

شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران

دکتر آفرین رحیمی موقر*

وسعت و ماهیت سوء مصرف مواد و اعتیاد در زنان کشورمان کمتر شناخته شده است؛ به همین علت به نیازهای آنان در برنامه‌ریزی‌های مربوط به اعتیاد توجه نمی‌شود. این مطالعه جهت جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به شیوع مصرف مواد و اعتیاد و الگوهای مربوط به اعتیاد در زنان ایران انجام شده است. بدین منظور تلاش شد نتایج منتشر شده تحقیقات و گزارش‌هایی که حاوی اطلاعاتی در مورد مصرف مواد و اعتیاد در زنان بودند، جمع‌آوری و مورد بررسی قرار گیرند.

نتایج این مطالعه مروری حاکی از بهبود وضعیت تولید و انتشار اطلاعات در سال‌های اخیر می‌باشد. گرچه به صورت غیردقیق، ولی می‌توان جمعیت زنان معتاد به مواد اپیوئیدی را در کشور بین 100 تا 150 هزار نفر تخمین زد. میزان مصرف هروئین در معتادان زن در

* روان‌پزشک، سرپرست گروه پژوهش سلامت روان مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات و مطالعات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی تهران <rahimi@nrcms.ir>

حدي نگران کننده و تعداد زنان مصرف کننده
تذريقي مواد در کشور بين 4 تا 9 هزار نفر
تخمين زده مي شود. به نظر مي رسد مصرف حشيش
در جمعيت عمومي زنان بالغ کشور شايع
نباشد، ولي در گروه هاي از زنان شيوع
بيش تري دارد. مصرف حشيش و الكل در دختران
دانشجو نادر به نظر نمي رسد.
پيش بيني منابع مداوم توليد اطلاعات صحيح،
به ويژه به تفكيك جنسيت، جهت حساس تر کردن
مسئولين پيش گيري و درمان اعتياد جهت
پيش بيني برنامه هاي اختصاصي براي زنان
پيش نهاد مي شود.
**کلید واژه ها: اعتياد، الگوهاي مصرف مواد، ايران، زنان،
ممه گيرشناسي**

مقدمه

سوء مصرف مواد و اعتياد از عوامل مهم تأثيرگذار
بر وضعيت سلامت جسمي، رواني و اجتماعي در جامعه
ما هستند. گرچه در جهان پيشرفت قابل ملاحظه اي در
درک اين اختلالات و يافتن مناسب ترين راه پيش گيري
و درمان آن ها ايجاد شده است، ليکن از انجام
تحقيق بر زنان تا دو دهه پيش كاملا غفلت شده
بود. بيشتري مداخلات مربوط به سوء مصرف مواد که
تاکنون طراحي و اجرا شده اند، به طور قابل
ملاحظه اي بر اساس ويژگي ها و نيازهاي مردان شکل

گرفته‌اند. (لشنر، 1998). از آنجا که به‌طور سنتی نسبت زنان در مطالعات مربوط به اعتیاد در کسانی که تحت درمان هستند کم‌تر است، تأثیر سوء مصرف مواد بر زنان کم‌تر از مردان شناخته شده است. لیکن شواهد علمی که تاکنون تولید شده است، نشان می‌دهد که سوء مصرف مواد و اعتیاد چالش‌های متفاوتی را برای سلامت زنان ایجاد کرده و سیر متفاوتی در دو جنس دارد.

در کشور ما، در حال حاضر هیچ‌گونه خدمات اختصاصی برای اعتیاد زنان وجود ندارد و حتی برخی از خدمات و مراکز فقط به مردان اختصاص دارند. لیکن با توجه به این که مصرف مواد در زنان ناهنجارتر از مردان تلقی می‌گردد، زنان معمولاً از مراجعه به مراکز درمانی معتادان که بیشترین مراجعه‌کنندگان آن‌ها مردان هستند اکراه دارند. با توجه به این که مراکز درمانی مهم‌ترین مکان دسترسی به معتادان هستند و بیشترین میزان اطلاعات مربوط به معتادان از این مراکز تأمین می‌شود، شیوع اعتیاد در زنان کم‌تر از میزان واقعی تخمین زده می‌شود.

1) روش مطالعه

این مطالعه با هدف جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به شیوع مصرف مواد و اعتیاد و

الگوهای مربوط به اعتیاد در زنان ایران انجام شده است. بدین منظور جهت دسترسی به کلیه مقالات چاپ شده در مجلات علمی داخلی و خارجی و اسناد و گزارش‌های چاپ شده در این زمینه بسیار تلاش شد. در اکثریت قریب به اتفاق اسناد به دست آمده، زنان تنها گروه کوچکی از گروه مطالعه را تشکیل می‌دادند و نتایج به تفکیک جنسیت ارائه نشده بود. در مطالعات گوناگون از روش‌ها، ابزارها و شاخص‌های متفاوتی استفاده شده بود. با توجه به این گوناگونی، چند شاخص که بیش از همه در مطالعات مورد استفاده قرار گرفته بودند، انتخاب و اطلاعات مربوط به آن‌ها، از اسناد یافته شده استخراج شد. این شاخص‌ها عبارتند از: شیوع مصرف مواد اپیوئیدی (افیونی)، الکل و حشیش در طول عمر و در حال حاضر در زنان، شیوع وابستگی به مواد اپیوئیدی و الکل در زنان، نسبت زنان در جمعیت معتادان و شیوع مصرف تزریقی مواد در زنان معتاد. نتایج به دست آمده به تفکیک هر شاخص ارائه می‌شود. در مورد هر گروه از شاخص‌ها، جداول ارائه شده نشانگر جمعیت نمونه، مکان و زمان انجام مطالعه، روش مطالعه و حجم نمونه، شاخص‌های مورد بررسی، نتایج به دست آمده و منبع هر یک می‌باشد. تفاوت در روش‌های انجام مطالعات و گروه‌های هدف، انجام هر گونه تجزیه و تحلیل

آماري بر مجموعه اي از نتایج را غیرممکن می‌نماید. لیکن می‌توان با مروري بر این اطلاعات، نتایجی استنتاج نمود و تخمینی هر چند غیردقیق از وضعیت اعتیاد در زنان کشورمان ارائه کرد.

