

اعتیاد و زنان : تفاوت‌های جنسیتی در زمینه سوء مصرف مواد و درمان آن

فاطمه صفری^۱

چکیده :

مقاله حاضر به زمینه کمی پیدایش و گسترش اعتیاد در زنان، مشکلات روانی، اجتماعی و پزشکی ناشی از آن، موانع درمان اعتیاد در زنان و تفاوت‌های جنسیتی در سوء مصرف مواد و درمان آن می پردازد. این مقاله ترجمه‌ای از یک تحقیق پیمایشی با موضوع اعتیاد زنان و برخی از تحقیقات دیگر در این زمینه است. بر اساس نتایج به دست آمده از تحقیق یاد شده، زنان در روابط نزدیک و صمیمانه بیشتر از طریق همسر خویش به اعتیاد روی می‌آورند. همچنین نیروهای منفی گروه همسالان ممکن است رفتار دختران و زنان را بیش از رفتار پسران و مردان تحت تأثیر قرار دهد. از نقطه نظر نابسامانی‌های روانی، رابطه بین اختلال فشار روانی پس از سانحه و اعتیاد ممکن است در بین زنان و دختران قوی‌تر از این رابطه در بین پسران و مردان باشد. اعتیاد زنان، علاوه بر بیماری‌های سوء تغذیه، فشار خون بسیار بالا و سرطان، آنان را در معرض بیماری‌هایی خطرناکی مانند هپاتیت و ایدز قرار می‌دهد. زنان معتاد در مقایسه با مردان احتمال بیشتری دارد دچار ایدز و دیگر بیماری‌های ناشی از روابط جنسی شوند و در مقایسه با زنان دیگر احتمال بیشتری وجود دارد که به بیماری‌های زنانه و معضلات آن دچار شوند.

درباره موانع درمان، زنان بر اساس نگرش اجتماعی و فرهنگی به اعتیاد، اغلب به دلیل اعتیادشان نسبت به مردان معتاد انگ منفی‌تر زده می‌شوند. نگرش اجتماعی درباره ناپسند بودن زن معتاد یک مانع عمده در درمان آنها به حساب می‌آید. همچنین مراقبت از بچه مانعی دیگر برای درمان آنها است. این در حالی است که زنان نسبت به مردان احتمال کمتری دارد که از خانواده و دوستان برای ترک مواد حمایت دریافت کنند. برنامه‌های درمانی نیز اغلب ناخواسته موانعی در راه درمان زنان ایجاد می‌کند. مانند : موانع مالی، تشریفات زائد اداری، متمرکز بودن برنامه‌های درمانی برای مردان و فقدان حساسیت درباره اعتیاد زنان. موانع روانی درمان نیز عبارت است از درونی کردن این عقیده رایج که اعتیاد یک سقوط اخلاقی است، که در زنان موجب اجتناب آنها از درمان می‌شود. و از آنجا که زندگی بدون مواد مستلزم ایجاد تغییرات عمده در سبک و شکل زندگی است و ایجاد چنین تغییراتی مشکل و دشوار به نظر می‌رسد، بنابراین مقاومت در برابر تغییر یک مانع دیگر در راه درمان می‌شود.

به‌طورکل، برنامه‌های موفقیت آمیز درمان زنان، باید از تفاوت‌های عمده جنسیتی در اعتیاد متأثر باشد و به نیازهای ویژه زنان و دختران معتاد پاسخ دهد.

کلید واژگان : اعتیاد، زنان، تفاوت‌های جنسیتی، عوامل خطر ساز، موانع درمان

مقدمه :

فقدان بررسی تفاوت‌های جنسیتی^۱ در خصوص اعتیاد و مسائل پیرامون آن و نیز کمبود یا فقر پژوهش درباره زنان و اعتیاد، مطالعه و بررسی تحقیقات خارجی برای تعقیب ادبیات تحقیق و کشاکش در آنها را لازم می‌سازد. البته در این میان، توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی و به تبع آن تفاوت‌های رفتاری در جوامع مختلف ضروری است. از این‌رو، درباره موضوع یاد شده، به مطالعه چند تحقیق که از سوی مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی و نیز برخی بنیادهای خیریه که نه تنها به کار رسیدگی و درمان معتادان بلکه به امر تحقیق و پژوهش در این زمینه پرداخته‌اند، اقدام شده است.

شایان ذکر است که متن اصلی این مبحث مربوط به یکی از این تحقیقات تحت عنوان “زنان و مسایل جنسیتی در سوء مصرف مواد و درمان اعتیاد”^۲ است. این تحقیق توسط بنیادی به نام کرون^۳ - که به کار درمان معتادان و تحقیق و پژوهش در این زمینه می‌پردازد - انجام شده است. در این تحقیق اطلاعاتی از جامعه آمریکا در زمینه اعتیاد زنان و تفاوت‌های جنسیتی آنان درباره سوء مصرف مواد جمع‌آوری شده است. همچنین، به اطلاعات و نتایجی که این بنیاد با توجه به تحقیق درباره افراد معتاد بویژه زنان معتادی که آن مرکز برای معالجه و درمان و حتی اخذ حمایت مراجعه کرده بودند، اشاره شده است.

همچنین، شایان ذکر است که در تنظیم مطالب سعی شده است تا آنچه که با جامعه ایران از نظر فرهنگی، اجتماعی و نیز الگوهای رفتاری همخوانی ندارد مانند مسأله الکل و معضلات مصرف آن در بین زنان آمریکا یا دیگر زنان غربی، حذف و بیشتر به بررسی اعتیاد به مواد مخدر و تفاوت‌های جنسیتی در این زمینه پرداخته شود.

