

اعتیاد در زنان: یک مطالعه روایت‌پژوهی

تجربه زیسته زنان مصرف‌کننده مواد در شهر اصفهان

محسن نیازی*

میلاذ نوروزی**، ندا حسینی ادیب‌پور***

چکیده

رشد نرخ اعتیاد زنان و افزایش آسیب‌پذیری زنان از ناحیه این پدیده یکی از مهم‌ترین بحث‌های پیرامون آسیب‌های اجتماعی چند سال اخیر در ایران بوده است. این مطالعه با راهبری اصول روش پدیدارشناسی توصیفی درصدد تحلیل روایت اعتیاد از منظر زنان مصرف‌کننده مواد است. داده‌ها با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و ابزار مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته با نوزده زن دارای سابقه سوء مصرف مواد مخدر جمع‌آوری شدند. پنج تم لذت‌جویی و دفع رنج، شخصیت آسیب‌پذیر، ضعف در مهارت‌های زندگی، خانواده آسیب‌زای استیلائی هنجارهای مردانه و فرایندهای تسهیلگر مهم‌ترین دلایل و انگیزه‌های مصرف مواد در زنان بوده‌اند که موجب شکل‌گیری برخی پیامدهای درونی‌فردی و بیرونی-اجتماعی برای آنان شده‌اند. ضرورت ناگزیر ترک، رفتار دوگانه خانواده و چالش‌های پیرامون خدمات کاهش آسیب مهم‌ترین چالش‌های زنان در مسیر رهایی از اعتیاد بوده‌اند. در مجموع ۱۱ مقوله سطح سوم، ۲۹ مقوله سطح دوم و ۴۱۳ عبارت معنایی کشف و استخراج شد.

* استاد گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان، Niazim@kashanu.ac.ir

** دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه کاشان (نویسنده مسئول)، Noruzi@grad.kashanu.ac.ir

*** کارشناس ارشد مطالعات فرهنگی، دانشگاه کاشان، Ndhap77@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۳/۲۹، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۱۴

کلیدواژه‌ها: زنان، سوء مصرف مواد، اعتیاد، روایت پژوهی، تجربه زیسته

۱. مقدمه و طرح مسئله

مطالعات جهانی بیانگر این است که در دو دهه اخیر به دلیل تغییر و دگرگونی برخی عوامل اجتماعی-اقتصادی زنان به طور فزاینده‌ای درگیر سوء مصرف مواد مخدر و الکل شده‌اند (Fox & Sinha, 2009; SAMHSA, 2005). این مسئله ضمن نزدیک‌تر کردن نرخ اختلالات مصرف مواد در زنان و مردان باعث (Steingrimsson, et al. 2009; Seedat, et al. 2009; Keyes, et al. 2008) و (Wagner, & Anthony, 2007; Grucza, et al. 2008) خطرپذیری بیشتر زنان در برابر این پدیده شده است (Cotto, et al. 2010; Zalala, et al. 2016). مقایسه روند جهانی و ملی این پدیده اهمیت آن را بیشتر بازنمایی می‌کند. تحقیقات انجام‌شده در اوایل دهه ۱۹۸۰ نسبت اختلالات مصرف مواد در بین مردان و زنان را ۵ به ۱ تخمین زده بود (Helzer, Burnam, & McEvoy, 1991; Robins, 1991). در پیمایش سال ۲۰۰۷ این نسبت ۳ به ۱ گزارش شد (Hasin, et al. 2007). در آخرین مطالعه سال ۲۰۱۲ از ۴/۱ میلیون مصرف‌کنندگان مواد مخدر غیرقانونی، بیش از ۴۲٪ زنان بوده‌اند (Mchugh, Wigderson, & Greenfield, 2014) و اخیراً این نسبت ۱/۴ به ۱ تخمین زده شده است (Lal, Deb, & Kedia, 2015).