2) نتایج

1-2) شیوع مصرف مواد و اعتیاد در زنان

کلیه اسناد به‌دست آمده در خصوص بررسی مصرف مواد و اعتیاد در زنان، مربوط به آخرین سال های قبل از انقلاب و پس از سال 1378 می‌باشد. هیچ‌گونه سندی دال بر انجام مطالعه ای در 20 سال اول پس از انقلاب به‌دست نیامد.

بسیاری از مطالعات، شیوع مصرف مواد را در جمعیت مورد بررسی خود ارائه داده، بدون این که فراوانی شیوع مصرف مواد را به تفکیک دو جنس ذکر نمایند و تنها به ذکر این نکته که مصرف مواد در مردان به‌طور معناداری از زنان بیشتر بوده اکتفا کرده‌اند (مجیدپور و خیرخواه، 1380، Ahmadi et al. 2001, Ahmadi and JavadPour, 2001). هم‌چنین به مطالعاتی دسترسی پیدا شد که به بررسی مصرف مواد به تفکیک جنسیت پرداخته‌بودند، ولی نوع مواد را تفکیک نکرده و اکثراً شیوع مصرف گروهی از مواد قابل سوءمصرف مانند سیگار، الکل و داروهای روان گردان را

بدون تفکیک ارائه می کردند که چون اطلاع دقیقی به دست نمی دادند، از این مقاله حذف شدند.

2-1-1 شیوع مصرف مواد اپیوئیدی (افیونی) و وابستگی به آنها

چهار مطالعه به شیوع مصرف اپیوئیدی در جمعیت عمومی زنان بالاتر از 15 سال و هشت مطالعه به بررسی آن در گروه های خاص زنان پرداخته بودند. از چهار مطالعه ای که به شیوع مصرف مواد اپیوئیدی در جمعیت عمومی زنان بالاتر از 15 سال پرداخته بودند، سه مورد در سال های 1355 تا 1357 و یک مورد در سال 1380 انجام شده است. روش انجام مطالعه در هر سه مطالعه قدیمی، خانه به خانه و با آزمایش ادرار بوده که در شهر تهران و استان های هرمزگان و همدان و با حجم نمونه مجموعاً 1303 نفر انجام شده است. در این مطالعات وجود مورفین در ادرار $1/3$ تا $13/3$ درصد زنان مورد مطالعه گزارش شده که کمترین آن در تهران و بیشترین در استان هرمزگان بوده است (احسان منش و کریمی، 1378). در مطالعه مربوط به سال 1380 که در اورژانس ها و به صورت مصاحبه رودرو انجام شده است (جدول 1)، $20/7$ در هزار (یا 2 درصد) زنان، مصرف تریاک یا مشتقات آن را در زمان انجام مطالعه تأیید کرده اند. با استفاده از ملاک تشخیصی DSM-IV، $3/5$ در هزار دارای تشخیص وابستگی

به تریاک و مشتقات آن (مواد اپیوئیدی) بوده اند (یاسمی و همکاران، 1381). این مطالعه رقم زنان مصرفکننده تریاک در زمان انجام مطالعه را بیش از 650,000 نفر، وابستگان به تریاک را بیش از 110,000 نفر و سوءمصرف کنندگان و وابستگان به هروئین را بیش از 10,000 نفر تخمین زده است. لیکن نسبت قابل توجهی از افرادی که منکر مصرف مواد شده اند، دارای آزمایش مثبت مورفین در ادرار بوده اند که آمار آن به تفکیک جنسیت ارائه نشده است.

جدول 1: مطالعات همه‌گیرشناسی در زنان در مورد شیوع مصرف مواد اپیوئیدی (افیونی)

جمعیت نمونه	مکان مطالعه	سال مطالعه	روش مطالعه
1	85 شهرستان نمونه از سراسر کشور	1380	در اورژانس‌ها، مصاحبه رودررو، DSM-IV
2	8 دانشکده از دانشگاه تهران (شامل علوم پزشکی) ورودی 1377_78	1378	گزارش فردی، بدون شناسایی
3	دانشکده‌های دانشگاه شهید باهنر کرمان (شامل علوم پزشکی)	1380	گزارش فردی، مصاحبه رودررو
4	دانشکده‌های دانشگاه شیراز	1381	گزارش فردی، بدون شناسایی
5	دبیرستان‌های شهر شیراز	1380	گزارش فردی، بدون شناسایی