قبل از ورود به بحث، ابتدا به مفاهیم جنس^۴ و جنسیت^۵ توجه می‌شود و سپس مشخص

۱- Gender Differences

۲- Wromen&Addiction Gender issues in Abuse and Treatment

۳- CARON Foundtion

۴- Sex

۵- Gender

خواهد شد که در این مبحث منظور از جنسیت چیست. به عبارت دیگر "اگر جنس به طور زیست شناختی تعیین می‌شود، جنسیت حاصل فرهنگ و اجتماع است. بنابراین، دو نوع جنس (نر و ماده) و دو نوع جنسیت (مذکر و مؤنث) وجود دارد. روان‌شناسان اجتماعی هویت جنسیتی^۱ را محصول شیوه آموزش و تربیت کودک می‌دانند تا نتیجه عوامل زیست‌شناختی (آبرکرومبی^۱، ۱۹۸۴: ۲۵۳)، در کارهای اخیر مردم‌شناسی نیز جنس و درباره خصوصیات ویژگی‌های کالبد شناختی، زیست شناختی و فیزیولوژیکی جسمانی مرد و زن به کار برده می‌شود و جنسیت به نمادهای ویژه‌ای که به طور فرهنگی تفاوت‌های زیست‌شناختی و فیزیولوژیکی زن و مرد را توضیح می‌دهند، ارجاع داده می‌شود" (برناردجا، ۱۹۹۷: ۲۵۳).^۲ همچنین درباره تمایز جنس و جنسیت بیان شده است: جنس خصلت زیستی، بیولوژیکی دارد و جنسیت ویژگی روانی (نتیجه فرهنگی) را نشان می‌دهد. اگر اصطلاحات مناسب برای جنس نرینه و مادینه^۳ اند، اصطلاحات "مردانه" و "زنانه" نیز برای جنسیت مناسب است. (گرت، ۱۳۷۹: ۲۱). چنانکه ملاحظه خواهد شد در بررسی تفاوت‌های جنسیتی در زمینه سوء مصرف مواد مخدر و اثرات آن، نه تنها تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و روانی بلکه به تفاوت‌های زیست شناختی و نیز بیولوژیکی خصوصاً در زمینه اثرات استفاده از مواد توسط زنان نیز اشاره شده است.

"تفاوت‌های جنسیتی در نقش‌های اجتماعی و فرهنگی، همانند مخاطرات روانی و فیزیکی ممکن است مردان و زنان نوجوان را به سوی چالش‌های مختلف شخصی و محیطی سوق دهد. چنین تفاوت‌هایی ممکن است در چگونگی گسترش مسائل مواد مخدر در بین زنان و مردان نوجوان، جستجوی درمان و نحوه پاسخ دادن آنها به درمان سهیم باشد (آپلند^۳، ۱۹۹۵: ۹) تفاوت‌های جنسیتی باید در زمینه رشد اعتیاد و استراتژی‌های پیشگیری و درمان مورد ملاحظه قرار گیرد. به میزانی که متغیر جنسیت،

۶- Gender - Identity

۱- Abercrombie

۲- Barnard

۳- opland

الگوهای استعمال مواد مخدر را تعیین کند، منطقی است که انتظار داشته باشیم که درمان مؤثر با در نظر گرفتن این تفاوت‌ها همراه باشد. (کلاتیون^۴، ۱۹۸۶: ۹۷). در زمینه پیشگیری نیز " برنامه آموزشی پیشگیرانه باید انگیزه‌های زنان را در ارتباط با مصرف مواد مخدر و نیز آسیب پذیری بیشتر آنها در مقایسه با مردان نوجوان (در زمینه نشانه‌های بیماری‌های جسمانی شدید ناشی از مواد مخدر) مورد تأکید قرار دهد (آپلند، ۱۹۹۵ : ۹) در مطالعه بنیادکرون، استفاده زنان از مواد مخدر در امریکا تفاوت‌های جنسیتی، عوامل خطرزا^۵،

مشکلات پزشکی و پیامدهای اعتیاد^۱، پیامدهای اجتماعی^۲ و موانع اجتماعی^۳ و موانع روانی^۴ درمان در زنان مورد بررسی قرار گرفته است. که اهم این مطالب در ادامه خواهد آمد.

در این تحقیق آمده است که تا این اواخر مسائل زنان و اعتیاد آنان پنهان بوده است. و زنان معتاد توجه اندکی را از سوی تأمین کنندگان درمان، محققان و عامه مردم دریافت می‌کرده‌اند. توجه به مسائل و استراتژی‌های درمان نیز بر مردان متمرکز شده بود. [اما] زنان همچون مردان نسبت به مواد مخدر، الکل و اعتیاد آسیب‌پذیر هستند. [به‌طورکل] تحقیقات و بررسی‌های ملی آمریکا قویاً نشان می‌دهند که سوء مصرف مواد مخدر و الکل در بین زنان رو به افزایش است و روند برابری جنسی در این سوء مصرف به چشم می‌خورد.

اگرچه مردان فرصت‌های بیشتری برای دست‌یابی به مواد و سوء مصرف آن دارند، ولی قابلیت دسترسی به مواد برای زنان نیز افزایش یافته است تا جایی که احتمال تجربه مصرف مواد برای زنان نیز به سرعت در حال گسترش است.

۴- clayton

۵- Risk Factors

۱- Consequences of Addiction, Medical Problem

۲-Social Consequences

۳- Social Barriers

۴- Psychological Barriers

در زمینه رواج اعتیاد نیز یک بررسی ملی در سال ۲۰۰۰ بر آورد کرده است که ۷/۷ درصد مردان در مقایسه با ۵ درصد زنان آمریکایی از مواد مخدر استفاده می‌کنند (با اختلاف جنسیتی کمتر از ۳ درصد). تقریباً ۴/۵ میلیون نفر از زنان آمریکایی الکل، ۳/۵ میلیون نفر داروهای تجویز شده رونگردان و بیش از ۳ میلیون نفر به طور مرتب از مواد مخدر غیر قانونی استفاده می‌کنند. میزان مصرف نیکوتین و الکل توسط زنان نیز در حال نزدیک شدن به نرخ مصرف مردان از این مواد است. استفاده غیر پزشکی زنان از مسکن‌ها و آرام‌بخش‌های و همچنین داروهای محرک مساوی یا اغلب بیشتر از استفاده مردان از این داروهاست. در سال ۱۹۶۷ بیش از دو سوم از این قبیل نسخه‌ها برای زنان بیمار نوشته شده است.

میزان مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان دختر و پسر به طور بسیار نگران کننده‌ای نزدیک به یکسان شدن است. استفاده نوجوانان آمریکایی از مواد مخدر غیر قانونی. برای پسران ۹/۸ درصد و برای دختران ۹/۵ درصد است. همین موضوع برای استفاده از الکل نیز به همین گونه است. بر اساس اطلاعات بنیاد کرون در سال ۱۹۹۹، یک فاصله ورود زنان نوجوان نسبت به پسران نوجوان در اعتیاد به هروئین، پیشی گرفته است.

