

از اعتیاد تا رهایی (۴)

نویسنده: دکتر...

خسرو شتمند

فریدون عبدی

سرشناسه	:	کشتمند، خسرو، ۱۳۵۳-
عنوان و نام پدیدآور	:	از اعتیاد تا رهایی (۴) / نویسندگان خسرو کشتمند، فریدون عبدی؛ ویراستاران پویان
مرادی، شیما رام.	:	
مشخصات نشر	:	تهران: ملائک، ۱۳۹۸.
مشخصات ظاهری	:	۱۴۴ ص.
شابک	:	۹۷۸-۶۰۰-۷۹۵۸-۶۲-۹
وضعیت فهرست نویسی	:	فیا
یادداشت	:	کتابنامه.
موضوع	:	برنامه‌های دوازده قدمی
موضوع	:	Twelve-step programs
موضوع	:	اعتیاد -- جنبه‌های روان‌شناسی
موضوع	:	Drug addiction -- Psychological aspects
موضوع	:	اعتیاد -- درمان
موضوع	:	Drug addiction -- Treatment
شناسه افزه	:	عبدی، فریدون، ۱۳۴۷ -
رده بندی کنگره	:	HV۵۸۰۱
رده بندی دیویی	:	۳۶۲/۳۹۳
شماره کتابشناسی ملی	:	۵۸۴۷۷۱۴

انتشارات ملائک

نام کتاب : از اعتیاد تا رهایی ۴
نویسندگان : خسرو کشتمند، فریدون عبدی
ویراستاران : پویان مرادی، شیما رام
ناشر : انتشارات ملائک
نوبت چاپ : اول / ۱۳۹۸
شمارگان : ۲۰۰ جلد
بهاء : ۴۰۰۰۰ تومان
شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۷۹۵۸-۶۲-۹
«کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر برای مولفان محفوظ می باشد.»

فهرست

عنوان	صفحه
پیشگفتار	۱۱
بخش اول: تشکیل گروه ۱۲ قدم	۲۱
گروه مطالعه ۱۲ قدم	۲۶
۱- اهداف	۲۶
۲- ساختار	۲۷
۳- ملزومات هدایت کنندگان	۲۹
۴- قوانین شرکت کنندگان	۲۹
۵- تدارکات	۳۱
مزایا و محدودیت‌ها	۳۱
مزایای گروه مطالعه ۱۲ قدم	۳۲
۱. یک جایگزین مؤثر برای کارکرد انفرادی ۱۲ قدم	۳۲
۲. روشی منظم و اصولی	۳۲
۳. کارکرد قدم‌ها بدون دفع وقت	۳۳
۴. تمرکز بر روی راه‌حل	۳۳
۵. در میان هم‌فکران	۳۳
۶. حمایت گروهی	۳۴
۷. ابزارهایی برای بهبودی	۳۴
محدودیت‌های گروه مطالعه ۱۲ قدم	۳۴
۱. کارکرد قدم‌ها بدون راهنما	۳۴
۲. محیط ضابطه‌مند	۳۵
پیشنهاداتی قبل از تصمیم‌گیری برای عضویت	۳۵
چگونگی تشکیل	۳۶
۱- ایجاد انگیزه و تعهد	۳۷
۲- یافتن همکاران هدایت‌کننده	۳۹
۳- تعیین نحوه هدایت	۴۰
۴- مهیاسازی تدارکات گروه	۴۰
چگونگی هدایت	۴۰
۱- تعیین نحوه کارکرد ۱۲ قدم	۴۱
۲- تعیین شرایط شرکت‌کنندگان	۴۲

۴۳	۳- تقسیم‌بندی وظایف
۴۴	شرح وظایف هدایت‌کنندگان
۴۸	۶- خط‌مشی هدایت‌کنندگان
۴۹	پیشنهادهای برای همکاری مؤثر هدایت‌کنندگان
۵۳	پیشنهادهای برای پیشرفت مؤثر گروه
۵۶	قوانین گروه
۵۷	۱- قوانین عضویت
۵۸	۲- قوانین شرکت‌کنندگان
۵۹	جدول هفته
۶۰	مزایای - و - هزینه‌های شرکتی
۶۱	قدم‌هایی که نیاز به راهنما دارند
۶۲	نمونه جدول هفته‌ای بر اساس ۱۲ قدم معتادان گمنام
۶۵	نمونه جدول هفته‌ای بر اساس "کتاب بزرگ" الکلی‌های گمنام
۶۵	فرمت برگزاری جلسات
۶۶	۱- مقدمه (۱۰ دقیقه)
۶۷	۲- مطالب اصلی (۵۰ دقیقه)
۶۷	۳- زمان مشارکت اعضای گروه (۳۰ دقیقه آخر)
۶۹	تدارکات
۶۹	۱- یافتن مکان جلسات
۷۰	۲- فراهم کردن هزینه‌ها
۷۱	۳- اطلاع‌رسانی عمومی
۷۲	۱. اطلاع‌رسانی دهان‌به‌دهان
۷۲	۲. توزیع اطلاعاتی بیرون جلسات انجمن‌ها
۷۳	۳. توزیع اطلاعاتی در محل تردد معتادان
۷۳	۴. توزیع اطلاعاتی در اماکن عمومی
۷۳	جلسات توجیهی
۷۴	جلسه توجیهی چیست
۷۵	فرمت نمونه جلسه توجیهی
۷۵	۱. مقدمه (۲۰ دقیقه)
۷۶	۲. توضیحات هدایت‌کننده اصلی (۴۰ دقیقه)
۷۷	۳. پرسش‌های شرکت‌کنندگان (۲۵ دقیقه)

