



فاطمه صفری

# اعتیاد زنان ؛ تفاوت های جنسیتی در زمینه سوء مصرف مواد مخدر و درمان آن

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



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

فاطمه صفری

ریاست جمهوری  
ستاد مبارزه با مواد مخدر  
پژوهشکده ملی مطالعات موادمخدر ایران



یاست جمهوری  
ستاد مبارزه با مواد مخدر

اعتیاد و زنان؛ تفاوت های جنسیتی در زمینه سوء مصرف مواد و  
درمان آن • نویسنده: فاطمه صفری • تهیه و تنظیم: پژوهشکده ملی  
مطالعات موادمخدر ایران • مدیر هنری و طرح جلد: گروه هنری نگار  
• ناشر: دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر • شمارگان: ۲۰۰۰ جلد  
• چاپ: اول ، بهمن ۱۳۸۲

---

همه حقوق برای ناشر محفوظ است.

---

## فهرست

۷	<u>پیشگفتار</u>
۹	<u>مقدمه</u>
۱۳	<u>تفاوت های جنسیتی</u>
۱۴	<u>عوامل خطرآفرین برای زنان</u>
۱۵	<u>نقش روابط نزدیک و صمیمانه در اعتیاد زنان</u>
۱۷	<u>خشونت و اعتیاد</u>
۱۹	<u>عوامل روانی خطرزا</u>
۲۲	<u>پی آمدهای اعتیاد: مشکلات طبیعی</u>
۲۴	<u>بارداری</u>
۲۴	<u>پیامدهای اجتماعی اعتیاد</u>
۲۵	<u>موانع درمان زنان معتاد</u>
۲۶	<u>موانع اجتماعی</u>
۲۷	<u>موانع ناشی از برنامه های درمانی</u>
۲۸	<u>موانع روانی</u>
۳۰	<u>برنامه های موفقیت آمیز درمان اعتیاد زنان</u>
۳۳	<u>منابع</u>



## پیشگفتار

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 سوءمصرف مواد و درمان آن می‌پردازد. مقاله حاضر، ترجمه‌ای از یک تحقیق پیمایشی با موضوع اعتیاد زنان و همچنین برخی تحقیقات دیگر است که در این زمینه انجام گرفته اند.

براساس 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 سوءتغذیه، فشار خون بسیار بالا و سرطان، آنان را در معرض بیماری‌های خطرناکی مانند هیپاتیت 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.

در خصوص موانع درمان، براساس نگرش اجتماعی و فرهنگی به اعتیاد، به زنان بیشتر از مردان، انگ منفی زده می‌شود. نگرش اجتماعی منفی به زن معتاد، یک مانع عمده در درمان آنها به حساب



می آید . 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 زاید اداری، متمرکز بودن برنامه های درمانی برای مردان و فقدان حساسیت درباره اعتیاد زنان. موانع روانی درمان نیز عبارتند از درونی کردن این عقیده رایج که اعتیاد یک سقوط اخلاقی است، که در زنان موجب اجتناب آنها از درمان می شود. همچنین 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 می رسد، بنابراین مقاومت در برابر تغییر یک مانع دیگر در راه درمان می‌شود. به طور کل، برنامه‌های موفقیت‌آمیز درمان زنان، باید از تفاوت‌های عمده جنسیتی در اعتیاد متأثر باشد و به نیازهای ویژه زنان و دختران معتاد پاسخ دهد.

محمد علی زکریایی

مدیر کل مرکز تحقیقات، آموزش و فن آوری اطلاعات

## مقدمه

فقدان بررسی تفاوت‌های جنسیتی<sup>۱</sup> 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 کنکاش 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 "زمان و مسایل جنسیتی در سوء مصرف مواد و درمان اعتیاد"<sup>۲</sup> است. این تحقیق توسط بنیادی به نام کرون<sup>۳</sup> که به کار درمان معتادان که به 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 در خصوص سوء مصرف موادمخدر 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 بوده‌اند، اشاره شده است.