تفاوت‌های جنسیتی:

"عوامل عاطفی یک عامل تعیین کننده برای مصرف مواد مخدر در بین زنان نوجوان^۱ است. زنان نوجوان ممکن است بیشتر به پاسخ‌های کلیشه‌ای^۲ به فشارهای روانی در استفاده از مواد مخدر متمایل و مستعد باشند؛ تاحدی که زنان نوجوان تمایل بیشتری در استفاده از داروها و مواد برای فرار عاطفی نشان می‌دهند، پیشگیری و برنامه‌های مداخله گرانه باید این نکته را در مورد دختران مورد تأکید قرار دهند. (آپلند، ۱۹۹۵: ۹۵)

در بررسی بنیاد کرون آمده است: اگرچه استفاده زنان از مواد مخدر و الکل در حال افزایش است، اما اختلاف‌های جنسیتی عمده‌ای هنوز در این زمینه وجود دارد. در مقایسه با مردان احتمال کمتری وجود دارد که زنان از مواد مخدر غیرقانونی استفاده

۱- Female adolescents

۲- Stereotypical responses

کنند. مردان در مقایسه با زنان احتمال بیشتری وجود دارد که الکل مصرف کرده باشند یا مصرف مواد مخدر را در سنین پایین تری آغاز کنند. زنان الکلی نیز در مقایسه با مردان الکلی احتمال بیشتری دارد که دارای تاریخچه خانوادگی مصرف الکل و اعتیاد باشند.

به مجردی که زنان سوء مصرف مواد را آغاز می کنند، نسبت به مردان سریع تر گرایش به اعتیاد را نشان می دهند و نیز زودتر از آنان پیامدهای منفی (از نقطه نظر پزشکی) را تجربه می کنند. به علاوه، عواملی که خطر اعتیاد را برای زنان به دنبال دارد با عوامل خطر در مردان متفاوت است. همچنین درمقایسه با مردان، موانع درمان در زنان ممکن است مشکلات بیشتری را به همراه داشته باشد.

نیکوتین یک مثال جالب از تغییرات جنسیتی در استفاده از مواد مخدر است. اگر چه نیکوتین از اوایل کشت آن مورد استفاده بوده است، اما این ماده تا اواخر جنگ دوم جهانی توسط مردان استفاده می شد. استفاده زنان از نیکوتین نیز از اواسط قرن بیستم افزایش یافته است.

زنان به هنگام ترک اعتیاد (به دلیل دوره ماهیانه اشان) درمقایسه با مردان کمتر به معالجه و روان درمانی و حتی جایگزین کردن نیکوتین، جواب می دهند. علاوه بر این، زنان اغلب در هنگام ترک اعتیاد شوهرانشان بیشتر حامی و پشتیبان هستند تا شوهران به هنگام تلاش زنانشان برای ترک اعتیاد.

تفاوت های بین زنان جوامع مختلف نشان می دهد که احتمال مصرف الکل در بین زنان سفید پوست، آمریکایی، انگلیسی تبار، بریتانیایی و آمریکای شمالی نسبت به زنان سیاهپوست آمریکای لاتین بیشتر است. در واقع، به میزانی که یک گروه قومی^۱ با فرهنگ مسلط آمریکا همسان و هم رنگ می شود یا به عبارت دیگر، هر چه فرهنگ پذیری یک گروه اقلیت قومی زنان بیشتر می شود، این امر یک عامل با اهمیت است که مصرف الکل را در گروه های مختلف قومی و نژادی پیش بینی می کند. به علاوه درآمد پایین خانواده، تحصیلات کم و بیوه بودن زنان از عوامل مرتبط با مصرف الکل در جامعه

آمریکاست. شاخص مهم دیگر استفاده زنان از موادمخدر، محل جغرافیایی است. الگوهای مختلف سوء مصرف مواد مخدر، به در دسترس بودن این مواد بستگی دارد.

عوامل خطر ساز^۲ برای زنان:

هیچ کس تصمیم نمی گیرد که معتاد شود. در عوض، ترکیب عوامل ژنتیکی، روان شناختی و اجتماعی^۳ برخی زنان را نسبت به اعتیاد از دیگر زنان آسیب پذیرتر می سازند. اکثر محققان توافق دارند که برخی از افراد یک ضعف ژنتیکی و فردی نسبت به اعتیاد دارند. البته اغلب تحقیقات، روی نمونه هایی از مردان انجام گرفته است و مشکل می توان نتایج آنها را به زنان تعمیم داد. به هر حال، تحقیقات مکرر دلالت بر این دارند که زنانی با تاریخچه خانوادگی اعتیاد به الکل، بیشتر در معرض خطر هستند. کارشناسان زیادی در حوزه مطالعات زنان به رشد زنان در درون شبکه پیچیده خویشاوندی و روابط نظر دارند. این شبکه خویشاوندی می تواند دختران و زنان را پرورش داده، آنها را تربیت و حمایت کند و حتی می تواند آنان را تخریب کرده و به سوی رفتارهای نادرست و مشکلات و مسائل روان شناختی، مانند افسردگی^۴ و اضطراب^۵ سوق دهد. این شبکه خویشاوندی، به گروه همسالان^۶ فرد نیز گسترش می یابد. گروهی که می توانند موجب ارتقاء یا عدم تحقق رفتارهای درست و سالم در زمانی شوند که فشار این گروه با اهمیت تر از خود فرد می شود. سودمندی و همچنین نیروهای منفی این روابط ممکن است رفتار دختران و زنان را بیش از رفتار پسران و مردان تحت تاثیر قرار دهد.

۲-Risk Factors

۳- genetic, Psychological and social factors

۴- Depression

۵- Anxiety

۶- Peers

نقش روابط نزدیک و صمیمانه در اعتیاد زنان:

دختران و زنان مصرف کننده مواد مخدر و الکل از نوجوانی^۱ تا سالخوردگی^۲ تحت تاثیر روابط در زندگیشان قرار دارند. به نظر می رسد دختران نوجوان نسبت به فشار گروه همسالان^۳ در مقایسه با پسران، آسیب پذیرتر هستند و ممکن است به منظور احساس پذیرفته شدن در گروه همسالان، اعتیاد را تجربه کنند. همچنین، زنان معتاد و الکلی نسبت به مردان احتمال بیشتری دارد که دوست نزدیک یا شریک جنسی^۴ که مواد مصرف کنند، داشته باشند، همچنین برآورد شده است که یک دوم یا یک سوم زنان معتاد با مردی که معتاد است زندگی می کنند. زنان جوان گرایش دارد تا توسط مردی مسن تر که با او روابط صمیمانه و نزدیک دارند با مواد مخدر آشنا شوند. در برآورد بنیاد کرون، تقریباً ۲۵ درصد زنان هروئینی از طریق دوست نزدیک یا همسرشان با هروئین آشنا شده اند. در حالی که این برآورد درباره مردان کمتر از ۵ درصد است. همان طوری که در شکل ۱ ملاحظه می شود، زنان معتاد به هروئین، از طریق دوستی نزدیک که با او ارتباط جنسی داشته اند یا دوستی از جنس مخالف، با هروئین آشنا شده اند؛ این در حالی است که مردان معتاد به هروئین بیشتر از طریق آشنایان و دوستان هم جنس با مواد مخدر آشنا شده اند. علاوه بر این، زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد بیشتر احتمال دارد که از همسرشان برای خرید هروئین پول دریافت دارند و حتی در سوء مصرف مواد، مورد حمایت قرار گیرند همچنین این احتمال در زمینه استفاده مشترک همسران از سرنگ در بین زنان بیشتر از مردان معتاد است. تحقیق دیگری در این زمینه نشان می دهد که زنان معتاد تزریقی^۵ معمولاً با مردی که مصرف تزریقی دارد روابط جنسی نیز برقرار می کنند. این نتایج دارای معانی ضمنی مهمی در خصوص آسیب پذیری زنان به مواد است. در واقع، زنان گرایش دارند تا از طریق روابط نزدیک و

