

زنان و سوء مصرف مواد: اهمیت مباحث جنسیتی در پژوهش سوء مصرف مواد

آزاده فروزانفر^۱

چکیده

اعتیاد پدیده‌ای پیچیده است که به عوامل مختلفی بستگی دارد. به دلیل پیچیدگی بیشتر نقش‌های زنان نسبت به مردان در زندگی، هر عاملی از جمله اعتیاد در این جامعه اهمیت ویژه‌ای دارد و گرفتاری‌ها و معضلات این جامعه را بیشتر می‌کند. هدف این مقاله مروری بررسی سوء مصرف مواد در زنان بود. روش پژوهش مطالعات کتابخانه‌ای و یادداشت برداری و خواندن اسناد بود. بر اساس پژوهش‌ها می‌توان گفت که سوء مصرف مواد در میان زنان جامعه در حال افزایش است. الگوهای مصرف و عوامل مستعد کننده گرایش به سوء مصرف مواد در زنان متفاوت از مردان است. زنان و دختران وابسته به سوء مصرف مواد در مقایسه با هم‌تایان مرد خود به خاطر شدت انگ و تبعیض مرتبط با مصرف مواد از پیامدهای بدتری رنج می‌برند. همچنین به دلیل ویژگی‌های جنسیتی مثل مشکلات جسمی و یا حمایت همسران و خانواده، درمان آنان بسیار دشوارتر است. انگ زدایی از زنان مصرف کننده مواد با فرهنگ سازی در سطح جامعه (استفاده از رسانه‌ها)، افزایش مراکز درمانی ویژه‌ی این زنان، حمایت از زنان درمان شده، ایجاد نهادهای حمایتی در جهت اشتغال این زنان و تدوین برنامه‌های پیشگیرانه در ابعاد مختلف پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: زنان، جنسیت، سوء مصرف مواد

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر^۱ یکی از مهم ترین مسائل اجتماعی جهان امروز است. اعتیاد عامل بروز بسیاری از آسیب های اجتماعی و نابسامانی های خانوادگی و فردی است. پدیده اعتیاد و به ویژه گسترش روزافزون وابستگی و اعتیاد به مواد جدید با توجه به تأثیرات روانی، اخلاقی و اجتماعی، خانواده و جامعه را تهدید می کند و به رفتارهای آسیب زایی مانند تنش در نقش های خانوادگی، ولگردی و خیابان گردی، تکدی گری، رفتارهای کجرو و در موارد حاد و به ویژه در موارد اعتیاد زنان به انحراف جنسی و خودفروشی منجر می شود (کاکویی و قوامی، ۱۳۹۴). شاید روزگاری این معضل، خاص مردان و یا جوانان بود، اما امروزه یکسان شدن نقش زنان و مردان در پدیده های اجتماعی به دلیل دور شدن از شیوهی زندگی سنتی، رشد شهرنشینی و صنعت، رشد جنبش های اجتماعی زنان و اشتغال به کار زنان در بیرون از باعث شده است که زنان همانند مردان تحت تأثیر پدیده های اجتماعی که اعتیاد از جمله آن است، قرار بگیرند (دانش، ملکی و نیازی، ۱۳۹۱).

اعتیاد در زنان از جهت علل ایجاد آن، میزان شیوع و سیر بیماری و نیز پاسخ به درمان با مردان اختلافات بارزی دارد و این موضوع برای زنان مخرب تر از اعتیاد در مردان است (جعفرزاده کلیشمی، نوری و رمضانزاده، ۱۳۹۴). عوامل ژنتیکی، روان شناختی (اختلالات خلقی، اضطراب، هویت شخصی منفی، عزت نفس پایین، تعارضات درونی)، خانوادگی (وجود تجارب تلخ کودکی، تجربه های تبعیض بین فرزندان، وقوع اعتیاد، نزاع والدین) و عوامل فرهنگی اجتماعی (عقاید و باورها، نوع، روش و اهداف مصرف مواد، وضعیت اقتصادی، شغلی و تعارضات اجتماعی) از دلایل آسیب پذیری زنان است (میلر، ۱۳۸۱؛ به نقل از سواد زاده، ۱۳۸۷). اگرچه رواج مصرف مواد اعتیاد آور در مردان بیشتر از زنان است، این فاصله جنسی در همه ملت ها به طور پیوسته و یکنواخت در حال کاهش است (مک-هاگ، ویدرسون و گرین فیلد، ۲۰۱۴).

اعتیاد زنان در جامعه ایران یک واقعیت نابخشودنی است که اغلب خانواده ها سعی می کنند آن را کتمان کنند. در صورت اطلاع اطرافیان، خانواده ها او را طرد می کنند و یا

1. drug dependence

2. McHugh, Wigderson & Greenfield

همسرانشان اقدام به طلاق می‌نمایند و آسیب‌های آنان به خود و جامعه از این مرحله بیشتر بارز می‌شود (جعفرزاده و همکاران، ۱۳۹۴). مصرف مواد در زنان نسبت به مردان افزون بر عوارضی مانند بیماری و مرگ، به دلیل احتمال حاملگی و بنابراین در خطر قرار گرفتن جنین آنان (تولد نوزاد با وزن کم، زایمان زودرس، سوء تغذیه، سقط جنین یا ایجاد سندرم ترک نوزاد) اهمیت ویژه‌ای دارد؛ بنابراین در برنامه‌ریزی درمان برای معتادان، زنان گروه مهمی را تشکیل می‌دهند. با وجود این در بیشتر کشورهای جهان برنامه‌های درمان اعتیاد و کاهش آسیب متناسب با نیازهای زنان معتاد یا وجود ندارد و یا بسیار نادر است. توجه نکردن به نیازها و عوامل مرتبط با جنسیت به افزایش آسیب‌پذیری زنان مصرف‌کننده مواد منجر می‌شود. بیشتر زنان مصرف‌کننده مواد برای تأمین محل سکونت، تن فروشی کرده، بیشتر مواقع روابط جنسی ناایمن داشته و از خشونت شرکای جنسی خود رنج می‌برند (رحیمی موقر، ملایری‌خواه، دلبری‌پور احمدی و امین اسماعیلی، ۱۳۹۰).

زنان مصرف‌کننده مواد از نظر پژوهش، پیش‌گیری و درمان نادیده گرفته شده‌اند. مطالعات جامع اخیر این کمبود را در بین زنان مصرف‌کننده مواد به اثبات می‌رساند که اغلب به لحاظ اجتماعی از نظر پیشگیری و درمان در حاشیه قرار دارند و نادیده گرفته شده‌اند. در نتیجه پر کردن این فاصله در سطح مشترک پیشگیری و درمان برای زنان با اختلالات سوء مصرف مواد بسیار مهم است (لولیگر^۱ و همکاران، ۲۰۱۶).

امروزه اعتیاد و مصرف مواد به‌عنوان یک معضل به‌طور روزافزون در میان زنان ایرانی گسترش می‌یابد. زنان وابسته به سوء مصرف مواد از گروه‌های شدیداً آسیب‌پذیر جامعه هستند، لذا از جنبه‌های گوناگون از جمله، خطر در معرض فحشا قرار گرفتن، تولد کودکان معتاد و ابتلا به بیماری ایدز، لازم است مورد توجه ویژه قرار بگیرند. شیوع اعتیاد در زنان، توجه خاص به این گروه از جامعه و حساس‌تر شدن هرچه بیشتر مسئولین پیشگیری و درمان جهت پیش‌بینی برنامه‌های اختصاصی را ضروری می‌سازد. نتایج این پژوهش می‌تواند برای مسئولین، برنامه‌ریزان، مشاوران، درمانگران، پژوهشگران و مراکز ترک اعتیاد سودمند باشد.