۷۷	۴. پایان جلسه (۵ دقیقه)
۷۹	بخش دوم: بهبودی ۱۲ قدم
۷۹	۱- مفهوم بهبودی
۸۰	۲- برنامه‌های ۱۲ قدم
۸۰	۳- طرح بهبودی
۸۰	۵- اصول روحانی
۸۰	۶- وعده‌های بهبودی
۸۱	۷- تاریخچه ۱۲ قدم
۸۱	مفهوم بهبودی
۸۲	چهار جنبه بهبودی
۸۳	اصول بهبودی مؤثر
۸۶	برنامه‌های ۱۲ قدم
۸۷	برنامه ۱۲ قدم چیست؟
۸۸	دیدگاه برنامه‌های ۱۲ قدم
۸۹	برنامه روحانی
۹۱	مجموعه‌ای از پیشنهادات
۹۲	جلسات انجمن‌های ۱۲ قدمی
۹۳	راهنما و رهجو
۹۳	اصول برنامه‌های ۱۲ قدم
۹۹	۱۲ قدم الکلی‌های گمنام
۱۰۱	طرح برنامه‌های ۱۲ قدمی
۱۰۱	قدم‌های بنیادی: (۱ و ۲)
۱۰۲	قدم اول: پذیرش اعتیاد
۱۰۳	قدم دوم: پیشنهاد راه‌حل
۱۰۴	قدم‌های عملیاتی: (قدم‌های ۳ تا ۹ - اقدامات عملی برای بهبودی)
۱۰۵	قدم‌های حفظ و رشد: (قدم‌های ۱۰ تا ۱۲ - اقدامات برای حفظ و رشد بهبودی)
۱۰۹	اصول برنامه ۱۲ قدم
۱۱۰	ریشه روحانی ۱۲ قدم
۱۱۱	وعده‌های بهبودی
۱۱۱	بیماری خود را می‌پذیریم
۱۱۲	وسوسه ما نسبت به مواد مخدر برطرف می‌شود

- ۱۱۲----- بهبودی از اعتیاد را تجربه می‌کنیم
- ۱۱۲----- یک آزادی جدید را تجربه خواهیم کرد
- ۱۱۳----- زندگیمان هدفمند می‌شود
- ۱۱۴----- خودمان و دیگران را می‌بخشیم
- ۱۱۴----- برای دیگران مفید خواهیم بود
- ۱۱۵----- با خدایمان رابطه آگاهانه برقرار می‌کنیم
- ۱۱۶----- قدم اول: مشکل
- ۱۱۶----- قدم دوم: راه حل
- ۱۱۷----- پیام‌رسانی
- ۱۱۸----- تولد از من "بلی‌های گمنام
- ۱۱۸----- به وجود آمدن ۱۲ قدم
- ۱۲۰----- به وجود آمدن ابعث‌ها گمنام دیگر
- ۱۲۳----- بخش سوم: قوانین و نوسازی امر مبارزه با مواد مخدر
- ۱۲۴----- تعاریف و ماده‌ها
- ۱۳۹----- منابع و مآخذ
- ۱۳۹----- منابع فارسی
- ۱۴۱----- منابع انگلیسی

پیشگفتار

در جهان امروز، مصرف مواد مخدر به مثابه یکی از غم‌انگیزترین تراژدی‌ها، ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی زندگی بسیاری از انسان‌ها را متأثر می‌سازد. مصرف طولانی‌مدت مواد مخدر با ایجاد اعتیاد نه تنها تأثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف‌کننده یا معتاد می‌گذارد، بلکه در تفاهم خانوادگی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای را ایفا می‌کند. این معضل دیرین، دامن‌گیر اکثریت قریب به اتفاق کشورها است و تقریباً در کلیه جوامع به‌طور روزافزونی قربانی می‌گیرد.