۱- adolescence

۲- Oldage

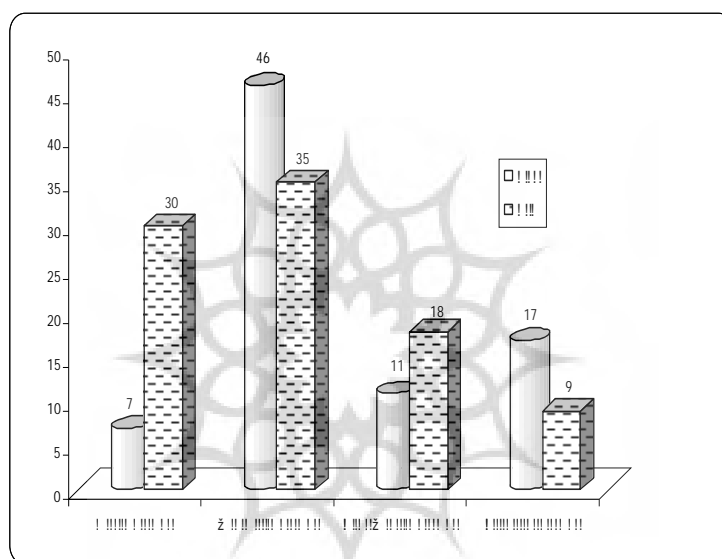
۳- Peer Pressure

۴- Intimate Partner

۵- Intravenous (IV)

صمیمانه، با مواد مخدر و الکل آشنا شوند، که این امر می‌تواند به طور بالقوه نتایج مصیبت‌باری برای سلامتی آنان در برداشته باشد.

شکل ۱: آشنایی با هروئین بر حسب جنسیت



منبع: بنیاد کرون

خشونت و اعتیاد:

خشونت^۱ می‌تواند فیزیکی یا جنسی باشد، که در بین غریبه^۲ ها و بیگانگان، دوست جنسی، اعضای خانواده و دوستان اتفاق می‌افتد. به نظر می‌رسد که خشونت و اعتیاد دوسویه^۳ هستند، یعنی تاریخچه اجحاف و قربانی شدن^۴ ممکن است یک زن را به

۱-Violence

۲-Strangers

۳- bi - directional

مصرف مواد، احتمال دارد و مصرف مواد عاملی خطر آفرین برای ادامه قربانی شدن یک زن باشد.

مجموعه‌ای از تحقیقات انجام گرفته درباره زنان معتاد نشان می‌دهد که زنان معتاد و الکلی، نسبت به دیگر زنان میزان بیشتری از خشونت را تجربه و تحمل می‌کنند. برآورد شده است که تا ۹۰ درصد زنان دارای مسائل و معضلات ناشی از مصرف مواد، حداقل یک بار در زندگیشان مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند. نتایج مطالعه‌ای تازه درباره درمان زنان معتاد نشان می‌دهد که پیش از درمان، تقریباً تمامی افراد مورد مطالعه به عنوان قربانی یا تحت تأثیر رفتارهای سوء جنسی، فیزیکی و کلامی (لفظی)، درگیر خشونت بوده‌اند.

به طور کلی، زنان نسبت به خشونت در خانواده و در روابط نزدیک ضعیف تر و آسیب پذیرتراند، این در حالی است که مردان بیشتر مستعد و متمایل به خشونت در موقعیت‌های غیرصمیمی هستند. تحقیقی درباره انواع خشونت تجربه شده توسط نوجوانان (در یک بیمارستان روان‌پزشکی) نشان می‌دهد که شایع‌ترین ضربه روانی^۱ تجربه شده توسط پسران، از طریق تهاجم و ضرب و شتم توسط افراد گروه همسالان آنها بوده است، در حالی که دختران بیشتر قربانی رفتارهای جنسی ناخواسته (تجاوز یا سوء استفاده جنسی) بوده‌اند.

افرادی که به‌طور مکرر خشونت را متحمل شده‌اند یا کسانی که قربانی خشونت فیزیکی و جنسی به‌طور همزمان بوده‌اند (در مقایسه با دیگران)، بیشتر در معرض خطر مصرف مواد قرار می‌گیرند. همچنین، به نظر می‌رسد این افراد از اعتیاد شدیدتر و مشکلات روانی بیشتری رنج می‌برند.

مطالعه‌ای که در سراسر کشور آمریکا درباره برنامه‌های درمان اعتیاد صورت گرفت، نشان داد زنان بیماری که چندین بار در گذشته مورد سوء استفاده فیزیکی و جنسی قرار گرفته‌اند، احتمال بیشتری دارد (نسبت به دیگران) که درگیر مشکلات روانی اعتیاد و نیز بیماری‌هایی نظیر ایدز شوند. خشونت جنسی اغلب، به صورت سوء استفاده جنسی

۴ - Victimization

۱ - Traumatic experience

یا زنا با محارم^۲ در کودکی شروع می شود. نتایج مطالعه دیگری در آمریکا - درباره درمان افراد مصرف کننده مواد - نشان می دهد که بیش از ۴۰ درصد زنان بیمار، دارای تاریخچه و سابقه سوء استفاده جنسی بوده اند و بیش از نیمی از آنان مصرف مواد مخدر را قبل از سن ۱۸ سالگی شروع کرده اند.

زنان معتاد در بزرگسالی نیز نسبت به خشونت آسیب پذیر هستند. خشونت خانگی قویاً به شالوده و مبنای مسائل قدرت و کنترل در روابط مربوط است. خشونت در خانواده به طور مستقیم به مصرف مواد مرتبط نیست. بنابراین با درمان اعتیاد از بین نمی رود. اغلب، فرد معتادی که عامل خشونت در خانه است به درمان ویژه و خاصی برای کنترل عصبانیت نیاز دارد. به عبارت دیگر، زانی که مواد مخدر یا الکل مصرف می کنند بیشتر در معرض خطر تهاجم، ضرب و شتم و تجاوز پی در پی (نسبت به دیگر زنان) قرار دارند.