همه گیرشناسی زنان مصرف کننده مواد

آمارهای مربوط به اعتیاد و خصوصیات اعتیادزنان در کشور با ابهاماتی روبرو است. فقدان متولی خاص در پایش و گزارش آمار، مشکلاتی را در سطوح مختلف پیشگیری و درمان ایجاد می کند. آمارها برگرفته از گزارش های نهادهای مختلفی همچون بهزیستی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت بهداشت، وزارتخانه ها، دانشگاه ها و غیره است. تعداد مراکز آمار، موازی کاری های سازمانی و عدم ساماندهی مراجع آماری به عنوان موانعی شناخته می شوند که دسترسی کارشناسان، خبرنگاران و افکار عمومی را به آمار دقیق با مشکل مواجه می کند (اسدزاده، ۱۳۹۴). به دلیل اینکه مصرف مواد در زنان ناهنجارتر از مردان تلقی می گردد، زنان معمولاً از مراجعه به مراکز درمانی معتادان که بیشترین مراجعه کنندگان آن ها مردان هستند اکراه دارند. با توجه به اینکه مراکز درمانی مهم ترین مکان دسترسی به معتادان هستند و بیشترین میزان اطلاعات مربوط به معتادان از این مراکز تأمین می شود، شیوع اعتیاد در زنان کمتر از میزان واقعی تخمین زده می شود (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۰). نتایج بررسی قربانی و انصاری طالبی (۱۳۹۵) نشان داد که یافته ها در اغلب تحقیقات انجام گرفته بیانگر بالاتر رفتن میزان آمار زنان معتاد بوده است و مهم ترین علت گرایش زنان به مصرف مواد مخدر عوامل شخصیتی و روان شناختی است. بیشترین ماده مصرفی توسط زنان مواد محرک و اکستسی بوده است. به نظر می رسد که آمار دقیقی از میزان جمعیت زنان معتاد در کشور وجود ندارد. سوء مصرف مواد تهدید بزرگی برای سلامتی زنان است که می تواند منجر به عوارض جبران ناپذیری شود. اگرچه آمار اعتیاد زنان نسبت به مردان در سطح پایین تری وجود دارد، ولی میزان اعتیاد در زنان نسبت به سنوات گذشته رو به افزایش است. با توجه به نقش مادری زنان در خانواده و جامعه به عنوان مهم ترین عامل تربیت فرزندان این موضوع بیش از گذشته می بایست مورد توجه قرار گیرد (قربانی و انصاری طالبی، ۱۳۹۵).

با توجه به آمارهای ارائه شده ستاد مبارزه با مواد مخدر هرچند غیردقیق می توان جمعیت زنان معتاد را در کشور حدوداً ۱۱۴ هزار نفر یعنی ۶ تا ۸ درصد تخمین زد (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۷؛ به نقل از ناصری پلنگرد، محمدی، دوله و ناصری، ۱۳۹۲).

همچنین گزارش‌های رسمی بیانگر این است که تعداد زنان معتاد بین سال‌های ۸۶ تا ۹۲، ۷۳٪ افزایش داشته‌است و تعداد زنانی که در اثر سوء مصرف مواد جان خود را از دست دادند در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۱، ۱۵٪ رشد داشته است (کردونی، به نقل از خبرگزاری مهر، ۱۳۹۳). همچنین بر اساس آمار وزارت بهداشت به ازای هر ۸ مرد معتاد، ۱ زن معتاد وجود دارد (روزنامه اطلاعات، ۸ آذر ۱۳۸۹، به نقل از صرامی، قربانی و مینویی، ۱۳۹۲). در مجموع شیوع اعتیاد زنان به‌ویژه با ورود مواد صنعتی به کشور در سال‌های اخیر، کاهش سن اعتیاد در کشور و افزایش معتادان با وجود تشدید سیاست‌های مبارزه با قاچاق و عرضه مواد مخدر در میان آمارهای نهادهای مختلف اشتراک دارد.

ویژگی‌های جنسیتی مصرف مواد در زنان

مصرف مواد در میان زنان یک نگرانی سلامتی مهم است. شواهد نشان می‌دهد که شکاف جنسیتی در میزان مصرف مواد به‌طور قابل توجهی کم شده است (مرکز ملی اعتیاد و مصرف مواد، ۲۰۰۳؛ واگنر و آنتونی^۱، ۲۰۰۷)، به طوری که مصرف مواد در زنان، به‌ویژه مصرف الکل با مردان همسان است (گروسزا، بوچولز، رایس، بیروت^۲، ۲۰۰۸؛ کیس، گرانت و حاسین^۳، ۲۰۰۸؛ ویلسناک و ویلسناک^۴، ۲۰۱۴). این امر بسیار مشکل‌ساز است، چراکه زنان با توجه به تفاوت‌های بیولوژیکی به احتمال بیشتری با سرعت زیادی به مسمومیت می‌رسند و به احتمال بیشتری در حین مصرف مواد مورد هدف اعمال خشونت میان فردی و تجاوز جنسی قرار می‌گیرند (پارک و استوارت-استوارت^۵، ۲۰۰۴؛ ویک و راس^۶، ۲۰۰۳). زنانی که در نرخ مشابه مردان مواد مصرف می‌کنند، همچنین در معرض خطر بیشتری برای پیشرفت وابستگی، استفاده از مواد چندگانه و مشکلات بهداشتی در مراحل بعدی زندگی هستند (نولن-هوکسما^۷، ۲۰۰۴؛ به نقل از برادی، ایواموتو، گریول، کایا و کلینتون^۸، ۲۰۱۶).

1. Wagner & Anthony
2. Gruzca, Bucholz, Rice & Bierut
3. Keyes, Grant & Hasin
4. Wilsnack & Wilsnack
5. Parks & Fals-Stewart

6. Vik & Ross
7. Nolen-Hoeksema
8. Brady, Iwamoto, Grivel, Kaya & Clinton

الگوهای مصرف مواد در زنان تفاوت‌های زیادی با مردان دارد. زنان معمولاً مقادیر کمتر مواد افیونی را مصرف می‌کنند، اما زودتر از مردان به سمت وابستگی می‌روند (مکری و نوذری، ۱۳۹۳). زنان یک یا دو سال پس از مردان شروع به مصرف الکل و ماری‌جوانا می‌کنند اما یک سال زودتر از مردان مصرف کوکائین را آغاز می‌کنند (سوارتز، اوبرین، لوریجیو، ۱۳۹۲). زنان با احتمال بیشتری ممکن است داروهای دارای پتانسیل سوء مصرف همچون ترامادول، کدئین یا بنزودیازپین‌ها را مصرف کنند. زنان وابسته به مواد افیونی معمولاً تحصیلات پایین‌تر، منابع مالی محدودتر دارند و با احتمال بیشتری در معرض سوء رفتار جسمی یا جنسی قرار می‌گیرند (مکری و نوذری، ۱۳۹۳). بیجر و آندرسون^۱ نیز (۲۰۱۰) عنوان کرده‌اند که زنان احتمال بالاتری برای همه اختلالات مصرف مواد به جز حشیش دارند. در مطالعه استین و گلبرگ^۲ (۱۹۹۵) مردان نسبت به زنان مصرف مواد بیشتری را گزارش کردند؛ با این حال، بین مصرف مواد مخدر و الکل در زنان ارتباط قوی‌تری وجود داشت (تورچالا، استرلا، لی و کروسز^۳، ۲۰۱۱). زنان و مردان روش‌های مختلفی برای به دست آوردن مواد مخدر دارند. مردان بیشتر مواد مخدر را نقداً خریداری می‌کنند، در حالی که اکثر زنان خرید غیرنقدی و یا مبادله جنسی دارند که با این کار خودشان را در معرض خطر بیماری‌های مقاربتی و ویروس اچ-آی-وی قرار می‌دهند (سوارتز و همکاران، ۱۳۹۲). تحقیقات داروئی نشان داده است که برخی مواد خاص، تأثیر فیزیولوژیکی منحصربه‌فردی بر زنان دارند. تحلیل‌های اجتماعی نشان می‌دهند که پاسخ جامعه به مشکل سوء مصرف مواد مخدر، در بسیاری از زمینه‌ها، در زنان شدیدتر است. به علاوه نشان داده شده است که روند بهبود زنان متفاوت است و این برنامه‌ها برای درمان، نیازمند چیزی هستند که «روش جنسیت خاص» نامیده می‌شود (سوارتز و همکاران، ۱۳۹۲).

