زنان مانند مردان است. این یافته ها نشان دادند که عوامل وراثتی در خصوص اعتیاد به الکل در حدود ۵۰٪ تا ۶۰٪ می باشند. همچنین ، تحقیقات نشان می دهند که انتقال اعتیاد به فرزندان فاقد عوامل محیطی بوده و

پزشکی مرتبط با استفاده از مشروبات الکلی ، تحقیقات در مورد تاثیر الکل بر زنان بسیار محدود می باشند. این وضعیت ، تا زمانی که از زنان ، در تحقیقات زیست - پزشکی به صورت گسترده تری استفاده نشود ادامه خواهد یافت.

فشار خون شریانی (Hypertension)

تحقیقات زیادی در زمینه ارتباط میان افزایش فشار خون شریانی و استفاده از مشروبات الکلی به عمل آمده است. این مطالعات حاکی از وجود یک ارتباط بسیار قوی میان افزایش فشار خون شریانی و استفاده از مشروبات الکلی در مردان می باشد. به طور مثال ، یک مطالعه بر روی تاثیر متوسط استفاده از مشروبات الکلی نشان داد که «زنان کمتر از مردان از مواد الکلی استفاده می کنند و ارتباط مستقیمی میان استفاده از مشروب و فشار خون در آنها مشاهده نگردیده است. ولی ، فشار خون سیستولیک، به طور معکوس ، با مصرف ۱ تا ۹ بار مشروب الکلی در هفته ، مرتبط است . در زنان ، تعاملات پیچیده تر و عوامل مداخله گر بیشتری در خصوص ارتباط میان مصرف مشروبات الکلی و افزایش فشار خون شریانی وجود دارند.

اطلاعات به دست آمده از یک مطالعه بر روی «افزایش فشار خون شریانی» در خصوص ارتباط مصرف الکل با فشار خون ، مورد تحلیل قرار گرفت . اگر چه اطلاعات به دست آمده حاکی از وجود ارتباط ، میان افزایش فشار خون شریانی و مصرف الکل ، در زنان بود، ولی این ارتباط در زنان ، بسیار پیچیده تر است. در مردان استفاده ۴۰ گرم الکل در روز منجر به افزایش سیستولیک و دیاستولیک فشار خون می شود. همچنین در مردان ، ۷٪ از موارد افزایش فشار خون شریانی ناشی از مصرف الکل می باشد و منجر به افزایش سیستولیک و دیاستولیک فشار خون می شود. در مردان ، ۷٪ از افزایش فشار خون شریانی ناشی از مصرف الکل بیشتر از ۴۰ گرم در روز است . در زنان ، افزایش فشار خون شریانی با عواملی مانند سن ، مصرف الکل ، و کشیدن سیگار در ارتباط است. در خصوص زنان جوان (سنین ۳۰ تا ۴۴ سال) ارتباط معناداری میان مصرف الکل و افزایش فشار خون

مرگ و میرها بیشتر به دلیل بیماری های کبدی و اختلال های گوارشی می باشند. تفاوت در متابولیسم مخصوصاً افزایش زیاد اتانول ناشی از کاهش اکسیداسیون معده ای (Gastric Oxidation) ، یکی از مهمترین دلایل افزایش آسیب پذیری زنان نسبت به مشکلات الکلی حاد و مزمن است. همچنین افزایش مرگ و میر در زنان با مصرف بیش از حد الکل (Binge Drinking) در یک مدت زمان کوتاه ، در ارتباط است. این موضوع نشان می دهد که زنان نسبت به میزان بالای الکل در مدت کوتاه بسیار حساس تر می باشند.