ادامه جدول 1

نمونه	تعداد نمونه (زن)	شاخص مورد بررسی	فراوانی
نندگان انسها	1913	مصرف تریاک و مشتقات آن در حال حاضر مصرف هروئین در حال حاضر وابستگی به تریاک و مشتقات آن	20/7 در هزار 0/6 در هزار 3/5 در هزار
ویان	470	مصرف مواد افیونی در طول عمر	صفر
ویان	501	مصرف تریاک در حال حاضر مصرف هروئین در حال حاضر	8 نفر (6/1 درصد) 2 نفر (4/0 درصد)
ویان	172	مصرف تریاک در طول عمر مصرف هروئین در طول عمر مصرف تریاک در حال حاضر مصرف هروئین در حال حاضر مصرف مورفین در حال حاضر	8 نفر (7/4 درصد) 1 نفر (6/0 درصد) 2 نفر (2/1 درصد) صفر 1 نفر (6/0 درصد) صفر
وزان تان	200	مصرف تریاک در طول عمر مصرف هروئین در طول عمر مصرف تریاک در حال حاضر مصرف هروئین در حال حاضر مصرف مورفین در طول عمر	1 نفر (5/1 درصد) صفر صفر صفر صفر
قلبی	48	مصرف تریاک در طول عمر مصرف هروئین در طول عمر وابستگی به تریاک وابستگی به هروئین	2 نفر (2/4 درصد) صفر 1 نفر (1/2 درصد) صفر

تمام مطالعات پس از انقلاب بر گروه های خاص زنان، با استفاده از پرسش نامه انجام شده است. سه مطالعه در سال های اخیر در دانشجویان دختر دانشگاه های تهران، کرمان و شیراز انجام شده است (جدول 1). در شیراز شیوع سابقه مصرف مواد اپیوئیدی در طول عمر 5/9 درصد و در تهران صفر، در کرمان شیوع مصرف مواد اپیوئیدی در زمان انجام مطالعه 2 درصد، در شیراز 1/8 درصد و در تهران صفر بوده است. یک مطالعه در جمعیت نمونه دانش آموزان دختر دبیرستانی شهر شیراز حاکی از ناچیز بودن مصرف مواد اپیوئیدی بوده است. سه مطالعه بر بیماران قلبی، کلیوی و روان پزشکی در شهر شیراز انجام شده (جدول 1) که احتمال شیوع بیشتر مصرف تریاک و وابستگی به آن را در این بیماران مطرح می نماید. همچنین نتایج یک مطالعه انجام شده بر زنان که از اعضای خانواده معتادان هستند نشان از شیوع بیشتر وابستگی به تریاک و هروئین در این گروه دارد.

چهار مطالعه، دو مطالعه مربوط به سال های 1355 و 1356 (siassi and Fozouni, 1980؛ احسان منش و کریمی، 1378) و دو مطالعه مربوط به سال های 1378 (سازمان بهزیستی، 1379؛ رزاقی و همکاران، 1379)، فراوانی مصرف مواد مختلف اپیوئیدی را در جمعیت زنان معتاد در زمان انجام مطالعه بررسی کرده اند. غیر

از یکی از این مطالعات (سیاسی و فزونی، 1980) که در مرکز درمانی معتادان ونک بر 93 زن انجام شده و در آن شیره شایع ترین ماده اپیوئیدی مورد مصرف بوده است، در بقیه موارد تریاک ماده مصرفی غالب، و سپس هروئین و بعد از آن شیره مواد اپیوئیدی بعدی را تشکیل می داده اند. باید توجه داشت که این مطالعات بیشتر در مراکز درمانی یا بر معتادان ثبت شده انجام شده اند و ممکن است این الگو با الگوی زنان معتاد جامعه تفاوت هایی داشته باشد. در هر حال مصرف هروئین شیوع قابل توجهی دارد. بیشترین فراوانی مصرف هروئین در مطالعه RSA (رزاقی و همکاران، 1379) گزارش شده و در حدود نیمی از زنان معتاد به مواد اپیوئیدی، مصرف هروئین را در یک ماه قبل از انجام مطالعه گزارش کرده اند.

2-1-2) شیوع مصرف الکل و وابستگی به آن

دو مطالعه در سال 1380 به بررسی مصرف الکل در جمعیت عمومی زنان بالاتر از 15 سال پرداخته اند (جدول 2). هر دو مطالعه به روش رودررو، یکی در اورژانس‌های نمونه از سراسر کشور و دیگری خانه به خانه در شهر شیراز انجام شده است. در سراسر کشور شیوع مصرف الکل در زمان انجام مطالعه 0/2 درصد و در شهر شیراز 5/4 درصد ذکر شده است. میزان وابستگی به الکل در شهر شیراز براساس

ملاک‌های DSM-IV، 2/7 درصد در جمعیت عمومی زنان بوده است.

در چند مطالعه می‌توان شیوع مصرف الکل را با مواد اپیوئیدی در زنان مقایسه کرد. طبق مطالعه انجام شده در اورژانس‌ها، شیوع مصرف الکل در زنان یک‌دهم مصرف مواد اپیوئیدی بوده است. لیکن در اکثر مطالعاتی که در دانشجویان و دانش‌آموزان انجام شده، شیوع مصرف الکل به طور قابل توجهی بیش از شیوع مصرف مواد اپیوئیدی بوده است (جدول 2). در هر صورت، به نظر می‌رسد اختلاف قابل توجهی در نتایج حاصل از مطالعات مختلف، هرگونه نتیجه‌گیری در خصوص وسعت مصرف الکل و اختلالات مرتبط با مصرف الکل را دشوار می‌نماید.