همراه با انگ زدن شدید اجتماعی و تبعیض، زنان با موانع قابل توجهی در میان هم‌تایان مصرف‌کننده مواد، خانواده‌ها و اجتماع خود روبرو هستند. وجود شرمندگی زنان را

مجبور می‌سازد تا بیشتر از اجتماع دوری کنند و کمتر به دنبال کمک در زمینه اطلاعات، آموزش و مراقبت بهداشتی، اصولی و تخصصی شامل خدمات کاهش آسیب باشند. زنان و دختران وابسته به مواد از پیامدهای بدتری در مقایسه با هم‌تایان مرد خود رنج می‌برند. زنان بیشتر به خاطر شدت انگ و تبعیض مرتبط با مصرف مواد، رنج می‌برند زیرا مسائل اجتماعی گسترده‌تری مانند خشونت خانگی، تجاوزجنسی و سوءاستفاده، موقعیت اجتماعی و پیشرفت آموزشی پایین‌تر و انتظارات مرتبط با نقش‌های سنتی زنان بر آن‌ها تأثیر سوء می‌گذارد و منجر به ناتوانی اساسی زنان در رابطه با مصرف مواد می‌شود. اعتیاد و ایدز رابطه تنگاتنگی باهم دارند. بر اساس نتایج برخی از پژوهش‌ها، زنان در مقایسه با مردان از نظر زیست‌شناختی و فیزیولوژیکی نسبت به ویروس اچ-آی-وی آسیب‌پذیرتر شناخته شده‌اند. به‌علاوه، هنجارهای اجتماعی، نقش‌های سنتی و موقعیت فرمان‌برداری زنان در سلسله‌مراتب اجتماعی، بسیاری از آنان را در سراسر دنیا برای مدیریت بر سلامتی خود ناتوان ساخته است. موارد مذکور از طریق سوءمصرف و قاچاق مواد، تهدید، خشونت و فقر تشدید می‌شود. چنین شرایطی بر زنان و دختران بیش از مردان اثرات مخرب بر جای می‌گذارد (نوری، قرقلو، نارنجی‌ها، رفیعی و اکبری‌ان، ۱۳۹۰). تحقیقات حاکی از آن است که نه تنها شیوع اعتیاد در زنان در حال افزایش بوده، بلکه سن اعتیاد در آنان رو به کاهش است. علاوه بر آن، زنان معتاد پا به پای مردان در رفتارهای بزهکارانه و جنایت‌کارانه شرکت دارند (جمشیدی‌منش، سلیمانی فر و حسینی، ۱۳۸۳).

جنسیت در بازگشت و عود مصرف مواد تأثیر عمده‌ای دارد. به طوری که آغازگرهای بازگشت در مردان و زنان متفاوت است. در مطالعه‌ای روی معتادان به کوکائین، زنان بیشتر گزارش کردند که عواطف منفی و مشکلات بین فردی باعث بازگشت آن‌ها شده است، در حالی که مردان اعتقاد داشتند احساسات مثبت باعث بازگشت مجدد آن‌ها شده است. در مطالعه معتادان به الکل، مردان به احتمال بیشتر در زمان تنهایی مجدداً به مصرف روی می‌آوردند؛ این در حالی است که زنان، با هم‌جنس خود یا در طی یک رابطه عاشقانه با شریک جنسی خود دوباره الکل مصرف کرده بودند. به طور کلی زنان در مقایسه با مردان بیشتر احتمال دارد که به طور ناگهانی و تکانه‌ای بازگشت کنند. این تفاوت‌های جنسیتی نشان

می‌دهد که عوامل مختلفی ممکن است در بازگشت زنان و مردان دخیل باشد (ابراهیمی، ۱۳۸۸).

تاریخچه قربانی شدن و خشونت

زنان به دلایل بسیاری، از مواد مخدر استفاده می‌کنند. عوامل خطرناک خاصی وجود دارند که زنان را مستعد استفاده از مواد مخدر می‌نمایند. یکی از این عوامل مهم «تبعیت رابطه‌ای و قرار گرفتن در معرض خشونت شریک جنسی» است (سوارتز و همکاران، ۱۳۹۲). تحقیقات نشان می‌دهد که اکثریت قریب به اتفاق زنان معتاد از خشونت و اشکال دیگر سوء استفاده رنج می‌برند. به علاوه سابقه سوء استفاده احتمال سوء مصرف الکل و مواد را قویاً افزایش می‌دهد (کاوینگتون^۱، ۲۰۰۸). سابقه سوء استفاده جسمی و جنسی در زنان سوء مصرف کننده مواد مخدر رایج است (چن و گیوتا^۲، ۲۰۱۵).

زنان از مواد مخدر به عنوان یک مکانیسم اولیه برای مقابله با احساسات منفی و فرار از تروماهای ناشی از سوء استفاده دوران کودکی استفاده می‌کنند (چن، ۲۰۰۹؛ هزلتاین^۳، ۲۰۰۰). سیمپسون و میلر^۴ (۲۰۰۲) دریافتند که نرخ سوء استفاده جنسی دوران کودکی در میان زنان بزرگسال با مشکلات سوء مصرف مواد دو برابر نرخ سوء استفاده جنسی در جمعیت عمومی است. در یک مطالعه تامپسون، آریاس، بسیل و دسای^۵ (۲۰۰۲) دریافتند که هر دو سوء رفتار جسمی و سوء استفاده جنسی در دوران کودکی با تعدادی مشکلات سلامتی، از جمله مصرف روزانه مواد مخدر و الکل در بزرگسالی همراه بود.

تفاوت‌های جنسیتی در پیامدهای پزشکی

سوء مصرف مواد در بین زنان احتمالاً با بیماری‌هایی نظیر سوء تغذیه، فشارخون بسیار بالا و بیماری‌هایی که از طریق روابط جنسی انتقال می‌یابند مرتبط است. پیامدهای اعتیاد درباره سلامتی با سن مرتبط است. مرگ در اثر مصرف مواد مخدر و الکل در جوانان، زنان و دختران، اغلب با مرگ تصادفی مانند تصادف اتومبیل و خودکشی مرتبط است.

1. Covington
2. Chen & Gueta
3. Haseltine

4. Simpson & Miller
5. Thompson, Arias, Basile & Desai

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 به‌عنوان علت مرگ زنان در سال ۱۹۸۵ پیشی گرفت. سرطان‌های دیگر مرتبط با سیگار کشیدن شامل سرطان نای، مری و سرطان گردن رحم است. همچنین تنباکو خطر بیماری‌های قلبی را زمانی که همراه با داروهای خوراکی ضد آبهستی (مانند قرص) مصرف می‌شود، افزایش می‌دهد (صفری، ۱۳۸۲). تراکم گیرنده‌های مواد مخدر در زنان در سنین باروری از مردان بیشتر است. میزان تهوع و اثرات ضد درد ناشی از مصرف حاد مواد افیونی در زنان بیش از مردان است. سوء مصرف مواد افیونی، مواد محرک و داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور بدون تجویز پزشک بر روی دوره‌های قاعدگی و دستگاه‌های گوارشی، عصبی، عضلانی و دستگاه قلبی اثر منفی می‌گذارد. مصرف مواد محرک همچون مت‌آفتامین (شیشه) اثرات تغییردهنده خلقی شدیدتری در زنان دارد و برخی عوارض مصرف این مواد همچون قفل شدن فک، خشکی دهان و کم‌اشتهایی یا بی‌اشتهایی در زنان از مردان شایع‌تر است (جعفری، روزنامه رسالت، ۳/۱۸، ۹۱، ص ۱۹). مصرف زیاد کوکائین، تریاک و الکل به‌طور منفی روی عملکردهای تکثیر و تولید مجدد تخمک در دوران پیش از یائسگی 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، مشکلات و بیماری‌های زانانه بیشتری دارند. مشکلات تکثیر و تولید مجدد تخمک، بی‌نظمی دوره قاعدگی توقف زود هنگام قاعدگی و قاعدگی بدون تخمک سازی از جمله این مشکلات است (صفری، ۱۳۸۲).

ایدز

استفاده تزریقی مواد و استفاده مشترک زنان معتادان از سرنگ و همچنین رابطه جنسی این افراد، آن‌ها را در معرض خطر بیماری‌هایی چون هپاتیت و ایدز قرار می‌دهد. ارتباط جنسی زنان مصرف‌کننده تزریقی مواد با شرکای مرد می‌تواند آن‌ها را نسبت به ابتلا به اچ‌آی‌وی آسیب‌پذیرتر کند. اغلب شریک‌های جنسی مرد، آن‌ها را با مصرف تزریقی مواد آشنا می‌کنند، اگر شریک جنسی مرد تمایل داشته باشد که به مصرف مواد ادامه

دهد، ممکن است که شریک جنسی زن خود را برای ترک مواد و جستجوی درمان مواد دلسرد کنند. تحقیق نشان می‌دهد که احتمال استفاده از سوزن آلوده برای تزریق در زنان بیشتر است، به طوری که زنان از سوزن یا سرنگی که شریک مرد آنها قبلاً تزریق کرده، استفاده می‌کنند. اگر زن در مورد ابزار تزریق استریل سؤال کند، شریک مرد او احتمال دارد احساس کند که زن به او اعتماد ندارد. بنابر شواهد موجود و بر اساس گزارش‌ها، پرواضح است که زنان تزریقی دارای شریک جنسی مرد، خرید مواد و در صورت وجود تهیه سوزن تمیز را به شریک‌های جنسی واگذار می‌کنند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین زمانی که زنان به ایدز آلوده می‌شوند، تقریباً با نصف مقدار ویروس نسبت به مردان، بیماری در آنها در زمان مشابهی به مرحله کامل شدن می‌رسد. همچنین زنان آلوده به ویروس اچ-آی-وی نسبت به زنان دیگر در معرض خطر بیشتری از مشکلات و بیماری رحم، بیماری‌های عفونی زنانه و بیماری‌هایی که از طریق روابط جنسی انتقال می‌یابند، هستند (صفری، ۱۳۸۲).