---

1- Gender Differences

2- Iromen&Addiction Gender issues in Abuse and Treatment

3- CARON Foundtion

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 مسئله الکل و معضلات مصرف آن در بین زنان امریکا 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<sup>۱</sup> و جنسیت<sup>۲</sup> توجه می‌شود و سپس مشخص 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 می‌باشد. بنابراین، دو نوع جنس (نر و ماده) و دو نوع جنسیت (مذکر و مؤنث) وجود دارد. روان‌شناسان اجتماعی هویت جنسیتی<sup>۳</sup> را محصول شیوه آموزش و تربیت کودک می‌دانند تا نتیجه عوامل زیست‌شناختی<sup>۴</sup> (آبرکرومبی، ۱۹۸۴:۲۵۳) در کارهای اخیر مردم‌شناسی نیز جنس و به‌طور کلی 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 جسمانی زن و مرد را توضیح می‌دهند، ارجاع داده می‌شود" (برنارد، ۱۹۹۷؛ ۲۵۳).<sup>۵</sup> همچنین درباره تمایز جنس و جنسیت بیان شده‌است: جنس خصلت زیستی و بیولوژیکی دارد و جنسیت ویژگی روانی و در نتیجه فرهنگی را نشان می‌دهد. اگر اصطلاحات مناسب برای جنس نرینه و مادینه "اند، اصطلاحات "مردانه" و "زنانه" نیز برای جنسیت مناسب است (گرت، ۱۳۷۹: ۲۱). چنانکه ملاحظه خواهد شد در ذیل بررسی تفاوت‌های جنسیتی درباره سوء مصرف مواد مخدر و اثرات آن، نه تنها تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و روانی بلکه به تفاوت‌های زیست شناختی و

---

1- sex  
2- gender  
3- Abercrombie  
4- Abercrombie  
5- Barnard

بیولوژیکی خصوصا در زمینه اثرات استفاده از مواد مخدر 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<sup>۱</sup> (اپلند، ۱۹۹۵: ۹). "تفاوت‌های جنسیتی باید در زمینه رشد اعتیاد و استراتژی‌های پیشگیری از آن مورد ملاحظه قرار گیرد. به میزانی که متغیر جنسیت، الگوهای استعمال مواد مخدر را تعیین می‌کند، منطقی است انتظار داشته باشیم که درمان مؤثر با در نظر گرفتن این تفاوت‌ها همراه باشد(کلایتون، ۱۹۸۶: ۹۷)<sup>۲</sup>. در زمینه پیشگیری نیز برنامه آموزشی پیشگیرانه باید انگیزه‌های زنان را در ارتباط با مصرف مواد مخدر و نیز آسیب‌پذیری بیشتر آنها در مقایسه با مردان نوجوان(در زمینه نشانه‌های بیماری‌های جسمانی شدید ناشی از مواد مخدر) مورد تأکید قرار دهد(اپلند، ۱۹۹۵: ۹).

در مطالعه بنیادکرون، استفاده زنان از مواد مخدر در امریکا تفاوت‌های جنسیتی، عوامل خطرزا<sup>۳</sup>، مشکلات پزشکی و پیامدهای اعتیاد<sup>۴</sup>، پیامدهای اجتماعی<sup>۵</sup> و موانع اجتماعی<sup>۶</sup> و روانی<sup>۷</sup> 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. زنان معتاد توجه اندکی را از سوی تامین کنندگان درمان، محققان و عامه مردم دریافت کرده‌اند. توجه مسائل و

---

1- opland  
 2- clayton  
 3- Risk Factors  
 4- Consequences of Addiction, Medical Problem  
 5- Social Consequences  
 6- Social Barriers  
 7- Psychological Barriers

استراتژی‌های درمان نیز بر مردان متمرکز شده است. [اما] زنان همچون مردان نسبت به مواد مخدر، الکل و اعتیاد آسیب‌پذیر هستند. تحقیقات و بررسی‌های ملیدر آمریکا نشان می‌دهد که سوء مصرف موادمخدر 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.

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، موادمخدر 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 آرام‌بخش‌ها و همچنین داروهای و محرک رونگردان‌ها مساوی یا 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 از موادمخدر غیر قانونی برای پسران ۹/۸ درصد و برای دختران ۹/۵ درصد است. این امر در مورد استفاده از الکل نیز به همین گونه است. براساس اطلاعات بنیاد کرون در سال ۱۹۹۹ تعداد دختران نوجوان نسبت به پسران نوجوان در اعتیاد هروئین، افزایش یافته است.