جدول 2: مطالعات همه‌گیرشناسی در زنان در مورد شیوع مصرف الکل

جمعیت نمونه	مکان مطالعه	سال مطالعه	روش مطالعه
1	85 شهرستان نمونه از سراسر کشور	1380	اورژانس‌ها، مصاحبه رودررو،
2	شهر شیراز	1380	خانه‌به‌خانه، مصاحبه رودررو، DSM-IV
3	8 دانشکده از دانشگاه تهران (شامل علوم پزشکی) ورودی 78_1377	1378	گزارش فردی، بدون شناسایی
4	دانشکده‌های دانشگاه شهیدباهنر کرمان (شامل علوم پزشکی)	1380	گزارش فردی، مصاحبه رودررو
5	دانشکده‌های دانشگاه شیراز	1381	گزارش فردی، بدون شناسایی
6	دبیرستان‌های شهر شیراز	1380	گزارش فردی، بدون شناسایی

ادامه جدول 2

منبع	فراوانی	شاخص مورد بررسی	تعداد نمونه (زن)	عیت نمونه
(یاسمی و همکاران، 381)	0/2 درصد	مصرف در حال حاضر	1913	جعه‌کنندگان اورژانسها
(احمدی و شریفی، 2002 الف)	13/7 درصد 5/4 درصد 2/7 درصد	مصرف در طول عمر مصرف در حال حاضر وابستگی به الكل	700	عیت عمومی: تر از 15 سال
(رضوانیان، 1378)	8/3 درصد صفر	مصرف در طول عمر مصرف مداوم الكل	470	انشجویان
(ظهور، 1380)	9 نفر (1/8 درصد)	مصرف در حال حاضر	501	انشجویان
(احمدی و یزدانفر، 2002)	23 نفر (13/4 درصد) 7 نفر (4/1 درصد)	مصرف در طول عمر مصرف در حال حاضر	172	انشجویان
(احمدی و حسد، 2001)	7 نفر (3/5 درصد) 2 نفر (1 درصد)	مصرف در طول عمر مصرف در حال حاضر	200	انش آموزان دبیرستان
(احمدی و بن‌رضو)	صفر	مصرف در طول عمر		

مجموعاً به نظر می‌رسد مصرف حشیش در میان زنان شیوع ناچیزی دارد، مگر در گروه های خاصی مانند معتادان به مواد اپیوئیدی یا گروه هایی از دانشجویان (جدول 3).

جدول 3: مطالعات همه‌گیرشناسی در زنان در مورد شیوع مصرف حشیش

جمعیت نمونه	مکان مطالعه	سال مطالعه	روش مطالعه
1	مراجعه‌کنندگان به اورژانس‌ها	1380	اورژانس‌ها، مصاحبه رودرو
2	جمعیت عمومی بالاتر از 15 سال	1380	خانه‌به‌خانه، مصاحبه رودرو
3	دانشجویان	1381	گزارش فردی، بدون شناسایی
4	دانش‌آموزان دبیرستان	1380	گزارش فردی، بدون شناسایی
5	بیماران بستری روان‌پزشکی	1380	گزارش فردی، مصاحبه رودرو
6	معتادان به مواد اپیوئیدی	1378	گزارش فردی، مصاحبه رودرو

		سرپایي درمان معتادان سازمان بهيستي سراسر کشور (28 استان)		
گزارش فردي، مصاحبه رودرو	1378	نمونه گيري از پذيرشندگان به مراکز سرپایي درمان معتادان سازمان بهيستي، معتادان در زندان، و معتادان خیاباني (RSA) (10) استان نمونه)	معتادان به مواد اپیوئیدی	7

ادامه جدول 3

منبع	فراواني	شاخص مورد بررسي	تعداد ونه (زن)	جمعیت نمونه	
(ياسمي و همکاران، 1381)	0/6 درصد	مصرف در طول عمر	1913	مراجعه کنندگان به اورژانسها	1
(احمدي و شري)	8 نفر (1/1 در)	مصرف در طولع	700	جمعیت عمومي بالاتر از	2

فی، 2002، (ب)	(صد صفر)	مر وابستگی به ج شیش		15 سال	
(احمدی و یزدانفر، 2002)	4 نفر (3/2 درصد)	مصرف در طول عمر	172	3 دانشجویان	
(احمدی و حسنی، 2001)	صفر	مصرف در طول عمر	200	4 دانش آموزان دبیرستان	
(احمدی و همکاران، 2001، ب)	صفر	مصرف در طول عمر	70	5 بیماران بستری روان پزشکی	
(سازمان بهبودی، 1379)	0/5 درصد	مصرف در حال حاضر	736	6 معتادان به مواد اپیوئیدی	
(رزاقی و همکاران، 1379)	6/2 درصد	مصرف در حال حاضر	97	7 معتادان به مواد اپیوئیدی	

2-2) نسبت زنان در جمعیت معتادان

چند مطالعه و گزارش به بررسی نسبت زنان در جمعیت معتادان پرداخته اند. بیشترین این اطلاعات، مربوط به گزارش های آماری سازمان بهداشتی در سال های اخیر است که اطلاعات تمامی مراجعه کنندگان به مراکز درمانی معتادان سراسر کشور را شامل

می‌شود. در سال‌های اخیر زنان بین 2 تا 6 درصد از مراجعه‌کنندگان را تشکیل می‌دادند. در هر دو سال 1377 و 1378 که آمار تفکیکی زنان موجود است، بیشترین میزان از سه استان کرمان، تهران و خراسان بوده‌اند، به گونه‌ای که بیش از 50 درصد از کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سراسر کشور از این استان‌ها بوده‌اند. دو گزارش درخصوص جمعیت معتادان زیر 19 سال مراجعه‌کننده به مراکز درمانی در دسترس بود که نشان می‌داد در این گروه سنی نسبت زنان تقریباً در همین حدود درصد می‌باشد. در سال 1378 در مراکز بهزیستی در سراسر کشور در حالی که در پذیرش‌شدگان همه گروه‌های سنی، میزان زنان 2/5 درصد بوده، در گروه سنی زیر 19 سال این نسبت 2/9 درصد بوده است (سازمان بهزیستی، 1379) و در گزارشی دیگر از یک مرکز درمانی سپایی سازمان بهزیستی در تهران، این نسبت 1/53 درصد بوده است. (سمیعی و همکاران، 1381)