هم‌زمانی اختلالات روان‌پزشکی و سوء مصرف مواد

هرچند در اغلب موارد بیماری‌های روانی زمینه‌ساز اعتیاد زنان است، اما چنانچه فرد قبل از اعتیاد، از سلامت روان برخوردار باشد، اعتیاد می‌تواند موجب بروز بسیاری از بیماری‌های روانی باشد (قاسمی‌روشن، ۱۳۸۸). شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی که معمولاً با سوء مصرف مواد رابطه دارند و به‌طور توأم وجود دارند عبارت‌اند از: اختلال شخصیت ضداجتماعی، فوبیا و سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی و اختلال سایکوتیک (ظهیرالدین، سیف‌اللهی و ایران پور، ۱۳۸۶). براساس مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۸۷) در زنان مصرف‌کننده مواد اختلال روان‌پزشکی بیشتر از مردان بوده است. زنان معتاد در مقایسه با دیگر زنان، مسائل و معضلات روانی بیشتری دارند. مشخص شده است که اختلالات افسردگی یا اضطراب، شایع‌ترین بیماری در نزد زنان معتاد به مواد است. یک مطالعه ملی درمان اعتیاد در آمریکا که علائم و نشانه‌های بیماری‌های روانی در مردان و زنان بیمار را مقایسه کرده است، نشان می‌دهد که زنان نسبت به مردان به احتمال بیشتری دچار بیماری‌های افسردگی و اضطراب بوده‌اند. افسردگی همراه با مواد مخدر و الکل

می تواند به آسیب پذیری بیشتر به افکار و رفتارهای خودکشی کننده منجر شود. همچنین افسردگی به موضوعاتی مانند خودانگاره و عزت نفس فرد ارتباط دارد. زنان نسبت به مردان مصرف کننده مواد، معمولاً از خودانگاره و عزت نفس پایین تری برخوردارند (به نقل از صفری، ۱۳۸۲). سطوح بالایی از نگرانی، اضطراب و افسردگی، آسیب پذیری نسبت به بیماری های روانی دیگر نیز مانند اختلالات مربوط به خوردن (پراشتهایی و کم اشتهاپی شدید) در زنان معتاد وجود دارد (صفری، ۱۳۸۲). اختلالات خوردن در زنان در مقایسه با مردان بسیار بیشتر است. اختلال خوردن با مصرف الکل و مواد به ویژه در زنان مرتبط است (برادی، بک^۱ و گرین فیلد، ۲۰۰۹).

زنان نسبت به مردان بعد از در معرض تروما قرار گرفتن بیشتر احتمال دارد که دچار سوء مصرف مواد شوند. احتمالاً زنان نسبت به مردان تحت تأثیر استرس برای مصرف مواد بیشتر آسیب پذیر هستند. همچنین حوادث تکان دهنده که در طی عمر یک نفر اتفاق می افتد با سطوح بالای پریشانی هیجانی و روان شناختی مرتبط است و می تواند به اختلال استرس پس از سانحه منجر شود. زنان به ویژه برای پیدایش اختلال استرس پس از سانحه بیشتر آسیب پذیر هستند. اختلال استرس پس از سانحه نیز با اختلالات سوء مصرف مواد مرتبط است. در مقایسه با مردان، در زنان معمولاً اختلال استرس پس از سانحه مقدم بر ایجاد اختلالات سوء مصرف مواد است. به همین دلیل ارزیابی دقیق اختلال استرس پس از سانحه در مطالعات اختلالات سوء مصرف مواد در زنان مهم است (برادی و همکاران، ۲۰۰۹).

با توجه به شیوع بالای مشکلات روان پزشکی در زنان مصرف کننده مواد، لزوم توجه به مشکلات روان پزشکی هم زمان با مصرف مواد در شرح حال و درمان آنها مهم است تا ترک مواد با ضریب موفقیت بالا همراه باشد.

موانع خاص ورود زنان به درمان

ارائه خدمات به ندرت مطابق با نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی خاص زنان است. بیشتر خدمات درمانی مرتبط با سوء مصرف مواد مرد محور است. علیرغم به رسمیت شناختن نیاز به خدمات متناسب با وضعیت زنان مبتلا به سوء مصرف مواد، هنوز ارائه چنین خدماتی

ناکافی است. زنان نسبت به مردان به خدمات درمانی، کمتر دسترسی دارند که این موضوع ممکن است بیانگر این باشد که در کل، مردان بیش از زنان از مواد استفاده می‌کنند و یا اینکه زنان در قیاس با مردان برای دستیابی به درمان با موانع بیشتری روبرو هستند. زنان مصرف‌کننده مواد با انواع موانع از جمله موانع بر سر راه ورود به درمان، درگیری در درمان و باز توانی بلندمدت مواجه هستند (حسین‌رسول، ۱۳۹۱).

متأسفانه اغلب افراد، اعتیاد را در زنان یک موضوع غیراخلاقی در نظر می‌گیرند تا یک بیماری. در واقع، نگرش‌های اجتماعی منفی موجود درباره رفتار غیراخلاقی زنان معتاد مانعی بزرگ در راه درمان اعتیاد در زنان است. چراکه زنان با درونی کردن نگرش موجود در جامعه مبتنی بر اینکه اعتیاد در واقع نوعی تزلزل اصول اخلاقی در آنهاست، از درمان خود اجتناب می‌کنند یا از معرفی خود به‌عنوان معتاد در انظار و مجامع عمومی شرمسار می‌شوند (دهقانی فیروز آبادی و همکاران، ۱۳۹۳). عمده‌ترین موانعی که به کرات برای ورود به درمان سوء مصرف مواد گزارش شده، عبارتند از: مسئولیت‌های خانگی به‌عنوان یک مادر و همسر؛ ترس از اینکه پذیرش مشکل مواد ممکن است به سلب حق سرپرستی از کودکان منجر شود؛ احساس شرم ناشی از مصرف مواد، ناتوانی در پرهیز از مصرف مواد بعد از دوره‌های قبلی درمان و معطل ماندن در نوبت به دلیل تکمیل ظرفیت. اکراه زنان سوء مصرف‌کننده مواد برای جستجوی درمان حاکی از اعتماد به نفس پایین و احساس گناه، انزوای اجتماعی، بدنامی و ترس از تحقیر جنسیتی است. زنان دارای سوء مصرف مواد نسبت به مردان، احتمال بیشتری دارد که شریک دارای سوء مصرف مواد داشته باشند. آنها همچنین در آغاز درمان مشکلات بیشتری دارند و ممکن است اختلالات هم‌زمان روان‌پزشکی نیز داشته باشند. این عوامل پیچیده شاخص‌هایی را درباره اکراه زنان نسبت به درگیری در برنامه‌های درمانی هم‌زمان ارائه می‌کند (حسین‌رسول، ۱۳۹۱). در مطالعه رحیمی موقر و همکاران (۱۳۹۰) با وجود ارائه خدمات مشاوره‌ای رایگان یا بسیار ارزان در بعضی مراکز بهداشتی و مراکز درمانی اعتیاد، بسیاری از زنان معتاد از وجود این خدمات بی‌خبر بودند؛ بنابراین به نظر می‌رسد فقدان اطلاع‌رسانی گسترده برای معرفی انواع مراکز ترک اعتیاد و مراکز کاهش آسیب اعتیاد مختص زنان می‌تواند یکی از عوامل مهم در کاهش

دسترسی زنان معتاد به خدمات متناسب با نیازهایشان باشد. راه‌اندازی مراکز یا برنامه‌های درمان اختصاصی برای زنان متناسب با نیازهای اختصاصی این گروه جمعیتی می‌تواند تا حدی مشکل دسترسی و انگ در این گروه را کاهش دهد (مکری و نوذری، ۱۳۹۳).