علاوه بر آسیب پذیری بیشتر نسبت به بیماری کبد به طور کلی زنان بیشتر از مردان استعداد بیمار شدن را دارند. همچنین زنان نسبت به اثرهای مخرب الکل که باعث به وجود آمدن مشکلات جدی بهداشتی می شوند ، از حساسیت بیشتری برخوردارند . شناسایی مشکلات پزشکی مرتبط با میزان های مختلف استفاده از الکل و همچنین ارتباط مشکلات با میزان بالای استفاده از الکل ، در زنان و مردان مورد مطالعه قرار گرفته اند . در زنان ، میزان مصرف الکل بیش از ۲۵ گرم در روز منجر به افزایش مشکلات روانی - اجتماعی و مشکلات پزشکی مربوط به استفاده از الکل می شود. در زنان ، مانند مردان مصرف مکرر الکل با افزایش مشکلات الکلی مرتبط می باشند . بر خلاف مردان این مشکلات در زنان بیشتر ناشی از کثرت مصرف الکل به مقدار زیاد می باشد تا مصرف زیاد الکل به صورت روزانه (۲۵) .

با وجود اتخاذ سیاست های رسمی در خصوص استفاده از زنان و مردان ، به شکل یک سان ، در مطالعات و تحقیقات انجام شده در موسسه بهداشت ملی (National Institute of Health) (NIH) موسسه ای که مسئولیت تحقیقات زیست - پزشکی را به عهده دارد ، گام های زیادی در اجرای این سیاست ها برداشته نشده است بر اساس یک گزارش توسط دفتر حسابداری کل آمریکا ، موسسه فوق قادر به اجرای این سیاست ها و گنجاندن تعداد بیشتر زنان در این تحقیقات نبوده است و بیشتر آن دسته از طرح های تحقیقاتی را مورد تایید قرار می دهند که زنان در آنها گنجانده نشده اند و دلیل منطقی را در خصوص این روند ، ارائه نمی دهند. در ارتباط با نتایج

اختلالات کارکرد دستگاه غدد درون ریز و تولید مثل

در زنانی که سابقه طولانی مصرف مشروبات الکلی دارند، اختلال‌هایی مانند؛ کاهش حجم غدد جنسی (تخمدها)، نازایی و مشکلات تخمدانی وجود دارند. کلیه این مشکلات تنها به معتادان الکل تعلق نداشته، بلکه در زنانی که مشروب را به صورت تفتنی مصرف می‌کنند، نیز، مشاهده می‌شود. این مشکلات شامل اختلال کارکرد مرحله آخر دوران قاعدگی، اختلال در تخمک گذاری و افزایش ترشح بیش از حد هورمون پرولاکتین، می‌شوند. استفاده از مشروبات الکلی، به دلایل نامشخصی تأثیری بر سقط جنین در سه ماهه اول دوران حاملگی ندارد. ولی طی سه ماهه دوم، در میزان سقط جنین در هر دو گروه مشروب خواران: معتدل؛ (۱ یا ۲ بار مشروب در روز) که خطر ابتلا به بیماری در آن‌ها ۱۰٪ بیشتر از می‌خوران تفتنی است و در گروه معتادان به مشروبات الکلی (۳ یا ۴ بار مشروب در روز) که خطر ابتلا به بیماری در آن‌ها ۳۵٪ بیشتر می‌باشد، افزایش به چشم می‌خورد (۲۰).

ایدز (AIDS)

ایدز یکی از مشکلاتی است که توجه بسیاری از دست‌اندرکاران را به خود جلب کرده است. ابتلا به ویروس HIV و ایدز در زنان، به طور عمده در زنانی که از داروی مخدر به صورت درون‌وریدی استفاده می‌کنند و یا با اشخاصی که مبتلا به ایدز هستند مقاربت جنسی انجام می‌دهند، افزایش دارد. به نظر می‌رسد آن دسته از زنان جوانی که مبتلا به اعتیاد به مشروب و مواد مخدر می‌باشند در معرض خطر زیادی قرار دارند. با این که یک نسبت ۳ به ۱ مردان به زنان معتاد به مواد مخدر شناسایی شده است، این تفاوت در زنان جوانتر در حال از بین رفتن است. زنان سریعتر از مردان، معتاد به مواد مخدر شده و اعتیاد آن‌ها نیز توسط دوستانشان آغاز می‌گردد؛ دوستان معتاد دسترسی به مواد مخدر را آسانتر می‌کنند؛ به احتمال زیاد از سوزن‌های آلوده استفاده می‌کنند؛ و با توسل به خودفروشی دسترسی بیشتر و آسانتری به مواد مخدر پیدا می‌کنند. این عوامل به افزایش در معرض خطر قرار گرفتن ابتلا به ویروس HIV و ایدز کمک می‌کنند (۶).