بررسی آخرین آمارهای انتشار یافته در خصوص نرخ اعتیاد در بین جمعیت زنان در ایران و نسبت آن با آمار اعتیاد مردان بیانگر مشابهت روند بین‌المللی و ملی این پدیده فارغ از تأخیر زمانی و تفاوت الگوی غالب اعتیاد در دو سطح است. آخرین رقم نرخ اعتیاد در زنان از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر ۹/۶٪ اعلام شده است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۷). مقایسه نرخ اعتیاد زنان و مردان ایرانی در ادوار مختلف به ترتیب در پیمایش‌های با تأخر زمانی نزدیک به دور، از سوی برخی منابع ۱ به ۸ (توکلی و همکاران، ۱۳۹۲) و از سوی برخی منابع دیگر ۷ به ۱۰۰ (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۱) تخمین زده شده است. هرچند بعضی با استناد به فاصله آمارهای رسمی و گزارش‌های غیررسمی پیرامون این پدیده، وجود برخی محدودیت‌های عرفی و موانع فرهنگی، اجتماعی و حقوقی و مشاهده برخی کاستی‌ها در دسترسی زنان مصرف‌کننده مواد به خدمات درمانی و بازتوانیکه سبب پنهان‌تر ماندن رقم واقعی آمار اعتیاد این گروه شده است؛ نرخ‌های اعلام شده را کمتر از نرخ واقعی این پدیده در میان زنان ایرانی ارزیابی کرده‌اند. در مجموع بررسی و تحلیل روند

نرخ اعتیاد زنان ایرانی در ادوار مختلف حاکی از وضعیت نگران‌کننده این پدیده در طول سال‌های گذشته است.

اعتیاد در زنان و عوامل مرتبط با آن بسیار متفاوت از مردان است. اهمیت تحقیقات مبتنی بر جنس/جنسیت در سلامت در طول دو دهه گذشته (Mazure & Jones, 2015) موجب رشد مطالعات با موضوع شناسایی تفاوت‌های کلیدی اختلالات مصرف مواد در بین زنان و مردان شده است (Becker, & Koob, 2017; Brady, Back, & Greenfield, 2009). اگرچه شیوع شناسی مصرف مواد مخدر تحت تأثیر فرهنگ و سیاست‌هایی است که بر دسترسی و پذیرش مصرف مواد مخدر در زنان و مردان تأثیرگذار است، نقش تفاوت در دسترسی بیشتر از نقش تفاوت جنسیتی در شیوع مصرف مواد در دو جنس نشان داده شده است (Seedat, et al. 2009)، یعنی این که هنگام کنترل دسترسی، احتمال مصرف مواد بین مردان و زنان متفاوت نیست (Caris, et al. 2009). با این وجود نقش اهمیت تفاوت‌های جنسیتی در مخاطرات قبل و بعد از وابستگی به مواد و فرایند درمان موضوعی محرز و غیرقابل چشم‌پوشی است (Greenfield, et al. 2007). از همین رو فهم مکانیسم‌هایی که آسیب‌پذیری و پاسخگویی زنان به مصرف مواد را تحت تأثیر قرار می‌دهد به دلیل نقش آن‌ها در بهبود و گسترش معیارهای خدمات و درمان‌های مبتنی بر جنسیت از اهمیت فراوانی برخوردار است.

اواخر دوره نوجوانی به دلیل تغییرات دوره بلوغ در دختران، دوره اوج خطر ابتلا به مصرف مواد در زنان است (Vega, et al. 2002; Lal, et al. 2015). در مقایسه با مردان میانگین سن شروع مصرف مواد در زنان بالاتر (Greenfield, 2016; Keyes, et al. 2010) و دوره شتاب مصرف مواد سریع‌تر است (Hernandez-Avila, et al. 2004). به عبارت دیگر زنان سریع‌تر از مردان در سطوح خطرناک‌تر مصرف مواد قرار می‌گیرند (Lal, et al. 2015). این پدیده تحت عنوان «اثر تلسکوپی» (Telescopic effect) شناخته می‌شود و در میان زنانی که در معرض الگوهای خطرناک‌تر مصرف مواد هستند بیشتر اتفاق می‌افتد. به عبارت دیگر به غیر از آسیب‌پذیری بیشتر زنان مصرف‌کننده مواد نسبت به مردان، گروهی از زنان مصرف‌کننده مواد نسبت به زنان دیگر تحت تأثیر این پدیده آسیب‌پذیرترند (McHugh, et al. 2018). بررسی‌های تطبیقی مبتنی بر نمونه‌های بالینی و غیر بالینی از زنان مصرف‌کننده مواد نشان می‌دهد که حدود ۲۰ تا ۵۷٪ آن‌ها خشونت را از ناحیه شریک صمیمی خود تجربه کرده‌اند (Moore, et al. 2008; El-Bassel, et al. 2010) که حدود ۲ تا ۵ برابر مقدار میزان شیوع