## تفاوت‌های جنسیتی

"عوامل عاطفی یک عامل تعیین کننده برای مصرف مواد مخدر در بین زنان نوجوان<sup>1</sup> است. زنان نوجوان ممکن است بیشتر به پاسخ های کلیشه‌ای<sup>2</sup> 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. در بررسی بنیاد کرون آمده است: اگرچه استفاده زنان از مواد مخدر و الکل در حال افزایش است، اختلاف‌های جنسیتی عمده‌ای هنوز در این زمینه وجود دارد. در مقایسه با مردان احتمال کمتری وجود دارد که زنان از مواد مخدر غیرقانونی استفاده 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 الکی نیز در مقایسه با مردان الکی احتمال بیشتری دارد که دارای تاریخچه خانوادگی مصرف الکل و اعتیاد باشند.

وقتی زنان سوءمصرف 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 در مقایسه 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

---

1- Female adolescents

2-Stereo typical responses

بوده است، اما این ماده تا اواخر جنگ دوم جهانی توسط مردان استفاده می شد. استفاده زنان از نیکوتین از اواسط قرن بیستم، افزایش یافته است.

زنان به هنگام ترک اعتیاد (به دلیل دوره ماهیانه‌شان) در مقایسه 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<sup>۱</sup> با فرهنگ مسلط آمریکا همسان و هم رنگ می شود یا به عبارت دیگر، فرهنگ پذیری یک گروه اقلیت قومی زنان 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 مواد مخدر زنان، محل جغرافیایی است. الگوهای مختلف سوء مصرف مواد مخدر، به در دسترس بودن این مواد بستگی دارد.

### عوامل خطر آفرین<sup>۲</sup> برای زنان

هیچ کس تصمیم نمی گیرد که معتاد شود. در عوض، ترکیب عوامل ژنتیکی، روان شناختی و اجتماعی<sup>۱</sup> برخی زنان را نسبت به اعتیاد از دیگر زنان آسیب پذیرتر می سازند. محققان توافق دارند که برخی از افراد یک ضعف ژنتیکی و فردی نسبت به اعتیاد دارند. البته

1- Ethnic group

2-Risk Factors

1- genetic, Psychological and social factors

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<sup>۱</sup> و اضطراب<sup>۲</sup> سوق دهد. این روابط به گروه همسالان فرد نیز گسترش می یابد. این گروه ها وقتی می توانند موجب ارتقاء یا عدم تحقق رفتارهای درست و سالم شوند که فشار این گروه با اهمیت تر از خود فرد شود. سودمندی و همچنین نیروهای منفی این روابط رفتار ممکن است دختران و زنان را بیش از رفتار پسران و مردان تحت تاثیر قرار دهد.

### نقش روابط نزدیک و صمیمانه در اعتیاد زنان

دختران و زنان مصرف کننده مواد مخدر و الکل از نوجوانی<sup>۳</sup> تا سالخوردگی<sup>۴</sup> تحت تاثیر روابط در زندگیشان قرار دارند. به نظر می رسد دختران نوجوان نسبت به فشار گروه همسالان<sup>۵</sup> 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 جنسی<sup>۶</sup> یا شریک جنسی داشته باشند که مصرف کننده این مواد است، همچنین برآورد شده است که یا یک دوم یا یک سوم زنان