درمان اختلالات مصرف مواد در زنان

به دلیل اینکه زنان نیازهای ویژه بسیاری دارند، مؤلفه‌های درمانی بسیاری هستند که در جذب و نگهداری زنان در درمان مهم شمرده می‌شوند. این مؤلفه‌ها شامل قابلیت دسترسی به خدمات زن محور، محیط‌های درمانی حمایت‌کننده و رویکردهای درمانی غیراجباری است. راهکارهای مداخله‌ای باید دربرگیرنده ارتقای انگیزش، درمان شناختی رفتاری و درمان کوتاه‌مدت و درمان برای گستره‌ی وسیعی از مشکلات پزشکی، اختلالات همراه و مشکلات روانی اجتماعی باشند (حسین‌رسول، ۱۳۹۱). موضوعات برجسته در اعتیاد زنان شامل مسائل و نیازهای خاص درمان زنان (نقش خانواده و شریکان) و اختلالات همراه چندگانه (همچون اختلالات خلقی، سوگ و اختلال استرس پس از سانحه) هستند که نیاز به توجه ویژه در طول دوره درمان دارند (جعفرزاده و همکاران، ۱۳۹۴). منع حمایت بسیار مهم است. در درمان سوءمصرف مواد مخدر اعضای خانواده یکی از مهم‌ترین منابع حمایت برای زنان هستند (تریسی^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش جعفرزاده و همکاران (۱۳۹۴) بیش از نیمی از زنان (۶۷٪) اصلی‌ترین انگیزه درمان را خانواده خود می‌دانستند که این موضوع بیانگر نقش مهم روابط عاطفی و حمایت اطرافیان در روند درمان است. در ایران نیز انگ اجتماعی نسبت به اعتیاد زنان بیش از مردان است و همین امر می‌تواند یکی از دلایل مراجعه کمتر زنان برای درمان باشد؛ بنابراین وجود خدمات مددکاری اجتماعی برای جلب توجه و حمایت خانواده در مدیریت و درمان اعتیاد امری کلیدی است. همچنین با توجه به اینکه وسوسه مصرف مواد از مهم‌ترین مشکلات زنان در حال ترک است، وجود افراد با سابقه بالای پاک‌ی، برای حمایت روانی و وجود پزشک، روان‌پزشک، مشاور و مددکار اجتماعی مهم‌ترین نیاز این زنان است. همچنین بر برگزاری جلسه‌های آموزشی در زمینه‌های بهداشتی و درمانی نیز تأکید می‌شود.

عملکرد روان‌شناختی فرد، ثبات شخصیتی و تعداد فرزندان از جمله عوامل مهمی است که بر طول مدت باقی ماندن در درمان یا کامل کردن درمان اثر می‌گذارد. برای زنان دارای فرزند، تسهیلاتی که اجازه درمان اقامتی به همراه فرزند را به آن‌ها بدهد، میزان باقی ماندن در درمان را افزایش می‌دهد. با توجه به گفته زنان در حال ترک مبنی بر اینکه هم‌جواری با افراد معتاد از مهم‌ترین عوامل در مصرف دوباره مواد است، وجود پناهگاه-های امن و مناسب برای زندگی این زنان از عوامل مهمی است که توجه به آن ضروری است (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۰). توصیه می‌شود برای زنان گروه‌درمانی‌های اختصاصی تک جنسیتی برگزار گردد (مکری و نوذری، ۱۳۹۳). گروه‌درمانی برای زنان باید محیطی حمایتی فراهم آورد و بر خود ارزشی، نقش‌های چندگانه زنان مانند نقش مادرانه، دوستانه و زنانه تمرکز کند. گسترش خدمات اختصاصی هماهنگ با نیازهای زنان به‌ویژه خدمات روانی-اجتماعی برای افزایش موفقیت درمان اعتیاد زنان به‌شدت ضرورت دارد. نظارت و ارتباط تنگاتنگ سازمان‌های متولی با مراکز درمانی موجود در بهبود کیفیت خدمات مؤثر است (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۰).

مروری بر تحقیقات انجام‌شده در زمینه سوء مصرف مواد در زنان

نقش زنان هم به‌عنوان مصرف‌کننده و هم به‌عنوان افراد در معرض خطر در بررسی اعتیاد به مواد مخدر انکارناپذیر است، اما عمده مطالعات اعتیاد جمعیت مردان را هدف گرفته است. در ذیل خلاصه‌ای از تحقیقات مرتبط با سوء مصرف مواد در زنان مطرح می‌شود. سواد زاده (۱۳۸۷) پژوهشی مروری تحت عنوان مشاوره زنان معتاد در طی بارداری انجام داد. بر اساس یافته‌ها، اعتیاد به مواد مخدر مسمومیت حاد و مزمنی است که، نیاز به ادامه استعمال دارو و منجر به وابستگی روانی یا جسمی به آثار داروهای اعتیادآور می‌شود و آثار مخرب شخصی و اجتماعی دارد. مصرف مواد در طی بارداری با افزایش خطر مرگ و همراه است. مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در طی بارداری شامل سقط خودبه‌خودی، زایمان زودرس، وزن تولد پایین، جداشدن زودرس جفت، محدودیت رشد، سندرم محرومیت نوزادی و... است که این مشکلات با عوارض اقتصادی،

اجتماعی، جسمی، خانوادگی و... همراه است و بنابراین آگاهی و مداخله فعال نهادهای فرهنگی، امنیتی، اقتصادی و بهداشتی جامعه ضروری است.

یافته‌های پژوهش خادمی، لقایی و علیخانی (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای که به بررسی الگوی مصرف مواد مخدر و روش مصرف در زنان مصرف‌کننده مواد در استان کرمانشاه پرداختند، نشان داد که بیش از ۷۲/۶ درصد از مراجعه‌کنندگان سابقه مصرف تریاک را ذکر کردند. همچنین کراک، شیر، هروئین، نورجیزک و تمجیزک، شیشه و حشیش به ترتیب موارد مصرفی دیگر بودند.

رحیمی موقر و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی کیفی به بررسی نیازهای ویژه زنان مصرف‌کننده مواد در درمان اعتیاد پرداختند. در این پژوهش کیفی ۶۲ زن معتاد در گروه‌های مختلف سنی، وضعیت تأهل و روش مصرف مواد مورد مصاحبه قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که بیشتر زنان انگ اجتماعی، تحقیر و طرد شدن از خانواده و جامعه و فقر شدید را به‌عنوان اساسی‌ترین مشکل خود بیان کردند. بیش از یک‌چهارم آن‌ها بی‌خانمان بودند و بیش از نیمی از آن‌ها سوءاستفاده فیزیکی و جنسی را تجربه کرده بودند. کمبود پزشک زن، مشاور و آموزش‌های بهداشتی، محیط ناامن و شرایط نامناسب بهداشتی و رفاهی مهم‌ترین محدودیت‌ها بود. هر دو مرکز بررسی با کمبود خدمات روانی-اجتماعی از جمله پناهگاه جهت نگهداری زنان معتاد، اشتغال‌زایی و نگهداری و حمایت از فرزندان روبرو بودند.

در مطالعه کیفی دیگری که توسط گروسی و دولت‌آبادی (۱۳۹۰) با عنوان تجربه زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده اعتیاد مورد بررسی قرار گرفت. از تحلیل مصاحبه‌ها پنج تم اصلی (مثلث خانواده، فرد، اجتماع، طیف احساسی شادمانی-پریشانی، ورود به روابط اجتماعی درهم‌شکسته، ناتوانی در برابر اعمال فشار جامعه و عدم وجود توانمندی در زنان برای رویارویی با شرایط) استخراج شد و بر اساس این تم‌ها مدل وابستگی به مواد از دیدگاه زنان وابسته به مواد تبیین گردید.

بر اساس یافته‌های پژوهش خواجه دلویی و دادگر (۱۳۹۲) که با هدف بررسی نقش اعتیاد مادر بر اعتیاد فرزند انجام شد، بین اعتیاد مادر در دوران بارداری و اعتیاد فرزند،

ارتباط آماری معناداری وجود داشت. همچنین بین اعتیاد مادر و نقص عضو فیزیکی مشهود در هنگام تولد، سابقه خشونت خانوادگی، آزار جسمی و روانی کودک ارتباط معناداری وجود داشت.