عوامل روانی خطر ساز^۱:

زنان معتاد در مقایسه با دیگر زنان، مسائل و معضلات روانی بیشتری دارند، گرچه مشخص شده است که اختلالات افسردگی یا اضطراب^۲ شایع ترین بیماری در نزد زنان معتاد به مواد است. نتایج یک مطالعه ملی در آمریکا در زمینه درمان اعتیاد (که علائم و نشانه های بیماری های روانی در مردان و زنان بیمار را مقایسه کرده است) نشان می دهد که زنان نسبت به مردان به احتمال بیشتری دچار بیماری های افسردگی و اضطراب بوده اند. ممکن است بیماری های روانی تأثیر آور مانند افسردگی در زنان، پیش از استفاده از مواد نیز وجود داشته باشد. در حالی که مردان به احتمال زیاد، ابتدا اعتیادشان را گسترش می دهند که ممکن است به افسردگی ثانویه ای منجر شود. این تفاوت بین زنان و مردان، از معناهای ضمنی با اهمیتی برای درمان برخوردار است، به طوری که یک تشخیص اولیه افسردگی^۳ نیاز به روان درمانی به همراه درمان اعتیاد دارد. در حالی که

۲- Incest

۱- Psychiatric Risk Factors

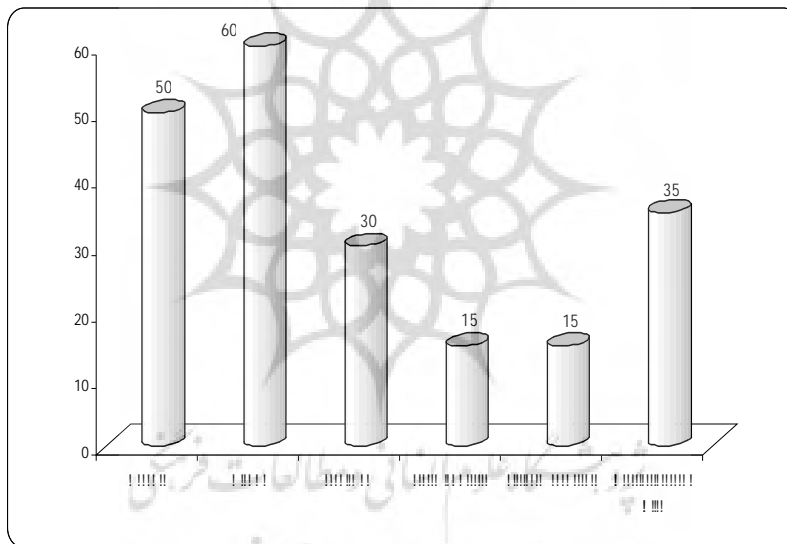
۲- Depression or anxiety disorders

۳- Primary diagnosis of depression

یک تشخیص ثانویه از افسردگی^۴ ممکن است از طریق درمان مناسب اعتیاد برطرف شود. در بنیاد کرون در سال ۲۰۰۱، ۴۸ بیمار زن که گرفتار مشکلات بازگشت بیماری مزمن بودند، با توجه به بیماری‌های روانی که قبل از درمان داشتند، مورد مصاحبه ساخت یافته و منظمی قرار گرفتند که ۶۰ درصد دارای نشانه‌های اضطراب و تقریباً ۵۰ درصد دارای نشانه‌های افسردگی بودند. تقریباً به ۴۰ درصد زنان بیمار پیش از پذیرش در بنیاد کرون، داروهای روانگردان تجویز شده بود. شکل ۲.

شکل ۲: بیماری‌های روانی در زنان تحت درمان سال ۲۰۰۰

(تعداد نمونه ۴۸ نفر)



همچنین افسردگی همراه با مصرف مواد مخدر و الکل می‌تواند به آسیب‌پذیری بالایی نسبت به افکار و رفتارهای خودکشی^۱ کننده منجر شود.

۴- Secondary diagnosis of depression

۱- Suicidal thoughts and behavior

همچنین افسردگی با موضوعاتی مانند خود انگاره^۲ و عزت نفس^۳ فرد ارتباط دارد. زنان نسبت به مردان مصرف کننده مواد، معمولاً از خود انگاره و عزت نفس پایین تری برخوردارند. مشابه اعتیاد، مسائل روانی تحت تاثیر وراثت^۴ و محیط^۵ قرار دارند. برای مثال، ممکن است شخصی به طور ژنتیکی تحت تاثیر گسترش افسردگی عمده قرار بگیرد. در هر صورت این افسردگی در اثر حوادث و رویدادهای منفی یا تجربیات و مسائلی که منجر به افسردگی شوند، بروز می کند. در این میان زنان معتاد اغلب حوادث خشونت بار تکان دهنده ای را از لحاظ روانی تجربه و تحمل کرده اند. به علاوه در تعداد زیادی از معتادان، سابقه و تاریخچه ای از سوء استفاده جنسی در کودکی، افسردگی و اضطراب دیده شده است. در یک مطالعه ملی در آمریکا، زنان معتادی که در آنها سابقه سوء استفاده جنسی بوده است، اغلب به طور ابتدائی افسردگی عمیق و مزمن و نیز سطح بالایی از اضطراب و نگرانی در آنها تشخیص داده شده است، در حالی که مردان معتاد احتمالاً دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی^۱ مشخص شده اند.

اختلال فشار روانی پس از سانحه^۲ یک شرایط روانی است که اغلب به دنبال تحمل یک حادثه تکان دهنده عمده و مهم یا تجمع و انباشت حوادث تکان دهنده روانی، مانند شاهد خشونت، قربانی کردن زنان بودن، به وجود می آید.