گزارش شده در میان جمعیت عمومی زنان بوده است (El-Bassel, et al.2011; Devries, et al.2012; Pinkham, et al.2014). همچنین آن‌ها با نرخ‌های بالاتری از خشونت جنسی و فیزیکی از جانب پلیس و سازمان‌های اجرای قانون روبرو هستند (Azim, Bontell, & Strathdee, 2015).

اعتیاد در زنان ارتباط معناداری با مسائل روان‌شناختی آن‌ها دارد. بدین معنا که از یکسوی بالاتر بودن نرخ اختلالات روانی زنان تأثیر بسیار زیادی در گرایش و درنهایت وابستگی آن‌ها به مصرف مواد دارد و از سوی دیگر زنان مصرف‌کننده مواد مخدر نسبت به زنان دیگر بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی هستند (Gilchrist, Blazquez & Torrens, 2011). عوامل فرهنگی مانند خانواده‌های سنتی و نامتعارف و نحوه جامعه‌پذیری (Nandi, et al.2008) و برخی عوامل دیگر مانند وقوع حوادث بحرانی در زندگی (Maharaj, et al.2005)، همراهی با مردان مسن‌تر (دوست، اعضای خانواده یا همسر) (Nebhinani, et al.2005)، فشار گروه همسالان (Murthy, & Chand, 2005)، فعالیت در بازار تن‌فروشی (Kermode, et al.2012; Kermode, et al.2013)، کاهش استرس یا دردهای فیزیکی (Nebhinani, et al.2013)، افسردگی و مشکلات در تنظیم هیجان (Murthy, & Chand, 2005) انتظارات مثبت در خصوص مصرف برخی مواد و اعتقاد به خاصیت ترمیم‌کنندگی برخی مواد بعد از زایمان در زنان مسن‌تر (Ibid)، احساس قدرت و کلیشه‌های ناپدیدشده در مورد زنانگی (Lal, et al.2015; Murthy, & Chand, 2005) از عوامل و انگیزه‌های تأثیرگذار در تجربه اولین مصرف مواد در زنان معرفی شده است. درحالی‌که بسیاری از این دلایل ممکن است از نظر جنسیتی خنثی باشند، برخی عوامل مانند بلوغ، دختران را بیش از پسران تحت تأثیر قرار می‌دهد (Lal, et al.2015).

زنان و مردان روش‌های مختلفی برای به دست آوردن مواد مخدر دارند. مردان اغلب مواد مخدر را نقداً خریداری می‌کنند، درحالی‌که در اغلب زنان خرید غیر نقدی و یا مبادله جنسی محتمل‌تر است (Razaghi, et al.2008). مردان بیشتر به واسطه گروه‌های همسالان و شبکه‌های دوستی با مواد آشنا می‌شوند اما زنان مصرف مواد را در جمع‌های خانوادگی و یا روابط صمیمی شروع می‌کنند (Schepis, et al. 2011; Tuchman, 2010). اگرچه ابتلا به مصرف مواد از نظر عمومی یک برچسب اجتماعی منفی محسوب می‌شود (Link, et al. 1997; Luoma, et al.2007) اما زنان مصرف‌کننده مواد در مقایسه با مردان از حمایت اجتماعی ضعیف‌تری برخوردارند (Crome, & Kumar, 2007) و درجه داغ آن برای آنان به دلیل

