

مروری بر وضعیت اعتیاد زنان

رویانوری

مروری بر وضعیت اعتیاد زنان

مجموعه گزارش های راهبردی در حوزه مواد مخدر در راستای بررسی، تحلیل و تبیین ابعاد و مولفه های سیاست های کلی نظام طراحی شده است. هر اثر نتیجه یک پژوهش علمی و یا بررسی تحلیلی است، که به یکی از ابعاد بنیادی و کاربردی سیاست ها توجه دارد. با توجه به اینکه سیاست های کلی در یازده محور رویکردهای نظام را در حوزه مبارزه با موادمخدر ارائه می دهد، بنابراین لازم است هر محور از دیدگاه دست اندرکاران، اساتید دانشگاه، پژوهشگران و مسئولین اجرایی مورد نامل و بررسی قرار گیرد. کمیته تخصصی مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام بنا دارد با نظر به پژوهش ها و بررسی های انجام شده پیرامون مولفه های اساسی سیاست های کلی یازده گانه به مناسبت هر محور تخصصی تحلیل ها و گزارشات راهبردی را ارائه دهد.

گزارش راهبردی (21)



**گزارش راهبردی
مروری بر وضعیت اعتیاد زنان**

رویا نوری

**کمیته مبارزه با مواد مخدر
دیپارتمان مجامع تشخیص مصلحت نظام**

مروری بر وضعیت اعتیاد زنان

- نویسنده: رویا نوری ● زیر نظر شورای علمی: کمیته مبارزه با موادمخدر
 - مجمع تشخیص مصلحت نظام ● طراحی و صفحه‌آرایی: جامعه و فرهنگ
- شمارگان: 300 نسخه

همه حقوق مترتب بر این اثر متعلق به کمیته مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام است. استفاده از مطالب مندرج در این گزارش با ذکر ماخذ بلامانع است.

مسئولیت محتوای این گزارش بر عهده نویسنده است.
هرگونه پیشنهاد را به آدرس ذیل ارسال نمایید:
کمیته مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام
تهران: بلوار میرداماد، نفت شمالی، بین کوچه چهارم و ششم، شماره 10
تلفن: 22277261

بسمه تعالی

رؤسای محترم قوای سه‌گانه جمهوری اسلامی ایران دامت توفیقاته با سلام و تحیت، سیاست‌های کلی در باب موادمخدر نهایی و ابلاغ گردید، ولی این نگرانی همچنان باقی است که دست اندرکاران، بلای بزرگ و تهدید عظیمی را که از این سو متوجه کشور است به درستی برآورده نکنند و بازهم مشکلات بر روی هم متراکم شود. لذا از آقایان محترم انتظار می‌رود که هر کدام سهم دستگاه خود در اجرائی کردن این سیاست‌ها را با سرعت و قاطعیت و بدون فوت وقت به مرحله ی عمل برسانند.

والسلام علیکم

سید علی خامنه‌ای

85/7/10

امریه رهبر معظم انقلاب اسلامی حضرت آیت الله خامنه‌ای «مدظله العالی»
در مورد اجرای سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با موادمخدر

فهرست مطالب

9	پیشگفتار
11	مقدمه
13	زنان و مواد اعتیادآور
17	اعتیاد زنان و ایدز
20	اعتیاد زنان و درمان
21	زنان در همزیستی با همسر، برادر یا پدر مصرف کننده مواد
25	وضعیت موجود
35	منابع

به نام خدا

پیشگفتار

سند چشم‌انداز معیارها و شاخص‌های قابل توجه‌ای برای جامعه‌ی ایرانی سال 1404 ترسیم کرده است. وضع مطلوبی که این سند وعده می‌دهد مستلزم اقدامات و برنامه‌های متعددی است که همه‌ی بخش‌های جامعه را دربر می‌گیرد. با این حال، موانع متعددی برای رسیدن به چنان جامعه‌ای در پیش روی ماست و نمی‌توان بی‌توجه به این موانع در فکر نیل به آن اهداف باشیم. بدون شک مساله موادمخدر و روان‌گردان یکی از مهم‌ترین موانع تحقق اهداف سند چشم‌انداز است. در حالی که حداقل 2 میلیون نفر از مردم ایران مواد مصرف می‌کنند و 8 میلیون نفر (خانواده مصرف‌کنندگان) بطور مستقیم با معضلات مصرف مواد مواجه هستند، در حالی که مساله موادمخدر از مهم‌ترین نگرانی‌ها و دغدغه‌های اکثریت مردم به‌شمار می‌رود و در حالی که هزینه اقتصادی سالانه موادمخدر بالغ بر ده هزار میلیارد تومان می‌شود و ...، نیل به اهداف چشم‌انداز و تحقق جامعه‌ی مورد نظر نیازمند برنامه‌ها و اقدامات جدی‌تری در حوزه این معضل است.

در ادامه تولید 12 جلد گزارش راهبردی در سال 1389، مجموعه گزارشات راهبردی سال 1390 نیز با نگاه ویژه‌ای تلاش می‌کند ابعاد دیگری از مساله موادمخدر و روان‌گردان در ایران را واکشایی کرده و ایده‌های جدیدی برای سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اقدام ارائه دهد. امید است سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مجریان این حوزه با

نظرداشت عمق معضل، وسعت نگرانی‌های جامعه و نیز تاکیدات مکرر اسناد بالادستی و مقامات ارشد جمهوری اسلامی برنامه‌ها و اقدامات واقع‌بینانه و موثری را برای کاهش آلام مردم شریف ایران در پیش گیرند.

این گزارش با عنوان "مروری بر وضعیت اعتیاد زنان" توسط سرکار خانم رویا نوری تهیه شده است که لازم است از زحمات ایشان و همچنین اعضای محترم کمیته تشکر و قدردانی نمایم.

علی هاشمی

رئیس کمیته مستقل مبارزه با موادمخدر

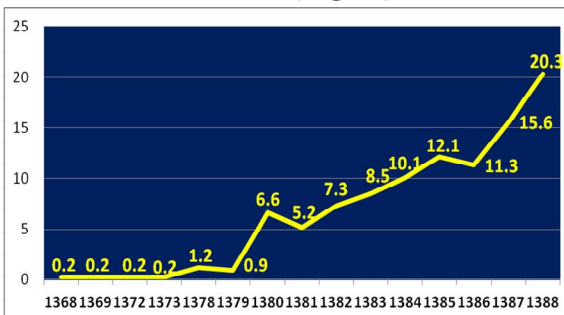
دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام

مقدمه

امروزه شاهد رشد چشمگیر مصرف مواد محرک به ویژه مت‌آمفتامین‌ها در کشور هستیم که بیشترین پتانسیل ایجاد آسیب‌های روانی، فیزیکی و اجتماعی را دارند. نظام هوشمند بازار عرضه مواد اعتیادآور با ارزیابی موقعیت جوامع، متقاضیان مصرف مواد صنعتی را شناسایی و متناسب با بازار تقاضا، مواد را عرضه می‌کند. یافته‌های مطالعه‌ای که وضعیت روند مصرف مواد محرک را در شهر تهران مورد بررسی قرار داده است، نشان می‌دهد تعداد مصرف کنندگان شیشه در هر سال روند رو به رشد داشته در عین حال تعداد افرادی که در هر سال آغاز کننده مصرف این ماده بودند، نیز رو به افزایش است.

نمودار توزیع سال آغاز مصرف شیشه در شهر تهران در مصرف

کنندگان فعلی این ماده (n=418)



همانگونه که نمودار نشان می‌دهد نقطه شروع رشد آغاز به مصرف شیشه (در میان مصرف‌کنندگان آن) سال 1373 بوده. در مسیر رو به رشد آغاز به مصرف این ماده تنها سه مورد وقفه نسبی در سال‌های 1379، 1381 و 1386 دیده می‌شود. با این حال از سال 1386 به بعد سرعت رشد آن بسیار چشمگیر است.

