

## زنان و اعتیاد به سوء مصرف مواد

حمیده ژیان باقری<sup>۱</sup>، پروفیسور محمد خوجه یف<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانش آموخته آکادمی علوم جمهوری تاجیکستان (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> هیئت علمی گروه علوم فلسفی دانشکده حقوق، فلسفه و سیاست شناسی آکادمی علوم جمهوری تاجیکستان

### چکیده

بالا رفتن نرخ اعتیاد در زنان یک واقعیت تلخ است، نمی توانیم استراتژی انکار و بی اعتنایی را در این زمینه پیش بگیریم. در حالی که اعتیاد زنان بنا به ملاحظات اجتماعی، دست اندرکاران مربوطه را از رویارویی مستقیم منع می کند. تا وقتی که مواجهه مستقیم با اعتیاد زنان صورت نگیرد نمی توان به نتایج موفقی در این زمینه دست یافت. هدف این مقاله گسترش راه های تفکر در مورد درک و درمان اعتیاد زنان می باشد. داده های مورد نیاز به روش کتابخانه ای جمع آوری و به روش فراتحلیل بررسی شده است. برای تبیین داده های ارائه شده از نظریه ی رشد استفاده شده است و نتایج در پنج سطح تنظیم شده و پیشنهاد اجرایی فراهم می آورد. نتایج مطالعات انجام شده نشان می دهد اعتیاد زنان از مناطق فقیر و حاشیه نشین به مناطق عام تر مانند باشگاه های ورزشی و سالن های آرایشی کشیده شده است. یکی از موانع درمان اعتیاد زنان برچسب های اجتماعی به آنان است و این مساله باید حل شود تا زنان جسارت مراجعه به مراکز درمانی را پیدا کنند. زنان معتاد حق دارند به عنوان معتاد شناخته شده و درمان شوند. فرصت ها و امکانات برابر برای زنان و مردان معتاد به معنی همسان بودن الگوی پیشگیری و درمان اعتیاد زنان و مردان نیست. این دیدگاه پیچیدگی هایی دارد. زنان با مردان در تجربه بی کنترلی در مصرف مواد یکسان هستند اما روند و شرایط اعتیاد آن ها یکسان نیست. پذیرش و مطالعه اعتیاد زنان به عنوان یک واقعیت اجتماعی، هم در پیشگیری و درمان و هم در بازپروری آنان مهم است و ضروری است با دیدی بلند مدت به این آسیب اجتماعی نگاه کنیم.

**واژه های کلیدی:** زنان، اعتیاد به سوء مصرف مواد، برچسب زنی، آسیب های اجتماعی

## مقدمه

پدیده اعتیاد از جمله مسایلی است که گریبان بخشی از جهان اجتماعی ما را گرفته و قربانیان زیادی به جوامع گوناگون تحمیل کرده است. برخورداری از جامعه سالم مستلزم شناخت و تشخیص مستمر نابسامانی های موجود و مخاطرات پیش رو در زندگی اجتماعی است طبق گزارش های جهانی سالانه دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC)؛ اعتیاد، برای زنان امروز در هر جامعه ای به عنوان معضلی حاد، در کمین است، از این رو احتمال سرایت چنین آسیب های اجتماعی و ناهنجاری های رفتاری از نظر مدیران کشوری نیز دور نمی ماند. در این راستا جهت پیشگیری و مداخله در سلامت عمومی دختران و زنان، دستیابی به شناخت گسترده برای اقدامات اساسی در چارچوب برنامه ریزی دانش محور از ضرورتی مهم برخوردار است. معتادان علاوه بر این که نیروی جسمانی و عقلانی خود را تحت اثر مواد مخدر از دست داده و در خدمت جامعه نیستند، قسمتی از نیروی جسمانی و امکانات اقتصادی را که می تواند در راه سازنده تری مصرف گردد، به خود اختصاص می دهد. به همین دلیل شناسایی عمیق ابعاد گوناگون این پدیده، کنجکاوی صاحب نظران را بر می انگیزد. اگرچه ممکن است از نظر عوامل خطر ساز، شباهت هایی میان زنان و مردان وجود داشته باشد ولی توجه به آسیب های اجتماعی زنان به دلیل نقش تربیتی که به عنوان مادر در استحکام بخشیدن نظام اجتماعی ایفا می کنند، همچنین تأثیر جسمی و وراثتی که در تولد و سلامت نسل های آتی دارند از اهمیتی افزون تری در سلامت جامعه برخوردار است. تفاوت هایی که زنان و مردان در نقشهای اجتماعی و فرهنگی دارند، ممکن است آنان را به سوی چالش های مختلف شخصی و محیطی سوق دهد. چنین تفاوت هایی ممکن است در چگونگی گسترش مسائل مواد مخدر در بین زنان و مردان، جستجوی درمان و نحوه پاسخ دادن آن ها نیز سهیم باشد. امروزه 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. علاوه بر عوامل سنتی همچون فشار مالی، خشونت، استعداد ژنتیکی و زمینه و وضعیت خانوادگی که در گرایش به مصرف مواد مخدر و محرک در زنان مؤثر است، نقش ها و مسؤولیت های نوین که زنان در جامعه و محیط خود دارند بر گرایش روزافزون آنان به مواد اعتیادآور مؤثر است. تغییر نقش ها و مسؤولیت ها، رفتارهای غیر قابل پذیرش اجتماعی مانند روابط خارج از زناشویی و درگیری در تجارت جنسی به آشفتگی بیشتر وضعیت زنان می انجامد. امروزه بیشتر از هر زمان دیگری زنان زیر بمباران تبلیغاتی تصاویر زنان غیر واقعی قرار دارند که این تصاویر، از مدل های تناسب اندام غیر معمولی در مجلات تا سلبریتی های دارای جذابیت های فوق العاده را شامل می شود. فشارهای جنسیتی و تأثیر فعالیت توزیع کنندگان مواد مخدر همسویی دارد. زنان در اقلیت های نژادی و خانواده های فقیر در عین حال بایستی چالش های بیشتری چون تبعیض نژادی و فقر و پیامدهای ناشی از این تمایز را نیز تجربه کنند.

زنان و دختران وابسته به مواد به دلیل شدت انگ از پیامدهای بدتری در مقایسه با همتایان مرد خود رنج می برند. آسیب های گسترده تری مانند خشونت خانگی، سوء استفاده جنسی، موقعیت پایین تر اجتماعی و پیشرفت کمتر تحصیلی را تجربه می کنند. انتظارات مرتبط با نقش های سنتی زنان شامل بارداری و مراقبت از خانواده بر آنها تأثیر سوء گذارده که منجر به ناتوانی اساسی زنان در رابطه با کنترل مصرف مواد شده است. مشکل دیگر، همزیستی زنان معتاد با مردانی است که وابسته به مواد بوده اند. این مردان اعم از پدر، برادر و همسر و حتی شریک جنسی یا عاطفی برای زنان هستند. زنان معتاد بیشتر از مردان معتاد شرم ناشی از مصرف مواد را تجربه می کنند. همه عواملی که احساس گناه را در این زنان تقویت می کند، با عزت نفس پائین در آنها همراه است. بر اساس نتایج پژوهش های پزشکی افراد با عزت نفس بسیار پائین به میزان زیادی در رفتارهای مرتبط با خطر عفونت و سایر بیماری ها درگیر می شوند (مجمع جهانی مبارزه با ایدز، ۲۰۰۹). در عین حال زنان معتاد به سبب ترس هایی که از نگرش و روابط اجتماعی دارند، اعتیاد خود را نادیده گرفته یا انکار می کنند و یا زنان مصرف کننده که به طبقه اجتماعی متوسط یا بالا تعلق دارند؛ صدای اعتیادشان را کسی نمی شنود.

به نظر می‌رسد ویژگی‌های فردی و محیط اجتماعی نسل جدید مصرف‌کنندگان، به طور مستقیم با بازار مواد اعتیادآور همخوانی دارد و بازار توزیع و عرضه این مواد به خوبی متقاضی را شناسایی کرده است. مثلاً از این واقعیت آگاه است که یک زن بدون تجربه سیگار کشیدن نیز می‌تواند مصرف کراک یا شیشه را آغاز کند یا این که هر جامعه‌ای می‌تواند بازار جدیدی برای تجارت سیاه این مواد گردد و این مهم موضوع اعتیاد را اهمیت بیشتری می‌بخشد.

دسته‌ای از علل و عواملی که در زمینه گرایش به مواد مخدر تاثیر دارند، خارج از کنترل فرد بوده و عوامل سازنده جامعه و خانواده فرد را به نوعی در بن بست قرار می‌دهند که راه فراری از آن نیست و فرد تصور می‌کند که به اجبار به اعتیاد آلوده می‌شود.

هدف این مقاله گسترش راه‌های تفکر در مورد پیشگیری و کنترل اعتیاد زنان می‌باشد تا فارغ از هرگونه جانبداری به ارائه تصویری مبتنی بر واقعیت در فضای علمی بپردازد. کلیه اسناد در دسترس عمومی و غیر محرمانه‌ی مرتبط با اعتیاد بازخوانی و فیش برداری شده و نتایج از جمع‌بندی و تحلیل آن ارائه می‌شود.