کلیشه‌های مبتنی بر جنسیت که استانداردهای متفاوتی برای زنان تعریف می‌کند بیشتر است (Rahman, et al. 2015). مصرف مواد توسط زنان در مغایرت با نقش طبیعی آنها در جامعه پنداشته می‌شود (Lazuardi, et al. 2012; Kensy, et al. 2012). خروج از چارچوب این نقش‌ها با الصاق برچسب منحرف و تبعیض نسبت به آنها همراه است. وابستگی به مواد زمینه قرار گرفتن زنان در معرض رفتارهای جنسی خطرناک (Gilbert, et al. 2015)، انحراف و لابی‌گری (Ajlchi, 2009)، غفلت از کودکان و دیگران مهم و مواجهه با رفتارهای خشونت‌آمیز (Pinkham, et al. 2012) را فراهم می‌کند. مجموعه‌ای از شرایطی که باعث تشدید داغ ننگ و تبعیضات بیشتر در مورد آنها می‌شود (Carter, 1997). داغ ننگ ناشی از مصرف مواد هم‌زمان با افزایش احساس نیاز زنان برای رهایی از این وضعیت و دستیابی به خدمات اجتماعی و بهداشتی مانع مضاعفی برای دسترسی آنها به این‌گونه خدمات محسوب می‌شود. علاوه بر این سیاست‌های اجتماعی مرتبط با اشتغال، مسکن، آموزش، رفاه و سلامت امکان رهایی زنان از شرایط موجودشان را مشکل‌تر کرده است (Vanolplen, et al. 2009).

بسته به میزان وابستگی به مواد گروه‌های خاصی از زنان بیشتر در معرض خطر قرار می‌گیرند. الصاق برچسب به برخی زنان مصرف‌کننده مواد مخدر منجر به مشارکت کمتر آنها در برنامه‌های درمان و سایر خدمات کاهش آسیب می‌شود (Network, 2010; Razani, et al. 2007; Simmonds & Coomber, 2009). مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، زنان تن‌فروش و زنان باردار از آسیب‌پذیرترین گروه‌های زنان مصرف‌کننده مواد هستند (CBHSQ, 2016; Pinkham, et al. 2012). در حالی که مراقبت‌های بهداشتی و خدمات اجتماعی برای اکثر افرادی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند کمیاب است، نیازهای خاص زنان به شکل ویژه‌ای در این حوزه نادیده گرفته شده است (Schleifer, & Pol, 2017). در مقایسه با مردان، زنان تحت درمان اختلالات مصرف مواد به‌طور پیوسته اختلالات عملکردی شدیدتری در حوزه‌های مختلفی مانند اشتغال، اجتماع، خانواده، عملکرد پزشکی-روانی (Foster et al. 2010; Greenfield, et al. 2010; Muhugh, et al. 2013; Sherman, et al. 2017; 2016) و کیفیت زندگی (Griffin, et al, 2015) گزارش کرده‌اند.

با وجود پیامدهای اعتیاد در زنان محدودیت اطلاعات در خصوص زنان مصرف‌کننده مواد در ایران چالش برانگیز است. انجام مطالعات کیفی اکتشافی مبتنی بر تجارب زنان درگیر در پدیده اعتیاد موجب روشن‌تر شدن ابعاد مختلف پدیده وابستگی به مواد در زنان و

شناخت واقعی‌تر و عمیق‌تر آن می‌شود. از همین رو پژوهش‌حاضر با رویکرد کیفی و بهره‌گیری از روش روایت پژوهی به توصیف تجربه‌های متفاوت زنان مصرف‌کننده مواد از اعتیاد پرداخته است.