وجود ندارد. ولی، در زنان مسن (سنین ۴۵ تا ۶۹ سال) همبستگی قوی میان مصرف الکل و کشیدن سیگار وجود دارد. در زنان سیگاری افزایش متوسط سیستولیک و دیاستولیک فشار خون، زمانی که الکل را بیش از ۲۰ گرم در روز مصرف می‌کنند، بیشتر دیده می‌شود. این ارتباط در زنان غیر سیگاری مشاهده نمی‌شود (۱۳).

سرطان پستان

در سال ۱۹۸۷، نتایج به دست آمده از دو مطالعه جامع، حاکی از افزایش در معرض خطر قرار گرفتن ابتلا به سرطان سینه، بر اثر مصرف مشروبات الکلی بود. زنانی که آمادگی ابتلا به سرطان سینه را دارند، احتمال خطر ابتلا به این مرض در آن‌ها با یک بار مصرف مشروبات الکلی در هفته به میزان ۵۰٪ و با ۳ بار مصرف در هفته به میزان ۱۰۰٪ افزایش می‌یابد در مرور به عمل آمده در سال ۱۹۸۹ بارز گردید که اگر چه سه مطالعه انجام شده حاکی از افزایش جزئی خطر ابتلا به سرطان سینه در می‌خوران است، یافته‌های مطالعات همبستگی و کنترل‌موردی ناهمخوان بوده است. در حال حاضر، می‌بایستی در خصوص این نتیجه‌گیری بسیار محتاطانه عمل کرد. مقاله‌ای که اخیراً تحت عنوان «الکل و سرطان سینه: حالا در چه مرحله‌ای هستیم و از این جا به کجا می‌رویم؟» به چاپ رسیده به بسیاری از سؤال‌های بالا پاسخ داده است. این مقاله بر اساس یک متا آنالیز (Metaanalysis) بیش از ۵۰ مطالعه همه‌گیر شناسی انجام گرفته، اهمیت این موضوع و به خصوص عناوین نیز مورد تأیید قرار گرفته است:

۱) سرطان سینه منبع اصلی بیماری و مرگ و میر است؛

۲) مصرف مشروبات الکلی بسیار رایج است؛

۳) می‌خورگی قابل اصلاح است؛

با این که رابطه علت و معلول هنوز ناشناخته است، یافته‌ها حاکی از وجود یک ارتباط معتدل ولی مثبت می‌باشند: خطر ابتلا در ارتباط با میزان مصرف می‌باشد، یعنی با مصرف ۲ بار مشروب الکلی در روز، خطر ابتلا به بیماری سرطان سینه ۲۵٪ افزایش می‌یابد، باید توجه داشت که میزان این خطر با عواملی مانند سن، وزن و استفاده از هورمون استروژن نیز در ارتباط می‌باشد (۲۴).

فوریتهای پزشکی

در خصوص جمعیت معتاد به الکل، اکثر مراجعه کنندگان به بخش اورژانس را زنان تشکیل می دهند. این پدیده احتمالاً به این خاطر است که زنان نسبت به استفاده بیش از حد دارو در میزانهای پایین و استفاده از مشروبات الکلی همراه با مواد مخدر، آسیب پذیرتر هستند. از آن جا که مصرف بیش از حد به صورت اتفاقی می باشد، یکی از راههای مهم پیش گیری، آموزش زنان نسبت به تاثیر الکل و مواد مخدر، چه به تنهایی و چه به طور توأم با هم می باشد.