## ادبیات اعتیاد زنان

مسئله اعتیاد زنان تا سال‌های اخیر پنهان بوده است. پیدایش مواد اعتیادآور و سوء مصرف آن را باید در اجتماعات اولیه انسان‌ها جستجو کرد؛ ولی گسترش و اشاعه آن مربوط به چند سده اخیر است. به گونه‌ای که به عنوان یکی از معضلات و مشکلات مهم جامعه امروزی شناخته شده و عوارضی همچون اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی را در بر می‌گیرد. تاریخچه استفاده زنان از الکل و دیگر مواد اعتیادآور یکی از وقایعی است که یا نادیده گرفته شده و به جز در موارد استثنایی، داستان‌های تحریف آمیزی در مورد آن ارائه شده است. در گذشته نیز زنان الکلی یا معتاد وجود داشته‌اند اما حاضر به پذیرش این موضوع نبوده‌اند. همچنین متناسب با محدودیت اعتیاد در جامعه از جمعیت اندکی برخوردار بودند. طبق اسناد موجود در اواخر قرن نوزدهم زنان مصرف‌کنندگان ترکیبات گیاهی لیدی‌پینکام بودند. این ترکیب شربتی بود که آنگونه که برایش تبلیغ می‌کردند "سرخی را بر گونه‌های خانمها می‌انداخت" و این البته ناشی از سی درصد الکل آن بود. اگرچه می‌توانستند آن را به عنوان دارو مصرف کنند اما خانم‌های متشخص از آن در حضور مردان استفاده نمی‌کردند و خود مصرف‌کنندگان آن را به عنوان اعتیاد قبول نداشتند چون که اعتیاد نه شأن یک "خانم محترم" و نه از نظر اخلاقی قابل دفاع بود. زنان ممکن بود مریض شوند و داروهایی را به صورت مرتب مصرف کنند تا از درد و رنج آن‌ها بکاهند؛ اما نوشیدن الکل یا مصرف هر ماده اعتیادآور دیگر هرگز به عنوان یک دارو سفارش نشده بود. اعتیاد بیماری تلقی نمی‌شد و یک شکست اخلاقی و نشانه ضعف شخصیتی بود و دور از انتظاراتی بود که از یک زن ایده‌آل انتظار می‌رفت. نوشیدن الکل برای مردان در مراسم اجتماعی و فرهنگی صورت می‌گرفت و با خود مفاهیم تهاجم، استقلال و حاکمیت را در پی داشت و البته از مردان هم انتظار می‌رفت که توانایی کنترل نوشیدن خود را داشته باشند. پس آن طوری که ساندمایر (۱۹۸۰) بیان می‌کند، زنان مجبور بودند به طور مخفی به نوشیدن الکل رو آورند. تحقیق‌ها و ارجاعات اولیه بالینی زنان را زیر مجموعه‌ای در زیر سلطه مردان می‌نگریست. انکار، انگ و موقعیت فرودستی زنان در امریکا باعث به وجود آمدن گروهی از افراد الکلی گمنامی از زنان در سال ۱۹۵۳ میلادی به نام AA<sup>۲</sup> شد که مبتنی بر تجربه مردانه بود و عضو می‌پذیرفت. اما آن‌ها همیشه به دلیل تعداد کم و هم به دلیل نبود دید مربوط به اعتیاد زنان در موقعیت اجتماعی ضعیفی بودند. در متن مهمی که در سال ۱۹۶۲ میلادی به نام هریش<sup>۳</sup> منتشر شد از اعتیاد زنان به عنوان مشکل ویژه نامبرده شده و تجربه زنان نیز از اعتیاد جدای از تجربه مردان در نظر گرفته شده بود که البته اعتیاد زنان را انحرافی از آسیب شناسی طبیعی و اعتیاد مردان در نظر می‌گرفت.

<sup>۲</sup>Alcoholics Anonymous

<sup>۳</sup>Hirsch

تفکر معاصر به موازات جنبش های زنان در ربع آخر قرن بیستم از یک سو و گسترش کمی معتادان زن از سوی دیگر موجب گردید که اعتیاد زنان به عنوان یک پدیده مورد مشاهده و نظریه پردازی قرار گیرد. این نظریه های مربوط به اعتیاد زنان حول جنسیت دور می زند. دیدگاه جنسیتی اختلافات و تمایزات را روشن و سهل می کند. این نظریه ها برای درک مسئله اعتیاد خود به کمال رسیدند و دیدگاه های نظری جنسیتی را نیز کامل نمودند. همانگونه که کاوپنگتون به آن اشاره می کند که برابری به معنای همانند بودن نیست. زنان ممکن است نیازهای درمانی متفاوت نسبت به مردان داشته باشند. او همچنین بر اهمیت درمان فردی برای زنان تأکید می کند. قسمت عمده ای از تأکید بر جنسیت در سال های اخیر معطوف به از میان بردن انکار اعتیاد زنان بوده است و اگرچه در برابر چالشی که در مورد این انکار وجود دارد موفق بوده است، اما هنوز الکلی بودن زنان وجهه ایده آل و خوشایند زنان را زیر سوال می برد. اگرچه زنان امروزه به عنوان گروهی از معتادین شناخته شده- اند اما هنوز این انگ باقی مانده است که زنان معتاد شکست خورده اند که این مسأله برای مردان صادق نیست. مسأله مهم این است که چارچوب نظری را با دیدگاه جنسیتی اشتباه نگیریم زیرا در کشوری مانند ایران بنا به بیان معاون اجتماعی سازمان بهزیستی، ۱۰ درصد از جامعه ی معتادین را زنان تشکیل داده اند و این گسترش کمی ضرورت توجه به موضوع اعتیاد زنان را آشکارتر می سازد. (بینا زاده، ۱۳۹۹) با وجود پژوهش ها و تالیفاتی که انجام شده، در مورد زنان وابسته به سوء مصرف مواد مخدر و محرک نسبت به مردان وابسته به سوء مصرف این مواد، مدارک و پژوهش های کمتری وجود دارد. در بسیاری تحقیقات مربوط به این حوزه، زنان به عنوان گروهی جداگانه مورد بررسی قرار نگرفته اند. درک وسعت و کثرت اعتیاد و عوامل مؤثر بر سوء مصرف آن در بین زنان، نیازمند مطالعات چند بعدی و طولی است تا این مطالعات نقطه شروع سیاستگذاری و تعمیم شود.

در جهان سوءمصرف مواد همچنان در مردان شایع تر از زنان است. لیکن غلبه مردان در مصرف مواد از ۹۰ درصد در بعضی جوامع سنتی آسیایی و در کشورهای استقلال یافته از فدراسیون روسیه ۸۰ درصد و در برخی از کشورهای آمریکای لاتین ۷۰ درصد و در برخی از کشورهای توسعه یافته مانند انگلستان و آلمان تا ۶۰ درصد متفاوت است (دفتر کنترل مواد مخدر و پیشگیری از جرم سازمان ملل، ۲۰۰۲). با وجود نبود شیوع کمتر سوءمصرف مواد نزد زنان در اکثر کشورها، ذکر دو نکته حائز اهمیت است. اول آن که، شواهدی هست که نشان می دهد شیوع اعتیاد در زنان منطقه آسیای میانه و غربی که کشورهای مسلمان بوده و ساختار خانواده در آنها کم و بیش مشابه ایران است، رشد یافته است. دوم آن که، برخی از اطلاعات ذکر شده با وجود کاستی های پژوهشی در مطالعات طولی نشان می دهد که تعداد زنانی که در هر سال، آغاز کننده مصرف این ماده بودند، بیشتر شده و شدت اعتیاد نیز رو به وخامت است.

در سالهای اخیر، میزان اطلاعات تولید و منتشر شده در مورد وسعت و ماهیت اعتیاد افزایش یافته است. ولی به هرحال هرگونه نتیجه گیری در مورد روند تغییرات نیازمند مطالعات دقیق تر است. بررسی این پژوهش ها نشان می دهد که تألیفات مربوط به این رشته در چند دسته کلی قرار می گیرد. یک سری از این مطالعات مربوط به تألیفات تاریخی است مانند کتاب تاریخچه چپوق و قلیان اثر کسروی: ۱۳۳۵، تاریخ اجتماعی ایران از مرتضی راوندی و شهریباف: ۱۳۶۸ را می توان نام برد. دسته دیگر مطالعات مربوط به آمار مرتبط و شیوع اعتیاد در مناطق و کشورهای مختلف است مانند کتاب اطلس دخانیات ۲۰۰۲، دخانیات یک تهدید جهانی ۱۳۸۶، زنان در معرض ریسک مضاعف ۱۹۸۹، نگرش ایرانیان به مصرف مواد مخدر و ...، دسته سوم از مطالعات انجام شده به بررسی علل مؤثر بر مصرف با متغیرهای مختلف مانند نگرش، آگاهی، نقش خانواده، دوستان و همسالان، محیط مدرسه و ویژگی های مرتبط با فرد مانند سن، جنس، پایگاه اقتصادی، درآمد و نوع شغل می پردازد. مانند مروری تحلیلی بر گزارش آماری واحد پذیرش و پیگیری معتادان خود معرف کشور، کارگر: ۱۳۸۱، پژوهش های پیمایشی در شیوع شناسی مصرف مواد مخدر، سراج زاده: ۱۳۸۳، آگاهی زنان شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان نسبت به تأثیر استعمال دخانیات بر باروری، اکبری و دیگران: ۱۳۸۱ و ...