چنانچه در جدول 4 ملاحظه می‌شود، نسبت زنان در مطالعه شماره 11 (RSA)، 6/6 درصد و بیشتر از میزان آن در پذیرش‌شدگان مراکز درمانی سازمان بهزیستی می‌باشد. علت این امر آن است که در مطالعه RSA یک سوم جمعیت مورد مصاحبه از مراکز درمانی، یک سوم از زندان‌ها و یک سوم از معتادان خیابانی به روش

اتنوگرافیک و گلوله‌برفی بوده‌اند. از گروهی که از مراکز درمانی مورد مصاحبه قرار گرفته بودند 4/8 درصد، از معتادان زندانی 8/7 درصد و از معتادان خیابانی 6/1 درصد زن بوده‌اند و این تفاوت معنادار گزارش شده‌است. در این مطالعه نیز بیشترین میزان زنان از دو استان تهران و کرمان بوده‌اند. با توجه به این که براساس دستورالعمل جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌گران ملزم به رعایت نسبت خاصی میان زنان و مردان نبوده‌اند، به نظر می‌رسد تفاوت فوق تا حد زیادی ناشی از امکانات و موقعیت‌های منطقه‌ای برای دسترسی به معتادان زن یا مرد بوده است. دو مطالعه اول ذکر شده در جدول 1 که مربوط به سال‌های قبل از انقلاب اسلامی می‌باشد، نشان از میزان بالاتر زنان ثبت شده و سهمیه بگیر در آن سال‌ها داشته است. در هر حال شاید بتوان نتیجه‌گیری کرد که در حال حاضر نسبت زنان در معتادان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی در بخش دولتی کمتر از نسبت واقعی زنان معتاد در جامعه است و این امر ممکن است ناشی از ناهنجار تلقی شدن بیشتر اعتیاد در زنان نسبت به مردان باشد و شاید همین امر بتواند موجبات وخیم تر شدن وضعیت

جدول 4: نسبت زنان در جمعیت معتادان

منبع	نسبت زنان (درصد)	تعداد زنان	تعداد نمونه	سال مطالعه	مکان مطالعه
(احسان‌منش و کریمی، 1378)	11/4	148	1301	1356	نمونه‌گیری از معتادان رسمی ثبت‌شده در کل کشور و معتادان غیررسمی از مراکز درمان معتادان در 7 شهر
(مهریار ومحرری، 1978)	12/7	—	—	1357	کلیه معتادان رسمی ثبت‌شده در شهرشیراز
(احسان‌منش و کریمی، 1378)	9/6	275	2871	1360	مراکز بازپروری معتادان و ندامتگاه‌های نیروهای انتظامی کشور
(افقه و خلیلیان، 1375)	9/6	60	623	1375	معتادان اردوگاه‌ها و زندان‌ها در مازندران
(سازمان بهزیستی، 1376)	2	—	—	1375	کلیه ورودی‌های مراکز بازپروری سازمان بهزیستی سراسر کشور

در مطالعه دیگری که با استفاده از اطلاعات خام مطالعه RSA انجام شده است (رحیمی موقر، 1380) از میان 95 زن معتادی که مورد بررسی قرار گرفته‌اند، 50 درصد بعد از سال 1369 و 25 درصد بعد از سال 1374 مصرف مواد را آغاز کرده بودند. این مطالعه نشان داد که گرچه بروز مصرف مواد در سال‌های اخیر در هر دو جنس افزایش یافته است، ولی سرعت افزایش در سال‌های اخیر در زنان به طور معناداری بیشتر از مردان بوده است. در حالی که تا سال 1371 تنها 5/8 درصد از آغازکنندگان مواد در جمعیت نمونه معتادان را زنان تشکیل می‌دادند، بعد از این سال این رقم به 9 درصد رسیده است.

3-2) مصرف تزریقی مواد در زنان

سه گزارش و مطالعه درخصوص شیوع مصرف تزریقی مواد در زنان معتاد (جدول 5) ارقام متفاوتی را ارائه می‌کنند. به استناد دو مطالعه اول به نظر می‌رسد نسبت زنان تزریقی در مطالعه سوم تلاش شده بود به تعداد بیش‌تری از زنان دسترسی حاصل شود که طبق گزارش پژوهشگران این امر با سختی زیادی انجام شد، چرا که اکثر زنان تزریقی شناسایی شده حاضر به مصاحبه نمی‌شدند. در کل مصرف‌کنندگان تزریقی مواد کم‌تر از 3 درصد باشد.

همچنین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که کم‌تر از 10 درصد زنان معتاد از روش تزریقی برای مصرف مواد استفاده می‌کنند. در مطالعه دیگری که با استفاده از اطلاعات خام مطالعه RSA انجام شده است (رحیمی موقر، 1380) از میان 10 زنی که سابقه مصرف تزریقی مواد را گزارش کرده‌اند، تماماً مصرف تزریقی مواد را پس از سال 1362 و 7 نفر (70 درصد) از آنها پس از سال 1372 شروع کرده بودند. در هر حال میزان مصرف تزریقی مواد در معتادان زن به طور قابل توجهی کم‌تر از معتادان مرد می‌باشد (رزاقی و همکاران، 1379).

تنها يك مطالعه به شیوع مصرف تزریقی مواد در جمعیت عمومی زنان پرداخته است (یاسمی و همکاران، 1381). تمامی 1913 زن مورد بررسی در اورژانس‌های کشور منکر مصرف تزریقی مواد در زمان انجام مطالعه شده‌اند.