ناصری پلنگرد و همکاران (۱۳۹۲) پژوهشی با روش تحقیق پیمایشی و حجم نمونه ۱۰۰ نفر با هدف تحلیل جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که کنترل اجتماعی قوی‌تر، عدم هم‌نشینی با افراد بزه‌کار، تعلق خاطر و وابستگی میان اعضاء خانواده، اعتقادات مذهبی، کاهش و قطع ارتباط با دوستان معتاد و مجرم می‌تواند منجر به کاهش اعتیاد در زنان شود. همچنین مشارکت در فعالیت‌های گروهی، کمک و یاری کردن افراد در رسیدن به اهداف و موفقیت و در اختیار گذاشتن منابع و وسایل مشروع در راه رسیدن به آن‌ها می‌تواند کاهش اعتیاد در زنان را به دنبال داشته باشد. نتیجه پژوهش نقی‌زاده، رضایی، زارعی، فیروزی، و احمدی (۱۳۹۲) با عنوان بررسی الگوی مصرف مواد مخدر در زنان خود معرف شهرستان فسا نشان داد که در حال حاضر الگوی مصرف مواد مخدر در زنان خود معرف شهرستان فسا سنتی و بر پایه مشتقات تریاک است؛ اما با توجه به الگوی رو به رشد و تغییر مواد، پایش رفتار مصرف‌کنندگان مواد مخدر از جمله مواردی است که می‌تواند در جهت ارتقای سلامت جامعه مؤثر باشد. مطالعه عزیزمحمدی، عزیزمحمدی و علوی (۱۳۹۲) با هدف بررسی ارتباط میان سوء مصرف مواد در زنان باردار و عوارض حاملگی و اختلالات نوزادی انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که تولد زودرس، وزن کم هنگام تولد و همچنین آپگار پایین‌تر از ۸ در نوزادان زنان معتاد نسبت به زنان غیر معتاد بیشتر بود؛ میزان تحریک‌پذیری در نوزادان مادران معتاد از نوزادان مادران غیر معتاد بیشتر بود. همچنین نتایج حاکی از این بود که از نظر سطح سواد مادر باردار و همسر وی، مراقبت‌های بارداری و ازدواج مجدد تفاوت معنی‌دار در دو گروه وجود داشت. نتایج این مطالعه ارتباط مستقیم و زیان‌بار سوء مصرف مواد و عوارض بارداری را نشان داد.

مطالعه تیموری، کریمان، منصوری و رضایی (۱۳۹۰) با هدف تعیین شیوع رفتارهای پرخطر و عفونت‌های منتقله از راه جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مرکز ترک انجام شد.

در این مطالعه توصیفی، ۷۶ زن مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد نیلوفر کرمانشاه شرکت کردند. یافته‌ها نشان داد که رفتارهای پرخطر و ابتلا به بیماری‌های منتقله جنسی، کم‌تر از حد انتظار بود.

جعفرزاده کلیشمی و همکاران (۱۳۹۴) پژوهشی با عنوان بررسی نیمرخ مصرف مواد در زنان معتادانجام دادند. یافته‌ها نشان داد که بیش از ۶۸ درصد از زنان اظهار داشتند که فردی از اعضای خانواده آنان نیز مصرف کننده مواد است. اولین ماده مصرفی در بیش از ۲۷ درصد شرکت کنندگان در مطالعه شیشه بوده و تقریباً ۳۶ درصد از آن‌ها اولین انگیزه برای شروع مصرف مواد و اصلی‌ترین انگیزه کلی مصرف را فراموش کردن مشکلات مطرح کردند. بیش از نیمی از زنان مواد را به شیوه دود کردن مصرف می‌کردند و نزدیک به ۸۵ درصد سابقه ترک مواد را داشتند. مسائل و نیازهای خاص درمان زنان (نقش خانواده و شریکان) و اختلالات همراه چندگانه (همچون اختلالات خلقی، سوگ و اختلال استرس پس از سانحه) نیاز به توجه ویژه در طول دوره درمان دارند.

۷۵

اسدزاده (۱۳۹۴) پژوهشی کیفی با هدف شناسایی تجربه زندگی زنان با سوء مصرف مواد با تأکید بر خانواده آنان انجام داد. مطابق با یافته‌ها، زنان مصاحبه‌شونده در جریان زندگی با همسر و افراد صمیمی به اعتیاد روی آورده‌اند. اکثر آن‌ها ازدواجی بدون معیارهای منطقی و مشخص، براساس اجبار و یا بدون حمایت خانواده داشته‌اند. عموماً تجربه مصرف و وابستگی به مواد در جریان زندگی مشترک، ارتباط با افراد صمیمی و بحران‌های روانی شکل گرفته است. زنان دارای سوء مصرف مواد احساساتی چون کمبود عاطفی، طرد و نادیده گرفته شدن را گزارش داده‌اند. آنان با انگیزش درونی به همراه حمایت‌های بیرونی بخصوص حمایت خانواده و اطرافیان نزدیک توانسته‌اند مسیر بهبودی را طی کنند.

یافته‌های پژوهش عظیم، بونتل و استرادی^۱ (۲۰۱۵) نشان داد که زنانی که مواد مخدر تزریق می‌کنند به واسطه تزریق ناامن و رابطه جنسی محافظت نشده از جمله آسیب‌پذیرترین افراد به ایدز هستند. همچنین از هم‌تایان مرد خود بیشتر انگ زده می‌شوند. بسیاری برای

1. Azim, Bontell & Strathdee

تأمین مالی خود و شریک زندگی شان فعالیت جنسی دارند. زنانی که از مواد مخدر استفاده می کنند در سراسر جهان برای دسترسی به خدمات با موانع بسیار مختلفی از جمله آزار و اذیت پلیس، قضاوت کارکنان درمانی و ترس از دست دادن فرزندان خود روبرو هستند.

بر اساس پژوهش مک هاگ و همکاران (۲۰۱۴) تفاوت های جنسیتی در شیوع مصرف مواد در حال کاهش است. الکل، نیکوتین و استفاده از مواد مخدر در زنان در سن باروری شایع است و مصرف مشکل ساز مواد اعتیاد آور با پیامدهای پزشکی، روانی و اجتماعی مرتبط است. شیوع بالای مصرف مواد در زنان باردار، اهمیت بهبود آموزش عمومی درباره خطرات ناشی از مصرف مواد در بارداری، افزایش خدمات پیشگیرانه و ارائه درمان اعتیاد برای زنان باردار را مورد تأکید قرار می دهد.

نتایج تحقیقی که در هندوستان روی پنجاه زن معتاد در حال درمان انجام گرفت نشان داد که اکثریت زنان، متأهل بودند. شایع ترین موانع و چالش های ادراک شده آنان در مسیر بهبودی عبارت بود از: تلقی مصرف مواد به عنوان راه حل (۸۰٪)، شرایط ناامید کننده زندگی (۷۰٪)، کمبود اطلاعات در مورد انتخاب های متعدد جهت درمان (۶۴٪)، اطلاعات محدود در مورد درمان در دسترس (۶۴٪)، شرم و احساس گناه از مصرف مواد (۶۴٪) و اطلاعات محدود در مورد مسائل و مشکلات مصرف مواد (۶۴٪) (سويد، مورتی، رانی، چاند و بنگال، ۲۰۱۱؛ به نقل از اسد زاده، ۱۳۹۴).

اینسمنگر و فوترگیل (۲۰۰۲) در مطالعه ای طولی به مدت ۲۶ سال و با حجم نمونه ۱۰۰۰ نفر به بررسی نقش ویژگی های رفتاری دوره کودکی در دختران و پسران در گرایش به سمت مواد در دوره نوجوانی و جوانی پرداختند. بر این اساس رفتارها و خلق و خوی آن در ابتدای ورود به مدرسه یا حتی پیش تر قویاً می تواند میل سوء مصرف در نوجوانی و بزرگسالی را پیش بینی کند. ویژگی های رفتاری در اول ابتدایی برگرفته از گفته و گزارش معلم درباره خجالتی بودن شامل تنها نشستن، صحبت نکردن در کلاس و تهاجمی بودن، نزاع با هم کلاسی ها و قانون شکنی به عنوان عوامل پیش بینی کننده مواد در پسران در سن نوجوانی بوده است، در حالی که این ویژگی ها تأثیر کم تری بر میل به مصرف در دختران دارد. در مقابل روابط خانوادگی عامل مؤثر در شکل گیری نشانه های

روان‌پزشکی در ۱۰ سال آینده دختران تحت نظر بوده است. در ضمن سلامت روانی مادران، تأثیر مهمی بر بهداشت روانی دخترانشان در دوره نوجوانی داشته ولی این تأثیر بر روی پسران کمتر بوده است. دختران با مناسبات گرم خانوادگی به احتمال کمتری در سال‌های بعدی زندگی‌شان به مصرف مواد روی می‌آوردند اما این عامل در پسران به این وضوح دیده نشده است (به نقل از اسدزاده، ۱۳۹۴).