---

1- Depression

2-Anxiety

3- adolescence

4- Oldage

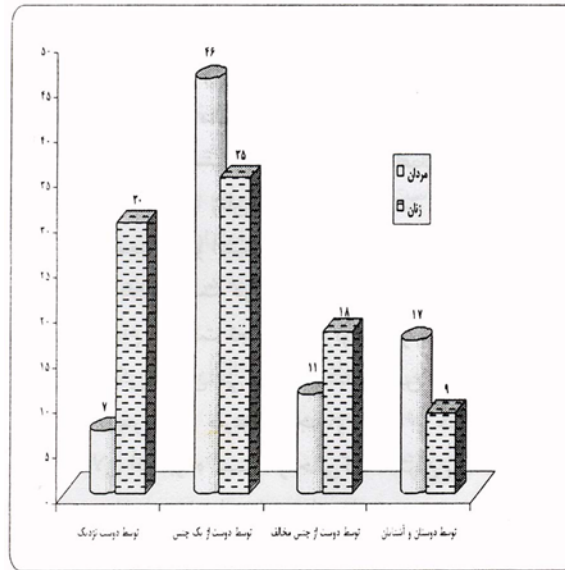
5- Peer Pressure

6- Intimate Partner



معتاد با مردی که معتاد است، زندگی می‌کنند. زنان جوان گرایش دارند تا توسط مردی مسن‌تر 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 شده‌اند. در حالی که کمتر از ۵ درصد همان طوری که در نمودار ۱ ملاحظه می‌شود، زنان معتاد به هروئین، از طریق دوستی نزدیک که با او ارتباط جنسی داشته‌اند و یا دوستی از جنس مخالف با هروئین آشنا شده‌اند؛ این در حالی است که مردان معتاد به هروئین بیشتر از طریق آشنایان و دوستان هم‌جنس با مواد مخدر آشنا شده‌اند. علاوه بر این، زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد بیشتر احتمال دارد برای خرید هروئین پول دریافت کنند 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 می‌دهد که زنان معتاد تزریقی<sup>۱</sup> معمولاً با مردی که مصرف تزریقی دارد، روابط جنسی برقرار می‌کنند. این نتایج دارای معانی ضمنی مهمی در خصوص آسیب‌پذیری زنان به مواد است. در واقع، زنان گرایش دارند تا از طریق روابط نزدیک و صمیمانه، با مواد مخدر و الکل آشنا شوند، که این امر می‌تواند به طور بالقوه نتایج مصیبت‌باری برای سلامتی آنان در برداشته باشد.

### نمودار ۱: آشنایی با هرویین بر حسب جنسیت



منبع: بنیاد کرون (Caron foundation)

### خشونت و اعتیاد

خشونت<sup>۱</sup> می‌تواند فیزیکی یا جنسی باشد که در بین غریبه<sup>۲</sup> ها و بیگانگان و دوست جنسی بین اعضای خانواده و دوستان اتفاق می‌افتد. به نظر می‌رسد که خشونت و اعتیاد دوسویه<sup>۳</sup> هستند، یعنی تاریخچه اجحاف و قربانی شدن<sup>۴</sup> ممکن است یک عامل خطر آفرین برای ادامه قربانی شدن یک زن باشد.

مجموعه تحقیقاتی 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

1-Violence  
2-Strangers  
3- bi-directional  
4-Victimization

دارای مسائل و معضلات ناشی از مصرف مواد، حداقل یک بار در زندگیشان مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته اند. نتایج مطالعه‌ای تازه درباره درمان زنان معتاد نشان می‌دهد که پیش از درمان، تقریباً تمامی افراد مورد مطالعه به عنوان قربانی درگیر خشونت یا تحت تأثیر رفتارهای سوء جنسی، فیزیکی و کلامی (لفظی)، بوده اند.

به طور کلی، زنان نسبت به خشونت در خانواده و در روابط نزدیک ضعیف‌تر و آسیب‌پذیرند، در حالی 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<sup>۱</sup> 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) بوده اند.

افرادی که به طور مکرر خشونت را متحمل شده اند یا کسانی که قربانی خشونت فیزیکی و جنسی به طور همزمان بوده‌اند، (در مقایسه با دیگران)، بیشتر در معرض خطر مصرف مواد قرار می‌گیرند. همچنین، به نظر می‌آید این افراد از 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 بیماری‌های چون ایدز شوند. خشونت جنسی اغلب، به صورت سوء استفاده جنسی یا زنا‌ی محارم<sup>۲</sup> در کودکی شروع می‌شود. نتایج

---

1- Traumatic experience

2- Incest

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 به درمان ویژه و خاصی برای کنترل عصبانیت نیاز دارد.

به عبارت دیگر، زنانی 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 خطرزا<sup>۱</sup>

زنان معتاد در مقایسه با دیگر زنان، مسائل و معضلات روانی بیشتری دارند، گرچه مشخص شده است که اختلالات افسردگی یا اضطراب، شایع ترین بیماری در نزد زنان معتاد به مواد است. یک مطالعه ملی درمان اعتیاد در آمریکا 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<sup>۲</sup> بوده اند. ممکن است بیماری های روانی تأثیرآور 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 معانی ضمنی با اهمیتی برای درمان برخوردار است،