نتایج مطالعه‌ای که وضعیت اعتیاد را طی دو دهه اخیر مورد بررسی قرار داده است، نشان داد با بالا رفتن اعتیاد در کشور با افزایش فعالیت‌های قهری مواجه هستیم که امری فی‌نفسه طبیعی است. بالا رفتن تعداد عملیات و فعالیت‌های مبارزه با عرضه، فعالیت قاچاقچیان و تأمین مواد مخدر در کشور را کاهش نداده و این دو به طور موازی روند صعودی داشته‌اند، هرچه میزان عملیات و درگیری‌ها بالا رفته است، شاخص‌های اعتیاد نیز بالا رفته و هیچ‌گونه کاهش و نزولی در شاخص‌های اعتیاد مشاهده نشده است (نوری و همکاران، 1386). از آنجایی که برآیند کنش متقابل میان عوامل اجتماعی و عوامل فردی حاکم بر شرایط موجود در خانواده‌ای که یکی از اعضاء مصرف‌کننده مواد است، بروز عوارض نابهنجار رفتاری است که سازمان خانواده را به سوی عدم انتظام و همبستگی سوق می‌دهد. بنابراین وجود عارضه اعتیاد در خانواده به عنوان یک نظام، به دیگر بخش‌ها منتقل شده و کل سیستم را در معرض خطر ابتلا به عوارض متعدد قرار داده است. بدیهی است خانواده به عنوان یک سیستم با وجود آسیب‌دیدگی ناشی از اختلال در کارکرد اعضاء به سمت ناکارآمدی حرکت می‌کند (نوری و همکاران، 1387). مطالعات نشان می‌دهد رشد پدیده‌های اعتیاد متناسب با رشد دیگر رفتارهای مجرمانه همگام و همسان بوده است (نوری و همکاران، 1386). شواهد آماری حاکی از آن است که 34 درصد از طلاق‌های کشور ناشی از اعتیاد و مسائل مرتبط با مواد مخدر است (عفتی، 1382). طی دهه 80 ترویج باورهایی در راستای مشروعیت دادن به مصرف مواد صنعتی در میان نسل جوان، زنان را نیز به گروه مصرف‌کنندگان مواد اعتیادآور افزوده است و نتایج مطالعات اخیر پژوهشگران حوزه آسیب

های اجتماعی بیانگر رشد پدیده اعتیاد به مواد در میان زنان است. از آنجایی که میزان آسیب‌پذیری زنان در برابر مواد اعتیادآور بیشتر است و در عین حال نقش‌های محوله به زنان از منظر محوریت زن در جایگاه همسر و مادر در خانواده از اهمیت بسزایی برخوردار است، لذا در این مقاله مروری، قصد داریم با رجوع به مطالعات انجام شده در این حوزه تصویری از وضعیت اعتیاد زنان را ترسیم نماییم.

زنان و مواد اعتیادآور

اعتیاد موضوعی است که رابطه مستقیمی با سلامتی دارد و به سبب پیامدها و عوامل خطر منحصر به فردش در مورد زنان و دختران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بدن زنان نسبت به اثرات الکل، تنباکو و دیگر داروها حساس‌تر از بدن مردان است و برخی از مشکلات مربوط به مصرف مواد مخدر و الکل را (مانند بیماری کبدی مربوط به الکل) خیلی زودتر از مردان نشان می‌دهند (الکل: سلامتی زنان، 2003). همچنین برخی از مشکلات سلامتی مرتبط با مصرف تنباکو مانند سرطان سینه و گردن و برخی از سرطان‌های ریه و مشکلات مربوط به تولید مثل در مورد زنان منحصر به فرد است (رحیمی موقر و همکاران، 1382). زنان علاوه بر نقش‌های سنتی خود، یعنی نقش‌های مادری و همسری، نقش‌های جدیدی نیز در نتیجه تغییرات اجتماعی و اقتصادی عهده‌دار شده‌اند. تنش‌ها و آسیب‌های رو به افزایش حاصل از تغییرات اجتماعی باعث ازدیاد تمایل افراد به مصرف مواد مخدر و محرک گردیده که زنان نیز از این امر مستثنی نیستند. عواملی که در ازدیاد گرایش به مصرف مواد مخدر و محرک در زنان مؤثر است، نقش‌ها و مسولیت‌هایی است که زنان در جامعه و محیط خود دارند. گستردگی اثرات مصرف مواد مخدر و محرک بر زنان به تدریج، توجه سیاست‌گذاران و کارشناسان حوزه مصرف و مبارزه با مواد مخدر را به خود جلب کرده است (دانگسی، 1998).

در این میان پژوهش‌ها از افزایش مصرف مواد در زنان خیر می‌دهند (کامیر و همکاران، 2004 و Unodc، 2004). پژوهشگران اظهار می‌دارند که زنان سریعتر از مردان نسبت به مصرف مواد وابستگی نشان می‌دهند، که این امر احتمالاً به دلیل آسیب پذیری اقتصادی و اجتماعی زنان در جامعه است. در مورد زنان وابسته به سوء مصرف مواد مخدر و محرک نسبت به مردان وابسته به سوء مصرف این مواد، مدارک و پژوهش‌های کمتری وجود دارد. در بسیاری تحقیقات مربوط به این حوزه، زنان به عنوان گروهی جداگانه مورد بررسی قرار نگرفته‌اند (Duongsaa, 1998).

اگرچه ممکن است از نظر عوامل خطر ساز، شباهت‌هایی میان زنان و مردان معتاد وجود داشته باشد (از قبیل سابقه‌ی خانوادگی استفاده از الکل و مواد مخدر و محرک)، اما متغیرهای روان‌شناختی مشخصی نیز در مورد اعتیاد زنان مورد بررسی قرار گرفته است (Marcenko, Kemp, & Larson, 2000). برای نمونه می‌توان به این یافته اشاره کرد که اغلب زنان وابسته به سوء مصرف مواد، سؤاستفاده جنسی در دوران کودکی و خشونت خانوادگی را تجربه کرده‌اند (Banks & Boehm, 2001; Covington, 2002).

مصرف مواد به ویژه در بین زنان نه تنها با عوامل روان‌شناختی مانند خشونت بلکه با عوامل اجتماعی - اقتصادی از قبیل فقر و فقدان قوانین مربوط به حقوق اصلی انسان مرتبط است. افسردگی و ناکامی ناشی از عدم وجود قوانین حمایت‌کننده، زنان را مجبور می‌کند برای فرار از واقعیات خشن زندگی به آرام بخش‌ها و دیگر مواد روان‌گردان روی بیاورند، بدون آنکه به عواقب آن فکر کنند. وابستگی به مواد در زنان متأهل نه فقط به سلامت خود آنان، بلکه به سلامت بچه‌ها و دیگر اعضای خانواده صدمه می‌زند. به خصوص در مورد زنان باردار مصرف مواد باعث ایجاد اختلالات روانی و جسمی در جنین آنها می‌شود.

فشار مالی، خشونت خانوادگی، تغییر نقش‌ها و مسوولیت‌ها، و رفتارهای غیر قابل پذیرش اجتماعی، مانند روابط خارج از زناشویی¹ همگی به آشفتگی² وضعیت خانواده می‌انجامد. همچنین مرگ فرد مصرف‌کننده مواد در یک خانواده و طلاق، به ویژه در خانواده‌های فقیر می‌تواند اعضای خانواده را به سوی وضعیت‌های استثماری پیش برد که در موارد شدید این شرایط باعث فرستادن بچه‌ها به خیابان و درگیری زنان در تجارت جنسی و اعتیاد می‌شود (IWDAF, 2003) و این موارد از جمله مواردی است که زنان وابسته به سؤمصرف مواد در گرایش‌شان به سمت مصرف مواد بر آن اذعان داشته‌اند. نتایج پژوهش‌ها نیز نشان داده که استرس اضافی ناشی از مقابله با سؤمصرف مواد در درون خانواده ممکن است پریشانی‌های جسمی و روانی ایجاد کرده و باعث گرایش زن خانواده به سمت مصرف الکل و مواد گردد (IWDAF, 2003).

بر اساس یافته‌های پژوهشی، بسیاری از زنان وابسته به سؤمصرف مواد از طبقات اجتماعی و اقتصادی پایین جامعه بوده‌اند و همانطور که تحقیقات نشان می‌دهد افراد از طبقات اجتماعی - اقتصادی متفاوت نگرش‌های متفاوتی نسبت به رفتارهای مخاطره آمیز و خود کارآمدی³ دارند. نتایج مطالعات اوتینگ⁴ و بیوایس⁵ (1990) نیز نشان داد که اعتیاد در دختران و پسران نوجوانانی که در محله‌های پائین و کشیف شهر زندگی می‌کنند، بیشتر است (نقل شده در Kunst& et al, 2004).