مشکلات الکل در زنان احتمال خودکشی در آن ها را افزایش می دهد. پژوهشها نشان داده اند که میزان خودکشی در زنان معتاد به الکل ۵ برابر بیشتر از زنان غیر الکلی می باشد که در این تحقیق ۴۰٪ از زنان الکلی اقدام به خودکشی کرده اند. همچنین، ۵۰٪ از کسانی که یک بار اقدام به خودکشی می کنند، احتمال اقدام مجدد به آن در آینده نیز وجود دارد (۱۰).

نتایج اجتماعی - روانی

ناراحتی عاطفی

نتایج بدست آمده از یک تحقیق طولی، توسط موسسه ملی بهداشت روان آمریکا (National Institute of Mental Health) در خصوص شیوع بیماری روانی در جمعیت عمومی برای تعیین نقش و تاثیر استفاده از الکل به عنوان یک عامل عملکردی مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مردان و زنان، مصرف زیاد مشروبات الکلی با افزایش ناراحتی های روانی، در ارتباط بود. در خصوص زنان، سابقه مصرف زیاد مشروبات الکلی به عنوان یک عامل پیش بینی کننده در پیدایش بیماری روانی طی یک سال آینده، به شمار می رفت (۷).

خشونت

بسیاری از مطالعات نشان می دهند که زنانی که مواد مخدر را استفاده می کنند در معرض خطر بیشتری در مقابل بد رفتاری لفظی (Verbal Abuse) و خشونت متوسط و شدید فیزیکی قرار دارند. میزان خشونت توسط همسر

جزء یکی از عوامل پیش بینی کننده موثر در تشخیص است که آیا زن جزء نمونه الکلی بوده است یا خیر؟ این مورد حتی پس از تحت کنترل در آوردن عواملی مانند: وجود استفاده از الکل در همسر، میزان درآمد، خشونت والدین و داشتن پدران الکلی، نیز صادق بود. بعضی از عواملی که در زنان، منجر به استفاده از مواد مخدر می شد، با استناد به گفته های زنان معتاد، شامل زنا با معارم و تجاوز بود. از آن جا که میزان خشونت گزارش شده بسیار بالا است، اهمیت ارزیابی زنان تحت درمان اعتیاد در موارد فوق تاکید می شود (۹).

وضعیت ازدواج

زنان الکلی احتمالاً دارای شوهر های الکلی نیز می باشند. تفاوت بسیار فاحشی در مورد نتایج یک ازدواج، بر اساس جنسیت همسر الکلی وجود دارد. احتمال طلاق در زنان الکلی بیشتر از مردان است. از ۱۰ ازدواجی که در آن زن الکلی می باشد، ۹ ازدواج به طلاق ختم می شود، در حالی که این میزان در مردها ۱ ازدواج از ۱۰ ازدواج است (۴).

ملاحظات بالینی

عوامل خطر زا

عواملی که خطر ابتلای به اعتیاد به الکل یا مواد مخدر را افزایش می دهد عبارتند از: شروع زودرس استفاده از مشروبات الکلی و یا مواد مخدر، جدایی از همسر و مطلقه بودن، مشکلات زنانگی، اختلالات خوردنی، استعمال دخانیات و داشتن سابقه استفاده (پزشکی) از داروهای روان گردان.

آغاز درمان

عوامل و زمانی که موجب می شود تا افراد مشکلاتشان را درک می کنند و درصدد درمان برآیند در زنان و مردان بسیار متفاوت است. به طور کلی افسردگی، اضطراب، احساس ناتوانی، ناامیدی و گناه در زنان بیشتر

از مردان است. با این وجود این احساس‌ها با بیماری روانی مرتبط نیستند. علاوه بر این، زنانی درصدد درمان برآمده اند که به تازگی، در معرض خشونت قرار گرفته بودند. با وجود آن که زنان درارتباط با ورود در برنامه های درمانی، از حمایت کمتری برخوردار بودند، ولی یکی از مهمترین عوامل ورود آنها به این گونه برنامه ها، عامل «فشار» بوده که این فشار از سوی فرزندان، بستگان، همکاران و درمانگران اعمال می گردد. یکی از نگرانی‌های زنان از دست دادن حضانت فرزندان است. اغلب زنان استفاده از الکل و مواد مخدر را به عنوان مشکل اساسی خود نمی دانستند و آنان در توانایی برنامه های ترک اعتیاد، در رفع اعتیاد خود تردید داشتند (۱۹).