۲. پیشینه تحقیق

با توجه به حجم نسبتاً گسترده تحقیقات انجام‌شده در حوزه اعتیاد زنان در طول چند سال اخیر، در مرور تجربی ادبیات پژوهش با تأکید بر گزارش پژوهش‌های با رویکرد کیفی؛ ضمن مرور و نقد اجمالی روند تحقیقات صورت گرفته در این حوزه، هفت مورد از پژوهش‌های کیفی انجام‌شده در بازه زمانی یک دهه اخیر در ایران بررسی و گزارش شده است.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که به لحاظ تاریخی و در ادوار مختلف مطالعه در مورد اختلالات مصرف مواد به‌طور نامتناسبی بر مردان متمرکز بوده است (Greenfield, et al. 2007) و سهم پژوهش‌های زنانه یا بسیار کم بوده و یا این‌که نقش زنان بیشتر در حاشیه پژوهش‌های مربوط به مردان (به‌عنوان مثال در مقام همسران مردان مصرف‌کننده مواد) و آکاو و بازنمایی شده است. نادیده گرفتن سهم عاملیت زنانه و غلبه گفتمان‌های مردمحورانه پیرامون مصرف و وابستگی به مواد در زنان، سبب شکل‌گیری برخی پنداشت‌های ناصحیح از پدیده اعتیاد در زنان و استمرار آسیب‌پذیری مضاعف‌تر آنان در مواجهه با این پدیده شده است. نه‌تنها مطالعات بلکه روش‌های پیشگیری و درمان نیز غالباً مرد محور بوده است. ازسویی جدیدترین مطالعات نشان داده‌اند که یافته‌های کلینیکی از وابستگی افراد به مواد مخدر در زنان و مردان کاملاً متفاوت می‌باشند که منجر به پیشنهاد طی مراحل ترک مختلف در زنان و مردان شده است (Back, et al. 2011). در مقابل برخی از صاحب‌نظران و پژوهشگران در ایران از اصطلاح «زنانگی اعتیاد» یا «اعتیاد زنانه» سخن گفته‌اند. روند افزایشی پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه اعتیاد زنان بیانگر رشد انجام این پژوهش‌ها نسبت به سال‌های اخیرتر است. هرچند همواره حجم پژوهش‌های با رویکرد پزشکی بسیار بیشتر از تعداد پژوهش‌های با رویکرد روان‌شناسی و جامعه‌شناسی بوده است. برخی مطالعات در توصیف این وضعیت از تعبیر «پزشکینه شدن اعتیاد» استفاده کرده‌اند (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۸). یکی از پیامدهای چنین روندی استمرار سیاست علاج پس از واقعه است. درحالی‌که تجربیات موفق بسیاری از کشورها در این حوزه نشان

می‌دهد با انجام برخی مداخلات روانی-اجتماعی پیشینی در مورد جمعیت‌های عمومی و در معرض خطر (پیشگیری سطح اول و دوم) و مداخلات روانی-اجتماعی پسینی در مورد جمعیت‌های آسیب‌دیده (پیشگیری سطح سوم) می‌توان ضمن تعدیل و کاهش روند آسیب‌پذیری زنان در مواجهه با آسیب اجتماعی اعتیاد، خدمات کاهش آسیب مناسب‌تر و در دسترس‌تری در اختیار گروه‌های آسیب‌پذیرتر قرار داد.

گروسی و محمدی (۱۳۹۰) در یک مطالعه پدیدار شناختی با استفاده از روش تحلیل تماتیک به تبیین تجربه زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده اعتیاد از طریق مصاحبه با ۳۰ زن مصرف‌کننده مواد پرداخته‌اند. یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها در قالب پنج تم اصلی مثلث خانواده، فرد و اجتماع، طیف احساس شادمانی - پریشانی، ورود به روابط اجتماعی در هم‌شکسته، ناتوانی در برابر اعمال فشار جامعه و عدم وجود توانمندی در زنان برای رویارویی با شرایط ارائه شده و بر اساس آن مدل تبیین پدیده وابستگی به مواد در زنان استخراج شد.

رضایی ابهری و همکاران (۱۳۹۰) با استفاده از رویکرد تحقیق کیفی و با استفاده از روش داستان رواییه و اکاوی تجارب ذهنی دختران مصرف‌کننده مواد مخدر در ارتباط با تصمیم‌گیری جنسی آن‌ها از طریق مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته با ۹ دختر نوجوان ۱۸-۲۲ ساله مصرف‌کننده مواد مخدر پرداخته‌اند. یافته‌های تحقیق نشان داد شش مضمون عوامل فردی و عوامل خارجی، هنجارهای اجتماعی مورد انتظار، باورهای مذهبی، رضایت جنسی، فقدان مهارت نه گفتن، فقر و اعتیاد به عنوان خط پایان زندگی برجسته‌ترین مضامین در تصمیم‌گیری جنسی دختران نوجوان مصرف‌کننده مواد برای ورود یا عدم ورود به رابطه جنسی بوده است.