از آنجا که مصرف تزریقی مواد عمدتاً در معتادان به مواد اپی وئیدی دیده می‌شود، و در صورتی که جمعیت زنان معتاد به مواد اپیوئیدی در کشور بین 100 تا 150 هزار نفر و میزان مصرف تزریقی مواد در زنان معتاد 4 تا 6 درصد باشد، رقم زنان مصرف‌کننده تزریقی مواد اپیوئیدی را در کشور می‌توان بین 4 تا 9 هزار نفر تخمین زد.

3) جمع‌بندی و بحث

در سال‌های اخیر، میزان اطلاعات تولید و منتشر شده در مورد وسعت و ماهیت اعتیاد افزایش یافته است. بیش‌ترین مطالعات همه‌گیرشناسی انجام شده در مورد سوءمصرف مواد مربوط به شیراز می‌باشد که در گروه‌های مختلف جامعه توسط دکتر احمدی و همکاران مختلف در سال‌های 1380 و 1381 انجام شده است. تنها يك مطالعه کشوری در این زمینه انجام شده است که در سال 1380 در اورژانس‌ها و توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد و مدت‌ها اجازه چاپ نیافت. علاوه بر این، بیش‌ترین اطلاعات

در مورد ویژگی‌های معتادان و الگوهای مصرف مواد در آن‌ها مربوط به گزارش‌های کشوری است که توسط معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور در سال‌های 1375 تا 1379 از مراکز درمانی معتادان ارائه شده است. تنها در دو مطالعه، جمعیت نمونه معتادان از خارج از مراکز درمانی نیز انتخاب شده اند که یکی به طور کشوری در سال 1377 (رزاقی و همکاران، 1379) و دیگری در تهران در سال 1380 (رزاقی و همکاران، 1382) انجام شده است. بیشترین اطلاعات در مورد شیوع مصرف مواد و الگوهای معتادان در سال‌های آخر قبل از انقلاب، از مراکز درمانی، معتادان رسمی ثبت شده در کشور برای سهمیه تریاک و مطالعات با آزمایش ادرار در جمعیت عمومی بالاتر از 15 سال در 3 استان کشور به دست آمده است و در 20 سال اول بعد از انقلاب کمترین اطلاعات وجود دارد. به‌طور کلی، به استناد مجموع اطلاعات ارائه شده، جمعیت زنان معتاد به مواد اپیوئیدی در کشور بین 100 تا 150 هزار نفر یا 0/5 تا 0/75 درصد زنان بالاتر از 15 سال تخمین زده می‌شود. بدیهی است رقم مصرف‌کنندگان مواد اپیوئیدی بسیار بالاتر است. همچنین می‌توان نسبت زن به مرد معتادان به مواد اپیوئیدی را در کشور، بین یک به 12 تا یک به 23 تخمین زد. مصرف حشیش در

جمعیت عمومی زنان شیوع زیاده ندارد. در مورد وسعت مصرف الکل و میزان ابتلا به اختلالات ناشی از مصرف آن در زنان، به علت وجود ارقام متنوع، امکان نتیجه‌گیری وجود ندارد و تحقیقات بیش‌تری را می‌طلبد. برخی از مطالعات حاکی از شیوع قابل توجه مصرف داروهای روان‌گردان بدون تجویز پزشک در زنان هستند (یاسمی و همکاران، 1381) که شاید شایع‌ترین مواد مورد اعتیاد در زنان ایرانی باشد.

شیوع مصرف مواد اپیوئیدی در دختران دانش‌آموز و دانشجویان نادر است، ولی مصرف گاه‌به‌گاه الکل در این دو گروه شیوع داشته و مصرف گاه‌به‌گاه حشیش در دانشجویان نادر به نظر نمی‌رسد. بعضی از مطالعات تفاوت معنی‌داری بین دانشکده‌های مختلف، از نظر شیوع مصرف الکل و مواد مشاهده کرده‌اند، مانند مطالعه‌ای که روی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران انجام شده و در دانشجویان دانشکده هنر میزان مصرف بیش‌تری گزارش شده است (رضوانیان، 1378). با توجه به اطلاعات کم و غیردقیقی که در مورد مصرف آمفتامین‌ها و هالوسینوژن‌ها در مطالعات ارائه شده، در مورد وسعت مصرف این مواد در دانشجویان و دانش‌آموزان دختر نمی‌توان نتیجه‌گیری کرد.

اطلاعات به دست آمده درخصوص میزان مصرف هروئین در معتادان زن در حد نگران کننده ای می باشد و مصرف حشیش و الکل نیز در زنان وابسته به مواد اپیوئیدی نسبتاً شایع است. همچنین تعداد زنان تریقی مصرف کننده مواد اپیوئیدی در کشور بین 4 تا 9 هزار نفر تخمین زده می شود.

در جهان سوء مصرف مواد همچنان در مردان شایع تر از زنان است. لیکن غلبه مردان در مصرف مواد از 90 درصد در بعضی جوامع سنتی آسیایی تا 80 درصد در کشورهای تازه استقلال یافته، 70 درصد در برخی از کشورهای آمریکای لاتین و 60 درصد در برخی از کشورهای توسعه یافته مانند انگلستان و آلمان متفاوت است (UNODC, 2000). در ایالات متحده، زنان 30 درصد از جمعیت مصرف کننده مواد را تشکیل می دهند و در صورتی که مصرف داروهای روانگردان به آن اضافه گردد، رقم حاصله بسیار بیش تر از این خواهد بود (Kandall, 1998). همچنین در جهان میزان اختلالات مصرف الکل در مردان 2/8 درصد و در زنان 0/5 درصد برآورد می شود (WHO, 2001).