برردگار توانا زن را مظهر خلاقیت و جمال و زیبایی خویش آفرید و وجود او را مهمل و بی‌خوده وانگذاشت، و او را به خلافت خود مربی و پرورش‌دهنده افراد جامعه انسانی قرار داد و روز زمین از فرزندان و دست‌پرورده‌های او پرمود و علی‌رغم آنانی که حق انسانی زن را انکار کردند حضور او را در تمام مراتب تکوینی و تشریعی جهان هستی اثبات نمود و مقام ولایت مطلقه وحی را لهام و سایر کرامات انسانی را از زن خالی نگذاشت و در آیه مباهله و ابناً... و نساناً... و غنس فرمود. گرچه انسان را به‌طور کلی نماد موجودات قرار داد و درباره او ولقد کرمانا بی‌نام فرمود، بی‌صفتی صنف زن را به عنایت مخصوصی گرامی داشت، چنان‌که در تمام امور، جانب احترام و سبک‌باری او را رعایت فرمود و او را از کارهای گران و دشوار که سزاوار ظرفیتش نیست محفوظ داشت و با لطایف و وحی و رقت قلب او را به خود نزدیک ساخت و در قرآن آیه سوری را به نام او فرستاد تا حل‌کننده مشکلات او باشد و به این وسیله پیوسته از حاد او دفاع نمود و حتی به نازلترین حالات طبیعی او توجه داشت و از او دفاع و پشتیبانی به عمل آورد و مصالح او را یک‌به‌یک برشمرد و تذکر داد.

در اسلام زنان چون مردان در مسائل اجتماعی پایگاه و جایگاهی مناسب دارند و از حرکت‌های اجتماعی و فعالیت‌های گروهی ممنوع نگردیده‌اند، بلکه طبق مسلمات قرآنی و حدیثی مسئولیت‌های اجتماعی بسیار به‌طور یکسان متوجه مرد و زن است. البته تکلیف جهاد ابتدایی و جنگ تهاجمی از زنان برداشته شده است. قرآن می‌فرماید: مردان مؤمن و زنان مؤمن برخی بر برخی ولایت «سرپرستی» دارند، به معروف یکدیگر را امر می‌کنند و از منکر باز می‌دارند و نماز می‌گذارند و زکات می‌دهند و از خدا و پیامبرش فرمان می‌برند،

خدا اینان را رحمت خواهد کرد. «توبه، ۱۷» در این فرموده خداوند، زنان چون مردان دارای مسئولیت‌های بزرگ ولایت اجتماعی می‌باشند، از این رو به هدایت‌گری و امر به معروف و بازدارندگی از زشتی‌ها و ناهنجاری‌ها در همه زمینه‌های سیاسی و فرهنگی و حقوقی می‌پردازند. با گستردگی مفهوم منکر و معروف در اسلام گستره دخالت‌های اجتماعی زن روشن می‌شود. بنابراین در همه عرصه‌هایی که مردان دخالت می‌کنند، زنان نیز می‌توانند دخالت کنند مگر موارد استثنایی.

زنان در روابط نزدیک و صمیمانه بیشتر از طریق همسر خویش به اعتیاد روی می‌آورند. همچنین نیروهای منفی گروه همسالان ممکن است رفتار دختران و زنان را بیش از رفتار پسران و مردان تحت تأثیر قرار دهد.

از نقطه نظر نا سامانی‌های روانی، رابطه بین اختلال فشار روانی پس از سانحه و اعتیاد ممکن است در بین زنان و دختران قوی‌تر از این رابطه در بین پسران و مردان باشد. اعتیاد زنان، علاوه بر بیماری‌های سوء تغذیه، فشارخون بسیار بالا و سرطان، آنان را در معرض بیماری‌های خطرناکی مانند هیپاتیت و ایدز قرار می‌دهد. زنان معتاد در مقایسه با مردان، احتمال بیشتری دارد دچار دل‌زدگی و سایر دیگر بیماری‌های ناشی از روابط جنسی شوند و در مقایسه با زنان دیگر احتمال بیشتری وجود دارد که به بیماری‌های زنانه و معضلات آن دچار شوند.

در خصوص موانع درمان، بر اساس نگرش اجتماعی فرهنگی به اعتیاد، به زنان بیشتر از مردان، انگ منفی زده می‌شود. نگرش اجتماعی منفی به اعتیاد، یک مانع عمده در درمان آن‌ها به حساب می‌آید. همچنین مراقبت از بچه مانعی دیگر برای درمان آن‌ها است. این در حالی است که زنان نسبت به مردان احتمال کمتری دارند که از خانواده و دوستان برای ترک مواد حمایت دریافت کنند.