با وجود پژوهش های انجام شده پدیده ی اعتیاد نیز هر روز جنبه های جدیدتری برای مشاهده می یابد. برای مثال مصرف چند مخدری بین زنان ایرانی که حتی در مقایسه با الگوهای جهانی کم نظیر است و از جمله موضوعاتی است که تاکنون مورد

بررسی جدی قرار نگرفته است. به نظر می رسد وضع اعتیاد زنان در این منطقه ی آسیا به شدت متأثر از شرایط منطقه ای و بین المللی است که به آن توجه نشده و همیشه با خاص گرایی به آن نگاه شده است. بازار خرید و فروش آمفتامین ها بعد از تحولات سوریه به شدت زیاد شده و قرصی به نام کاپتاگون<sup>۴</sup> به لحاظ انرژی فردی و سود تجاری که دارد، کلا تحولات سوریه و عراق را می چرخاند. از طرف دیگر نامناسب بودن وضع اقتصادی یکی دیگر از دلایل رو آوردن به مصرف مواد ارزان، به روز و در دسترس مانند آمفتامین ها است. چون وقتی چرخه اقتصاد رسمی حذف یا ناکارآمد می شود، کنشگران اقتصادی و زنان به عنوان طبقه ی فرودست به اقتصاد سیاه از جمله اقتصاد مرتبط با مواد اعتیادآور رو می آورند.

توجه به این آمار که حدود ۸۰ درصد زنان معتاد در کودکی تحت سرپرستی پدر و مادر خود بوده اند (بهناز حاجی عسگر: ۱۲۶-۱۱۷) نشان می دهد اعتیاد زنان دارای ابعاد پیچیده خانوادگی است که پیش داوری درباره آن ممکن است خطای موثری در رهیافت های نظری و برنامه های اجرایی به وجود بیاورد. به دلیل پیش داوری و فرضیه های مرتبط با نابسامانی خانواده های طلاق، در جامعه ما پژوهش های فراوانی در زمینه طلاق صورت گرفته است. اما در خصوص خانواده های "آسیب زا" یعنی خانواده هایی ظاهراً در کنار هم زندگی کرده و مورد پذیرش و احترام اجتماعی هستند ولی اعضای آن روابط و کنش متقابل سالم با یکدیگر ندارند اطلاعاتی در دست نیست. به نظر می رسد چنین خانواده ای وظایف خود را برای نقش هایی که از او انتظار می رود، ایفا نمی نماید. در نتیجه خانواده های ظاهراً پذیرفته شده اجتماعی آثاری مانند اعتیاد زنان و دختران بر جای می گذارند که نتایج آن قابل بررسی است. چنین خانواده هایی در جامعه بدون اینکه احساس غیرعادی بودن کرده و مورد توجه و عکس العمل قرار گیرند موقعیتی برای پرورش آسیب های اجتماعی هستند. کیفیت روابط اعضای خانواده و دوستان خانوادگی در ابعاد مختلف شایسته بررسی و ارزیابی قرار گرفته و چگونگی سبک زندگی و هنجارهای خانوادگی از کمیت مختصات خانواده اهمیت بیشتری دارد. بدین ترتیب مشاهده می شود که خانواده و اعضای آن و روابط آنها با یکدیگر، هم در ایجاد اعتیاد و هم در درمان و پیشگیری از اعتیاد کاملاً مؤثر هستند. البته باید این بحث را بین دختران مجرد و زنان متأهل به دو گونه متفاوت بنگریم. برخی دختران جوان به علت فشار گروه و دوستان و کسب تجربه مصرف مواد مخدر از آن استفاده می کنند. درباره زنان معتاد متأهل، اعتیاد یکی از همسران قریب به یقین روی دیگری تأثیر می گذارد. معمولاً دختران مجرد معتاد جهت همراهی با مداخلات درمانی دچار مشکلات کمتری هستند و بار سنگینی بر دوش زنان متأهل است و آن مسؤولیت مهم فرزندپروری در کنار روابط همسری و خویشاوندی است. نتایج مطالعه مقایسه ای علل گرایش افراد مجرد و متأهل به مواد مخدر در شهرستان تهران در سال ۱۳۸۰ نشان می دهد که رابطه مستقیم معنی دار بین طول مدت اعتیاد و تأهل زنان معتاد وجود دارد. عودهای مکرر در هر مرحله از بهبودی، محافظت از جنین در صورت بارداری، نیاز به خدمات هماهنگ و اضافی در صورت تشخیص بیماری ایدز<sup>۵</sup> و تشخیص بیماری های همزمان از جمله موضوعات درگیر با بهبودی زنان متأهل معتاد می باشد. عواقب وخیم اعتیاد تنها، فرد معتاد را در بر نمی گیرد، بلکه معمولاً همسر، فرزندان، خانواده گسترده، دایره دوستان و همکاران و ... نیز در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهند گرفت و کار درمانی با خانواده یکی از راهکارهای مداخله درمانی زنان معتاد در ارتباط با موقعیت های ارتباطی آنان است. بهزیستی یک زن دربرگیرنده حوزه گسترده ای از روابطی است که با خانواده، دوستان، مشاوران و اعتقادات معنوی آنان بستگی زیادی دارد. بازشناسی مستمر نیازهای ارتباطی او برای پرورش و تثبیت روابط سالم ضرورتی اجتناب ناپذیر است. پیچیدگی سیستم روابط اجتماعی زنان بی خانمان، سالمند و زنانی که در ارتباط با محل کار خود مصرف کننده مواد اعتیادآور هستند نظریات مرتبط با اعتیاد زنان را گوناگونی بخشیده است. در این دسته از مطالعات انجام شده مشاهده می شود وضع زنان و مواد مخدر یکی از نشانگان جدی جهانی شدن است. بنابراین برای درک مسئله اعتیاد زنان نیاز است که فراتر از مشاهده و تحلیل با کمک تئوری های تک

<sup>۴</sup>Captagom

<sup>۵</sup>HIV

بعدی، اعتیاد زنان را در ارتباط با دیگر شرایط اجتماعی تحلیل کرده و پیامدهای هر نوع تغییر و وضعیت ساختارهای اجتماعی جامعه، مورد سنجش و دقت نظر قرار گیرد.

### رهیافت های نظری درباره اعتیاد زنان

تئوری های مبتنی بر دانش های تجربی و زیست شناختی بیان می کنند؛ بدن زنان از نظر زیستی نسبت به اثرات الکل، تنباکو و دیگر داروها حساس تر از بدن مردان است. تحریک پذیری ناشی از مصرف مواد مخدر در زنان به مراتب بیشتر از 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 داده (الکل و سلامتی زنان، ۲۰۰۳) و 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، ۱۳۸۲). پژوهشگران اظهار می دارند که زنان سریعتر از مردان نسبت به مصرف مواد وابستگی نشان می دهند، زنان به هنگام ترک اعتیاد نیز به دلیل دوره ماهیانه شان در مقایسه با مردان کمتر به معالجه و روان درمانی و حتی جایگزین کردن نیکوتین جواب می دهند. به طور کلی، مراحل و نحوه وابستگی به مواد مخدر در زنان با مردان متفاوت است. زنان مصرف کننده مواد از نظر زمینه ها و نیاز های روانی و اجتماعی ایجادکننده اعتیاد نیز با مردان معتاد تفاوت دارند. درخصوص تبیین این تفاوت ها از تئوری های گوناگونی استفاده شده است.

تحقیقات مکرر دلالت بر این دارند که رشد زنان در درون شبکه پیچیده خویشاوندی و روابط آنان بستگی مستقیم دارد. 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>۶</sup> و اضطراب<sup>۷</sup> سوق دهد. این شبکه خویشاوندی، به گروه همسالان فرد نیز گسترش می یابد. گروه همسالان یا همراهان که فشار و هنجارهای درون این گروه می تواند با اهمیت تر از خواست ها و هنجارهای خود فرد شود. سودمندی و همچنین زیان این روابط رفتار دختران و زنان را بیش از رفتار پسران و مردان تحت تأثیر قرار می دهد. به علاوه روابط با دوست جنسی در زنان بسیار حائز اهمیت است. اکثر زنان معتاد با دوستانی در ارتباط هستند که آنها نیز معتاد هستند. این دوستان، موانع جدی برای درمان خودشان و جفتشان هستند. زیرا زنان به سختی تحت تأثیر نگرش این دوستان یا زوج هایشان در زمینه درمان هستند. زنان دارای شریک جنسی معتاد اغلب در دنبال کردن درمان ناتوان هستند. یا برعکس در ارتباط با دوست یا جفت معتادشان، احتمال بیشتری دارد که آن ها را برای درمان تشویق کرده و در طی درمان و توان بخشی حمایت کنند. یک بررسی ملی درباره درمان زنان معتاد آمریکا، به این نتیجه رسید که زنان نسبت به مردان احتمال کمتری دارد که خانواده یا دوستانشان، آنها را به ترک اعتیادشان تشویق کرده و روابط خانوادگی یا روابط دوستانه حمایت کمتری از زنان در مقایسه با مردان به هنگام درمان به عمل می آورد. برای تحلیل جنبه های ارتباطی اعتیاد زنان این موضوع مطرح است که انسان تنها به وسیله قدرت های کشش روانی - جسمانی مرتکب عمل مجرمانه یا آسیب زا نمی شود بلکه سفارش، تلقین و سرمشق ها نیز باعث گرایش فرد به ارتکاب اعمال ضداجتماعی می شوند. در نظریه تبادل روانی، افراد با تقلید از عادات و رفتار دیگران، روابط اجتماعی خود را برقرار می نمایند. وضع روانی، هوش، آداب و رسوم در تقلید، نقش مؤثری ایفا می کنند و تأثیر محیط اجتماعی در کنار قدرت کنترل بر خود می تواند مورد بهره قرار گیرد. برخی از زنان به دلایل شخصی یا برای درمان نابسامانی های روحی، دردهای جسمی و یا به دلایل شخصیتی دیگری معتاد شده اند. ولی بسیاری از زنان برای وفق پیدا کردن با شرایط اجتماعی و خانوادگی خود دچار اعتیاد شده اند. کلید اصلی آسیب شناسی، قربانی کردن خود سالم و رفتار سالم به خاطر اعتیاد و سیستم اعتیادآور است. سادرلند در