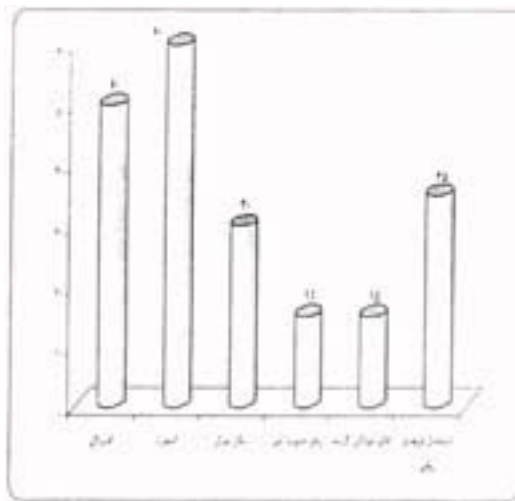
---

1- Psychiatric Risk Factors

2- Depression or anxiety disorders

به طوری که یک تشخیص اولیه افسردگی<sup>۲</sup> نیاز به روان درمانی به همراه درمان اعتیاد دارد. در حالی که یک تشخیص ثانویه از افسردگی<sup>۱</sup> 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 برای ۴۰ درصد زنان بیمار پیش از پذیرش در بنیاد کرون، داروهای روانگردان تجویز شده بود (نمودار ۲).

نمودار ۲: بیماری‌های روانی در زنان تحت درمان سال ۲۰۰۰ (تعداد نمونه ۴۸)



منبع: بنیاد کرون (Caron foundation)

همچنین افسردگی همراه با موادمخدر و الکل می‌تواند به آسیب‌پذیری بالایی به افکار و رفتارهای خودکشی<sup>۱</sup>کننده منجر شود.

1- Primary diagnosis of depression  
2- Secondary diagnosis of depression  
1- Suicidal thoughts and behavior

همچنین افسردگی به موضوعاتی مانند خود انگاره<sup>۱</sup> و عزت نفس<sup>۲</sup> فرد ارتباط دارد. زنان نسبت به مردان مصرف‌کننده مواد، معمولاً از خود انگاره و عزت نفس پایین‌تری برخوردارند.

مشابه اعتیاد، مسائل روانی تحت تاثیر وراثت<sup>۳</sup> و محیط<sup>۴</sup> قرار دارند. برای مثال، ممکنست شخصی به‌طور 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 می‌کند. در این میان، زنان معتاد اغلب حوادث خشونت بار تکان دهنده‌ای را از لحاظ روانی تجربه و تحمل کرده‌اند. به علاوه در تعداد زیادی از معتادان، سابقه و تاریخچه‌ای از سوءاستفاده جنسی در کودکی، افسردگی و اضطراب دیده شده است. در یک مطالعه ملی در امریکا، زنان معتادی که در آنها سابقه سوء استفاده جنسی بوده است، اغلب به‌طور ابتدائی افسردگی عمیق و مزمنی در آنها و نیز سطح بالایی از اضطراب و نگرانی تشخیص داده شده است، در حالی که مردان معتاد احتمالاً دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی<sup>۵</sup> تشخیص داده شده‌اند.

اختلال فشار روانی پس آسیبی<sup>۶</sup> 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 مشاهده خشونت و قربانی شدن زنان به وجود می‌آید.

ضربه‌های<sup>۷</sup> 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 می‌کنند و قربانی های خشونت بوده اند، اغلب از اختلال

---

2- Self - image

3-Self - esteem

4- Heredity

5- Environment

6-Antisocial Personality disorder

7-Posttraumatic stress disorder (PTSD)

8-Traumas

فشار روانی پس از سانحه رنج می‌برند. یک مطالعه ملی (در آمریکا) به وجود رابطه‌ای مستقیم بین اختلال فشار روانی پس از سانحه و در مرحله بعد اعتیاد به موادمخدر دست یافت. نتایج یک تحقیق می‌گوید که 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.

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<sup>۱</sup>. زنان دارای اختلال فشار روانی پس از سانحه که مواد مخدر نیز استفاده کرده‌اند. از احساس گناه شدید<sup>۲</sup>، اضطراب، خود سرزنش کردن<sup>۳</sup>، افسردگی، احساسات و افکار خودکشی گرایانه<sup>۴</sup> و احساس عدم همبستگی رنج می‌برند.

علاوه بر تجربه و تحمل سطح بالایی از نگرانی، اضطراب و افسردگی در زنان معتاد، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روانی دیگر نیز در آنها وجود دارد. مانند اختلالات مربوط به خوردن (پراشت‌هایی و کم‌اشتهایی شدید).