آموزشی بیماران

* زنان و به خصوص زنان جوان و نوجوان، به اطلاعات کاملی در مورد الکل و مواد مخدر نیاز مبرم دارند. به طور مثال در میان زنان جوان خطر الگو برداری از یکدیگر در خصوص مصرف مشروبات الکلی وجود دارد. در یک محیط اجتماعی، میزان مصرف مشروبات الکلی توسط افراد را کسی که بیشتر از همه مصرف می کنند، تعیین می کند. به این معنا که شخص معتاد به الکل به عنوان یک الگو توسط دیگران پنداشته می شود.

* وسایل کمک آموزشی موجود، که میزان الکل خون (Blood Alcohol Content :BAC) به وجود آمده توسط مشروبات الکلی را در مقادیر مختلف نشان می دهد، هیچ‌گاه تفاوت‌های معنادار میان مردان و زنان را که با غلظت الکل خون مرتبط می باشد، ذکر نمی کنند.

* استفاده و سوء استفاده بیشتر زنان از داروهای روان‌گردان، ایجاب می کند که تجویز این گونه داروها در خصوص اشخاص در معرض خطر مورد بررسی قرار گیرند. این سؤال باید مد نظر قرار گیرد که آیا خطرهای بالقوه بیشتر از سود آن می باشند، معیارهای سخت و شدیدی باید در خصوص تجویز داروهای روان‌گردان برای زنان در معرض خطر گمارده شوند و نیز سعی و تلاش بیشتری باید در مورد پیروی از این معیارها و دستورها صورت گیرد (۳).

تشخیص و مداخله

* در خصوص تشخیص اختلالات ناشی از مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر، جنسیت باید به عنوان عامل اصلی مد نظر قرار گرفته شود. زنان ممکن است کمتر از مردان از الکل استفاده کنند، ولی میزان مشکلات آنها در حد مردان است.

* مسئله تشخیص ارزش روش‌های مداخله در زنان بارداری که از مشروب و مواد مخدر استفاده می کنند، بسیار مهم است. به طور مثال، بعضی از پزشکان در مراکز آموزشی پزشکی در پیروی از دستورهای پزشکی و توصیه امساک از هر گونه مواد مخدر و مشروبات الکلی طی دوران بارداری، مردد هستند. در عوض، بعضی از پزشکان بر این عقیده اند که در صورت مصرف ۲ بار مشروب الکلی و کمتر در روز، از نظر آماری هیچ‌گونه افزایشی در میزان الکل جنین (Blood Alcohol Content : FAS) و تاثیر الکل بر جنین، وجود ندارد. اتخاذ این‌گونه روش‌ها ناشی از این است که پزشکان مایل نیستند احساس گناهی را که در زنان به خاطر مصرف مشروب در دوران بارداری وجود دارد تشدید کنند. اگر چه این‌گونه رفتارها از روی غرض ورزی نمی باشد، ولی با این حال هیچ‌گونه عملی که باعث افزایش خطر در زنان می شود، نباید صورت گیرد. اتخاذ محدودیت استفاده از یک مشروب الکلی، می تواند باعث این سوء تعبیر شود که مصرف مشروب الکلی دیگر هیچ خطری را به همراه ندارد.