برنامه‌های درمانی نیز اغلب ناخواسته موانعی در راه درمان زنان ایجاد می‌کند؛ مانند موانع مالی، تشریفات زائد اداری، متمرکز بودن برنامه‌های درمانی برای مردان و فقدان حساسیت درباره اعتیاد زنان.

موانع روانی درمان نیز عبارت‌اند از درونی کردن این عقیده رایج که اعتیاد یک سقوط

اخلاقی است که در زنان موجب اجتناب آن‌ها از درمان می‌شود. همچنین از آنجاکه زندگی بدون مواد مستلزم ایجاد تغییرات عمده در سبک و شکل زندگی است و ایجاد چنین تغییراتی مشکل و دشوار به نظر می‌رسد، بنابراین مقاومت در برابر تغییر یک مانع دیگر در راه درمان می‌شود.

به‌طور کلی، برنامه‌های موفقیت‌آمیز درمان زنان، باید از تفاوت‌های عمده جنسیتی در اعتیاد متأثر باشد و به نیازهای ویژه زنان و دختران معتاد پاسخ دهد.

فقدان بررسی تفاوت‌های جنسیتی در خصوص اعتیاد و مسائل پیرامون آن و نیز کمبود یا ناکافی پژوهش درباره زنان و اعتیاد، مطالعه و بررسی تحقیقات خارجی برای تعقیب ادبای تحقیق و کنکاش در آن‌ها را لازم می‌سازد. البته در این میان، توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی و به تبع آن، تفاوت‌های رفتاری در جوامع مختلف ضروری است. رایج است، درباره موضوع یادشده به مطالعه چند تحقیق که از سوی مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی و نیز برخی بنیادهای خیریه که نه تنها به کار رسیدگی و درمان معتادان بلکه به امر تحقیق و پژوهش در این زمینه پرداخته‌اند، اقدام شده است.

شایان ذکر است که متن اصلی این مجله، به‌ویژه به یکی از این تحقیقات تحت عنوان "زمان و مسائل جنسیتی در سوء مصرف مواد و درمان اعتیاد" است. این تحقیق توسط بنیادی به نام کرون که به کار درمان معتادان و به تحقیق و پژوهش در این زمینه می‌پردازد، انجام شده است. در این تحقیق اطلاعاتی از جامعه آمریکا در زمینه اعتیاد زنان و تفاوت‌های جنسیتی آنان در خصوص سوء مصرف مواد اخذ، جمع‌آوری شده است. همچنین به اطلاعات و نتایجی که این بنیاد با توجه به تحقیق درباره افراد معتاد به‌ویژه زنان معتادی که آن مرکز برای معالجه و درمان و حتی اخذ حمایت راجعه کرده بوده‌اند، اشاره شده است.

همچنین، شایان ذکر است که در تنظیم مطالب سعی شده است تا آنچه که با جامعه ایران از نظر فرهنگی، اجتماعی و نیز الگوهای رفتاری همخوانی ندارد، مانند مسئله الککل و معضلات مصرف آن در بین زنان آمریکا یا دیگر زنان غربی، حذف و بیشتر به بررسی اعتیاد به مواد مخدر و تفاوت‌های جنسیتی در این زمینه پرداخته شود.

قبل از ورود به بحث، ابتدا به مفاهیم جنس و جنسیت توجه می‌شود و سپس

مشخص خواهد شد که در این میحث منظور از جنسیت چیست. به عبارت دیگر "اگر جنس به طور زیست‌شناختی تعیین می‌شود، جنسیت حاصل فرهنگ و اجتماع می‌باشد. بنابراین، دو نوع جنس (نر و ماده) و دو نوع جنسیت (مذکر و مؤنث) وجود دارد. روان‌شناسان اجتماعی هویت جنسیتی را محصول شیوه آموزش و تربیت کودک می‌دانند تا نتیجه عوامل زیست‌شناختی در کارهای اخیر مردم‌شناسی نیز جنس و به‌طور کلی درباره خصوصیات ویژگی‌های کالبدشناختی، زیست‌شناختی و فیزیولوژیکی جسمانی مرد و زن به‌کاربرده می‌شود و جنسیت به نمادهای ویژه‌ای که به‌طور فرهنگی تفاوت‌های زیست‌شناختی و فیزیولوژیکی جسمانی زن و مرد را توضیح می‌دهند، ارجاع داده می‌شود." همچنین درباره تمایز جنس و جنسیت بیان شده است: جنس خلقت ریس، بیولوژیکی دارد و جنسیت ویژگی روانی و در نتیجه فرهنگی را نشان می‌دهد.