#### پی‌آمدهای اعتیاد: مشکلات طبی

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. پی‌آمدهای 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 است، در حالی که زنان میانسال الکلی، بیشتر از طریق بیماری‌های

---

1- Marital vilonce  
2-Feelings of guilt  
3-Self - blame  
4-Suicidal thoughts and feelings

سرطان سینه و پوکی استخوان آسیب می بینند. سیگار کشیدن ( همراه با مصرف مواد یا بدون آن) مخاطرات بسیاری برای سلامتی زنان به ارمغان می آورد. 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 درونی دهان، مری و سرطان گردن رحم است. همچنین تنباکو خطر بیماری‌های قلبی و رگی را زمانی که همراه با داروهای خوراکی ضدآبستنی (مانند قرص) مصرف می شود، افزایش می دهد.

استفاده تزریقی<sup>۱</sup> مواد و استفاده مشترک معتادان از سرنگ و همچنین رابطه جنسی این افراد، زنان را در معرض خطر بیماری‌هایی چون هپاتیت<sup>۲</sup> و ایدز<sup>۳</sup> قرار می دهد. تا سال ۱۹۹۸، تقریباً ۱۱۰۰۰۰ مورد از بیماری ایدز در میان دختران نوجوان و زنان بزرگسال آمریکایی تشخیص داده شده بود.

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 شده اند. زمانی که زنان به ایدز آلوده می شوند، تقریباً با نصف مقدار ویروس نسبت به مردان، بیماری در آنها در زمان مشابهی به مرحله شکستگی و کامل شدن می رسد. همچنین زنان آلوده به ویروس HIV (ایدز) نسبت به زنان دیگر در معرض خطر زیادتری از مشکلات و بیماری رحم<sup>۴</sup>، بیماری‌های عفونی زنانه<sup>۵</sup> و بیماری‌هایی که از طریق روابط جنسی<sup>۶</sup> انتقال می یابند، هستند. همچنین مصرف زیاد کوکائین<sup>۷</sup> و تریاک<sup>۸</sup> و همچنین الکل زیاد

1-Drugs intravenously

2- Hepatitis

3- HIV / AIDS

1- Cervical / Problems

2- gynecological infections

3- Sexually transmitted diseases

4- Cocaine

5- Opiate



به طور منفی روی عملکردهای تکثیر و تولید مجدد تخمک<sup>۶</sup> در دوران پیش از یائسگی<sup>۱۱</sup> زنان (از طریق فعل و انفعالات مواد مخدر با هورمون‌ها و یا از طریق بیماری‌هایی 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<sup>۱</sup>، توقف زود هنگام قاعدگی<sup>۲</sup> و قاعدگی بدون تخمک‌سازی<sup>۳</sup> را شامل می‌شود.

### بارداری

اکثر داروهای روان‌گردان و الکل به آسانی از جفت منتقل می‌شوند و می‌تواند تأثیری منفی بر رشد جنین بگذارند. درحقیقت توجه عمده به استفاده مواد در دوران بارداری<sup>۴</sup>، عبارت است از نتایج و پی‌آمدهای منفی بالقوه‌ای که جنین را تهدید می‌کند. قرار گرفتن رحم در معرض داروها و موادی مانند الکل، کوکائین، آمفتامین، هروئین و نیکوتین نیز با افزایش میزان سقط غیر عمدی و خودبخود جنین، مرگ و میر پیش از زایمان، تولد نارس نوزاد، 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، خویشتن‌داری در مدت بارداری همیشه این معنا را نمی‌دهد که زن، بهبود 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

- 
- 6- Reproductive functions
  - 7- Premenopausal
  - 8- Irregular menstrual cycles
  - 9- early cessation of menstruation
  - 10- Menstruation without ovulation
  - 11- Prehnanacy