<sup>۶</sup>Depression

<sup>۷</sup>Anxiety

نظریه پیوند افتراقی می گوید که افراد به این علت کج رفتار می شوند که تعداد تماس های انحرافی آنان بیشتر از تماس های غیر انحرافیشان است. این تفاوت تعامل افراد با کسانی که ایده های کج رفتارانه دارند نسبت به افرادی که از ایده های همنوایانه برخوردارند، در جامعه همسان و جهانی شده بیشتر است. نظریه انتقال فرهنگی نیز بر این نکته تأکید دارد که رفتار انحرافی از طریق معاشرت با گروه دوستان و روابط اجتماعی آموخته می شود. رفتار انحرافی مانند دیگر رفتارهای معمولی در اثر کنش متقابل اجتماعی با دیگران آموخته و اجرا می شود. این یادگیری هم مستلزم یادگیری تکنیک های ارتکاب جرم و ایجاد امکان، انگیزه و گرایش مناسب برای تبهکاری است. با توجه به نظریه حمایت گروهی و کژرفتاری وابستگی فکری، اخلاقی، رابطه ای و مادی خود به دیگران را از موجبات اساسی رفتار آدمی به طور کلی و کژرفتاری به طور خاص می توان دانست. هر برنامه پیشگیری و درمان برای زنان معتاد و حتی مردان معتاد بنا به نقش اعتیاد در دستاوردهای احساسی و ارتباطی معتادان در پیوند با اطرافیان خود می بایست مخاطبان خود را متوجه کند که برای وسیله ی مناسبی برای رسیدن به اهداف خود انتخاب نکرده اند و خطرات و ریسک جبران ناپذیری به وسیله اعتیاد به سلامت فردی و وابستگی اجتماعی خود وارد می سازند. در خصوص اعتیاد زنان سه نوع از وابستگی های معرفی شده در این نظریه می توان مورد بررسی قرار گیرد. وابستگی فکری و اخلاقی به دیگران به معنی این که نگرش و ارزش زنان معتاد به نگرش و ارزش دیگران مرتبط با وی بستگی مستقیم دارد. در واقع این امر ماهیت و جوهر پدیداری است که ما آن را فرهنگ می نامیم. فرهنگ یک جامعه برای زن معتاد دستگاهی یکپارچه به نظر نمی رسد بلکه هزاران خرده فرهنگ نیز در جامعه وجود دارد. یعنی هر گروهی برای خود فرهنگی دارد که در بسیاری موارد، همسان و همراه با فرهنگ عمومی نبوده و در مواردی با آن در ستیز است. این خرده فرهنگ ها هستند که به گونه ای بی- واسطه در افکار و روحیات فرد اثر می گذارند. بنابراین اعتیاد به عنوان یک کژرفتاری یا از گروهی که فرد عضو آن است یا از گروهی که فرد عضو آن نیست ولی بدان بستگی دارد، آموخته می شود. وابستگی رابطه ای به خاطر نیاز انسان به برقراری روابط اجتماعی خاص با دیگران اعم از توجه، تحسین، احترام، حمایت و حتی سلطه است. هرچند وابستگی رابطه ای در همه مردم یکسان نیست ولی مشترک است و همگانی ترین پاداش و مجازات های اجتماعی براساس آن شکل می گیرد و از متداول ترین تبیین ها برای بزهکاری است که در خصوص زنان معتاد نیز قابل استناد می باشد. بالاخره، بیشتر مردم تغییر در رفتارشان را مشکل می یابند. این امر به ویژه در مورد رفتارهایی که دارای جنبه ها و اجزاء بیولوژیکی، محیطی و روانی هستند، مانند اعتیاد به مواد اعتیادآور و الکل صادق است. بین مردان و زنان براساس وابستگی نیز تفاوت هایی مشاهده می شود: زنان به دنبال وابستگی و ارتباط به عنوان راهی برای یافتن هویت زنانه خود هستند، در حالی که مردان به دنبال جدا شدن و تفرّد به عنوان راهی برای یافتن خود و هویت مردانه خویش هستند. این امر مهم در روند معتاد شدن و شیوه های بهبود و پیشگیری تأثیر مهمی دارد. برای مثال، مردان احتمالاً در برخورد با استفاده از داروهایی مانند کوکائین و آمفتامین راحت تر هستند. زنان این مواد را به عنوان ابزارهایی برای غلبه با مشکلاتشان مانند افسردگی یا اضافه وزن توجیه می کنند و به آن وابسته می مانند. در کل، مردان احتمال بیشتری دارد که اختلالات ضد اجتماعی و یا اختلالات تکانه ای داشته باشند در حالی که زنان احتمال بیشتری دارد که به افسردگی، هراس و اختلالات غذایی دچار شوند. هم زنان و هم مردان نیاز دارند که از وابستگی آسیب شناسانه خود جدا شوند تا بتوانند به عنوان افرادی سالم رشد کنند. جدا شدن از وابستگی نا سالم در خلاء صورت نمی گیرد و باید با مطالعه و برنامه ریزی همدلانه انجام شود. هم مردان و هم زنان معتاد وابستگی غیرسالمی دارند که لازم است از آن جدا شوند و هر دو نیازمند وابستگی سالمی هستند که آن ها را در بهبودی توانا سازد. هم مردان و هم زنان نیاز به کمک دیگران دارند، آنها با کمک گرفتن از بیرون از خود از وابستگی آسیب شناسانه اعتیاد جدا می شوند و به وابستگی سالم برای بهبودی یافتن از اعتیاد می پیوندند.

انگ جامعه نسبت اعتیاد و شرم معتاد نسبت به خود دو عامل همبسته و موثر در مغفول ماندن جامعه از اعتیاد زنان است. در حالی که الگوهای مختلف سوء مصرف مواد مخدر، به در دسترس بودن این مواد بستگی دارد، جامعه معتقد است که اخلاقیات در انسان ها قادر است امیال و انگیزه های آنها را کنترل کند. بنابراین اعتیاد به عنوان رفتاری غیر اخلاقی محکوم است. این نگرش فرهنگی به اعتیاد، مانع اجتماعی برای درمان زنان معتاد می باشد. تفاوت مهم بین دیدگاهی که اعتیاد را نوعی سوء