زنان مصرف‌کننده مواد از نظر زمینه‌های ایجادکننده اعتیاد، دلایل مصرف مواد و نیازهای روانی - اجتماعی خود با مردان معتاد تفاوت دارند. به ویژه از آنجایی که نگاه جامعه به زنان معتاد در

1-extra-marital

2-disharmony

3-Self-efficacy

4-Oetting

5-Beauvais

مقایسه با مردان معتاد، بسیار متفاوت است (Duongsaa, 1998). احتمال بیشتری دارد که زنان وابسته به سوء مصرف مواد، نسبت به مردان وابسته به سوء مصرف مواد، برچسب بخورند، چرا که جامعه به این زنان به عنوان "دوچندان منحرف" نگاه می‌کند. مصرف مواد به خودی خود به معنی تخطی از هنجارهای اجتماعی است، اما علاوه بر آن، زنان با اعتیادشان از حدود انتظارات سنتی در مورد نقش همسر، مادر و پرورش دهنده خانواده هم تجاوز می‌کنند (Duongsaa, 1998).

در واقع 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، تجاوز جنسی و سوء استفاده، موقعیت اجتماعی و پیشرفت آموزشی پایین‌تر و انتظارات مرتبط با نقش‌های سنتی زنان بر آنها تاثیر سوء گذارده و منجر به ناتوانی اساسی زنان در رابطه با مصرف مواد شده است. همچنین زنان معتاد بیشتر از مردان معتاد شرم و گناه ناشی از مصرف مواد را تجربه می‌کنند (Nelson-Zlupko & et al., 1996).

آمدگی زنان برای احساس شرم و گناه ناشی از مصرف مواد، احتمالاً از احساس مسوولیت بیشتر آنها برای بهزیستی فرزندان و احساس خود بی‌زاری ناشی از شکست به عنوان مراقبت‌کننده نشأت می‌گیرد (U.S. DHHS, 1999). این احساس منفی درباره خود سرانجام با انتظارات مشابه جامعه از یک مادر خوب همراه می‌شود (Finkelstein, Brown, & Laham, 1981). از آنجایی که مادران اغلب اولین مراقبت‌کننده‌ها هستند، زنان معتاد به سبب ترس از دست دادن بچه‌ها و خانواده‌هایشان اغلب مشکلات استفاده از مواد و الکل خود را نادیده گرفته یا انکار می‌کنند (Weissman, et al., 2000). بدون شک پناه بردن پشت چنین راز بزرگی احساس شرم و گناه را در این زنان تقویت می‌کند و با عزت نفس پائین در آنها همراه است. در عین حال بر اساس نتایج پژوهش‌ها افراد با عزت نفس بسیار

پائین به میزان زیادی در رفتارهای مرتبط با خطر عفونت HIV درگیر می‌شوند (Kalichman & Rompa, 1995; Somlai et al., 2000). احساس 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 درمانی و کاهش آسیب باشند. در واقع به نظر می‌آید زنان به واسطه عوامل فردی و محیطی که آنها را از مردان متمایز می‌کند، به راحتی قادر به خروج از چرخه وابستگی به مواد اعتیادآور نمی‌باشند زیرا وجود این عوامل فی‌نفسه در تشدید و تقویت بحران وابستگی عمل می‌کند، لذا شناسایی خاستگاه بروز آسیب و بسترهای بازدارنده در رفع آسیب حاصله از ضرورت برخوردار است، زیرا زندگی زنان معتاد نیازمند مداخلات واقع بینانه ای است که مبتنی بر شرایط فردی و اجتماعی آنان طراحی شده باشد.

اعتیاد زنان و ایدز

از نگرانی‌های اصلی پیرامون زنان مصرف کننده مواد می‌توان به دو رفتار بسیار پرخطر در آنان، یعنی مصرف تزریقی مواد و روسپیگری اشاره کرد که این دو رفتار پرخطر امروزه در شیوع روز افزون بیماری ایدز در آسیا نقش به سزایی داشته است. هرچند سازمان ملل در گزارش‌های سال‌های قبل نیز بر نقش رفتارهای پرخطر تزریق و روسپیگری در گسترش شیوع ایدز در جهان خبر داده، اما طبق آخرین گزارش این سازمان در سال 2006 در مورد ایدز به رابطه تنگاتنگ مصرف تزریقی مواد و روسپیگری و نسبت رو به افزایش ایدز در برخی از کشورها از جمله چین، هند، ویتنام، پاکستان، اندونزی و بنگلادش پرداخته شده است.

تزریق مواد یکی از عوامل خطر ابتلاء به بیماری ایدز است و مصرف مواد با بسیاری از رفتارهای پرخطر در ارتباط است. استفاده از مواد مخدر و محرک به روش تزریقی معمولاً منجر به استفاده از وسایل تزریق مشترک می‌شود. اعتیاد به دلایل مختلف خطرناک است، ولی ابتلا به ایدز یکی از مهمترین عواقب آن است.

اعتیاد با رفتار جنسی پر خطر نیز ارتباط دارد، زیرا برخی از زنان معتاد برای کسب درآمد یا تهیه مواد مخدر مجبور به تن فروشی می-شوند. اعتیاد و ایدز رابطه تنگاتنگی با هم دارند و بر اساس نتایج برخی از پژوهش‌ها، زنان از نظر زیست‌شناختی و فیزیولوژیکی نسبت به ویروس اچ‌آی‌وی در مقایسه با مردان آسیب پذیرتر شناخته شده‌اند. به علاوه هنجارهای اجتماعی، نقش‌های سنتی و موقعیت فرمانبرداری زنان در سلسله مراتب 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. شرایطی که بر زنان و دختران بیش از مردان اثرات مخرب بر جای می‌گذارد.

بر اساس یافته‌های پژوهش‌های مختلف به دلیل دسترسی نابرابری که زنان و دختران به خدمات دارند، آسیب پذیری‌شان به اچ‌آی‌وی و دیگر بیماری‌ها و عفونت‌ها افزایش می‌یابد. مطالعات نشان داده است حدود 90 درصد از زنانی که به روسپیگری مبادرت می‌ورزند به مواد اعتیاد دارند، همچنین میزان مواجهه‌ی این افراد با خشونت بسیار زیاد است (MCKeganey and Barnard, 1996) نقل شده در (UNAIDS, 2009). همانطور که در اکثر جوامع به گفته خود زنان در حق آنان اجحاف می‌شود و در اکثر جوامع تبعیض جنسیتی وجود دارد، آنها ممکن است تبعیض بیشتری را متحمل شوند. مطالعات انجام شده نیز مؤید این نکته است که عواملی مانند فقر، فقدان ارتباط قوی و موثر، رانده شدن از خانواده و مدرسه، خشونت، تبعیض و جایگاه اقتصادی- اجتماعی زنان از منظر نادیده گرفته شدن حقوق این گروه در جوامع منجر به عدم تطابق و هماهنگی زنان با برنامه‌های پیشگیری از ابتلا به ایدز شده است (نانسی^۱ و همکاران، 2007).

در جنوب شرق آسیا، اکثریت مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مردان هستند، با وجود این زنان مصرف‌کننده تزریقی مواد در همه کشورها

وجود دارند. زنان مصرف کننده تزریقی مواد ممکن است از دریافت خدمات کاهش آسیب محروم شوند که این امر می تواند ناشی از خارج از دسترس بودن این خدمات باشد یا توجه خاصی به آسیب پذیری‌ها و نیازهای آنها نمی‌شود.

زنان مصرف کننده تزریقی مواد اغلب به خاطر پول، مسکن، تغذیه و محافظت از خود، ارتباط جنسی برقرار می‌کنند، اکثر آنها گزارش کرده‌اند که از خشونت شرکای جنسی رنج می‌برند و ارتباط جنسی محافظت نشده دارند (UNAIDS, 2009). ارتباط جنسی زنان مصرف کننده تزریقی مواد با شرکای مردشان می تواند آنها را نسبت به ابتلا به اچ آی وی آسیب پذیرتر 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. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که احتمال استفاده از سوزن آلوده برای تزریق در زنان بیشتر است، به طوری که زنان از سوزن/سرنگی که شریک مرد آنها قبلاً تزریق کرده، استفاده می‌کنند. اگر زن در مورد ابزار تزریق استریل سوال کند شریک مرد او احتمال دارد احساس کند که زن به او اعتماد ندارد. بنابر شواهد موجود و براساس 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.

همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تزریق‌کنندگان برای تقویت روابط و محکم کردن ارتباط‌های خود با شرکای شان اغلب وسایل تزریق را به صورت مشترک مصرف می‌کنند (UNAIDS, 2009).

مرکز کاهش آسیب (موسسه بارنت در استرالیا)¹ گزارش می‌دهد که زنان مصرف کننده مواد، اغلب فاقد توانایی و مهارت‌های شخصی هستند و متأسفانه از عدم حمایت اجتماعی رنج می‌برند و اغلب به

مراقبت های بهداشتی و خدمات اجتماعی دسترسی ندارند. این وضعیت احتمال افزایش تزریق مشترک مواد و وسایل تزریقی را برای زنان تزریقی به همراه دارد، چراکه تهیه مواد و وسایل تزریق مواد نیز همانند دسترسی به خدمات برای زنان بسیار دشوار است. در نهایت هم پوشانی روسپیگری و مصرف تزریقی مواد، گفتگو با آنان را در مورد رفتار جنسی سالم تر همواره دشوارتر می سازد، در حالی که این امر عامل مهمی در افزایش اشتراک ابزار تزریق در زنان محسوب میشود (IHRA/WHO/AHRN, 2004).

در بیشتر کشورهای فقیر استفاده از مواد در میان زنان مساله ای کم اهمیت است، زیرا کمتر از 10 درصد تزریق کنندگان، زن هستند. اما در برخی از کشورهای آسیایی این میزان رو به افزایش است. مصرف تزریقی مواد به عنوان یک عامل اصلی برای انتقال بیماری ایدز در زنان شناخته شده است. از سوی دیگر برخی پژوهش ها عامل انتقال ایدز را بیشتر ناشی از داشتن رابطه جنسی محافظت نشده دانسته اند. همچنین نتایج پژوهش ها افزایش بیماری ایدز را در زنان تزریقی گزارش کرده اند (CHR, 2009). در عین حال نتایج تحقیقات از سیر صعودی تزریق مواد در بین زنان خبر می دهد و اغلب پژوهش ها افزایش ابتلا به بیماری ایدز را در زنان گزارش کرده اند. از سال 1995 زنان تقریباً نیمی از مبتلایان به ایدز را به خود اختصاص داده اند. بنابراین میان تزریق در زنان و ایدز رابطه مستقیمی مشاهده شده است. هرچند زنان مبتلا به ایدز بیشتر از میان زنانی هستند که رابطه جنسی محافظت نشده دارند و در درجه دوم تزریق کنندگان بیشترین مبتلایان به ایدز را تشکیل می دهند، ولی به دلیل ایجاد رابطه دو سویه بین ارتباط جنسی و مصرف مواد هم پوشانی این دو عامل، احتمال ابتلای زنان مضاعف می شود.

Comier et al, 2004, Roberts and vromen, 2005, woods,

(1999, unodc, 2004).

اعتیاد زنان و درمان

مصرف مواد غیرقانونی در میان زنان، نقشهایشان در جامعه به عنوان مادر و همسر را به چالش می‌کشد. انگ زدن به زنان مصرف‌کننده مواد، که منجر به عدم حضور آنها در جامعه و پنهان نگه‌داشتن مصرف مواد از دیگران می‌شود، دستیابی به خدمات را برایشان دشوار می‌سازد. از آنجایی که اغلب زنان وابسته به سوءمصرف مواد برای تهیه و مصرف مواد به همسران خود وابسته‌اند و بسیاری از آنان به علت شرایط زندگی از اجتماع دور می‌مانند به همین دلیل دستیابی آنان به خدمات سخت است (UNAIDS, 2009).

بسیاری از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی سرپایی، زنان معتاد را نمی‌پذیرند، به خصوص اگر این زنان، حامل ویروس ایدز یا حامله باشند. از دلایل پذیرش محدود زنان در مراکز درمانی می‌توان به عواملی مانند عدم وجود بخش‌های جداگانه و تخصصی برای زنان، نبود تخصص در تعامل و ارتباط با معتادان زن یا حامله تا مواردی مانند ترس از انتقال ویروس ایدز به دیگر بیماران و کارکنان مراکز بهداشتی اشاره کرد. یک مطالعه کیفی (فوریه تا می، 2010) در سه شهر جزیره جاوه به روش مصاحبه عمیق با 19 زن مصرف‌کننده تزریقی مواد انجام شده است، یافته‌ها نشان داد که این زنان از جهت دسترسی به خدمات بهداشتی از سوی اجتماع، دوستان و خانواده مورد تبعیض قرار گرفته‌اند. این تبعیض‌ها به زن آسیب رسانده و سبب شرمندگی او می‌شود، لذا مصرف مواد را پنهان کرده و ارتباط اجتماعی‌اش را به شریک و دوستان (اغلب مردان) مصرف‌کننده تزریقی مواد محدود کرده‌اند. اغلب زنان مورد مطالعه در این پژوهش، ارتباط کمی با خدمات کاهش آسیب حداقل در مورد برنامه توزیع سوزن و سرنگ داشتند. این زنان در مورد متادون درمانی اطلاعات و تجربه کمی داشتند. ارتباط با برنامه سوزن و سرنگ مداوم نبود و اغلب غیر مستقیم (از طریق دوستان مرد خود یا شرکای جنسی) بود، زیرا نمی‌خواستند که به عنوان مصرف‌کننده مواد شناخته شوند. کمتر از نیمی از زنان یک بار آزمایش اچ آی وی داده بودند، اغلب آنهایی هم که آزمایش را انجام داده بودند، یک سال از آخرین

آزمایش آنها می‌گذشت. دلیل اصلی برای عدم انجام دادن آزمایش، ترس افراد بود و این امر عمدتاً به دلیل طرد شدن از اجتماع در نتیجه مثبت بودن آزمایش و به تبع آن انگ مرتبط با اچ آی وی و مصرف مواد در زنان بود.

زنان در همزیستی با همسر، برادر یا پدر مصرف کننده مواد
 زنانی که خودشان، مصرف کننده مواد نیستند، بلکه در خانواده‌ای زندگی می‌کنند که در آن، مرد یا مردان خانواده سوء مصرف مواد دارند، تحت تأثیر این سوء مصرف قرار می‌گیرند. مادران، همسران، خواهران و دختران مردان سوء مصرف کننده مواد اغلب سعی می‌کنند سوء مصرف اعضای خانواده خود را کاهش داده یا پنهان کنند و در نتیجه انجام این کار، ممکن است از پیامدهای منفی سلامتی، اجتماعی و اقتصادی مانند خشونت خانوادگی آسیب ببینند (Duongsa, 1998). دلایلی که باعث می‌شود زنان چنین سوء رفتارهایی را تحمل کنند، ممکن است به چندین عامل بستگی داشته باشد. از یک طرف، روش‌های تربیتی و پرورش جنسیتی رایج در بیشتر جوامع که زنان را طوری اجتماعی می‌کند که به نقش "همسر خوب" و "مادر نمونه" پایبند باشند و خود را به خاطر شوهران یا فرزندانشان فدا کنند. از طرف دیگر، بسیاری زنان از مهارت‌های آموزشی و حرفه‌ای و فرصت‌های شغلی لازم محروم هستند و از این رو، مجبورند هم از نظر جسمانی و هم از نظر اقتصادی به مردان شان متکی باشند (Duongsa, 1998).

در پژوهشی که وضعیت زنان مصرف کننده بی خانمان مراجع به مراکز کاهش آسیب مورد مطالعه قرار گرفتند، نتایج نشان داد اکثریت زنان مورد مطالعه در خانواده‌ای به دنیا آمده و رشد نموده‌اند که در آن فرد مصرف کننده مواد وجود داشته است. به ویژه در نسل جدید مصرف کنندگان، برادران و خواهران، یاران مصرف هستند و حتی پدر و مادر در تأمین مواد فرزندان‌شان نقش دارند. چنانچه دختری در خانواده با مواد آشنا نشده حتماً در ازدواج با مرد مصرف کننده، زمینه‌های مصرفش آماده شده است. اینجا سناریوی ابتلا تا

حدودی با پسران متفاوت می شود. چراکه درصد اندکی از مردان مصرف کننده، والدین مصرف کننده یا اعضای درجه یک معتاد داشته اند (حدود 14 درصد). اما در میان زنان، اکثریت آنها از وجود یکی از اعضای درجه یک خانواده و یا همسران معتاد خبر داده‌اند. این نکته مهر تاییدی بر یافته های پژوهش های پیشین است مبنی بر اینکه این زنان همواره قربانیان اعتیاد وابستگان شان هستند (نوری و همکاران، 1390).