را تحت تاثیر قرار می دهد. به زنانی که الکل و موادمخدر مصرف می کنند در سراسر تاریخ از جانب عموم و نیز جامعه علمی به عنوان افراد بی بند و بار و بی عفت انگ زده می شود. زنانی که زیاد مواد مصرف می کنند و یا زنان مست به چشم اهدافی مقبول و پذیرفتنی برای تهاجم جنسی نگریسته می شود، و مردانی که از نظر جنسی پرخاشگر هستند اغلب اعمالشان در این زمینه را توجیه می کنند، زیرا آنها می پندارند که این زنان آسیب پذیر 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 به طور شگرف افزایش یافته است. بازداشت دختران و زنان، در آمریکا به دلیل فروش و یا داشتن مواد مخدر 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 می شود، معمولاً فاقد خشونت هستند. این جرائم اغلب شامل دزدی های کوچک و یا ناخنک زدن، فروش مواد و روسپی گری، و همچنین ضرب و شتم یا تهاجم است. زنان زندانی اغلب دارای فرزندان هستند که یا توسط خویشاوندان نگهداری می شوند یا به عنوان فرزند خوانده مورد نگهداری و مراقبت قرار می گیرند. این فرزندان بیش از اندازه در معرض خطر مصرف مواد 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 کرده اند؛ در حالی که زنان بیشتر به مراقبت های پزشکی و روانی توجه داشته اند.

### موانع اجتماعی

موانع اجتماعی<sup>۱</sup> عبارتند از: نگرش اجتماعی و فرهنگی<sup>۲</sup> به اعتیاد، شبکه روابط زنان و نقش زنان به عنوان مراقبت کننده و سرویس دهنده. تفاوت مهم بین دیدگاهی که اعتیاد را یک سوء رفتار اخلاقی و دیدگاهی که اعتیاد را نوعی بیماری می‌داند، موضوع کنترل است. جامعه معتقد است که اخلاقیات در انسان‌ها قادر است امپال و انگیزه های آنها را کنترل کند. بنابراین، پرخاشگری های 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 زده می‌شود. نگرش‌های اجتماعی در باره ناپسند بودن زن معتاد، یک مانع عمده درمان آنها است. حتی زنانی که می‌دانند از یک بیماری رنج می‌برند، این مشکل دردآور را که دیگران مشکل آنها را بپذیرند با خود دارند. آنها می‌ترسند که خانواده‌شان، همراه، شریک و یا جفت شان و یا کارفرمایان دیدگاه مسلط جامعه را که اعتیاد را یک مشکل اخلاقی می‌دانند، داشته باشند و آنها را در درمان حمایت نکنند.

مانع دیگر در درمان زنان عبارت است از شرمی که آنها در طرح مشکل خود با دیگران دارند؛ در واقع آنان می‌ترسند کسی قادر به کمک به آنها نباشد. بعلاوه دکتر بلوم<sup>۳</sup> گفته است که تسهیل‌گران درمان مانند پزشکان، اغلب در تشخیص مشکلات اعتیاد در زنان ناتوان هستند، زیرا بیماران زن آنها با کلیشه‌ها و عقاید قالبی

---

1- Social Barriers  
2-Social and cultural attitudes  
3-Blume

اجتماعی<sup>۱</sup> 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 ارتباط دارند 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 زوج هایشان در زمینه درمان واقع می‌شوند. 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 کند.

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 برخی 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 این‌که 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 و 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 اعتیاد تشویق کنند.

### موانع ناشی از برنامه‌های درمانی

برنامه‌های درمانی اغلب به طور ناخواسته موانعی را برای درمان

زنان ایجاد می کنند. این موانع عبارتند از : موانع مالی<sup>۱</sup>، تشریفات زائد اداری<sup>۲</sup>، متمرکز بودن برنامه درمانی بر مردان<sup>۳</sup> و فقدان حساسیت در خصوص زنان معتاد<sup>۴</sup>.

مدارکی موجود است که ویژگی‌های کارکنان و 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 آفرین یا عواملی که خطر اعتیاد را برای زنان در پی دارد)، ممکن است نسبت به برنامه های سنتی که نسبت به مسایل جنسیتی خنثی بوده‌اند، در جذب زنان برای درمان موفق تر باشند.