رفتار اخلاقی یا دیدگاهی که اعتیاد را نوعی بیماری می داند، موضوع کنترل اعتیاد برای زنان است. اغلب افراد، اعتیاد را به عنوان یک موضوع اخلاقی و نه یک بیماری مدنظر دارند و معتاد را محکوم می کنند که قدرت وارد نشدن در رفتار غیر اخلاقی را ندارد و این انگ اجتماعی را گسترش می دهند که معتادان نمی تواند رفتار غیر اخلاقی خود را متوقف کند. نگاه جامعه به زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد، متفاوت است چرا که جامعه به این زنان به عنوان "دوچندان منحرف" نگاه می کند: 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 می کنند. لذا احتمال بیشتری دارد که زنان وابسته به سوء مصرف مواد، نسبت به مردان وابسته به سوء مصرف مواد، برچسب بخورند. مصرف مواد غیرقانونی در میان زنان، نقش های سنتی مورد انتظار از آن ها در جامعه به عنوان مادر و همسر را به چالش می کشد. لذا انگ زدن به زنان مصرف کننده مواد، که منجر به عدم حضور آنها در جامعه و پنهان نگهداشتن مصرف مواد از دیگران می شود، دستیابی به خدمات را برایشان دشوار می سازد. اقدامات درخصوص زنانی که مواد مخدر مصرف می کنند و یا الکل می نوشند اساساً قضاوت گونه، سرزنش گرانه و غیر همدلانه است و موجب افزایش نادیده گرفتن واقعیت می شود. هنگامی که به زنان معتاد اغلب منفی تر از مردان انگ اعتیاد زده می شود، این امکان تقویت می شود که به جای پذیرش مسئولیت خود در بهبودی، یا از اعتیاد خود دفاع کنند و یا هویت خود به عنوان معتاد را باور نمایند. در هر صورت این نگرش های اجتماعی درباره ناپسند بودن زن معتاد و باور اعتیاد به عنوان یک مشکل اخلاقی، یک مانع عمده در درمان آن ها است. حتی زنانی که می دانند از یک بیماری رنج می برند، این مشکل دلهره آور را که دیگران مشکل آن ها را نمی پذیرند با خود دارند. آن ها می ترسند با پذیرش مسئولیت اعتیاد خود و ورود به عرصه بهبود، حمایت عاطفی یا اجتماعی و اقتصادی خانواده، شریک زندگی یا کارفرمایشان را از دست بدهند و یا حداقل آنها را در درمان حمایت نکنند. مسئولیت مراقبت از بچه ها و دیگر وظایف سنتی زنان در خانه نیز برخلاف نگرش رایج جامعه و بر اساس مطالعات میدانی می تواند مانع از درمان اعتیاد زنان شود. زیرا آن ها قادر به پرداخت هزینه نگهداری از فرزندانیشان به هنگام درمان نیستند. این در حالی است که درمان اعتیاد امری بلندمدت است. این زنان اغلب از این که بار نگهداری فرزندانیشان به دوش خانواده یا دوستانشان می افتد مشکل دارند و احساس ناراحتی می کنند و درباره امکانات لازم برای نگهداری درست و سلامت فرزندانیشان نگران هستند. مانع سنتی دیگر در درمان زنان عبارت است از شرمی که آن ها در طرح مشکل خود با دیگران دارند؛ این غیرممکن است که در جامعه ای زندگی کنیم ولی برخی یا بیشتر ارزش ها و نگرش های آن جامعه را در خود جذب نکنیم. این ادراکات و نگرش های درونی شده می تواند موانع روانی در درمان اعتیاد محسوب می شود. زنان بسیاری این عقیده متداول و رایج را درونی کرده اند که اعتیاد یک سقوط اخلاقی است، به همین دلیل از درمان خود اجتناب می کنند و فکر می کنند که خودشان می توانند و باید 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. احساس شرمندگی، زنان را مجبور می سازد 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. مطالعات موجود در جامعه ایران نیز بیانگر این است که اعتیاد در بین زنان تابع الگویی پنهانی است. منظور از مصرف پنهانی، مصرف در تنهایی و خلوت و داشتن واهمه از حضور دیگری در حین مصرف آن است. زنان مانند مردان به صورت آشکار و علنی مبادرت به مصرف مواد اعتیادآور نمی کنند. بنابراین آمارهای موجود نمی تواند بیانگر جمعیت واقعی معتادان در بین زنان باشد و در برگیرنده جمعیت پنهان مصرف کنندگان نیست. البته این به معنای رفع تسلط مردان در اعتیاد زنان نیست. زیرا همچنان حضور یک مرد در کنار زن مصرف کننده مشاهده می شود. مصرف پنهانی مواد اعتیادآور جنبه های دیگری نیز دارد، از جمله ناآگاهی نسبت به امکان و عوارض اعتیاد برای زنان است. این ناآگاهی جمعی که ممکن است زمینه اعتیاد زنان را جدی نگیرد و پس از وارد شدن به مرحله ی ابتلا به آسیب اجتماعی درصدد مقابله با آن بریباید وجود دارد. در سطح فردی نیز زنان از روی ناآگاهی ممکن است در دام معتاد شدن قرار بگیرند. مطالعات زنان نشان داده است که یک مانع عمده درمان، فقدان آگاهی از سختی و دشواری اعتیاد است. زنان نسبت به مردان حتی در دوره معاصر به احتمال بیشتری نشانه های اعتیاد را با مشکلات طبی و



روانی اشتباه گرفته و یا آن را به عنوان راهی برای پاسخگویی به فشارها فرض می کنند. فقدان دانش درباره نشانه های اعتیاد نیز موانعی را به وجود می آورد. زیرا زنان بیشتر تمایل دارند درمان را از طریق نظام بهداشت روانی دنبال کنند، تا این که از امکانات درمان اعتیاد بهره گیرند.

زنان علاوه بر نقش های سنتی خود، یعنی نقش های مادری و همسری، نقش های جدیدی نیز در نتیجه تغییرات اجتماعی و اقتصادی عهده دار شده اند. تنش ها و آسیب های 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 و مدرنیته را نیز می توان در زمره بسترهای گسترش اعتیاد زنان به شمار آورد. زنان امروزه از نظر فکری با موقعیت تمایز و تشابه با مردها بصورت همزمان رو به رو هستند. دیدگاه زنان مربوط به نهی از معتاد شدن و خود را معتاد محسوب کردن، اغلب در تضاد با تجربه اجتماعی مرتبط با مبارزه طولانی زنان برای برابری با مردان است. به ویژه زنان جوان تر به گونه ای پیچیده تخلف از هنجارهای اجتماعی را نوعی رفتار برابر با مردان در موقعیت مشابه تصور می کنند. این تناقضات موجود می تواند باعث ایجاد تعارضاتی برای زنان شود که موانعی را برای پذیرش و درمان اعتیادشان به همراه داشته باشد. پیچیدگی این تناقض نظری در موضوعات شامل معانی مختلف مفهوم اکتساب قدرت، ادامه برچسب و نگاه کردن به زنان در چارچوب جنس دوم است. ایده کسب قدرت برای زنان در رابطه با موقعیت اجتماعی، سیاسی، اقتصادی شامل مقابله با وضعیت موجود، بخصوص نابرابری و برتری مردان و فشار شدید آنان برای تغییر و بدست آوردن برابری است. این چالش شامل مقایسه گذشته با حال مستلزم تیزبینی و تحلیل آنچه ممکن است نابرابر یا ناعادلانه قلمداد شود می باشد. تمرکز بر نیاز به قدرت و موقعیت برابر می تواند متضمن این نکته باشد که افزایش قدرت زن در ارتباط با مرد محدودیتی ندارد و دستاویزی برای رقابت در ورود به عرصه های آسیب های اجتماعی گردد. در حالی که اکتساب قدرت زن و بهبودی در اعتیاد از نظر روند اکتساب قدرت در عرصه های اجتماعی، سیاسی و اقتصادی متفاوتند. زنانی که در کوشش برای کسب قدرت هستند زمانی که خواهان نجات از اعتیاد می شوند با تعارضی داخلی دست به گریباند که نمی تواند با تمایل آنان برای کسب قدرت بیشتر رفع شود. اما این امر مستلزم بازسازی روابط آن ها با خودشان است. یعنی ابتدا با پذیرش ضعف نسبت به مواد، زندگی خود را بر صداقت و مسئولیت شخصی استوار نمایند که منجر به پیروزی از نوع دیگری و آزادی از سلطه یک واقعیت خطرناک می شود. پذیرش فقدان کنترل بر خود، تسلیمی انفعالی نیست بلکه روندی تناقض آمیز به سوی استقلال است. زنان و مردان ممکن است برای مواجهه با جایگاه قربانی و بی مسئولیتی، دوباره به نوشیدن و مصرف مواد مخدر روی آورند اما فقدان کنترل بر اعتیاد در نهایت مسئولیتی فردی است. مسأله اصلی برای هر دو جنس پذیرش عاملیت و مسئولیت شخصی در اعتیاد و معتاد شدن بدون در نظر گرفتن عوامل دیگری از قبیل عوامل فیزیکی، معاشرتی، اجتماعی و فرهنگی است. کسب قدرت، کسب هویت خود است که نتیجه مستقیم پذیرش فقدان کنترل و درگیر شدن در فرایند بهبودی است. مردان تجربه عدم کنترل را به عنوان مقوله ای مردانه تجربه می کنند، یعنی عدم موفقیت رقابتی در ارتباط با دیگر مردان که بدون داشتن کنترل به مصرف الکل ادامه می دهند. بازنده ها و برنده هایی وجود دارند که در آن برنده، مردان دارای کنترل هستند. در این حال زنان تنوع زیادی را در ارتباط با معانی عدم کنترل و موفقیت دارا هستند. در فرایند زندگی زنان، تعاملات اجتماعی همانند مردان رقابتی است با این تفاوت که زنان در کشمکشی برای به دست آوردن قدرت در برابر زنان و مردان هستند. زنان معتاد همچنین در مبارزه برای کسب قدرت در برابر از میان رفتن کنترل در درون خود هستند. در ارتباط با تجربه ناتوانی در کنترل مصرف، الگوی نظری رشد مسیر طبیعی اعتیاد و بهبودی را بر پایه این ویژگی اصلی و مشترک معتادین بیان می سازد که اعتیاد در درون خود فرد برای کنترل خود معنی می شود که این تعارض درونی موجب پیچیده شدن مداخلات ساده عوامل محیط بیرون فرد می شود. زن معتاد دچار کشمکشی در درون خود برای پذیرش ناتوانی در کنترل خود و مقابله با مصرف مواد اعتیادآور است بنابراین در نهایت یک برنده و یک بازنده وجود ندارد. مهاجم و قربانی یکی است. درک زنان به واسطه خودشان نه به وسیله مقایسه با مردان و نه با یکسان انگاشتن همه زنان، میسر است. فردی کردن ارزیابی ها و درمان ها برای زنان و شناخت عوامل چندگانه موثر بر اعتیاد ضروری است، بیان این نکته مهم است، اگرچه ممکن است تکان دهنده باشد که عدم کنترل، به عنوان یک تعریف و تجربه، دقیقاً برای مرد و زن یکسان است.