همانطور که همسر بر فرایند سلامت زیستن تاثیر گذار است، می‌تواند بر ایجاد یا همیشگی کردن اعتیاد به الکل و دیگر مواد مخدر و محرک نیز نقش به سزایی داشته باشد. همسران مرد ممکن است در آشنایی زنان جوان با الکل و دیگر مواد نقش داشته باشند (Amaro & Hardy-Fanta, 1995). ارتباط یک زن با مرد مصرف کننده‌ی مواد اغلب حرکت به سوی مصرف مواد سنگین‌تر¹ را تقویت می‌کند (Amaro & Hardy-Fanta, 1995).

نتایج بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری زنان همسر معتاد نشان داده که تاب‌آوری در برابر آسیب‌های همزیستی با همسر معتاد در 135 نفر از زنان همسر معتاد با ویژگی‌های دموگرافیک آنها ارتباطی ندارد و در واقع سن، طول مدت ازدواج، خانه داری و سطح تحصیلات بر تاب‌آوری اثر گذار نبوده است. همچنین وضعیت اقتصادی پدری زن که می‌تواند نقطه حمایتی برای وی محسوب شود نیز در شرایط زندگی با مرد معتاد به عنوان یک عامل مؤثر در ایجاد تاب‌آوری عمل نکرده است (نوری و همکاران، 1387). رابطه ویژگی‌های شخصیتی زنان همسر معتاد با تاب‌آوری در برابر عارضه مصرف مواد، نشان داد که صفات شخصیتی نیز در شرایط نامساعد زندگی با مرد معتاد نمی‌تواند به مقاومت فرد در برابر آسیب کمکی کند.

به این ترتیب مطالعه نشان می‌دهد کثیری از عوامل محتمل قادر به توضیح تاب‌آوری زنان در برابر عارضه مصرف مواد بر اثر داشتن همسر معتاد نبوده‌اند و این یعنی، نفس داشتن شوهر معتاد چنان

تعیین‌کننده است که اثر عوامل محافظ دیگر در حضور آن خنثی و کم‌رنگ می‌شود. علاوه بر این به نظر می‌رسد وجود عوامل ناشناخته دیگری مطرح می‌باشد که نسبت به ویژگی‌های شخصیتی از قدرت بیشتری در تاب‌آور ساختن فرد برخوردار است. پس این فرض وجود دارد که زنان با هر گونه صفت شخصیتی در همزیستی با همسر معتاد در معرض آسیب قرار بگیرند. از سوی دیگر اعتیاد به چند ماده نیز که گویای شدت اعتیاد همسر است، نقش مضاعفی در معتاد کردن زن داراست، یافته‌های این مطالعه نیز حاکی از این امر است که زنانی که شوهران‌شان مصرف توامان چند ماده را دارند، بیشتر به سوء مصرف مواد رو می‌آورند. در واقع به نظر می‌رسد الگوی شدید اعتیاد همسر احتمال اعتیاد زن را بالا می‌برد به ویژه این که با تحقیر و صدمه جسمی همراه شده باشد. خشونت شوهر معتاد با همسرش که موجب اعتیاد او می‌شود، با نظریه "همانند سازی پرخاشنده" هم قابل توضیح است. احساس حقارت و افسردگی و اضطراب و ... سایر تفاوت‌های روانی این زنان با زنان تاب‌آور را هم شاید بتوان به عنوان سازوکارهای واسط مطرح کرد که باز مؤید این فرضیه‌اند. به این ترتیب، شاید بتوان گفت زنانی بر اثر اعتیاد همسران‌شان، معتاد می‌شوند که طعم خشونت همسر معتاد خود را نیز چشیده، دچار افت عزت نفس، اضطراب و افسردگی شده، برای تسکین آلام مضاعف خود، به همان راهی می‌روند که از همسران‌شان آموخته‌اند؛ همسرانی که نه تنها با اعتیاد خود، همسر را به نحو غیرمستقیم، که حتی با خشونت خود او را به نحو مستقیم نیز آزرده‌اند و زمینه را برای تسلیم او فراهم کرده‌اند. همچنین دخترانی که در کنار پدر یا برادر وابسته به مواد زندگی می‌کنند نیز از آسیب محفوظ نمی‌باشند و عوارض وارده بر این افراد در جنبه‌های مختلف فردی و اجتماعی مشاهده می‌شود. با توجه به اهرم‌های فرهنگی موجود در جامعه در راستای فرمانبرداری زنان، ناکارآمدی نقش‌های محوله به پدر و برادر مصرف‌کننده در خانواده به آسیب‌پذیرترین شکل در زندگی دختران مشاهده می‌شود که از عمده‌ترین این آسیب‌ها می-

توان به عدم توانایی در اتخاذ تصمیم‌های مهم زندگی مانند انتخاب همسر اشاره کرد به گونه‌ای که این تصمیم‌ها یا بر بستر ناآگاهی و عدم شناسایی شرایط توسط خود دختر یا توسط افراد خانواده و مبتنی بر فاکتورهای از پیش ساخته شده یک خانواده ناسالم اتخاذ می‌شود. کژکارکردی نهاد خانواده به آسیب پذیرترین اعضاء بیشترین خسارت را وارد می‌کند که زنان از جمله این افراد محسوب می‌شوند.

وضعیت موجود

با توجه به موارد مطروحه در مرور پژوهش‌های اخیر انجام شده در حوزه اعتیاد زنان، مطالعات بر روی زنان در معرض آسیب اعتیاد در ایران با تکیه بر سه موقعیتی که این زنان در آن قرار دارند، صورت گرفته است. زنان مصرف کننده‌ای که به طبقه اجتماعی متوسط یا بالا تعلق دارند که صدای اعتیادشان را کسی نمی‌شنود (جمعیت عمومی)، زنان مصرف کننده مواد با تجربه رفتارهای پرخطر و رانده شده از جامعه که به روسپی‌گری می‌پردازند (زنان مصرف کننده مواد) و زنانی که در همزیستی با مردانی هستند که وابسته به مواد بوده‌اند، این مردان اعم از پدر، برادر و همسر هستند.

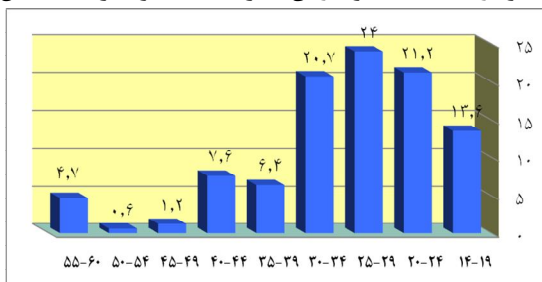
یافته‌های پژوهشی در ایران نشان می‌دهد که زنان کمتر از مردان مواد مصرف می‌کنند (نارنجی‌ها و همکاران، 1386). اما این سکه روی دیگری نیز دارد. بافت فرهنگی موجود در کشور ایران اعتیاد در زنان را به شکل پنهان‌تری نسبت به مردان نشان داده است (نجاری، 1386). در خیلی از کشورهای غربی نسبت مصرف‌کنندگان تزریقی در دو جنس زن و مرد تقریباً برابر است. امروزه $15/4$ تا $30/8$ میلیون نفر (بالای 15 سال) مبتلا به ایدز هستند. تعداد زنان مبتلا به ایدز از سال 2001 تا 2007، $1/6$ میلیون افزایش یافت. در سال 2007 روزانه به طور تقریبی 2900 نفر زن مبتلا به ایدز به تعداد زنان بالای 15 سال افزوده شد (Roberts and vromen, 2005). از سویی دیگر نتایج پژوهش‌ها حاکی از ابتلای حدود 60 درصد از افراد آلوده به ایدز از طریق رفتارهای پرخطر همراه با مصرف تزریقی مواد

بوده است (رزاقی، رحیمی موقر، محمد و حسینی، 1382) و یافته‌های دیگر مطالعات نیز نشان داده که مصرف مواد در زنان به خصوص مصرف تزریقی با آسیب‌های اجتماعی دیگری، همچون فرار از منزل و روسپیگری همراه است (اردلان و همکاران، 1381؛ علیای زند، 1381، رزاقی و همکاران، 1382). از نظر زیست شناختی زنان 2 تا 8 برابر بیشتر از مردان در رابطه جنسی به این بیماری مبتلا می‌شوند. از سوی دیگر هم- پوشانی مصرف مواد به ویژه تزریق و روسپیگری در زنان به عنوان دو عامل اصلی انتقال ویروس ایدز شناخته شده اند. هر چند تحقیقات نشان داده که مصرف مواد به ویژه تزریق مواد در زنان نسبت به مردان کمتر است، اما برخی پژوهش‌ها گزارش کرده اند که زنان بیشتر از مردان از سرنگ و سوزن مشترک استفاده می‌کنند (Pool & Dell, 2005, Reynolds et al, 2008, Farrell, 2001, Dorman et al 1997).