* مداخله در خصوص زنان باردار معتاد به الکل بسیار ضروری می باشد. این تفکر که هرگونه آسیب وارد شده به جنین غیر قابل برگشت است و این که مصرف الکل در زنان قابل اصلاح نمی باشد، بسیار غلط و نادرست است. هرگونه کاهش در مصرف الکل توسط زنان الکلی با کاهش معناداری در علائم جنینی الکل (FAS) مرتبط است و مصرف الکل به صورت وابسته به مقدار مصرف (Dose-dependent) با تاخیر در رشد جنین همراه می باشد. از زنانی که دارای مشکلات الکلی مداوم می باشند، ۸۹٪ از آنها فرزندان به دنیا آوردند که حداقل دارای یکی از ویژگی‌های علائم الکلی جنینی

* اغلب برنامه های درمانی توسط مردان و یا انستیتوهای مردگرا طراحی شده اند و بیشتر تحقیقات در خصوص جمعیت مردان بوده است. یکی از انتقادات نسبت به سازمان الکلی گمنام و برنامه ۱۲ مرحله ای این است که آن‌ها بیشتر مروج وابستگی زنان هستند. ولی این نقطه نظر عمومیت ندارد. همان طور که یکی از نویسندگان فمینیستی می نویسد: آن دسته از زنانی که به برنامه ۱۲ مرحله ای مراجعه می کنند می کوشند تا زنده بمانند آن‌ها کسانی نیستند که در جلسات سیاسی شرکت کنند. بدون درمان، آن‌ها خواهند مرد و زنان مرده هیچ سیاسی ندارند (۲۲).

بحث و نتیجه گیری:

با توجه به مطالب ذکر شده، مشخص شد که شیوه ابتلای زنان به اعتیاد به مواد مخدر (اعم از الکل و دیگر مواد مخدر) با مردان متفاوت می باشد. لذا این موضوع از این جهت دارای اهمیت قابل توجهی می گردد که در درمان زنان وابسته به مواد مخدر باید تمهیدات خاصی با توجه به نیازهای متفاوت آن‌ها که ناشی از راه‌های متفاوت ابتلای آن‌ها به مواد شده است اتخاذ گردد. به عنوان مثال همان‌طور که ذکر شد اغلب برنامه های درمانی توسط مردان و یا مؤسساتی برگزار می گردند که مراجعان آن‌ها به طور عمده مردان هستند و با نیازهای زنان مطابقت چندانی ندارند. لذا یکی از راهکارهای پیشنهادی می‌تواند ایجاد و تاسیس مؤسسات ترک اعتیاد با مدیریت زنان و با توجه خاص به نیازهای خاص زنان در خصوص ترک اعتیاد باشد. علاوه بر این ایجاد این‌گونه مؤسسات می تواند باعث افزایش حساسیت جامعه نسبت به درمان زنان وابسته به مواد مخدر گردد و آن‌ها را در راستای پاک سازی و توان بخشی برای بازگشت مجدد به جامعه و آغاز فعالیت به عنوان فردی موثر و مفید در جامعه یاری بخشد.

در ارتباط با ارائه خدمات بعد از درمان، زنان به ویژه آسیب پذیرتر از مردان هستند و نیاز به حمایت‌ها و کمک‌های همه جانبه اعم از حمایت های اقتصادی- اجتماعی و به خصوص خانوادگی خواهند داشت. نقش خانواده زنان معتاد در کمک به عدم عود و برگشت علائم، نقشی بسیار اساسی است، خانواده می‌تواند با حمایت‌های عاطفی و اقتصادی کمک شایانی به ترک اعتیاد

(Fetal Alcohol Effect: FAE) هستند. این میزان در خصوص زنانی که مصرف الکل خود را کاهش دادند، ۴۰٪ می باشد (۱۲).

مدیریت درمان

* تاکنون تقریباً هیچ‌گونه تحقیق منظمی صورت نگرفته که نشان دهد که نتایج با نوع جنسیت فرق می کنند. هر دو گروه مردان و زنان که دارای ویژگی های جمعیتی یک سان هستند، در مراحل یک‌سان بیماری، احتمالاً از سلامت یک‌سانی در شرایط درمانی یک‌سان، برخوردار می باشند. تحقیقات معدودی نشان می دهد که نتایج به دست آمده در زنان، رضایت بخش تر از مردان است.