اکثر شواهد حکایت از شیوع کم تر سوء مصرف مواد در زنان ایرانی نسبت به اکثر کشورهای دیگر دارد. لیکن، ذکر دو نکته حائز اهمیت است. اول آن که، شواهدی هست که نشان می دهد شیوع اعتیاد در زنان ایران نسبت

به کشورهای منطقه که کشورهای مسلمان بوده و ساختار خانواده در آن‌ها کم و بیش شباهت دارد، مانند پاکستان (Rahimi Movaghar, 2003, a) و عمان (Rahimi Movaghar, 2003, b) بالاتر است. دوم آنکه، برخی از اطلاعات ذکر شده در این مطالعه نشان داد که وضعیت اعتیاد در زنان ایرانی رو به وخامت است و این در حالی است که هیچگونه راه کاری برای پیش‌گیری از این وخامت پیش‌بینی نشده است.

به‌طور کلی، تفاوت‌ها و شباهت‌های الگوی سوء مصرف مواد بین زنان و مردان به خوبی شناخته نشده است. در کشور ما به خصوص اطلاعاتی نشان می‌دهند که عوامل مؤثر بر شروع اعتیاد در زنان متفاوت است. به عنوان مثال میانگین سن شروع مصرف مواد در زنان $(10/6 \pm 27/5)$ سال) حدود 6 سال بیش از مردان بوده و معمولاً در میانه سنین جوانی است و نسبت بیشتری از زنان در مقایسه با مردان از طریق اعضای خانواده به خصوص همسر با مواد آشنا می‌شوند (رزاقی و همکاران، 1378). این امر ضرورت راه‌کارهای متفاوت پیش‌گیری را در زنان نسبت به مردان مطرح می‌کند. همچنین مطالعاتی نشان داده‌اند که مصرف مواد در زنان به خصوص مصرف تریقی با آسیب‌های دیگر اجتماعی مانند فرار از منزل و روسپیگری همراه است (اردلان و همکاران،

1381؛ علیایی‌زند، 1381؛ رزاقی و همکاران، 1382). در نتیجه اقدامات درمانی، بازتوانی و به ویژه کاهش صدمات ناشی از اعتیاد مورد نیاز برای زنان ممکن است کاملاً اختصاصی باشد. رو به گسترش بودن حجم مشکل اعتیاد در زنان، توجه خاص به این گروه از جامعه و حساس تر شدن هرچه بیش تر مسئولین پیشگیری و درمان جهت پیش‌بینی برنامه‌های اختصاصی و مستندسازی آن‌ها را طلب می‌نماید. علاوه بر این، مطالعات بیشتر جهت بررسی دلایل گرایش بیش‌تر زنان به مصرف تزریقی مواد توصیه می‌شود.

با توجه به سرمایه گذاری قابل توجه کشور در امر کنترل مواد مخدر، پیش بینی منابع مداوم تولید اطلاعات صحیح برای ردیابی تغییرات فراوانی مصرف مواد و وابستگی در گروه های مختلف جامعه و انجام مطالعات ملی در این زمینه، تأثیر بسزایی بر مصرف بهینه این سرمایه‌ها خواهد داشت.

- 1- احسان منش، مجتبی . کریمی کیسمی، عیسی (1378). **نگاهی به تاریخچه و برخی از پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران**. فصلنامه اندیشه و رفتار . (19): 62.-78
- 2- اردلان، علی. هلاکوی نائینی، کورش . محسنی تبریزی، علیرضا . جزایری، علیرضا (1381). **ارتباط جنسی برای بقا : پیامد فرار دختران از منزل**. فصلنامه رفاه اجتماعی، (5): 187.-199
- 3- افقه، سوسن. خلیلیان، علیرضا (1375). **بررسی عوامل مرتبط به اعتیاد به مواد مخدر اپیوئیدی در استان مازندران**. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، (12): 29.-35
- 4- رحیمی موقر، آفرین. نجی، کاظم. رزاقی، عمران نجی (1381). **روند 30 ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران**. مجله حکیم، (5): 171.-181
- 5- رحیمی موقر، آفرین . (1380). **بررسی روند وضعیت سوء مصرف مواد در دهه های اخیر در ایران**. پایان‌نامه گواهینامه عالی بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت دانشگاه تهران.
- 6- رزاقی، عمران نجی. رحیمی موقر، آفرین. حسینی، مهدی. مدنی، سعید. (1379). **گزارش بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران**. معاونت

- پیشگیری سازمان بهزیستی کشور و برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل.
- 7- رزاقی، عمران مج. . رحیمی موقر، آفرین . مج. ، کاظم . حسینی، مهدی . (1382). **مطالعه کیفی رفتارهای جنسی غیربهداشتی معتادان تزریقی در تهران** . مجله دانشکده بهداشت دانشگاه تهران، (2) : 9-1
- 8- رضوانیان، الهام . (1378). **بررسی الگوهای اجتماعی مصرف مواد در دانشجویان دختر دانشکده های دانشگاه تهران ورودی سال تحصیلی 1377-78**. پایان نامه دکترای پزشکی عمومی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- 9- سازمان بهزیستی کشور، معاونت پیش گیری (1376). **گزارش آماری مراکز بازپروری کشور سال 1375**
- 10- سازمان بهزیستی کشور، معاونت پیش گیری (1377). **گزارش آماری مراکز بازپروری کشور سال 1376**
- 11- سازمان بهزیستی کشور، معاونت پیش گیری (1376). **گزارش آماری واحدهای پذیرش و پیگیری معتادان خودمعرف کشور سال 1375**
- 12- سازمان بهزیستی کشور، معاونت پیش گیری (1377). **گزارش آماری واحدهای پذیرش و پیگیری معتادان خودمعرف کشور سال 1376**