یافته‌های مطالعات انجام شده اخیر در ایران افزایش تعداد زنان مصرف کننده و وابستگی آنها به مواد را به دلیل آسیب پذیری اقتصادی و اجتماعی زنان در جامعه نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد شرایط اجتماعی که این زنان تجربه کرده‌اند آسیب‌زا بوده است، زیرا با بررسی وضعیت خانوادگی و شرایط اقتصادی اکثریت این زنان -که از هرگونه حمایت اجتماعی محروم هستند- می‌توان به ناهنجاری محیط اجتماعی آنها از کودکی تا بزرگسالی پی برد (نوری و همکاران، 1390).

یافته‌های مطالعه‌ای که در سال 1389 وضعیت مصرف مواد محرک را در شهر تهران مورد بررسی قرار داد، حاکی از این امر است که نیمی از زنان مصرف کننده مواد محرک در شهر تهران، مجرد هستند.

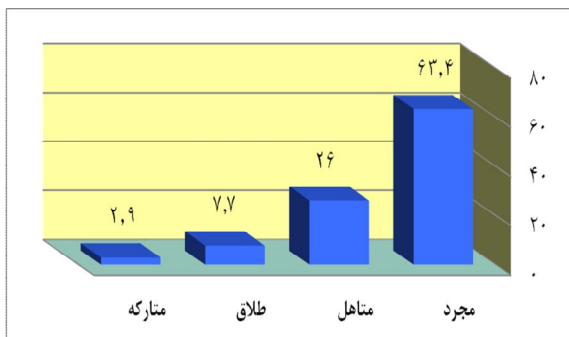
نمودار 1. جمعیت نمونه زنان مصرف کننده مواد بر حسب سن



همچنین حدود 90 درصد زنان مصرف کننده مواد محرک در گروه‌های سنی زیر 35 سال قرار دارند. میانگین سن زنان مصرف کنندگان مواد محرک 27.5 سال است.

نمودار 2 جمعیت نمونه زنان مصرف کننده مواد بر حسب وضعیت

تاهل



نمودار حاکی از این نکته است که نیمی از زنان مصرف کننده مواد محرک، مجرداند (هرگز ازدواج نکرده) و 38/9 از آنان متاهل هستند. در میان موادی که زنان مورد مطالعه در طول عمر خود مصرف نموده‌اند، به ترتیب الکل (با 4/7٪)، تریاک (با 1/6٪)، شیشه (با 1/2٪) و حشیش (با 1/1٪) بیشترین درصدها را دارا هستند. نکته حایز اهمیت در این مطالعه حضور شیشه در میان موادی است که

درصد بالایی از زنان مصرف کننده در طول عمر خود تجربه مصرف این ماده را داشته‌اند. در میان موادی که زنان مورد مطالعه در حال حاضر مصرف می‌نمایند، به ترتیب الکل (با 1/3%)، شیشه (با 1%) بیشترین درصدها را دارا هستند. نکته حایز اهمیت در این مطالعه نیز، حضور شیشه به عنوان دومین ماده‌ای است که زنان در حال حاضر مصرف می‌نمایند (نوری و همکاران، 1389).

30/4 درصد از این زنان پیش از مصرف محرک‌ها، به مواد مخدر اعتیاد داشته‌اند. نیمی از زنانی که پیش از مصرف شیشه، به مواد مخدر اعتیاد داشته‌اند بدون اعتیاد قبلی به مواد مخدر، مصرف شیشه را آغاز نموده‌اند. نتایج مطالعه کیفی نشان داد این گروه از زنان به نسل جوانی تعلق دارند که اکثریت از طبقه متوسط جامعه بوده و مشمول الگوهای رایج افراد معتاد نمی‌شوند، زیرا در خانواده حد قبلی برای عملکرد وجود ندارد و فاصله عمیقی میان افراد وجود دارد، برقراری ارتباط با دوستان پسری که در پاره‌ای از موارد اولین تجربه مصرف مواد جدید را در کنار این زنان داشته‌اند، بیانگر فرایند و سازوکاری جدید در پیوستن جوانان به گروه مصرف‌کنندگان می‌باشد.

توزیع فراوانی نسبی جمعیت زنان نمونه تحقیق بر حسب دلیل

شروع مصرف محرک‌ها

درصد	علت
13	افزایش انرژی
26/1	افزایش قدرت جنسی
13	شب بیداری
8/7	ترک مواد مخدر
8/7	افسردگی
30/4	کنجکاو
4/3	اضطراب
39/1	افزایش تمرکز
47/8	لاغری
17/4	کارایی بیشتر

17/4	افزایش حافظه و سایر قوای ذهنی
3/4	شادابی پوست
13	سایر

حدود نیمی از زنان دارای سابقه مصرف محرک‌ها دلیل شروع مصرف این مواد را لاغری ذکر کرده‌اند. در میان دیگر دلایل نیز به ترتیب افزایش تمرکز و کنجکاوی به عنوان عمده ترین دلایل شروع مصرف مواد محرک ذکر شده است.

نتایج مطالعه کیفی که در ابتدای سال 1390 در میان زنان مصرف کننده صورت گرفت، نشان داد، اکثریت افراد مورد مطالعه دارای تحصیلات زیر دیپلم هستند و عدم وجود شرایط مناسب در این افراد جهت ادامه تحصیل خود گواه دیگری بر این مدعاست. اما نکته قابل توجه وجود زنان جوانی بود که در میان جمعیت نمونه این پژوهش مشاهده شدند و دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. این زنان به رغم راه یابی به فضای اخذ آگاهی بیشتر، از آسیب‌های اجتماعی محفوظ نماندند و رفتارهای پرخطر مصرف را تجربه کردند (نوری و همکاران، 1390).

اکثریت زنان مورد مطالعه در گروه سنی جوان 18 تا 35 سال قرار دارند، پایین آمدن سن اعتیاد در زنان قابل تامل است. شواهد در این مطالعه کیفی نشان می‌دهد، نسل جدید زنان مصرف کننده مواد کسانی هستند که با سرعت بیشتری دوران طلایی مصرف را طی کرده و به اوج تخریب اعتیاد رسیده‌اند.

بررسی وضعیت تأهل این زنان حاکی از وجود شرایط ناهنجار بود. غالب این زنان با اجبار شرایط خانوادگی، به ازدواج زودرس در سنین 11 تا 18 سال تن دادند و در حال حاضر مطلقه هستند و یا ازدواج‌های مکرر و طلاق‌های متعدد داشته‌اند. اولین پیشنهاد دهنده مصرف مواد به این زنان، یک مرد بوده است. این مرد، پدر، برادر، دوست پسر یا همسر است. نتایج پژوهش دیگری میان زنان همسر معتاد که به آن اشاره شد، نشان داد، زنانی که مورد آزار فیزیکی و خشونت قرار می‌گیرند در برابر عوارض ناشی از زندگی با همسر معتاد

تاب‌آور نبودند و به سوء مصرف مواد روی آوردند. در واقع خشونت و مصرف چند ماده به صورت همزمان توسط همسر حاکی از شدت اعتیاد وی است که بر هر عامل بیرونی اعم از وضعیت اقتصادی پدری زن و حمایت و حضور همسر و عامل درونی اعم از ویژگی‌های دموگرافیک زن، ویژگی‌های شخصیتی و عزت نفس وی تفوق داشته و توانسته است به تسلیم این زنان به شرایط موجود منجر شود. این زنان با اطلاع و همراهی همسر به این کار مبادرت داشته و در چرخه معیوب اطاعت و تسلیم شدن به همسران خود زندگی می‌کنند، زیرا غالباً با پیشنهاد همسر با وی همراه شده اند (نوری و همکاران 1386).