در مجموع تحقیقات حوزه اعتیاد زنان بر نقش تفاوت جنسیتی بر شروع مصرف، تداوم و درمان تأکید ورزیده‌اند. همچنین شواهد پژوهشی زمینه‌های پیش‌اعتیادی شامل ویژگی‌های فردی دوره کودکی و نوجوانی و شکل تعاملات با خانواده را در گرایش به سوء مصرف مواد مهم می‌شمارند و توجه بیشتر به زنان معتاد باردار و زنان معتاد مبتلا به ایدز را توصیه می‌کند.

نتیجه‌گیری

در این مقاله اهمیت مباحث جنسیتی در سوء مصرف مواد، الگوهای مصرف مواد در زنان، درمان و موانع درمان اختلالات سوء مصرف مواد در زنان مورد بررسی قرار گرفت. مصرف مواد در درجه اول یک مشکل مردانه در نظر گرفته شده است و بسیاری از مطالعات در مورد مردان انجام شده است. با این حال، شواهد به وضوح اهمیت مطالعات خاص زنان و مطالعه تفاوت زنان و مردان در تمام زمینه‌های تحقیقات سوء مصرف مواد را نشان داده است. تعداد زنان وابسته به سوء مصرف مواد با سرعت در حال افزایش است. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد دو جنس در همه گیرشناسی مربوط به مواد، پاسخ بیولوژیکی و ذهنی به مواد مخدر، عوامل و ویژگی‌های اجتماعی سبب‌ساز، الگوهای مصرف و وابستگی، عواقب پزشکی، هم‌زمانی رخداد اختلالات روانی، موانع ورود به درمان، تداوم و اتمام درمان تفاوت دارند. همه این تفاوت‌ها دارای پیامدهای مهم بالینی، درمانی و تحقیقاتی است. از لحاظ تاریخی، برنامه‌های درمان اعتیاد عمدتاً برای نیازهای جمعیت مردان طراحی شده است. روش‌های درمانی متفاوت با توجه به جنس می‌توانند تأثیر متفاوتی داشته باشد. در طول سه دهه گذشته، محققان و ارائه‌دهندگان درمان شروع به شناسایی ویژگی‌های برنامه‌های درمانی موفق برای زنان کرده‌اند. شواهد نشان می‌دهد که زنان با اختلالات مصرف مواد نسبت به مردان با موانع

متعددی در دسترسی و ورود به درمان سوء مصرف مواد روبرو هستند که رفع این موانع اهمیت زیادی دارد. فقدان قابل توجه پژوهش به خصوص در کشور ما نیز به چشم می - خورد که لزوم انجام پژوهش بیشتر را مشخص می کند.

پیشنهاد می شود برنامه های کلان در جهت تغییر نگرش افراد جامعه نسبت به اعتیاد زنان و دختران تدوین شود که آن را یک سوء رفتار اخلاقی تلقی نکنند، بلکه به اعتیاد زنان نیز در جامعه به عنوان یک بیماری نگریسته شود تا با درمان این مشکل اجتماعی، از پیامدها و عوارض ناگوار، مهلک و جبران ناپذیر آن کاسته شود. با توجه به مشکلات درمان این زنان، گسترش مراکز جامع درمان زنان وابسته به سوء مصرف مواد و بیمه درمانی جهت طی مراحل درمان زنان از ابتدا تا انتها اهمیت ویژه ای دارد. توانمندسازی زنانی که درگیر سوء مصرف مواد بوده اند، نقش غیر قابل انکاری در جلوگیری از مصرف مجدد مواد، پربار کردن زندگی و بهبود کیفیت زندگی آنان خواهد داشت. توجه به نیازهای متعدد زنان مصرف کننده مواد و زنان فاقد حمایت های خانوادگی، پیشگیری از رفتارهای پرخطر جنسی در زنان درگیر با اختلالات سوء مصرف مواد باید مورد توجه خاص قرار بگیرد. ارتقاء سلامت جنسی در زنان با افزایش آگاهی و دانش درباره آسیب پذیری جنسی، فراهم کردن زمینه اشتغال و حرفه آموزی زنان بهبود یافته و خود کفایی آنان، افزایش سیستم های حمایتی آنها در جامعه و خانواده و دور نگه داشتن آنها از محیط آلوده اهمیت ویژه ای دارد. همچنین به دلیل تفاوت های جنسیتی زنان و مردان، توصیه می شود برنامه های پیشگیرانه در ابعاد مختلف برای دو جنس با توجه به ویژگی های آنها طراحی و اجرا شود. در بحث پیشگیری، آگاهی بخشی و آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد در میان دانش آموزان، آموزش مهارت های زندگی به زنان و دختران، آگاهی و اطلاع رسانی درباره عوارض سوء مصرف مواد، همچنین توجه به دختران و زنان در معرض خطر و در معرض خشونت های خانوادگی و با سابقه اعتیاد مورد تاکید قرار بگیرد. نکته مهم دیگر بررسی های شیوع شناسی مصرف مواد در زنان در سنین مختلف در کشور و انجام پژوهش های مربوط به اعتیاد زنان است تا از این طریق وضعیت موجود ارزیابی شود و برای رسیدن به وضعیت

مطلوب و جلوگیری از آسیب‌های بیشتر فردی و اجتماعی برنامه ریزی‌های لازم در سطح خرد و کلان انجام شود.

منابع

ابراهیمی، علی‌اکبر (۱۳۸۸). بازگشت و بهبودی از اعتیاد: راهکارهای رفتاری برای تغییر. اصفهان: کنکاش.

اسدزاده، فائزه (۱۳۹۴). تجربه زیسته زنان با سوء مصرف مواد با تأکید بر خانواده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

تیموری، فریبا؛ کریمان، نورالسادات؛ منصوری، فیض‌اله؛ رضایی، منصور (۱۳۹۰). شیوع رفتارهای پرخطر و عفونت‌های منتقله از راه جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد نیلوفر کرمانشاه (۸۹-۱۳۸۸). *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۵(۵)، ۴۰۶-۴۰۰.

جعفرزاده کلیشمی، مهناز؛ نوری، ربابه و رمضانزاده، فاطمه. (۱۳۹۴). نیمرخ مصرف مواد در زنان معتاد. *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*، ۳(۱)، ۴۹-۵۶.

جعفری، فیروزه (۱۳۹۱). *روزنامه رسالت*. شماره ۷۵۵۹، صفحه ۱۹. بازیابی از سایت <http://www.magiran.com/npview.asp?ID=2516526>

جمشیدی‌منش، منصوره؛ سلیمانی‌فر، پروین و حسینی، فاطمه (۱۳۸۳). ویژگی‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی زنان معتاد زندانی، *نشریه پرستاری ایران*، ۱۷(۴۰)، ۵۴-۴۷.

حسین‌رسول، جی (۱۳۹۱). *سوء مصرف الکل و مواد مخدر راهنمای دانشجویان و متخصصین سلامت*. ترجمه ابوالقاسم رحمت‌زاده، تهران: اطلاعات.

حسینی، سیدحمزه؛ ضرغامی، مهران؛ موسوی، سیدابراهیم؛ ناطقی، غلامرضا و مسعودزاده، عباس (۱۳۸۷). بررسی همبودی سوء مصرف مواد با اختلالات روان‌پزشکی در مراجعین سرپایی به درمانگاه مرکز آموزشی درمانی زارع ساری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۸(۶۷)، ۶۷-۷۴.

خادمی، ناهید؛ لقابی، زهرا و علیخانی، علیرضا (۱۳۸۸). بررسی الگوی مصرف اعتیاد در زنان معتاد مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۳(۱۲)، ۷۹-۹۰.

خواجه دلویی، محمد و دادگر مقدم، ملیحه. (۱۳۹۲). اعتیاد مادر در بارداری و اعتیاد فرزند در دوران نوجوانی و جوانی. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۶(۵۲)، ۷-۱.