ضربه های^۳ روانی ناشی از سوء استفاده جنسی و فیزیکی در مقایسه با دیگر ضربه های روانی میزان بیشتری از اختلال فشار روانی پس از سانحه را به دنبال دارد. افرادی که مواد مخدر یا الکل مصرف می کنند و قربانی های خشونت بوده اند، اغلب از این نوع اختلال رنج می برند. یک مطالعه ملی (در آمریکا) به یک رابطه مستقیم بین اختلال فشار روانی پس از سانحه و اعتیاد به مواد دست یافت. تحقیقی مطرح می کند که رابطه بین اختلال فشار روانی پس از سانحه و اعتیاد ممکن است در بین زنان و دختران قوی تر از

۲- Self - image

۳- Self - esteem

۴- Heredity

۵- Environment

۱- Antisocial Personality disorder

۲- Posttraumatic stress disorder (PTSD)

۳- Traumas

این رابطه در بین پسران و مردان باشد. اختلال یاد شده به احتمال زیاد، زمانی گسترش می‌یابد که قربانی به طور مکرر در روابط خصوصی یا روابط خانوادگی ضربه روانی ببیند. مانند: زنا و تجاوز توسط محارم یا خشونت زناشویی^۴. زنان دارای اختلال فشار روانی پس از سانحه که مواد مخدر نیز استفاده کرده‌اند، از احساس گناه شدید^۵، اضطراب، سرزنش خود^۶، افسردگی، احساسات و افکار خودکشی گرایانه^۷ و احساس عدم همبستگی رنج می‌برند. علاوه بر تجربه و تحمل سطح بالایی از نگرانی و اضطراب و افسردگی در زنان معتاد، آسیب پذیری نسبت به بیماری‌های روانی دیگر نیز در آنها وجود دارد. مانند اختلالات مربوط به خوردن (پراشتهایی و کم اشتهايي شديد).

پی آمدهای اعتیاد: مشکلات طبي

سوء مصرف مواد در بین زنان احتمالاً با بیماری‌هایی نظیر سوء تغذیه، فشار خون بسیار بالا و بیماری‌هایی که از طریق روابط جنسی انتقال می‌یابند، در ارتباط است. پی آمدهای اعتیاد درباره سلامتی با سن در ارتباط هستند. مرگ در اثر مصرف مواد مخدر و الکل در جوانان، زنان و دختران تندرست، اغلب با مرگ تصادفی مانند تصادف اتومبیل، مصرف بیش از حد مواد و خودکشی مرتبط هستند، در حالی که زنان میانسال الکلی، بیشتر از طریق بیماری‌های سرطان سینه و پوکی استخوان آسیب می‌بینند. سیگار کشیدن (همراه با مصرف مواد یا بدون آن) مخاطرات بسیاری برای سلامتی زنان به ارمغان می‌آورد. این امر اولین علت سرطان ریه است که از سرطان سینه به عنوان علت مرگ زنان در سال ۱۹۸۵ پیشی گرفت. سرطان‌های دیگر، در ارتباط با سیگار کشیدن شامل سرطان نای، حفره دهان درونی، مری و سرطان گردن رحم است. همچنین تنباکو خطر بیماری‌های قلبی و رگی را زمانی که همراه با داروهای خوراکی ضدآبستنی (مانند قرص) مصرف می‌شود، افزایش می‌دهد.

۴- Marital vilonce

۵- Feelings of guilt

۶- Self - blame

۷- Suicidal thoughts and feelings

استفاده تزریقی^۱ مواد و استفاده مشترک معتادان از سرنگ و همچنین رابطه جنسی این افراد، زنان را در معرض خطر بیماری‌های خطرناکی همچون هپاتیت^۲ و ایدز^۳ قرار می‌دهد. تا سال ۱۹۹۸، تقریباً ۱۱۰۰۰۰ مورد از بیماری ایدز در میان زنان نوجوان و بزرگسال آمریکایی تشخیص داده شد.

زنان مبتلا به ایدز، بیشتر از مردان از طریق مصرف تزریقی مواد (۴۷ درصد زنان در مقایسه با ۳۲ درصد مردان) یا از طریق تماس جنسی (۱۹ درصد زنان در مقایسه با ۲ درصد مردان)، آلوده شده‌اند.

مصرف زیاد کوکائین^۴ و تریاک^۵ و همچنین الکل زیاد به طور منفی روی عملکردهای تکثیر و تولید مجدد تخمک^۶ در دوران پیش از یائسگی^۷ زنان (از طریق فعل و انفعالات مواد مخدر با هورمون‌ها و یا از طریق بیماری‌های چون بیماری‌های کبد یا سوء تغذیه)، تأثیر می‌گذارند. زنان معتاد در مقایسه با کل جمعیت، میزان زیادتری مشکلات و بیماری‌های زنانه دارند. مشکلات تکثیر و تولید مجدد تخمک، بی‌نظمی دوره قاعدگی^۱، توقف زود هنگام قاعدگی^۲ و قاعدگی بدون تخمک‌سازی^۳ را شامل می‌شود.

بارداری:

اکثر داروهای روان‌گردان و الکل به آسانی از جفت رد می‌شوند و می‌تواند تأثیری منفی بر رشد جنین بگذارد. درحقیقت توجه عمده به استفاده مواد در دوران بارداری^۴، عبارت است از نتایج و بی‌آمدهای منفی بالقوه‌ای که جنین را تهدید می‌کند. قرار گرفتن رحم

۱- Drugs intravenously

۲- Hepatitis

۳- HIV / AIDS

۴- Cocaine

۵- Opiate

۶- Reproductive functions

۷- Premenopausal

۱- Irregular menstrual cycles

۲- early cessation of menstruation

۳- Menstruation without ovulation

۴- Prehnancy

در معرض داروها و موادی مانند الکل، کوکائین، آمفتامین، هروئین و نیکوتین نیز با افزایش میزان سقط غیر عمدی و خودبه خود جنین، مرگ و میر پیش از زایمان، تولد نوزاد نارس، تولد نوزاد با وزن کم و مشکلات رفتاری و رشدی در کودکان، مرتبط است. همچنین، مصرف مواد به توانایی مادر در تغذیه و مراقبت از فرزندش آسیب می‌رساند. به عبارت دیگر، بدون درمان، خویشنداری در مدت بارداری همیشه این معنا را نمی‌دهد که زن بهبودی بلندمدتی را در زمینه مصرف مواد به دست آورده باشد. در حقیقت، تقریباً ۳۰ درصد مادران بعد از وضع حمل دوباره به سیگار کشیدن روی می‌آورند.

پیامدهای اجتماعی اعتیاد:

مصرف مواد مخدر به‌طور منفی زنان و فرزندان و خانواده شان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به زنانی که الکل و مواد مخدر مصرف می‌کنند در سراسر تاریخ به وسیله عموم و نیز جامعه علمی به عنوان افراد بی‌بند و بار و بی‌عفت انگ‌زده می‌شوند. زنانی که زیاد مواد مصرف می‌کنند و یا زنان مست به چشم اهدافی مقبول و پذیرفتنی برای تهاجم جنسی نگریسته می‌شوند، و مردانی که از نظر جنسی پرخاشگر هستند اغلب اعمالشان در این زمینه را توجیه می‌کنند، زیرا آنها می‌پندارند که این زنان آسیب‌پذیر و ضعیف، خواهان این قبیل فعالیت‌ها و روابط جنسی هستند.