با توجه به این نکته که الگوی رایج مصرف مردان در کشور ماده سنتی تریاک بوده و از آنجایی که یافته‌های دیگر مطالعات مؤید این امر بوده که این زنان مؤخر بر مردان مصرف مواد را شروع کردند، لذا در گروه سنی بالاتر زنان مورد مطالعه نیز، فرایند مصرف با تریاک آغاز شده و در حال حاضر مصرف کراک و شیشه و تمجیزک و... نیز جزء مواد مصرفی آنها است. به نظر می‌آید نقش مسلط مردانه با توجه به نیاز اقتصادی و عدم برخورداری از هرگونه حمایت خانواده پدری این زنان، عاملی برای وابستگی محسوب می‌شود، وابستگی‌ای که یکی از عوارض اش مصرف مواد و حتی تزریق است.

مصرف شیشه در میان اکثر این زنان جوان به عنوان ماده‌ای که بر سیستم عصبی اثرات مخرب‌تری در مقایسه با سایر مواد دارد و آنها را از درک شرایط محیطی و پیرامونی باز می‌دارد، قابل توجه است. برقراری روابط عدیده و غیر قابل کنترل در آنها از جمله عوارض مصرف این ماده در میان این زنان است.

سن اولین مصرف اکثریت این زنان بین 14 تا 18 سال بوده است. راه‌های تهیه مواد در میان زنان کم سن‌تر و زنان دارای سن و سال بیشتر متفاوت دیده شد. زنان جوان‌تر کمتر به سراغ توزیع کننده و فروشنده مرد می‌روند و به نظر می‌رسد فروشندگان زن در شبکه مصرف زنان نقش مهمی دارند که معمولاً با رایزنی‌های دیگر،

وسایل تن‌فروشی را نیز برای این زنان فراهم می‌کنند. البته انعطاف مردان فروشنده مواد در برابر زنان مصرف‌کننده بیشتر است و این خود عاملی در رجوع زنان با نیاز مالی بیشتر به این افراد است. به نظر می‌رسد با توجه به اینکه نسل جدید مصرف‌کنندگان از جانب خانواده و مردی که با او رابطه دارند، مواد مصرفی را تأمین می‌کنند، کمتر به فروشنده رجوع می‌کنند و این خود می‌تواند نشان‌دهنده موج جدیدی در مشروعیت مصرف مواد میان خانواده‌ها باشد.

بررسی فرایند مصرف در زنان جوان‌تر نشان می‌دهد ماده مصرفی آغازین متفاوت است و بسیاری از آنان با شیشه یا کراک و ترامادول آغاز به مصرف داشته‌اند. البته تغییر ماده آغازین به معنای رفع تسلط مردان در اعتیاد زنان نیست. زیرا همچنان حضور یک مرد را در کنار زن مصرف‌کننده می‌بینیم. به نظر می‌رسد ویژگی‌های فردی و محیط اجتماعی نسل جدید مصرف‌کنندگان، به طور مستقیم با بازار مواد همخوانی دارد و بازار توزیع و عرضه مواد به خوبی متقاضی را شناسایی کرده است. مثلاً از این واقعیت آگاه است که یک زن بدون تجربه سیگار کشیدن نیز می‌تواند مصرف شیشه را آغاز کند.

در خصوص وضعیت رفتارهای پرخطر در میان زنان و اهمیت انتقال بیماری ایدز توسط این زنان، مطالعات نشان داده در برخی از کشورهای آسیایی میزان تزریق در زنان رو به افزایش است. مصرف تزریقی مواد به عنوان یک عامل اصلی برای انتقال بیماری ایدز در زنان شناخته شده است. نکته قابل توجه رواج روش تزریق در میان اکثریت زنان مصرف‌کننده مواد در ایران است. حتی کسانی که خود تجربه تزریق نداشتند به طور قطع با یک مرد تزریقی روابط جنسی داشته‌اند. تزریق مشترک نیز به عنوان رفتار پرخطر در این زنان دیده شد و در اینجا نیز همان توجیه مشابه در مورد عدم استفاده از کاندوم دیده می‌شود. زیرا تزریق مشترک اغلب آنان با همسران‌شان یا مردی که با او رابطه داشتند، بوده است و صرف همسر بودن و شناختن مرد مربوطه برای رفع نگرانی زن از تزریق مشترک، دلیل کافی به شمار آمده است.

درمان زنان مصرف کننده مواد طی سال‌های اخیر به علت ورود شیشه (از گروه آمفتامین‌ها) بسیار دشوارتر شده است. مراکز درمانی و بیمارستان‌ها خدمات تعریف شده‌ای بر پایه نیازهای زنان مصرف کننده مواد که شامل تمامی جنبه‌های سلامت می‌باشد، نداشته و نیازسنجی در این خصوص صورت نگرفته است تا مبتنی بر واقعیت با موضوع برخورد شود. یکی از مواردی که مواجهه با آن به شکل منفعلانه صورت می‌گیرد، زنان بارداری هستند که حامل ویروس ایدز بوده و فقدان تخصص در تعامل با این گروه آنها را به سمت سقط های غیر بهداشتی سوق داده که خود عامل دیگری در انتشار این ویروس می‌باشد. دلایل پذیرش محدود زنان در مراکز درمانی، از نبود بخش های جداگانه و تخصصی برای زنان و نبود تخصص در تعامل با معتادان زن حامله تا ترس از انتقال ویروس ایدز به دیگر بیماران و کارکنان مراکز بهداشتی را در بر می‌گیرد. در نتیجه، بسیاری از این مراکز، آمار مصرف کنندگان زن را بسیار پایین گزارش می‌کنند. از آنجایی که این آمارها منبع مهمی برای گزارش های سالانه در مورد مصرف مواد در سراسر جهان است، تعداد معتادان زن در آمارهای رسمی، همواره پایین‌تر از میزان واقعی ذکر می‌شود (Duongsaa, 1998).

1998)

از عمده ترین موانع برای خدمات رسانی به زنان مصرف کننده موانع فرهنگی است. از این منظر زنان معتاد نسبت به مردان معتاد انگ بیشتری را از سوی اجتماع به دوش می‌کشند، همچنین هنگامی که برای درمان تصمیم می‌گیرند از سوی خانواده و دوستان با مقاومت بیشتری روبرو می‌شوند و پیامدهای بدتری در انتظار آنهاست. تجربه این تبعیض و انگ اجتماعی، توانایی‌های زنان را برای گزارش الگوهای مصرف مواد و نگرانی‌های ناشی از آن تحلیل می‌برد. سخنرانی‌های عمومی در مورد زنان بارداری که مواد مخدر مصرف می‌کنند و یا الکل می‌نوشند اساساً قضاوت گونه، سرزنش گرانه و غیر همدلانه است (Greaves & et al, 2002; Rutman & et al, 2002). مواجهه با اعتیاد زنان در جامعه ایران نیز در همین نوع نگرستن به

پدیده تعریف می‌شود به همین علت موانع بی شماری در راه مبارزه با این مشکل وجود دارد و تنها به نادیده گرفتن و چشم بر واقعیت بستن منجر شده است.