اگر اصطلاحات مناسب برای جنس نرینه و مادینه‌اند، اصطلاحات "مردانه" و "زنانه" نیز برای جنسیت مناسب است. همانکه ملاحظه خواهد شد در ذیل بررسی تفاوت‌های جنسیتی درباره سوءمصرف مواد مخدر و اثرات آن، نه تنها تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و روانی بلکه به تفاوت‌های زیست‌شناختی و بیولوژیکی خصوصاً در زمینه اثرات استفاده از مواد مخدر توسط زنان نیز اشاره شده است.

"تفاوت‌های جنسیتی در نقش‌های اجتماعی، فرهنگی، همانند مخاطرات روانی و فیزیکی ممکن است مردان و زنان نوجوان را در روی چالش‌های مختلف شخصی و محیطی سوق دهد. چنین تفاوت‌هایی ممکن است در چگونگی گسترش مسائل مواد مخدر در بین زنان و مردان نوجوان، جستجوی درمان و نحوه پاسخ‌گویی آنان به درمان سهیم باشد." تفاوت‌های جنسیتی باید در زمینه رشد اعتیاد و استراتژی‌های پیشگیری از آن مورد ملاحظه قرار گیرد. به میزانی که متغیر جنسیت، الگوهای استعمال مواد مخدر را تعیین می‌کند، منطقی است انتظار داشته باشیم که درمان مؤثر با در نظر گرفتن این تفاوت‌ها همراه باشد. در زمینه پیشگیری نیز برنامه آموزشی پیشگیرانه باید انگیزه‌های زنان را در ارتباط با مصرف مواد مخدر و نیز آسیب‌پذیری بیشتر آنها در مقایسه با مردان نوجوان (در زمینه نشانه‌های بیماری‌های جسمانی شدید ناشی از مواد مخدر) مورد تأکید قرار دهد.

در مطالعه بنیادکرون، استفاده زنان از مواد مخدر در آمریکا تفاوت‌های جنسیتی، عوامل خطرزا، مشکلات پزشکی و پیامدهای اعتیاد، پیامدهای اجتماعی و موانع اجتماعی و روانی درمان در زنان مورد بررسی قرار گرفته است.

در این تحقیق آمده است که تا این اواخر مسائل زنان و اعتیاد آنان پنهان بوده است. زنان معتاد توجه اندکی را از سوی تأمین‌کنندگان درمان، محققان و عامه مردم دریافت کرده‌اند. توجه مسائل و استراتژی‌های درمان نیز بر مردان متمرکز شده است. [اما] زنان همچون مردان نسبت به مواد مخدر، الکل و اعتیاد آسیب‌پذیر هستند. تحقیقات و بررسی‌های ملیدر آمریکا نشان می‌دهد که سوءمصرف مواد مخدر و الکل در میان زنان رو به افزایش است و روند برابری جنسی در این سوءمصرف به چشم می‌خورد.

اگرچه مردان عرصه اصلی بیشتری برای دستیابی به مواد و سوءمصرف آن دارند، ولی قابلیت دسترسی به مسکن برای زنان نیز افزایش یافته است تا جایی که احتمال تجربه مصرف مواد برای زنان نیز به سرعت در حال گسترش است.

در زمینه رواج اعتیاد نیز یک بررسی ملی در سال 2000 برآورد کرده است که 7/7 درصد مردان در مقایسه با 5 درصد زنان آمریکایی از مواد مخدر استفاده می‌کنند (با اختلاف جنسیتی کمتر از 3 درصد).

تقریباً 4/5 میلیون نفر از زنان آمریکایی الکل، تریاک، مخدر، داروهای تجویز شده روان‌گردان و بیش از 3 میلیون نفر به‌طور مرتب، مواد مخدر غیرقانونی استفاده می‌کنند. میزان مصرف نیکوتین و الکل توسط زنان نیز در حال نزدیک شدن به سطح مصرف مردان از این مواد است. استفاده غیرپزشکی زنان از مسکن‌ها و آرام‌بخش‌ها، همچنین داروهای محرک روان‌گردان‌ها مساوی یا بیشتر از استفاده مردان از این داروهاست. در سال 1967 بیش از دو سوم از این قبیل نسخه‌ها برای زنان بیمار نوشته شده است. میزان مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان دختر و پسر به‌طور بسیار نگران‌کننده‌ای نزدیک به یکسان شدن است. استفاده نوجوانان از مواد مخدر غیرقانونی برای پسران 89/ درصد و برای دختران 59/ درصد است. این امر در مورد استفاده از الکل نیز به همین گونه است. بر اساس اطلاعات بنیاد کرون در سال 1999 تعداد دختران نوجوان نسبت به

پسران نوجوان در اعتیاد هروئین، افزایش یافته است.