اعتیاد ناتوانی در توقف به طور قابل توجه و قابل پیش بینی در استفاده از ماده یا رفتاری است که زمانی آغاز شده است. آن چیزی که بین زن و مرد معتاد مشترک است احساس نیاز غیر قابل کنترلی است که به ماده اعتیادآور وجود دارد. آن چیزی که اختصاص به زنان دارد درک، نگرشی و موضعگیری آنان نسبت به این ناتوانی است.

تعریف انتخاب درست برای زن پر از تعارض و پر از مناقشات فرهنگی است. سطح آشکار زندگی و روابط واقعی در بسیاری از موقعیت ها دچار تناقض می باشد. زنان در حال کشمکش با نیازها و انگیزه های بسیاری هستند که نمی توانند آن ها را به صورت خودآگاه درآورند و یا حل کنند. همه انواع تعارض های داخلی در افراد می تواند با درمان و بهبود تداخل پیدا نماید و این در صورتی است که زن این تعارضات را تشخیص ندهد و مسئولیت آن ها را نپذیرد. اعتیاد از یکسو موجب می شود معتاد بر احساس ناکافی بودن و عصبانیت خود غلبه کند، هرچند بعد از مدتی مصرف و باور به اعتیاد احساس گناه می کند. تجربه احساسات متناقض درک آنچه که کاملاً منفی است را مشکل می سازد. به نظر می رسد بدون یک اجتماع درمانی و فرهنگی نسبت به واقعی و طبیعی بودن تعارض نمی توان مسئله اعتیاد زنان را مورد بررسی قرار داد. برای مثال زنی که با چندین بچه خردسال، به استفاده و فروش مواد مخدر مشغول است، اگرچه می داند این به معنی بازگشت اتوماتیک به زندان است. او از این رنج می برد که بچه ها از این موضوع آسیب می بینند ولی ورود به عرصه بهبود نیز او را از درآمد و همراهی فرزندانش محروم می نماید.

در جامعه ای که از سنت به مدرنیته و اکنون به پسامدرنیته در حال گذار است اعتیاد به ویژه اعتیاد زنان پیچیدگی بیشتر می یابد. اگر در جامعه ای سنت حاکم باشد، گزینه های عمل برای افراد از پیش توسط سنت تعیین شده است. البته، این بدان معنا نیست که جامعه سنتی دچار آسیب نمی شود، ولی به هر حال گستره و میزان آن به نسبت قابل اعتنا نبوده و چالش های پیش رو قابل پیش بینی است. اما در زمانه پساسنتی، دیگر چندان به میراث گذشته نمی اندیشیم و با آینده باز و امکان انتخاب های گوناگون و ناشناخته تر رو به رو هستیم (گیدنز، ۱۳۸۴: ۳۰). در دوره پسامدرنیته که در پیش روی جامعه است افراد باید در مورد بسیاری از چیزها از جمله تعیین هویت شخصی و اجتماعی خود تصمیم بگیرند. در اثر وقوع چنین فرآیندهای شخصی است که وقتی سنت نتواند برای افراد کاری کند، ترکیب قدرتمندی از رهایی و نگرانی شکل می گیرد، زنان از برخی قید و بندهای قدرت مشخصه سنت گرایی اخلاقی و اشکال سنتی هویت شخصی و جنسیت در گذشته آزاد شده اند با این حال، مانند همه تغییرات، در سنت زدایی زندگی روزمره طرف تاریکی وجود دارد و آن وسوسه و اجبار در بخش بی حفاظ امکانات و توانایی های رها شده شخصی است. انسان مدرن همواره در معرض انواع شوک های فرهنگی قرار دارد و جهانی شدن در عین این که بهره های بسیاری دارد احتمال خطر را بالا می برد. ریسک همیشگی در زندگی محتمل بوده است. آن چه تغییر کرده، ماهیت ریسک است. در این حالت، ما از دوره ی ریسک خارجی یا عدم قطعیت اجتماعی به دوره ی ریسک تولید شده به وسیله خود دچار می شویم. البته تفاوت وجود دارد بین خطر کردن ارادی و خطرهایی که در قید و بندهای زندگی اجتماعی یا الگوهای زندگی نهفته است. محیط های آکنده از خطرهای نهادینه شده، موقعیت هایی فراهم می آورند که در متن آن ها افراد می توانند حتی در مورد جان خود نیز خطر کنند. ادامه اعتیاد به رغم آگاهی از خطرهای مسلم آن برای سلامتی، ممکن است نشانه نوعی بی باکی اقناع کننده فردی باشد ولی نوعی اجبار نامرئی از سوی جامعه نیز می تواند باشد.

از جمله نکاتی که فراتر از علل گوناگون اعتیاد مشاهده شده مسئله خشونت علیه زنان است. بنا به تحقیقات مؤسسه دانشگاهی در امریکا که تجربه ی اعتیاد زنان در آن جامعه از قدمت و گستردگی برخوردارست، بیان می شود زنان معتاد به اندازه ی معناداری بیشتر از همه ی افراد جامعه مورد خشونت قرار می گیرند و همچنین همگی در گذشته ی خود نوعی از خشونت را تجربه کرده اند. بنابراین بودن تجربه خشونت نزد زنان معتاد، لازم است خدمات ترک اعتیاد برای در هر جامعه ای عاری از هر گونه خشونت و تنبیه باشد. این تحقیقات نشان می دهد که درمان زنان معتاد در صورتی که در یک محیط آرام و توأم با حمایت برای مدتی معین و ادامه دار انجام شود، نتیجه آن بسیار موفقیت آمیزتر خواهد بود. تحقیقات میدانی نشان می دهد که زنان معتادی که برای حداقل یک ماه تحت درمان و بازتوانی و برای مدت حداقل یک سال تحت نظارت پس از ترک و

مشاوره قرار می گیرند تا حد بسیار قابل توجهی از انجام فعالیت های غیرقانونی از جمله مصرف دوباره مواد مخدر و انجام رفتارهای پر خطر مصون می مانند. اگرچه میزان موفقیت درمان های طولانی مدت بسیار زیاد است اما درمان کوتاه مدت زنان معتاد نیز به خودی خود در کاهش مصرف مواد مؤثر است.

### نتیجه گیری:

محققان توافق دارند که برخی از افراد یک ضعف ژنتیکی و فردی نسبت به بزهکاری و اعتیاد دارند ولی ضعف ژنتیکی به تنهایی موجب گرایش بزهکارانه نمی شود. مشاهده نشده که کسی بطور مستقل تصمیم بگیرد که معتاد شود. در عوض، ترکیب عوامل روان شناختی و اجتماعی برخی زنان را نسبت به اعتیاد از دیگر زنان آسیب پذیرتر می سازند. اگرچه فرد به تنهایی به این کار مبادرت می ورزد، ولی آیا فرد به تنهایی و به خودی خود این نیاز را احساس می کند و خود می داند به چه ماده ای دقیقاً نیازمند است و یا چه چیزی نیاز را در او می آفریند. الگوهای مختلف سوء مصرف مواد مخدر، به در دسترس بودن این مواد بستگی دارد. افراد معمولاً به این دلیل معتاد می شوند که نخست مصرف مواد احساس آن ها نسبت به خود و یا وابستگی های اجتماعی خود را بهتر از زمانی می سازد که این مواد را استفاده نکرده اند. حتی زمانی که این احساس خوب از بین می رود، میل و نیازی شدید و یا میل به احساس طبیعی بودن، فرد را به مصرف مواد می کشاند. زندگی بدون مواد مستلزم ایجاد تغییرات عمده در سبک زندگی است و از آن جا که ایجاد چنین تغییراتی مشکل و دشوار است، مقاومت در برابر تغییر یک مانع مهم در راه درمان است. زنان برای ورود به عرصه درمان و بازتوانی با موانع متعددی روبرو هستند. مشکلات مالی، عدم برخورداری از روابط اجتماعی مناسب و محدودیت در خدمات رسانی به زنان از جمله این موانع محسوب می شود. علاوه بر این، زنان اغلب در هنگام ترک اعتیاد شوهرانشان، بیشتر حامی و پشتیبان هستند تا شوهران و خانواده هایشان به هنگام تلاش زنانشان برای ترک اعتیاد. با توجه به این که زنان معتاد انگ های شدیدتری را نسبت به مردان معتاد تجربه می کنند اعتیاد زنان از الگوی غالب پنهانی برخوردار است و حتی آمارها و پژوهش های میدانی مرتبط با اعتیاد زنان از محاسبات کمتر از میزان واقعی و جهت دار برخوردار است.