با توجه به اینکه تغییر الگوی مصرف مواد از مواد سنتی به سمت مواد صنعتی، توانسته است مصرف کنندگان زن را به متقاضیان مواد بیفزاید، لذا ترسیم سیمای اعتیاد زنان با تمرکز بر یافته های اخیر در فضای جدید مصرف مواد محرک واقع بینانه تر به نظر می‌رسد. تعداد زنان مصرف کننده مواد در حال افزایش است در عین حال سن اعتیاد زنان نیز کاهش یافته بدین معنا که جوانان پیشقراولان مصرف مواد محرک هستند و زنان نیز از همین الگو تبعیت می کنند. دلائل مصرف این زنان بیشتر با تکیه بر باورهایی مانند لاغری، زیباتر شدن، شادابی و بالا بردن انرژی عنوان شده است که خود گواه روشنی بر جهت گیری اندیشه جمعی بر بی‌رنگ شدن حوزه معنایی نقش زن در جامعه می‌باشد. لزوم تقویت بسترهای شناختی در راستای بازبینی نقش‌های مغفول مانده در جامعه از مهمترین اهداف فرهنگی می‌تواند باشد که با استفاده از ابزارهای نوین کارآمد و فراخور شرایط موجود، محقق گردد. عوارض و مشکلات مصرف شیشه در مصرف کنندگان زن با مردان متفاوت است. وابستگی به مواد مخدر با داروی متادون به عنوان یک داروی جایگزین، قابل کنترل و درمان است، اما برای شیشه جایگزینی وجود ندارد. درمان شیشه عبارتست از خدمات روان شناختی و مداخلات منظم هفتگی که بیمار به طور هفتگی توسط درمانگر مورد رصد قرار گیرد. این مهم نیز با مراجعات نامنظم و محدودیت مکانی مراکز نگهداری این زنان قابل انجام نیست. بسیاری از زنان مورد مطالعه در دوره های درمانی وارد شده‌اند، اما به علل مختلف از ادامه آن منصرف شده‌اند یا شرایطشان برای ادامه درمان مناسب نبوده است. کاملاً واضح است که مداخلات درمانی به علت محدودیت امکانات مراکز درمانی از کیفیت خوب و مطلوبی برخوردار نیست و مداخلات جامع روان شناسی که بیش از پیش مد نظر متخصصان مسائل این گروه از جامعه است، تحقق نمی‌یابد. ارائه

متادون قدم بسیار کوچکی برای حل معضل اعتیاد این زنان است و سایر مداخلات اعم از حمایت های اجتماعی و روانی از اهمیت بیشتری برخوردار است. عدم وجود سیستم حمایتی که با تکیه بر نیازها و مشکلات زنان در معرض اعتیاد طراحی شده باشد و از سویی دیگر ساختار مردانه مدل های درمانی اعتیاد موجود در کشور، به هرچه پنهان تر نمودن اعتیاد زنان دامن می زند، پدیده ای که در خفا می ماند اما ستون های اصلی یک جامعه را آشکارا تخریب خواهد کرد.

مسوولیت پژوهشی ایجاب می کند تا فارغ از هرگونه سوءگیری، اعم از جنسیتی در جهت ارائه تصویری مبتنی بر واقعیت موجود در جامعه قلم به دست بگیریم. مرور مطالعات انجام شده ما را به سمت فضای اعتیاد در میان زنان کشانید، علیرغم آگاهی همگان به هم پوشانی آسیب اعتیاد با دیگر آسیب ها، اما تصویر این آسیب در زندگی یک زن سهمگین تر دیده می شود تا بدانجا که می توان گفت، شکستن چرخه اعتیاد زنان به سختی رسوبات فرهنگی نشست کرده در تاریخ جامعه سخت جان است. این مقاله بر آن است تا در جهت شناساندن عوامل مؤثری که می تواند در شرایط نابهنجار زندگی به سلامت فردی و اجتماعی زنان درگیر در اعتیاد کمک نماید، قدمی بردارد. با توجه به نکات طرح شده و اهمیت نقش زنان به عنوان همسر و مادر در حفظ بنای خانواده و از آنجایی که هرگونه خلل در این نقش استحکام خانواده را در معرض خطر قرار خواهد داد، بر آن شدیم که با نگاهی به وضعیت اعتیاد در این قشر آسیب دیده به دنبال نمایان ساختن وجوه مبهم و تاریک زندگی خاموش آنان باشیم.

منابع

- اردلان، علی؛ هلاکویی نائینی، کوروش، محسنی تبریزی، علیرضا، جزایری، علیرضا (1381) "ارتباط جنسی برای بقاء: پیامد فرار دختران از منزل"، فصلنامه رفاه اجتماعی؛ (5): 187-199.
- رزاقی، محمد عمران؛ رحیمی موقر، آفرین؛ محمد، کاظم؛ حسینی، مهدی (1382) "مطالعه کیفی رفتارهای جنسی پر خطر معتادان تزریقی در تهران"، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، شماره دو.
- رحیمی موقر، آفرین (1382) "شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران"، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال سوم، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- نارنجی ها، هومان؛ رفیعی، حسن؛ باغستانی، احمدرضا؛ نوری، رویا؛ غفوری، بهاره؛ سلیمانی نیا، لیلیا (1386) ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در کشور؛ مرکز تحقیقات و سوءمصرف مواد (داریوش) دانشگاه بهزیستی و توانبخشی.
- نجاری، فارس (1386) "بررسی اعتیاد در زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تهران در سال های 84-85"، و مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره 25، شماره 4، ص 463-457.
- نوری، رویا؛ رفیعی، حسن؛ نارنجی ها، هومان؛ سلیمانی نیا، لیلیا؛ میرابی، پروانه (1387) "بررسی عوامل تاب‌آوری زنان همسر معتاد در زندگی با مرد معتاد"، مرکز تحقیقات و سوءمصرف مواد (داریوش) دانشگاه بهزیستی و توانبخشی.
- نوری، رویا. رفیعی، حسن. صدیقیان، آمنه. صرامی، حمید؛ نارنجی ها، هومان؛ باغستانی، احمدرضا (1386) "تحلیل روند اعتیاد در دو دهه اخیر"، مرکز تحقیقات و سوءمصرف مواد (داریوش) دانشگاه بهزیستی و توانبخشی.
- نوری، رویا. رفیعی، حسن. نارنجی ها، هومان. باغستانی، احمدرضا. کیومرثی، علیرضا. قرقلو، بابک. دیلمی‌زاده، عباس. اکبریان، مهدی. قادری، صلاح الدین (1389) "بررسی روند مصرف مواد محرک در شهر تهران"، واحد پژوهش جمعیت تولد دوباره، موسسه مطالعات رفتاری و اجتماعی داریوش، دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در تهران.
- نوری، رویا. قرقلو، بابک (1389) "نقاط قوت و محدودیت‌های بکارگیری پلیس زن در عرصه مبارزه با مواد اعتیادآور در کشور ایران"، مقاله ارائه شده در فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم انتظامی.

- نوری، رویا. قرقلو، بابک. نارنجی ها، هومان. رفیعی، حسن. اکبریان، مهدی (1390) "بررسی نیازهای زنان مصرف‌کننده مواد شهر تهران در زمینه کنترل اعتیاد و پیشگیری از ابتلا به HIV/AIDS"، دفتر سازمان مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل درتهران.
- Amaro, H., & Hardy-Fanta, C. (1995). Gender relations in addiction and recovery. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27: 325-337.
- Duongsaa, U. (1998). *Women and Drugs: From Hard Realities to Hard Solutions*. (Paper on Women, Gender and Drugs)
- Marcenko, M.O., Kemp, S.P., & Larson, N.C. (2000). Childhood experiences of abuse, later substance use, and parenting outcomes among low-income mothers.
- Banks, H. & Boehm, S. (September, 2001). Tragedies Intertwined. *Children's Voice*, 10(5), 36-42.
- Kunst, A., Giskes, K., Mackenbach, J. (2004). Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies. Department of Public Health. Erasmus Medical Center Rotterdam.
- Impact on Women due to Drug Abuse in the Family. (2003). *Women And Drug Abuse : The Problem In India*. Women book, 23, 20-21.
- IHRA (International Harm Reduction Association) and the WHO (World Health Organisation) with project management from the AHRN (Asian Harm reduction Network), 2004
- Nelson-Zlupko, L., Dore, M.M., Kauffman, E. & Kaltenbach, K. (1996). Women in recovery: Their perceptions of treatment effectiveness. *Journal of Substance Abuse*.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Blending perspectives and building common ground. A report to Congress on substance abuse and child protection*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Finkelstein, N., Brown, K-A.N., & Qamar Laham, C. (1981). Alcoholic mothers and guilt: Issues for caregivers. *Alcohol Health and Research World*, Fall Issue: 45-49.
- Greaves, L., et al. (2002). *A Motherhood Issue: Discourses on Mothering Under Duress*. Ottawa: Status of Women Canada.
- Weissman, M. & O'Boyle, K. (2000). Women and addiction: Treatment issues and innovative program models. *The Source*, 10 (1), 17-19.
- UNAIDS. (2009). PCB Thematic Session "People on the Move" Framing Paper. Geneva, UNAIDS,.

- Nanci silva,V., Oliveria, A, Mesquita,F, (2007), Vulnerability to HIV among female injecting drug users , Universidade Sao Paulo. Brasil .
- Poole, N. and C.A. Dell (2005). Girls, Women and Substance Use. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health and Canadian Centre on Substance Abuse.