"عوامل عاطفی یک عامل تعیین کننده برای مصرف مواد مخدر در بین زنان نوجوان است. زنان نوجوان ممکن است بیشتر به پاسخ‌های کلیشه‌ای به فشارهای روانی در استفاده از مواد مخدر متمایل و مستعد باشند تا حدی که زنان نوجوان تمایل بیشتری در استفاده از داروها و مواد برای فرار عاطفی نشان می‌دهند. پیشگیری و برنامه‌های مداخله گرانه باید این نکته را در مورد دختران مورد تأکید قرار دهند.

بررسی بنیاد کرون آمده است: اگرچه استفاده زنان از مواد مخدر و الکل در حال افزایش است، اختلاف‌های جنسیتی عمده‌ای هنوز در این زمینه وجود دارد. در مقایسه با مردان احتمال کمتری وجود دارد که زنان از مواد مخدر غیرقانونی استفاده کنند. مردان در مقایسه با زنان احتمال بیشتری وجود دارد که الکل مصرف کرده باشند یا مصرف مواد مخدر را در بین باین‌تری آغاز کنند. زنان الکلی نیز در مقایسه با مردان الکلی احتمال بیشتری دارد که دارای ریسکه خانوادگی مصرف الکل و اعتیاد باشند.

وقتی زنان سوءمصرف مواد را آغاز می‌کنند، نسبت به مردان سریع‌تر گرایش به اعتیاد را نشان می‌دهند و نیز زودتر از نسل‌های منفی (از نقطه نظر پزشکی) را تجربه می‌کنند. به علاوه، عواملی که خطر اعتیاد را برای زنان به دنبال دارد با عوامل خطر در مردان متفاوت است. همچنین در مقایسه با مردان، منابع درمان در زنان ممکن است مشکلات بیشتری را به همراه داشته باشد.

نیکوتین یک مثال جالب از تغییرات جنسیتی در استفاده از مواد مخدر است. اگرچه نیکوتین از اوایل کشت آن مورد استفاده بوده است، اما این ماده تا اواخر جنگ دوم جهانی توسط مردان استفاده می‌شد. استفاده زنان از نیکوتین از اواسط قرن بیستم، افزایش یافته است.

زنان به هنگام ترک اعتیاد (به دلیل دوره ماهیانه‌شان) در مقایسه با مردان کمتر به معالجه و روان‌درمانی و حتی جایگزین کردن نیکوتین، جواب می‌دهند. علاوه بر این، زنان اغلب در هنگام ترک اعتیاد شوهرانشان بیشتر حامی و پشتیبان هستند تا شوهران به هنگام تلاش زنانشان برای ترک اعتیاد.

تفاوت‌های بین زنان جوامع مختلف نشان می‌دهد که احتمال مصرف الکل در بین زنان سفیدپوست، آمریکایی، انگلیسی‌تبار، بریتانیایی و آمریکای شمالی نسبت به زنان سیاه‌پوست آمریکای لاتین بیشتر است. درواقع، به میزانی که یک گروه قومی با فرهنگ مسلط آمریکا همسان و همرنگ می‌شود یا به عبارت دیگر، فرهنگ پذیری یک گروه اقلیت قومی زنان یک عامل بااهمیت است که مصرف الکل را در گروه‌های مختلف قومی و نژادی پیش‌بینی می‌کند. به علاوه درآمد پایین خانواده، تحصیلات کم و بیوه بودن زنان از عوامل مرتبط با مصرف الکل در جامعه آمریکاست.

شاخص مهم دیگر استفاده زنان از مواد مخدر زنان، محل جغرافیایی است. الگوهای خانوار سوء مصرف مواد مخدر، به در دسترس بودن این مواد بستگی دارد.

عوامل خطرین برای زنان هیچ کس تصمیم نمی‌گیرد که معتاد شود. در عوض، ترکیب عوامل ژنتیکی، روان‌شناختی و اجتماعی برخی زنان را نسبت به اعتیاد از دیگر زنان آسیب‌پذیرتر می‌سازند. تحقیقات توافق دارند که برخی از افراد یک ضعف ژنتیکی و فردی نسبت به اعتیاد دارند. این عوامل تحقیقات، روی نمونه‌هایی از مردان انجام گرفته است و مشکل می‌توان نتایج آن‌ها را به زنان تعمیم داد. به هر حال، تحقیقات مکرر دلالت بر این دارند که زنانی با تاریخچه خانوادگی اعتیاد به الکل، بیشتر در معرض خطر هستند.

کارشناسان زیادی در حوزه مطالعات زنان به رسمیت زنان در درون شبکه پیچیده خویشاوندی و روابط نظر دارند. این شبکه خویشاوندی می‌تواند دختران و زنان را پرورش داده، آن‌ها را تربیت و حمایت کند و حتی می‌تواند آنان را تخریب کرده و به‌سوی رفتارهای نادرست و مشکلات و مسائل روان‌شناختی، مانند سردگی و اضطراب سوق دهد. این روابط به گروه همسالان فرد نیز گسترش می‌یابد. این گروه‌ها می‌توانند موجب ارتقاء یا عدم تحقق رفتارهای درست و سالم شوند که فشار این گروه بااهمیت‌تر از خود فرد شود.