تفاوت های زیادی، هرچند در معانی مرتبط با روند اعتیاد و بهبودی و دیگر موضوعات و تعارضاتی که مردم با آن روبرو هستند وجود دارد که به صورت زیادی معانی همراه با اعتیاد و بهبودی و تجربه زنان و مردان از اعتیاد را متفاوت می سازد. مداخلات، انتخاب های درمانی و زمان لازم برای بهبودی آن ها نیز با هم مختلف هستند. برای درک این تفاوت ها و حتی تناقض ها در موضوع اعتیاد زنان بنیادهای نظری بسیاری در کنار دستاوردهای مطالعاتی موجود می تواند یاری برساند که هریک جنبه ای از موضوع اعتیاد زنان را روشن می سازند. مطالعه همه جانبه موضوع اعتیاد زنان نشان می دهد امروزه همه جوامع در خطر رویارویی با چالش گسترش اعتیاد زنان می باشند. زنان راه درازی را برای پذیرش "حقوق" خود توسط مردان طی کرده اند. حق این که به عنوان بیمار مبتلا به اعتیاد شناخته شوند و هم این که حق درمان اعتیادشان را داشته باشند. به نظر می رسد راه دشوارتری را برای دانش محوری در بهره مندی از حق سلامت فردی و اجتماعی در ارتباط با خود در پیش رو دارند.

با تحلیل الگوهای نظری که اعتیاد زنان را تبیین می کند، می توان برنامه های پیشگیرانه و مداخله درمانی مؤثری تدوین کرد. مدل نظریه رشد درک بیشتری از روند اعتیاد به ویژه اعتیاد زنان فراتر از انگ زنی و تقابل جنسیتی را فراهم می سازد. در این دیدگاه به موضوع فقدان کنترل در معتاد شدن توجه می شود. با این دیدگاه می توان تفاوت های بارزی را بین مردان و زنان در آن چه که اعتیاد و بهبودی تلقی شده و از حیث چگونگی معنی کردن اعتیاد بیان کرد. زنان در تجربه نداشتن کنترل بر مصرف مواد با مردان یکسان هستند اما معانی و شرایط نداشتن کنترل بر مصرف نزد آن ها یکسان نیست. فهم تفاوت های بین زنان هم مهم است و درمان هر فرد مختص خود او است و باید با دیدی طولانی مدت به آن نگاه کنیم. بنا بر مطالعه تحلیلی نظریات گوناگون مرتبط با اعتیاد می توان گفت که تجربه نداشتن کنترل بر مصرف با گسست فرد از وابستگی اجتماعی سالم و همنوایی با کجروی اجتماعی است. اگر کنشگر اجتماعی نتواند رفتار متناسب و مورد انتظار یک موقعیت را از خود نشان دهد، او را شخص منحرف می شناسیم. اگر این گونه انحرافات خارج از نظارت معیارهای اجتماعی ادامه یابد، جامعه با تهدید از هم

گسیختگی روبرو می شود. بنابراین وجه دوم مؤثر بر کنترل اعتیاد زنان کنترل اجتماعی است که منجر به یکپارچگی بیشتر جامعه شده و اقتدار ناشی از یکپارچگی، عامل بسیار مؤثری در پیشگیری از انحراف و بزهکاری متأثر از ساختار و سازمان اجتماعی و گروه هایی است که شخص به آن تعلق دارد و وجه دیگر، کنترل های روان شناختی داخلی که هر کس بر خود وارد می کند. تفاوت های فرهنگی و سنی در زنان، عواملی که خطر اعتیاد برای زنان را به همراه دارد را همانند رفتارهای ناشی از اعتیاد، تحت تأثیر قرار می دهد. ولی در مجموع هر دو وجه اجتماعی و فردی برای پیشگیری و بهبود اعتیاد زنان زمانی کارایی لازم را خواهد داشت که زن به عنوان کنشگر اجتماعی فارغ از انگ بر وضعیت شخصی و موقعیت اجتماعی آگاهانه و یا ناخودآگاه برخوردار بوده و امکان کنش و ارتباط سالم هویتی و اجتماعی برای وی فراهم گردد.

مبنای نظری بر پایه جمع بندی مطالعات انجام شده، نمودار مدل تبیینی اعتیاد زنان را در پنج بخش بیان می دارد: بخش اول شامل چهار متغیر بیگانگی اجتماعی نسبت با جامعه سالم، نابسامانی در خانواده زناشویی یا شریک جنسی، پیوستگی اجتماعی با جامعه کج رو و نابسامانی در خانواده منشأ به اصطلاح خانه پدری و تولد است که به طور مستقیم بر متغیر وابسته مدل یعنی اعتیاد زنان تأثیر می گذارند. بخش دوم مدل مربوط به متغیرهایی است که از طریق متغیر وابسته میانی اول یعنی نابسامانی در خانواده زناشویی یا شریک جنسی با یک واسطه بر متغیر وابسته نهایی یعنی اعتیاد زنان تأثیر می گذارند و عبارتند از متغیرهای میزان بیگانگی و پیوستگی اجتماعی با کل جامعه به عنوان جامعه سالم و خرده اجتماع دارای ناهنجاری اجتماعی و بزهکار به عنوان جامعه کج رو است. بخش سوم مدل مربوط به نابسامانی در خانواده منشأ می باشد که با یک واسطه بر متغیر نهایی، تأثیر می گذارد. بخش چهارم مدل، مربوط به متغیرهای فرعی شامل پایگاه اقتصادی-اجتماعی است که از طریق متغیر وابسته میانی سوم یعنی پیوستگی اجتماعی با جامعه سالم بر متغیر وابسته نهایی تأثیر می گذارد. بخش پنجم مدل مربوط به متغیرهای فرعی پیوندهای مذهبی و پایبندی به هنجارهای اجتماعی است که از طریق متغیر وابسته میانی چهارم یعنی نابسامانی در خانواده منشأ بر متغیر وابسته نهایی یعنی اعتیاد زنان می گذارند.

از یکسو با وجود تمامی هزینه های مالی، جانی و اعتباری که اعتیاد برای زنان به همراه دارد، شاهد روند افزایشی آن در مجامع عمومی و به خصوص در جمعیت زنانه ایم. از سوی دیگر نتایج پژوهش های میدانی نشان می دهد که ۸۸ درصد زنان مورد مطالعه اظهار داشته اند بعد از ترک اعتیاد می توان رضایت خاطر و نشاط از دست رفته را به دست آورد. این نگرش مثبت، اهمیت و کارایی توجه به پیشگیری، مداخله و درمان اعتیاد زنان را نمایان می سازد. درحالی که در بسیاری از کشورهای در حال گذار از سنت به فرهنگ جهانی علی رغم وجود تهدید برای اعتیاد زنان، خدمات اختصاصی برای آن ها وجود ندارد و حتی برخی از خدمات و مراکز فقط به مردان اختصاص دارند. توقع این که تمام مراکز درمانی، خدمات و مراقبت های تأثیرگذار همانند و همسانی برای زنان تهیه کنند، واقعی نیست. ولی برای برنامه های پیشگیری و درمان، آگاهی و توجه به تفاوت های عمده جنسیتی مهم است. با تأکید بر رایج ترین مشکلات مورد مشاهده، انواع مختلف برنامه های پیشگیری و مداخله درمانی که به نیازهای ویژه زنان و دختران معتاد پاسخ دهد، می تواند طرح ریزی شود. این خدمات حمایتی بر اساس مطالعات میدانی در ایران و سایر جوامع به شرح زیر معرفی می شود:

مراقبت پزشکی متناسب با شرایط و نیازهای جسمی زنان، تأمین حداقل های ضروری خوراک، پوشاک، پناهگاه اسکان، هزینه ایاب و ذهاب برای مراجعه به مراکز درمانی و مشاوره ای، مشاوره و آموزش شغلی، آموزش سواد، مشاوره و آموزش مهارت های لازم برای نگهداری فرزندان، امکان مراقبت از فرزندان در طول درمان، خدمات برنامه ریزی خانوادگی و مشاوره زناشویی، یاری رسانی قانونی، خدمات حمایت اجتماعی، امکان ارزیابی و خدمات سلامت و بهداشت با رعایت حریم خصوصی و احترام اجتماعی.