بازداشت و زندانی کردن زنان به دلیل خطاهای مرتبط با مواد مخدر در دهه گذشته به‌طور شگرف افزایش یافته است. بازداشت دختران و زنان در آمریکا، به دلیل فروش و یا داشتن مواد غیرقانونی از سال ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۶، ۴۲ درصد افزایش داشته است. جرائم انجام گرفته توسط زنان وقتی که با جرائم انجام شده توسط مردان مقایسه می‌شود معمولاً فاقد خشونت هستند. این جرائم اغلب شامل دزدی‌های کوچک و یا ناخنک زدن^۱، فروش مواد^۲ و روسپی‌گری^۳، و همچنین ضرب و شتم یا تهاجم است. زنان زندانی اغلب دارای فرزندان هستند که یا توسط خویشاوندان نگهداری می‌شود یا به عنوان

۱-Shoplifting

۲-Selling drugs

۳-Prostitutvion

فرزند خوانده مورد مراقبت قرار می‌گیرند. این فرزندان بیش از اندازه در معرض خطر مصرف مواد و الکل هستند.

موانع درمان زنان معتاد:

مردان نسبت به زنان احتمال بیشتری دارد که به درمان اعتیاد بپردازند. در تحقیقی که در بین سال‌های ۱۹۷۹ و ۱۹۹۰ انجام گرفت، این نتیجه به دست آمد که مردان از امکانات ویژه درمان اعتیاد، بیشتر از دیگر برنامه‌ها استفاده کرده‌اند؛ در حالی که زنان بیشتر به مراقبت‌های پزشکی و روانی توجه داشته‌اند.

موانع اجتماعی:

موانع اجتماعی^۴ عبارت است از: نگرش اجتماعی و فرهنگی^۵ به اعتیاد، شبکه روابط زنان و نقش زنان به عنوان مراقبت کننده و سرویس دهنده. تفاوت مهم بین دیدگاهی که اعتیاد را نوعی سوء رفتار اخلاقی یا دیدگاهی که اعتیاد را نوعی بیماری می‌داند، موضوع کنترل است. جامعه معتقد است که اخلاقیات در انسان‌ها قادر است امیال و انگیزه‌های آنها را کنترل کند. بنابراین، پرخاشگری‌های خودسرانه به عنوان رفتارهای غیر اخلاقی محکوم است. متأسفانه اغلب افراد، اعتیاد را به عنوان یک موضوع اخلاقی و نه یک بیماری مدنظر دارند و معتاد را محکوم می‌کنند که قدرت وارد نشدن در رفتار غیر اخلاقی را ندارد و نمی‌تواند رفتار غیر اخلاقی خود را متوقف کند. زنان معتاد که به عنوان همسر، مراقبت دهنده و مادر، پایه و اساس اخلاق به حساب می‌آیند، اغلب به دلیل اعتیادشان، منفی‌تر از مردان به آنها انگ اعتیاد زده می‌شود. نگرش‌های اجتماعی در باره ناپسند بودن زن معتاد، یک مانع عمده در درمان آنها است. حتی زنانی که می‌دانند از یک بیماری رنج می‌برند، این مشکل دلهره‌آور را که دیگران مشکل آنها را بپذیرند با خود دارند. آنها می‌ترسند که خانواده‌اشان، شریک یا جفت شان یا کارفرمایان دیدگاه مسلط جامعه را که اعتیاد را یک مشکل اخلاقی می‌دانند، داشته

۴- Social Barriers

۶- Social and cultural attitudes

باشند و آنها را در درمان حمایت نکنند.

موانع دیگر در درمان زنان عبارت است از شرمی که آنها در طرح مشکل خود با دیگران دارند؛ در واقع آنان از این که کسی که قادر به کمک به آنها نباشد می‌ترسند. به علاوه دکتر بلوم^۱ معتقد است که تسهیل‌گران درمان مانند پزشکان، اغلب در تشخیص مشکلات اعتیاد در زنان ناتوان هستند، زیرا بیماران زن آنها با کلیشه‌ها و عقاید قالبی اجتماعی^۲ درباره زنان معتاد همانند نیستند.

روابط با دوست جنسی در زنان بسیار حائز اهمیت است. همان طور که قبلاً نیز بیان شد، اکثر زنان معتاد با دوستانی در ارتباط هستند که آنها نیز معتاد هستند. این دوستان، موانع جدی برای درمان خودشان و دوست یا جفتشان هستند. زیرا زنان به سختی تحت تأثیر نگرش این دوستان یا زوج‌هایشان در زمینه درمان هستند. این زنان اغلب در دنبال کردن درمان ناتوان هستند. یا برعکس در ارتباط با دوست یا جفت معتادشان، احتمال دارد که آنها را برای درمان تشویق کرده و آنها را در طی درمان و توان بخشی حمایت کنند.

همچنین مسئولیت مراقبت از بچه‌ها و دیگر وظایف زنان در خانه نیز می‌تواند مانع از درمان اعتیاد آنها شود. مراقبت از بچه‌ها موضوعی است که در یک سری از تحقیقات به عنوان مانعی در درمان زنان از آن نام برده شده است. زیرا آنها قادر به پرداخت هزینه نگهداری از فرزندانشان به هنگام درمان نیستند. این در حالی است که درمان اعتیاد امری بلندمدت است. این زنان اغلب از این که بار نگهداری فرزندانشان به دوش خانواده یا دوستانشان می‌افتد شرم دارند و احساس گناه می‌کنند و درباره امکانات لازم برای نگهداری درست و سلامت فرزندانشان نگران هستند. به علاوه روابط خانوادگی یا روابط دوستانه ممکن است حمایت کمتری از زنان در مقایسه با مردان به هنگام درمان به عمل آورد.

یک بررسی ملی در باره درمان زنان معتاد آمریکا، به این نتیجه رسید که زنان نسبت به مردان احتمال کمتری دارد که خانواده یا دوستانشان، آنها را به ترک اعتیادشان تشویق

۱- Blume

۲- Social Stereotypes

کنند.

موانع ناشی از برنامه های درمانی:

برنامه های درمانی اغلب به طور ناخواسته موانعی را برای درمان زنان ایجاد می کنند. این موانع عبارتند از: موانع مالی^۱، تشریفات زائد اداری^۲، متمرکز بودن برنامه درمانی بر مردان^۳ و فقدان حساسیت در خصوص زنان معتاد^۴. مدارکی موجود است که ویژگی های کارکنان، کادر درمان و زنان تحت درمان را تحت تاثیر قرار می دهد. برنامه های درمانی که کارکنان را در زمینه حساس بودن به مسائل جنسیتی آموزش دهد، (مانند بیان نخست عوامل خطر ساز یا عواملی که خطر اعتیاد را برای زنان در پی دارد). ممکن است نسبت به برنامه های سنتی که نسبت به مسائل جنسیتی خنثی بوده اند، در جذب زنان برای درمان موفق تر باشند.