سودمندی و همچنین نیروهای منفی این روابط رفتار ممکن است دختران و زنان را بیش از رفتار پسران و مردان تحت تأثیر قرار دهد.

نقش روابط نزدیک و صمیمانه در اعتیاد زنان و دختران و زنان مصرف‌کننده مواد مخدر و الکل از نوجوانی تا سالخوردگی تحت تأثیر روابط در زندگیشان قرار دارند. به نظر می‌رسد

دختران نوجوان نسبت به فشار گروه همسالان در مقایسه با پسران، آسیب‌پذیرتر هستند و ممکن است به‌منظور احساس پذیرفته شدن در گروه همسالان، اعتیاد را تجربه کنند. همچنین، زنان معتاد و الکلی نسبت به مردان احتمال بیشتری دارد که دوست جنسی یا شریک جنسی داشته باشند که مصرف‌کننده این مواد است، همچنین برآورد شده است که یا یک دوم یا یک‌سوم زنان معتاد با مردی که معتاد است، زندگی می‌کنند. زنان جوان گرایش دارند تا توسط مردی مسن‌تر که با او روابط صمیمانه و نزدیک دارند، با مواد مخدر آشنا شوند. در برآورد بنیاد کرون، تقریباً 25 درصد زنان هروئینی از طریق دوست نزدیک یا همسرشان با هروئین آشنا شده‌اند. درحالی‌که کمتر از 5 درصد زنان معتاد به هروئین، از طریق دوستی نزدیک که با او ارتباط جنسی داشته‌اند و یا دوستی از جنس مخالف با هروئین آشنا شده‌اند؛ این در حالی است که مردان معتاد به هروئین بیشتر از طریق آشنایان و رستوران‌ها و جنس با مواد مخدر آشنا شده‌اند. علاوه بر این، زنان معتاد در مقایسه با مردان معتاد بیشتر احتمال دارد برای خرید هروئین پول دریافت کنند و حتی در سوءمصرف مواد در دسترس قرار گیرند. همچنین این احتمال در زمینه استفاده مشترک همسران از سرنگ، در بین زنان بیشتر از مردان معتاد است. تحقیق دیگری در این زمینه نشان می‌دهد که زنان معتاد تزریقی معمولاً با مردی که مصرف تزریقی دارد، روابط جنسی برقرار می‌کنند. این نتایج دارای معانی ضمنی مهمی در خصوص آسیب‌پذیری زنان به مواد است. درواقع، زنان گرایش دارند تا از طریق روابط نزدیک و صمیمانه، با مواد مخدر و الکلی آشنا شوند که این امر می‌تواند به‌طور بالقوه نتایج مصیبت‌باری برای سلامتی آنان در برداشته باشد.

هدف این اثر، تجزیه و تحلیل سه ستون اصلی برنامه‌های کاهش تقاضای اپیدمیولوژی (روش و بررسی‌های مربوطه)، پیشگیری و درمان است.

اغلب بررسی‌هایی که تاکنون در این زمینه به‌عمل آمده، در کشورهای صنعتی، یعنی کشورهای آمریکای شمالی، اروپای غربی و استرالیا انجام گرفته است. این امر به این دلیل بوده که این کشورها سهم بیشتری نسبت به کشورهای در حال توسعه در رابطه با اعتیاد به مواد مخدر و مشکلات مربوط به امراض ناشی از مواد مخدر داشته‌اند. بیشترین سرمایه‌گذاری‌هایی که در رابطه با مطالعات سیستماتیک در خصوص درک معضل اعتیاد و برای اجرای برنامه‌های پیشگیری و درمان در دهه اخیر به‌عمل آمده، توسط ایالات متحده

آمریکا صورت گرفته است. سرمایه‌گذاری‌های مربوط به برنامه‌های کاهش تقاضا اعم از مطالعات، پیشگیری و درمان در سطح کشور آمریکا از 0/9 میلیارد دلار در سال 1985 به 5/6 میلیارد دلار در سال 1999 رسید که این مقدار برابر 20 دلار به ازای هر نفر در این کشور بود که بر اساس استانداردهای جهانی، رقم بسیار بالایی محسوب می‌شود. این رقم برابر یک سوم کلیه هزینه‌هایی است که در زمینه مبارزه با مواد مخدر در این کشور صورت می‌گیرد. حتی با در نظر گرفتن میزان تورم، سرمایه‌گذاری‌هایی که در بخش کاهش تقاضا بین سال‌های 1985 تا 1999 صورت گرفته، بیش از چهار برابر افزایش داشته است. به‌موازات افزایش سرمایه‌گذاری‌ها در این زمینه، سوءمصرف مواد مخدر اعم از شیوع سالانه نیز صرف کنونی کلیه مواد مخدر آن‌گونه که در بررسی سالانه خانواده‌ها نشان داده شده، 40 درصد کاهش داشته است. سوءمصرف کوکائین در طول سال‌های 1985 تا 1999 تا 10 درصد کاهش داشته است.