## منابع

۱. آفرین زاد، نفیسه ( ۲۷ تیر ۱۳۸۸). ردپای مردان در اعتیاد زنان، تهران: روزنامه اعتماد ملی. ص ۱۸
۲. استراسنر و همکاران(۱۳۹۱). مجموعه مقالاتی درباره جنبه‌های بین‌المللی نحوه اقدام مددکاری اجتماعی در اعتیادها، ترجمه جلال صدرالسادات، علی دلیری‌همپا و لیلا صدرالسادات، تهران: اطلاعات: ستاد مبارزه با مواد مخدر. دارای ۲۰۴ص
۳. امین الاسلامی، فریده (۸۵/۴/۲۹). موانع درمان زنان معتاد، تهران: روزنامه سرمایه. ص ۱۲۴
۴. بینازاده، محمد (۱۶مهر ۱۳۹۹). شتاب تصاعدی اعتیاد زنان. تهران: نشریه الکترونیکی ایران اجتماعی
۵. توحیدیان رقیه (۱۳۸۸). تاثیر برچسب‌زنی بر گرایش دانشجویان دانشگاه مازندران نسبت به رفتارهای انحرافی [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]، به راهنمایی اکبر علیوردی‌نیا و استاد مشاور حیدر جانعلی‌زاده، اساتید داور نادر رازقی، قربانعلی ابراهیمی، مازندران: دانشگاه مازندران، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی. دارای ۱۹۲ ص
۶. جزایری، علیرضا (پاییز ۱۳۸۱). اعتیاد والدین و کودک آزاری، تهران: مجله اعتیادپژوهی دوره اول شماره اول ، ۱۸ص از ص ۶۵ تا ۸۲.
۷. چیریلو، استفانو و همکاران (۱۳۷۹). اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی، مترجم: سعید پیرمرادی، اصفهان: همام. دارای ۳۵۶ ص
۸. حاجی عسگر، بهناز (۱۳۹۰). بررسی ویژگی های روانی، اجتماعی زنان معتاد به موادمخدر، تهران: کمیته مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام. ص ۱۱۷-۱۲۶
۹. حجت، سیدکاوه ( ۱۳۹۲). خانواده، فرزندان و پیشگیری از اعتیاد، تهران: آرویح ایرانیان. دارای ۱۷۷ص
۱۰. حجتی، سوده و همکاران ( ۱۳۹۰). بررسی وضعیت اعتیاد زنان به موادمخدر، تهران: کمیته مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام. دارای ۲۵۰ ص
۱۱. حدادی، روح ا.. و همکاران ( تابستان۱۳۸۸). اثربخشی گروه درمانی رفتاری - شناختی کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف کننده کراک، تهران: مجله اعتیادپژوهی سال سوم شماره ۱۰، ۲۴ ص از ص ۲۹ تا ۵۲
۱۲. حقشناس، محمدرضا، بررسی علل و انگیزه اعتیاد و اثرات آن بر خانواده در استان مازندران ص ۱۲۷
۱۳. رازقی نادر و همکاران (زمستان ۱۳۹۰). اوقات فراغت و عوامل اجتماعی موثر بر آن، اصفهان: مجله جامعه شناسی کاربردی شماره ۴۴، ۲۸ص از ص ۷۱ تا ۹۸
۱۴. رحمتی، زینب (۱۰ آذر ۱۳۸۱). علل اعتیاد زنان متاهل، تهران: روزنامه انتخاب ص ۷
۱۵. رحمتی، محمدمهدی ( پاییز ۱۳۸۱). عوامل موثر در شروع مصرف موثد مخدر با اشاره به وضعیت معتادان زن، تهران: مجله اعتیادپژوهی دوره یکم شماره ۱، ۱۴ ص از ص ۸۳ تا ۹۶
۱۶. رحیمی موقر، آفرین ( بهار ۱۳۸۳). شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران، شماره ۱۲، ۲۴ ص از ص ۲۰۳ تا ۲۲۶
۱۷. رحیمی موقر، آفرین و همکاران ( تابستان ۱۳۹۰). بررسی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد، تهران: مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران سال هفدهم شماره ۶۵، ۱۰ص از ص ۱۱۶ تا ۱۲۵
۱۸. زارعی، فرامرز و تورج جعفرزادگان ( آبان ۱۳۸۱). ۲۱ تدبیر برای کاهش احتمال اعتیاد در نوجوانان، تهران: مجله پیوند شماره ۲۷۷، ۵ ص از ص ۲۷ تا ۳۱
۱۹. زکریایی، محمدعلی و کاوه اکبری (۱۳۷۹). گزارش علل گرایش به اعتیاد در کشور، تهران: کمیته مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام. دارای ۶۰ ص

۲۰. سهراب زاده، مهران (۱۳۷۹). پیشگیری و کنترل پدیده اعتیاد و ارائه راهکارها با رویکرد مدیریت شهری، تهران: کمیته مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام. دارای ۴۳ ص
۲۱. شمس اسفندآباد، حسن و سمیرا نادری نژاد ( بهار ۱۳۸۸). بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی و نگرش مذهبی در افراد معتاد-غیرمعتاد شهر کرمان، تهران: مجله مطالعات روانشناختی دوره پنجم شماره ۱، ۱۴ ص از ص ۱۳۹ تا ۱۵۰
۲۲. صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۸۹). آسیب شناسی اجتماعی، جامعه شناسی انحرافات، تهران: سمت. دارای ۳۰۰ ص
۲۳. غفاری زاده و سایرین (پاییز ۱۳۸۸). رابطه تعهد و کنترل اجتماعی با اعتیاد، تهران: مجله رفاه اجتماعی شماره ۳۴، ۱۴ ص از ص ۱۷۳ تا ۱۸۶
۲۴. کوهن، مونیکا (۱۳۸۸). مشاوره با زنان معتاد، مترجم فریده همتی، تهران: جامعه شناسان. دارای ۳۶۸ ص
۲۵. کیوان آراء، محمود و سایر نویسندگان (تابستان ۱۳۸۷). تجارب معتادان از پزشکی شدن اعتیاد، تهران: مجله رفاه اجتماعی شماره ۲۹، ۱۸ ص از ص ۲۹ تا ۴۶
۲۶. گیدنز، آنتونی (۱۳۷۷). پیامدهای مدرنیته، مترجم محسن ثلاثی، تهران: نشر مرکز، ۲۲۳ ص
۲۷. گیدنز، آنتونی (۱۳۷۸). تجدد و تشخص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید، ترجمه ناصر موفقیان، تهران: نشر نی. دارای ۳۳۶ ص
۲۸. گیدنز، آنتونی (۱۳۷۹). جهان رها شده: گفتارهایی درباره یکپارچگی جهانی، ترجمه علی اصغر سعیدی و یوسف حاجی عبدالوهاب، تهران: نشر علم وادب. ۱۳۴ ص
۲۹. گیدنز، آنتونی (۱۳۸۴). چشم اندازهای جهانی، ترجمه محمد رضا جلائی پور، تهران: نشر نو. دارای ۱۶۳ ص
۳۰. متین نژاد، سیده اعظم و سایرین ( پاییز ۱۳۸۸). مقایسه شیوه های حل مساله و سبک های تفکر در افراد مصرف کننده مواد اعتیاد آور و افراد غیر معتاد، مجله اعتیاد پژوهی سال سوم شماره ۱۱، ۱۴ ص از ص ۱۱ تا ۲۴
۳۱. محسنی تبریزی، علیرضا (بهار ۱۳۸۰). بررسی وضعیت معتادان در ایران، تهران: مجله تامین اجتماعی، شماره ۸، ۲۸ ص - از ص ۲۰۹ تا ۲۳۶
۳۲. محسنی تبریزی، علیرضا و سایرین (بهار ۱۳۸۹). فرا تحلیل مطالعات مربوط به سوءمصرف مواد با رویکرد روانی - اجتماعی طی یکدهه و نیم گذشته - ۱۳۸۴ - ۱۳۷۰، تهران: مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران شماره ۱، ۲۶ ص از ص ۱۷۵ تا ۲۰۰
۳۳. محسنی تبریزی، علیرضا و همکاران (۱۳۹۲۵). استراتژی های تحقیق محور پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی دارای ۳۶۸ ص
۳۴. معصومی راد، رضا (۱۳۸۹). الگوی کاهش تقاضای مواد مخدر در ایران، تهران: جامعه و فرهنگ. دارای ۲۵۰ ص
۳۵. مولاوردی، شهیندخت ( ۱۹ شهریور ۱۳۹۳). نرخ رشد اعتیاد زنان دوبرابر شده است، تهران: همشهری آنلاین
۳۶. نفریه، محمد (۲۲ مهر ۱۳۹۳). پانزده درصد معتادان کشور زن هستند، تهران: همشهری آنلاین
۳۷. یزدی مقدم، حمیده و علیرضا اسماعیل آبادی ( مرداد و شهریور ۱۳۸۷). بررسی تاثیر باورها و عوامل اعتقادی بر پیشگیری و درمان اعتیاد، تهران: مجله مهندسی فرهنگی شماره ۱۹ و ۲۰، ۷ ص از ص ۶۱ تا ۶۷

## **Women and the Addiction to Substance Abuse**

### **Abstract**

It is a bitter reality that rising addiction rates in women, in this regard we can not afford ignore and disregard the strategy. On the social consideration for Abuse Women prohibits the relevant stakeholders from directly confronting. When is not done directly to the face of addiction women will not achieved successful results in this field. The purpose of this paper is to expand ways of thinking about understanding and treatment of addiction women. Contents are authored by attribution Methods and evaluated to the met-analysis approach. Addiction Women has reached more common areas such as sports clubs and hair salons from Poor and marginalized areas. The social Labels on the addicted women are one of Barriers to treatment of addicted Women. This problem must be resolved so that women have dared to refer to treatment centers. Addicted women have the right to both be recognized and treated as an addict. Mining of equal opportunities & Services for addicted women is not identical pattern of prevention and treatment of men and women. This viewpoint is complexities. Women like men who are experience of uncontrolled over drug use. But they are not the same as drug addiction trends and conditions. Admissions and Cognition of addiction female as a social reality is important to prevention, treatment and rehabilitation of them. We need to look at addiction in women with long term vision.

**Keywords:** Women, addiction to substance abuse, labeling Theory, social damages.