موانع روانی:

این غیرممکن است که در جامعه ای زندگی کنیم ولی برخی یا بیشتر ارزش ها و نگرش های آن جامعه را در خود جذب نکنیم. این ادراکات و نگرش های درونی شده می تواند موانع روانی در درمان اعتیاد محسوب می شود. زنان بسیاری این عقیده متداول و رایج را درونی کرده اند که اعتیاد یک سقوط اخلاقی است، به همین دلیل از درمان خود اجتناب می کنند و فکر می کنند که خودشان می توانند کنترل خود و یا کنترل اعتیادشان را در مصرف مواد به دست گیرند. همچنین، آنها شرم زیادی درباره رفتارهای ناشی از اعتیادشان داشته و از درمان به دلیل مخفی نگاه داشتن شرمشان اجتناب می کنند.

یک مانع عمده درمان، فقدان آگاهی از سختی و دشواری اعتیاد است. زنان نسبت به مردان به احتمال بیشتری نشانه های اعتیاد را با مشکلات طبی و روانی اشتباه گرفته و یا آن را به عنوان راهی برای پاسخگویی به فشارها فرض می کنند. فقدان دانش درباره نشانه های اعتیاد نیز موانعی را به وجود می آورد. زیرا زنان بیشتر تمایل دارند درمان را

۱- Financial barriers

۲- Bureaucracy

۳- Male – Focused treatment

۴- Lack of Sensitivity toward women with addiction

از طریق نظام بهداشت روانی دنبال کنند، تا این که از امکانات درمان اعتیاد بهره گیرند. از سوی دیگر، مردان به احتمال بیشتر از رفتن به دنبال روان درمانی شرم داشته و بیشتر مشکلاتشان را در ارتباط با اعتیاد و معتاد بودن مطرح می کنند. بالاخره، بیشتر مردم تغییر در رفتارشان را مشکل می یابند. این امر بویژه در مورد رفتارهایی که دارای جنبه ها و اجزاء بیولوژیکی، محیطی و روانی هستند، مانند اعتیاد به مواد و الکل صادق است. افراد معمولاً به این دلیل معتاد می شوند که نخست مصرف مواد احساس و حال آنها را بهتر از زمانی می سازد که این مواد را استفاده نکرده اند. حتی زمانی که این احساس خوب از بین می رود، میل و نیازی شدید و یا میل به احساس طبیعی بودن، فرد را به مصرف مواد می کشاند. زندگی بدون مواد مستلزم ایجاد تغییرات عمده در سبک زندگی^۱ است و از آنجا که ایجاد چنین تغییراتی مشکل و دشوار است، مقاومت در برابر تغییر^۲ یک مانع مهم در راه درمان است.

شکل ۳: موانع درمان در زنان (تعداد نمونه ۳۵۶ نفر)



۱- Life - style

۲- Resistance to change

برنامه‌های موفقیت آمیز درمان اعتیاد زنان:

برنامه‌های موفقیت آمیز درمان اعتیاد زنان با ملاحظه عوامل اصلی خطرساز، نتایج اعتیاد و موانع مراقبت کردن از زنان طراحی شده است. موسسه ملی مواد در آمریکا، دامنه گسترده‌ای از خدماتی را که ثابت شده است درمان اعتیاد برای زنان را به طور موثری تکمیل می کند، مشخص کرده است. این خدمات به شرح زیر است:

- غذا، لباس و پناهگاه (خانه و کاشانه)
- هزینه ایاب و ذهاب برای درمان (برای مراجعه به مراکز درمانی و...)
- مراقبت از فرزندان در طول درمان
- مشاوره و آموزش شغلی
- یاری رسانی قانونی
- آموزش خواندن و نوشتن (سواد آموزی) و دیگر مهارت‌های آموزشی
- آموزش مهارت‌های لازم برای پرورش و تربیت فرزندان
- خانواده درمانی و زناشویی درمانی
- مراقبت پزشکی و خدمات برنامه ریزی خانوادگی
- خدمات حمایت اجتماعی
- ارزیابی روانی و خدمات سلامت روانی (بهداشت روانی).
- آموزش اعتماد به نفس

این توقع که تمام مراکز درمانی خدمات و مراقبت‌های همانند و همسانی برای زنان تهیه کنند، واقعی نیست. همان‌طور که قبلاً توضیح داده شده است، تفاوت‌های فرهنگی و سنی در زنان، عواملی که خطر اعتیاد برای زنان را به همراه دارد را همانند رفتارهای ناشی از اعتیاد، تحت تاثیر قرار می‌دهد. به هر حال، برای برنامه‌های درمان مهم است که از تفاوت‌های عمده جنسیتی در اعتیاد آگاه باشیم و رایج ترین مشکلات جمعیت زنان مورد حمایت و خدمت رسانی را مشخص سازیم. به این طریق، انواع مختلف برنامه‌های درمان که به نیازهای ویژه زنان و دختران معتاد پاسخ دهد، می‌تواند طرح‌ریزی شود.

منابع

۱- گرت، استفانی، **جامعه شناسی جنسیت**، کتابون بقایی، نشر دیگر، چاپ اول، تهران، ۱۳۷۹.

References

۱. Merle Gordan, susan, ph.D, Director of Research and professional Training Caron Foundation & Addiction: **“Gender Issues in Abuse and Treatment”**, ۲۰۰۲ www. Caron.org
۲. opland Elizabeth A., winters ken c. , stinchfield Randy D., **“Examining Gender Differences in Drug–Abusing Adolescents”** ,center for Adolescent substance Abuse, university of Minnesota , Minneapolis , September ۱۹۹۵.
۳. Clayton Richard R ., voss , Harwinl . Robbins Cynthia and skinner William F., **“Gender Differences in Drug Abuse”**, ۵۶۰۰ Fishers lave , Rockville , Maryland ۲۰۸۵۷, ۱۹۸۶
۴. Barnard Alan and spencer Jonlthau, **“Encyclopedia of Social and cultural Antropology”** , London & Newyork , Routledged , Reprinted : ۱۹۹۷ , ۱۹۹۸ .
۵. Abercrombie Nicholas , Hill Stephen and Turner Bryan S .**“The penguin dictionary of soeiology”**, Great Britain , penguin Books , Reprinted : ۱۹۸۴ .