میرزاخانی و خدادادی (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای با رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوای بررسی عوامل روان‌شناختی مستعد کننده اعتیاد در زنان از طریق مصاحبه با ۳۲ زن مصرف‌کننده مواد پرداخته‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان داد عوامل روان‌شناختی از جمله ویژگی‌های شخصیتی شامل هیجان خواهی، روان آزردگی، کمال طلبی، راهبردهای مقابله‌ای آسیب‌زا از جمله سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و هیجانی، تعارض‌های روان‌شناختی شامل تعارض در اهداف، تعارض نقش جنسیتی و تعارض خود، تجربه آسیب‌زا شامل از دست دادن والدین، غفلت والدین، تجربه خشونت و شکست عاطفی و انگیزه‌های فردی

شامل کسب منافع روانی و کسب منافع جسمانی می‌تواند عوامل مستعد کننده اعتیاد در زنان باشند.

هاشمی نژاد (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای با رویکرد کیفی و با استفاده از روش نظریه زمینه‌ای به مطالعه جامعه‌شناختی اعتیاد زنان از طریق مصاحبه با ۱۷ نفر از زنان مصرف‌کننده مواد مخدر پرداخته است. مدل پارادایمی تحقیق حول سه بعد شرایط، تعاملات و پیامدها و مقوله هسته نهایی تدوین شد. بر اساس این مدل اعتیاد در زنان کنشی تبعی جهت پاسخ به حس لذت‌جویی و دفع رنج در شرایط نابسامان خانوادگی و اجتماعی است که زمینه‌ساز فرسایش سرمایه‌های فردی، اقتصادی و اجتماعی در فرد و داغ‌ننگ و طرد وی از جامعه می‌شود.

افراسیابی و فرحانی (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای با رویکرد کیفی و با استفاده از روش نظریه زمینه‌ای به تبیین زمینه‌ها و نحوه مواجهه زنان با اعتیاد به مواد مخدر از طریق مصاحبه با ۵۱ زن دارای سابقه مصرف مواد مخدر پرداخته‌اند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد سابقه اعتیاد در خانواده مهم‌ترین عامل گرایش زنان به اعتیاد است. بستر خانواده، مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز اعتیاد زنان است. تعاملات دوستانه و ضعف در مهارت‌های زندگی از شرایط علی تأثیرگذار بر این پدیده و ارتکاب انحرافات اجتماعی، در هم شکستن روابط اجتماعی و مشکلات جسمی و روحی از پیامدهای آن است.

حاجیها و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با رویکرد کیفی و با استفاده از روش نظریه زمینه‌ای به بررسی تجربه زیسته زنان معتاد به منظور دستیابی به یک الگوی تبیینی از طریق مصاحبه با ۳۰ زن مصرف‌کننده مواد پرداخته‌اند. بر اساس یافته‌های تحقیق سه تم خانواده آسیب‌زا، شرایط فردی آسیب‌پذیر و ازدواج ناموفق به عنوان مهم‌ترین عوامل مؤثر بر گرایش به مصرف مواد و دو تیپ زنان مصرف‌کننده مواد شامل زنان مقاومت‌کننده (متشکل از مقوله‌های مقاومت در برابر مصرف، ترک‌های طولانی مدت ولی همراه با لغزش) و زنان تسلیم‌شونده (متشکل از مقوله‌های تسلیم در برابر مصرف، ترک‌های متعدد کوتاه‌مدت با لغزش‌های پیاپی) کشف و شناسایی شدند.

۳. ادبیات نظری

با توجه به ماهیت پژوهش به‌جای استفاده از چارچوب نظری از چارچوب مفهومی جهت استخراج سؤالات پژوهش استفاده شده است. در این موقعیت، نظریه‌ها در فرایند تحقیق و تحلیل داده‌ها برای ایجاد حساسیت نظری مفهومی و باز کردن ذهن محقق نسبت به مسائل و مقوله‌های مورد پژوهش، نقشی الهام‌بخش و اقتباسی دارند. در این بخش برخی از نظریه‌های مطرح در حوزه انحرافات و اعتیاد به‌عنوان رفتار ناهنجار برای رهنمون اهداف پژوهش مرور شده است که هرکدام از آن‌ها می‌توانند بخشی از رفتار مصرف مواد در زنان را تبیین کنند.