دانش، پروانه؛ ملکی، امیر و نیازی، زهره (۱۳۹۲). نظریه زمینه‌ای درباره علل اعتیاد زنان معتاد زندانی در زندان مرکزی اصفهان. *فصلنامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی فرهنگی*، ۱(۴)، ۱۴۵-۱۲۵. دهقانی فیروزآبادی، سمیره؛ قاسمی، حامد؛ منتظرهدش، رؤیا؛ فاتحی زاده، مریم؛ ذوالفقاری، سلاله و ابراهیمی، علی اکبر (۱۳۹۳). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر پیش‌بینی عود زنان وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱(۲۹)، ۲۷-۳۶.

رحیمی موقر، آفرین؛ ملایری خواه لنگرودی، زهرا؛ دلبرپور احمدی، شهناز و امین اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۰). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۷(۲)، ۱۲۵-۱۱۶.

سوارتز، جیمز آ؛ اوبرین، پاتریشیا؛ لوریجیو، آرتورجی (۱۳۹۲). *مواد مخدر، زنان و اعتیاد*. ترجمه معصومه حسن چوکامی و علی اصغر اسماعیل زاده. تهران: دانشگاه پیام نور.

سوادزاده (۱۳۸۷). *مشاوره زنان معتاد در طی بارداری*. دو فصل نامه دانشکده‌های پرستاری و مامایی استان گیلان، *مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۱۸(۲)، ۵۰-۴۴.

صرامی، حمید؛ قربانی، مجید و مینوئی، محمود (۱۳۹۲). بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع شناسی در ایران. *اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷(۲۶)، ۵۲-۲۹.

صفری، فاطمه (۱۳۸۲). *اعتیاد و زنان؛ تفاوت‌های جنسیتی در زمینه سوء مصرف مواد و درمان آن*. تهران: دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.

ظهيرالدين، علیرضا؛ سیف الهی، معصومه و ایران‌پور، چنگیز (۱۳۸۶). بررسی میزان اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد مراجعه‌کننده به دو مرکز درمانی در سطح شهر تهران. *پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)*، ۳۱(۳)، ۲۷۸-۲۷۳.

عزیزمحمدی، سوسن؛ عزیزمحمدی، سیما و علوی، سید هاشم (۱۳۹۲). بررسی ارتباط میان سوء مصرف مواد در زنان باردار و عوارض حاملگی در مرکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی در سال ۱۳۸۸. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*، ۱(۱)، ۳۳-۲۹.

قاسمی روشن، ابراهیم. (۱۳۸۲). *از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده*. *فصلنامه مطالعات کاربردی زنان*، ۶(۲۲)، ۱۵۱-۱۳۰.

قربانی، مجید و انصاری طالبی ثریا (۱۳۹۵). مروری بر دو دهه تحقیقات شیوع‌شناسی اعتیاد زنان در ایران (۱۳۷۴ تا ۱۳۹۴). *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۹)، ۹۰-۶۱.

کاکویی دینکی، عیسی و قوامی، نسرین‌السادات (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱(۴)، ۳۲-۹.

- گردونی، روزبه (۱۳۹۳). وضعیت سوء مصرف مواد مخدر در ایران/ کاهش سن اعتیاد. خبرگزاری مهر. بازیابی از سایت <http://www.mehrnews.com/news/2494326>
- گروسی، سعیده و محمدی دولت آبادی، خدیجه (۱۳۹۰). تبیین تجربه زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده اعتیاد. فصلنامه علمی - پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، ۲(۱)، ۵۵-۷۴.
- مکری، آذرخش و نوروزی، علیرضا (۱۳۹۳). پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد
- ناصری پلنگرد، سهیلا؛ محمدی، فریبا؛ دوله، معصومه؛ ناصری، محبوبه (۱۳۹۲). عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان. فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ، ۴(۱۶)، ۹۴-۸۳.
- نقی‌زاده، محمدمهدی؛ رضایی، زینب؛ زارعی، فاطمه؛ فیروزی، اسماعیل و احمدی، داریوش (۱۳۹۲). بررسی الگوی اعتیاد زنان خود معرف شهرستان فسا (۹۰-۱۳۸۸). مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۳(۴)، ۳۱۱-۳۰۵.
- نوری، رؤیا؛ قرقلو، بابک؛ نارنجی‌ها، هومان؛ رفیعی، حسن و اکبریان، مهدی (۱۳۹۰). بررسی نیازهای زنان مصرف‌کننده مواد شهر تهران در زمینه کنترل اعتیاد و پیشگیری از ابتلا به HIV/AIDS. ستاد مبارزه با مواد مخدر
- Azim, T., Bontell, I., & Strathdee, S. A. (2015). Women, drugs and HIV. *International Journal of Drug Policy*, 1, S16-21. Doi: 10.1016/j.drugpo.2014.09.003
- Beijer, U., & Andreasson, S. (2010). Gender, hospitalization and mental disorders among homeless people compared with the general population in Stockholm. *European Journal of Public Health*, 20(5), 511-516.
- Brady, K. T., Back, S. E., & Greenfield, S. F. (Eds.). (2009). *Women and addiction: A comprehensive handbook*. Guilford Press.
- Brady, J., Iwamoto, D. K., Grivel, M., Kaya, A., & Clinton, L. (2016). A systematic review of the salient role of feminine norms on substance use among women. *Addictive Behaviors*, 62, 83-90.
- Chen, G. (2009). Patterns of crime and substance abuse among Israeli ex-addict female inmates. *Asian Journal of Criminology*, 4(1), 47° 60.
- Chen, G., & Gueta, K. (2015). Child abuse, drug addiction and mental health problems of incarcerated women in Israel. *International journal of law and psychiatry*, 39, 36-45.
- Covington, S. S. (2008). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of psychoactive drugs*, 5, 377-385.
- Grucza, R. A., Bucholz, K. K., Rice, J. P., & Bierut, L. J. (2008). Secular trends in the lifetime prevalence of alcohol dependence in the United States: A re-evaluation. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 32(5), 763° 770.

- Haseltine, F. (2000). Gender differences in addiction and recovery. *Journal of Women's Health, 9*, 579° 583.
- Loeliger, K. B., Marcus, R., Wickersham, J. A., Pillai, V., Kamarulzaman, A., & Altice, F. L. (2016). The syndemic of HIV, HIV-related risk and multiple co-morbidities among women who use drugs in Malaysia: important targets for intervention. *Addictive behaviors, 53*, 31-39.
- Keyes, K. M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2008). Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug and Alcohol Dependence, 93*, 21° 29.
- McHugh, R. K., Wigderson, S., & Greenfield, S. F. (2014). Epidemiology of substance use in reproductive-age women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 41*(2), 177-189.
- National Center on Addiction Substance Abuse (2003). *The formative years: Pathways to substance abuse among girls and young women ages 8–22*. New York, NY: National center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.
- Parks, K. A., & Fals-Stewart, W. (2004). The temporal relationship between college women's alcohol consumption and victimization experiences. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*, 625° 629.
- Simpson, T., & Miller, W. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review, 22*(1), 27° 77.
- Stein, J.A., Gelberg, L. (1995). Homeless men and women: differential associations among substance abuse, psychosocial factors, and severity of homelessness *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 3*(1), 75° 86.
- Thompson, M.P., Arias, I., Basile, K.C., & Desai, S. (2002). The association between childhood physical and sexual victimization and health problems in adulthood in a nationally representative sample of women. *Journal of Interpersonal Violence, 17*(10), 1115° 1129.
- Torchalla, I., Strehlau, V., Li, K., & Krausz, M. (2011). Substance use and predictors of substance dependence in homeless women. *Drug and alcohol dependence, 118*(2-3), 173-179.
- Tracy, E. M., Min, M. O., Park, H., Jun, M., Brown, S., & Francis, M. W. (2016). Personal Network Structure and Substance Use in Women by 12Months Post Treatment Intake. *Journal of substance abuse treatment, 62*, 55-61.
- Vik, P.W., & Ross, T. (2003). Methamphetamine use among incarcerated women. *Journal of Substance Abuse, 8*(2), 69° 77.
- Wagner, F. A., & Anthony, J. C. (2007). Male-female differences in the risk progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence, 86*(2-3), 191° 198.
- Wilsnack, S. C., & Wilsnack, R. W. (2014). Focus on: Women and the costs of alcohol use. *Alcohol Research, 35*(2), 219° 228.