تعداد مصرف‌کنندگان کنونی مواد مخدر غیرمجاز (حداقل یک‌بار مصرف در ماه قبل از بررسی) 23/3 میلیون نفر در سال 1985 به 13/6 میلیون نفر در سال 1998 کاهش یافت. تعداد کنونی سوءمصرف کنندگان کوکائین از 5/7 میلیون نفر در سال 1985 به 1/8 میلیون نفر در سال 1998 کاهش یافته است.

بررسی ملی خانواده‌ها در سال 1999 نشان داد به 7 درصد جمعیت 12 سال به بالا، در ماه گذشته مواد مخدر مصرف کرده‌اند که نسبت به 11 درصد در سال 1985 کاهش داشته است. نسبت جمعیتی که در ماه پیش از انجام بررسی در کابین مصرف کرده بودند از 3 درصد در سال 1985 به 0/8 درصد در سال 1999 کاهش داشته است.

اگرچه تغییر رفتار انسان‌ها به دلیل عوامل گوناگون رخ می‌دهد، لیکن مطالعات عمیقی که در این رابطه صورت گرفته نشان می‌دهد تلاش‌های عظیم به‌عمل آمده در زمینه کاهش تقاضا، نقش مهمی را در رابطه با جلوگیری از سوءمصرف مواد مخدر ایفا نموده است.

از آنجا که الگوی سوءمصرف مواد از یک کشور به کشور دیگر (و در اغلب مواقع در داخل یک کشور) متغیر است، طراحی و اجرای یک برنامه واحد در زمینه پیشگیری و درمان کارساز نخواهد بود. این امر در خصوص اجرای برنامه‌ای تبیین شده برای کشورهای صنعتی که در کشورهای در حال توسعه اجرا می‌شود، بیشتر عینیت پیدا می‌کند. حتی اگر

برنامه‌ای در یک کشور بخصوص موفق عمل کند، برای استفاده در کشوری دیگر، بایستی حتماً با شرایط فرهنگی و اجتماعی آن کشور به دقت جرح و تعدیل گردد. با توجه به معضل روبه رشد سوء مصرف مواد مخدر در بسیاری از کشورهای در حال رشد، هنوز به مطالعه بیشتر در خصوص شناسایی عوامل ویژه تأثیرگذار بر تقاضای مواد مخدر نیاز است. با توجه به این امر، UNDCP با همکاری سایر شرکای خود در صدد توسعه تعدادی برنامه‌های نمونه در زمینه پیشگیری و درمان بوده که با توجه به تفاوت‌های منابع و شرایط محلی طراحی شده‌اند.

بعضی مهمی را در درک معضل مواد مخدر، توسعه راهکارهای صحیح و میزان مناسب ردن آن‌ها به گونه‌ای ارائه می‌کند که مداخلات بتواند با توجه به شرایط متفاوت اصلاح و تغییر یافته باشد. تجزیه و تحلیل سیستماتیک اپیدمیولوژی را می‌توان با عملکرد سیستم حسابداری یک شرکت مقایسه کرد. مدیرانی که بدون داشتن یک سیستم حسابداری کارآمد فعالیت می‌کنند نمی‌توانند شرکت خود را به جهت غلط هدایت کرده و موقعی به فکر علاج می‌افتند که خیلی دیر شده است. همین موضوع در صورتی که سیستم‌های مناسب اطلاع‌رسانی ایجاد نشود در مورد سیاست‌گذاری که درگیر معضلات سوء مصرف مواد مخدر هستند نیز صدق خواهد کرد. مطالعات اپیدمیولوژیکی، ابزار اطلاع‌رسانی لازم را در اختیار سیاست‌گذاران قرار می‌دهد تا به صورت هدف‌دار، برنامه‌ها را به گونه‌ای طراحی نمایند تا به شکل مکانیزمی مناسب بازخورد لازم ارائه کند تا مشخص شود که آیا اقداماتی مناسب و مقرون به صرفه صورت می‌گیرند یا خیر. راینرو نظارت اپیدمیولوژیکی مواد مخدر از اجزای اصلی و بسیار مهم استراتژی ملی مبارزه با مخدر به حساب می‌آید.