* بعضی از مطالعات نشان می دهد که میزان ورود، ادامه و کامل کردن برنامه درمانی به طور معناداری، در زنان کمتر از مردان است.

* یکی از ابعادی که زنان و مردان در آن با هم متفاوت می باشند، دسترسی به درمان است. در زنان، مسائلی مانند: مراقبت از فرزندان و هزینه درمان وجود دارد زیرا احتمال از دست دادن شغل، داشتن دستمزد پایین تر و تنها سرپرست بودن فرزند، در زنان بیشتر است. زنان نیازمند کمک‌های جانبی بیشتری هستند زیرا آن‌ها مادران مجرد و قربانی خشونت خانوادگی می باشند و از حمایت مردمی کمتری برخوردار هستند. سازمان الکلی گمنام (AA: Alcoholic Anonymus) به عنوان تنها درمان اساسی برای اشخاص معتاد به مشروب می باشد و میزان استفاده از این برنامه در میان زنان رو به افزایش است. عواملی که می تواند در درمان زنان موثر باشند به شرح زیر می باشد:

* تهیه و فراهم کردن تهیلات مراقبت از کودکان؛

* در خصوص زنان معتاد به مواد مخدر، زمان بارداری و تولد بچه از مقاطعی است که مداخله بسیار موثر می باشد؛

* آموزش و اطلاع رسانی به زنان، می تواند از بی اعتمادی آنان نسبت به تامین کنندگان سیستم سرویس های اجتماعی بکاهد. اغلب رفتارها و نگرش‌ها نسبت به زنان معتاد منفی است و زنان معتاد اغلب مورد سوء استفاده جنسی قرار می گیرند؛

- کنند و جلوگیری از بازگشت به محیط‌هایی که استفاده از مواد مخدر را فراهم می‌آورند، انجام دهد.
- در ارتباط با درمان زنان معتاد به مواد مخدر باید گفت که آن دسته از برنامه‌های درمانی که به صورت جامع سعی در برطرف کردن نیازهای درمانی این زنان می‌کنند از موفقیت بیشتری برخوردار خواهند بود. نیازهای درمانی زنان معتاد شامل موارد زیر می‌باشند: (۱)
- غذا، پوشاک و مسکن،
 - ارائه خدمات ایاب و ذهاب برای مراجعه به مراکز درمانی،
 - مشاوره شغلی،
 - ارائه کمک‌های قضایی و قانونی،
 - برنامه‌های آموزشی، سواد آموزی و اطلاع‌رسانی،
 - آموزش سرپرستی و اداره کردن خانواده،
 - خانواده درمانی،
- مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی
 - فراهم آوردن تسهیلات جهت نگهداری و مراقبت از فرزندان آنها،
 - خدمات اجتماعی،
 - حمایت‌های اجتماعی،
 - ارزیابی و مراقبت‌های روانی،
 - ارائه خدمات برای طراحی و برنامه‌ریزی برای خانواده
- با گنجاندن و لحاظ کردن موارد فوق در برنامه‌های درمانی زنان می‌توان تا حد زیادی به آن‌ها کمک کرد تا نه تنها به ترک وابستگی خود اقدام کنند، بلکه آن‌ها را در مسیر بازداري از عود و برگشت یاری داد.