### موانع روانی

این غیرممکن است که در جامعه ای زندگی کنیم ولی برخی یا بیشتر ارزش‌ها و نگرش‌های آن جامعه را در خود جذب نکنیم. این ادراکات و نگرش‌های درونی شده می تواند مانع روانی در درمان به حساب آید. زنان بسیاری این عقیده متداول و رایج را درونی کرده اند که اعتیاد یک سقوط اخلاقی است، از این رو 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 نشانه‌های 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

---

1- Financial barriers

2-Bureaucracy

3- Male – Focused treatment

4-Lack of Sensitivity toward women with addiction

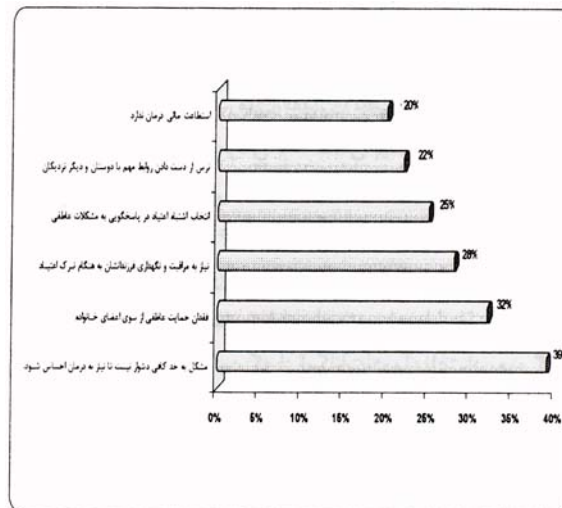
می‌آورد. زیرا زنان بیشتر تمایل دارند درمان را از طریق نظام بهداشت روانی دنبال کنند، تا این که از امکانات درمان اعتیاد بهره گیرند. از سوی دیگر، مردان از رفتن به دنبال روان درمانی شرم داشته و بیشتر مشکلاتشان را در ارتباط با اعتیاد و معتاد بودن مطرح می‌کنند.

بالاخره بیشتر مردم تغییر در رفتارشان را مشکل می‌یابند. این امر به ویژه در مورد رفتارهایی که دارای جنبه‌ها و اجزاء بیولوژیکی، محیطی و روانی هستند، مانند اعتیاد به مواد و الکل صادق است. افراد معمولاً به این دلیل معتاد می‌شوند که اولاً مصرف مواد احساس و حال آنها را بهتر از زمانی می‌سازد که این مواد را استفاده نکرده‌اند. حتی زمانی که این احساس خوب از بین می‌رود، میل و نیازی شدید و یا میل به احساس طبیعی بودن، فرد را به مصرف مواد مخدر می‌کشاند. زندگی بدون مواد، مستلزم ایجاد تغییرات عمده در سبک و شکل زندگی<sup>۱</sup> است و از آنجا که ایجاد چنین تغییراتی مشکل و دشوار است، مقاومت در برابر تغییر<sup>۲</sup> یک مانع در راه درمان به شمار می‌آید.

---

1- Life - style  
2- Resistance to change

نمودار ۳: موانع درمان در زنان ( نمونه ۳۵۶ )



### برنامه‌های موفقیت آمیز درمان اعتیاد زنان

برنامه‌های موفقیت آمیز درمان اعتیاد زنان با ملاحظه عوامل اصلی خطر آفرین، 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 می‌کنند، 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 فراهم کنند، واقعی نیست. همان‌طور که قبلاً توضیح داده شد، 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 رایج‌ترین مشکلات جمعیت زنان مورد حمایت و خدمت‌رسانی را مشخص سازیم. به این طریق، انواع مختلف برنامه‌های درمان را که به نیازهای ویژه زنان و دختران معتاد پاسخ می‌دهد، می‌توان طرح‌ریزی نمود.





## منابع

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

1. Merle Gordan, susan, ph.D, Direetor of Research and professional Training Caron Foundation & Addiction: Gender Issues in Abuse and Treatment, 2002 www. Caron.org

2. opland Elizabeth A.,winters ken c. , stinchfield Randy D ., Examining Gender Differences in Drug – Abusing Adolescents , center for Adole scent substance Abuse , university of Minnesota , Minneapolis , September 1995.

3. Clayton Richard R . , voss , Harwinl . Robbins Cynthia and skinner William F. , Gender Differences in Drug Abuse , 5600 Fishers lave , Rockville , Maryland 20857 , 1986

4. Barnard Alan and spencer Jonlhau, Encyclopedia of Social and cultural Antropology , London & Newyork , Routledged , Reprinted : 1997 , 1998 .

5. Abercrombie Nicholas , Hill Stephen and Turner Bryan S .The penguin dictionary of soeiology y, Great Britain , penguin Books , Reprinted : 1984 .