- 13- سازمان بهزیستی کشور، معاونت پیش گیری (1378). گزارش آماری واحدهای پذیرش و پیگیری معتادان خودمعرف کشور سال 1377
- 14- سازمان بهزیستی کشور، معاونت پیش گیری (1379). گزارش آماری واحدهای پذیرش و پیگیری معتادان خودمعرف کشور سال 1378
- 15- سازمان بهزیستی کشور، معاونت پیش گیری (1380). گزارش آماری مراکز بازتوانی سرپایی اعتیاد کشور سال 1379
- 16- ستاد مبارزه با مواد مخدر (1380). سالنامه آماری 1379. دفتر برنامه ریزی.
- 17- سمیعی، مرسته. رفیعی، حسن. طاهری نخست، حمیدرضا. (1381). نیم رخ روانی - اجتماعی معتادان نوجوان ایرانی. فصلنامه توانبخشی، (3): 56-62
- 18- ظهور، علیرضا. (1380). عوامل مؤثر در استفاده از سیگار و مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه شهیدباهنر کرمان در سال 1380. فصلنامه اصول بهداشت روانی، (12-11): 105-114
- 19- علیایی زند، شهین (1381). ازدواج نامناسب: بستری زمینه ساز برای روسپیگری. فصلنامه رفاه اجتماعی، (5): 119-141
- 20- مجیدپور، علی. خیرخواه، معصومه. (1380).

- بررسی میزان شیوع وابستگی به مواد مخدر در استان اردبیل در سال 1378. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، (1): 28-22.
- 21- یاسمی، نجفقی. شاه نجفی، داود. نقوی، محسن . باقری یزدی، سیدعباس . زجاجی، علی . رحیمی موقر، آفرین . حسینی، مهدی . لایقی، هوشمند . (1381). گزارش پژوهش بررسی همه گیری شناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلا می ایران . معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری .
- 22- Ahmadi, J., Benrazavi, L., Ghanizadeh, A. (2001). "Substance abuse among contemporary Iranian students and medical patients". The Journal of Nervous and Mental Disease, 189: 860-861.
- 23- Ahmadi, J., Javadpour, A. (2001). "Assessing substance use among Iranian Healthcare students". Journal of Substance Use, 6: 196-198.
- 24- Ahmadi, J., Yazdanfar, F. (2002). "Current substance abuse among Iranian university students". Addictive disorders & their treatment, 1: 61-64.
- 25- Ahmadi, J., Hassani, M. (2001). "Prevalence of substance use among Iranian high school students". Addictive Behaviors, 27: 1-5.
- 26- Ahmadi, J., Benrazavi, L. (2002). "Substance abuse among Iranian cardiovascular patients". European Journal of Medical Research, 7: 89-92.
- 27- Ahmadi, J., Benrazavi, L. (2002). "Substance abuse among Iranian nephrologic patients". American Journal of Nephrology, 22: 11-13.

- 28- Ahmadi, J., Fakoor A., Pezeshkian, P., Khoshnood, R., Malekpour, A. (2001). **"Substance use among Iranian psychiatric patients"**. Psychological Reports, 89: 363-365.
- 29- Ahmadi, J., Arabi, H., Mansouri, Y. (2001). **"Substance use in first degree relatives of opioid addicts"**. Journal of Substance Use, 6: 199-201.
- 30- Ahmadi, J., Sharifi, M. (2002). **"Prevalence of alcohol use disorders in Shiraz"**, Iran. Journal of Substance Use, 7: 251-254.
- 31- Ahmadi, J., Sharifi, M. (2002). **"Cannabis use disorders in Shiraz"**, Iran. The Iranian Journal of Science, 2: 10-13.
- 32- Kandall, S. R., **"The history of drug abuse and women in the United States"** (1998). Drug addiction research and the health of women. Edited by: Wetherington. C. L., Roman. US National Institute of Health, DIANE Publishing Co.
- 33- Leshner, A.I (1998). **"Drug addiction research and the health of women"**. Edited by: Wetherington, C. L., Roman. US National Institute of Health, DIANE Publishing Co.
- 34- Mehryar, A. H., Moharreri, M. R. (1978). **"A study of authorized opium addiction in Shiraz city and Fars province"**, Iran. British Journal of Addiction, 73: 93-102.
- 35- Rahimi movaghar, A. (2003). **"A Situation Analysis on Drug Abuse and Response in the Region, 2002"**. Presented at the second meeting of the Regional Advisory Panel on Impacts of Drug Abuse (RAPID). Tehran, Islamic Republic of Iran, 1-4 December 2003. WHO/EMRO.
- 36- Rahimi Movaghar, A. (2003). **"Review of current IDU problem in Oman"**, Assignment Report to Oman, 6 December to 18 December 2003. WHO/EMRO.
- 37- Siassi, I., Fozouni, B. (1980). **"Distribution of Opium Coupons to addicts in Iran: Policies and problems"**. Chemical Dependencies: Behavioral and Biomedical Issues, 4: 127-133.
- 38- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODC). (2002), **"Global Illicit Drug Trends, 2002"**.

منابع
References

- 39- World Health Organization. (2001). "The World Health Report, 2001, Mental Health: New understanding, New hope".