منابع

۱. سعیدپورنقاش تهرانی مجموعه مقالات همایش علمی-کاربردی خانواده و اعتیاد تیر ماه ۱۳۷۸.
2. Blankfield, A. Grief, alcohol dependence, and women. *Drug and Alcohol Dependence*, 24(1):45-49, 1989.
3. Blankfield, A. Female Alcoholics: Alcohol dependence and problems associated with prescribed psychotropic drugs use. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 82(6):445-450, 1990.
4. Blum, S.B. Women and Alcohol: A review. *Journal of the American Medical Association* 256(11):1467-1469, 1986.
5. Cloninger CR. Genetic and Environmental factors in the development of alcoholism. *Journal of psychiatric Treatment and Evaluation* 5(5):448-496, 1983.
6. Des Jarlais D.C. A public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users. (review). *Annual review of public health* 14:413-450, 1993.
7. Dryman A. & Anthony J.C. An epidemiologic study of alcohol use as a predictor of psychiatric distress over time. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80(4):315-321, 1989.
8. Frezza M & DiPadova. C. High school alcohol levels in women: The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first pass- metabolism. *New England Journal of Medicine*, 322(2):95-99, 1990.
9. Fullilove, MT & Smith M. Violence, Trauma, and post-traumatic stress disorder among women drug users. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4):533-543, 1993.
10. Gomberg ESL. Suicide risk among women with alcohol problems. *American Journal of Public Health* 70(10):1363-1365, 1989.
11. Griffin ML & Weiss, RD. A comparison of male and female cocaine abusers. *Archives of general psychiatry* 46(2):122-126, 1989.
12. Halmesmaki, E. Alcohol counseling of 85 pregnant problem drinkers: Effect on drinking and fetal outcome. *British journal of Obstetrics and Gynaecology* 95(3):243-247, 1998.

20. Mello Nk & Mendelson JH. Neuroendocrine consequences of alcohol abuse in women . Annals of the New York Academy of Sciences 562(6):211-240, 1989.
21. Miller Sb & Finn PR. Risk for hypertension in female members of multigenerational male-limited alcoholic families. Alcoholism: Clinical and Experimental research 13(4):505-507, 1989.
22. Nelson-Zlupko, L & Kauffman LE. Gender differences in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention in the substance-abusing women. Social Work 40(1):45-54.
23. Ross HE. Alcohol and drug abuse in treated alcoholics: A comparison of men and women. Alcoholism: Clinical and Experimental research 13(6):810-816, 1997.
24. SchatzkinA & Longnecker MP. Alcohol and breast cancer:Where are we now and where do we go from here?(review). Cancer 74(3):1101-1110, 1994.
25. Smith EM & Lewis CE. Predictors of mortality in alcoholic women: A 20-year follow-up study. Alcoholism: Clinical and Experimental research 18(5):1177-1186, 1998.
13. Keil, U & Chambless L. Alcohol and Blood pressure: Results from the Lubeck blood pressure study: Preventive Medicine 18(1):1-10, 1989.
14. Kendler, KS & Heath Ac. A population-based twin study of alcoholism in women. Journal of the American Medical Association 268(14): 1877-1882, 1992.
15. . Kendler, KS & Heath Ac. A population-based twin study of alcoholism in women. Journal of the American Medical Association 50(9):690-698, 1993.
16. . Kendler, KS & Heath Ac. A population-based twin study of alcoholism in women. Journal of the American Medical Association 151(5):707-715, 1994.
17. Lebus BW, Mello Nk & Mendelson JH. Reasons for alcohol use by females heavy moderate, and occasional social drinkers. Alcoholism,; Clinical and Experimental research 6(4):281-287, 1989.
18. Marsh J.C. & Miller NA. Female clients in substance abuse treatment. International journal of the addictions 20(6/7):995-1019, 1985.
19. Marsh, J.C. Sex differences in opiate addiction careers. American Journal of Alcohol Abuse 12:309-329, 1986.

فصلنامه اصول بهداشت روانی

تعمیر الکل در اسلام، جوامع اسلامی را از مشکلات فوق در امان داشته است و لازم است؛ با افزایش آگاهی عمومی از عوارض مصرف الکل و مواد مخدر، به پاک سازی هر چه بیشتر جامعه اقدام نمود. این امر مستلزم یک عزم ملی، با تفکر سیستمی می باشد تا از طریق بسیج عمومی جامعه محیط سالمی برای زیستن فراهم آید. انشاء الله