برخی از نظریه‌ها معتقدند هر نوع رفتار ناهنجار کنشگر به کم و کیف آرایش

۱. نیاز (نیاز به تأیید اجتماعی، حمایت اجتماعی، تعلق اجتماعی، رابطه اجتماعی، آموزش، تفریح و فراغت)، ۲. انتظار اجتماعی، ۳. فرصت (فرصت مادی، فرصت سیاسی، فرصت اجتماعی و فرصت فرهنگی) و ۴. معنا وابسته است (رایبگتن و واینبرگ، ۱۳۹۳). برخی دیگر از نظریه‌ها به عدم تعادل میان دو ساخت اساسی یعنی اهداف و وسایل اشاره می‌کنند که جامعه را در حالت آنومیک قرار داده و به کج‌روی افراد منجر می‌شوند (رابرتسون، ۱۳۷۲). نظریه فشار اگنیو با اشاره به سه منبع کلی فشار که عبارت‌اند از: ۱. ناکامی در دستیابی به اهداف باارزش از نظر اجتماع، ۲. وقوع حوادث بزرگ و تأثیرگذار از نظر اجتماعی و ۳. تجربه وقوع حوادث منفی از نظر ارزش‌های اجتماعی نقش این فشارها در ایجاد تمایل به کج‌رفتاری اجتماعی در افراد را برجسته می‌کند (خادمیان و قناعتیان، ۱۳۸۷). نظریه استیون گلد برای تبیین اعتیاد به وضعیت شناختی فرد و تعارض در برآورده شدن انتظارات جامعه و خواسته‌های وی اشاره می‌کند. این تعارض به اضطراب منجر می‌شود. افرادی که این تعارض را ناتوانی فرد در کنترل خود و محیط اطراف تعبیر می‌کنند و احساس می‌کنند که امکان سازگاری با عوامل تنش‌زا وجود ندارد، به مصرف مواد روی می‌آورند (گلد، ۱۳۸۴: ۳۸). نظریه اقدام عقلانی نقش نگرش‌ها و هنجارهای ذهنی و ثابت فرد در گرایش به اعتیاد را برجسته می‌کند (Ajzen, & Fichbein, 1980). طیفی دیگر از نظریه‌پردازان معتقدند رفتار انحرافی از طریق معاشرت با اغیار و پیوند افتراقی، یعنی داشتن روابط اجتماعی با انواع خاصی از مردم آموخته می‌شود (Sutherland, & Cressy, 1992). گروهی دیگر بر کنترل اجتماعی عموم مردم و پیوند فرد با محیط اطراف و جامعه تأکید دارند و آن را با مؤلفه‌هایی چون دلبستگی، تعهد، مشارکت و درگیری و باور و اعتقاد

می‌سنجند. نظریه برچسب‌زنی در این چارچوب بر واکنش‌های رسمی و غیررسمی ناظران اجتماعی نسبت به رفتار اشخاص و آثار بعدی این واکنش‌ها تأکید می‌کند (علی‌وردی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱). پاره‌ای دیگر از نظریه‌ها در تبیین رفتارهای انحرافی به فرایند تغییر اجتماعی جوامع و نقش فرهنگ از زاویه‌های مختلف می‌پردازند. نظریه‌های مکتب شیکاگو و نظریه خرده‌فرهنگ کلوارد و اهلین از این منظر به شکل‌گیری رفتارهای ناهنجار در افراد اشاره کرده‌اند. همسو با این نظریه‌ها، میلر و ماتزا به نقش خرده‌فرهنگ در اعتیاد و مکانیسم این تأثیرگذاری پرداخته‌اند (هزارجریبی و همکاران، ۱۳۸۹). درحالی‌که کنش متقابل‌گرایان در بررسی رفتارهای انحرافی همچون اعتیاد، به نقش تغییر هویت، در پیدایش، استمرار و خاتمه آن پرداخته‌اند. طیف دیگری از نظریه‌ها که به نظریه‌های آنومی اجتماعی شناخته می‌شوند به گسترش آنومی و بی‌هنجاری سازمانی در ایجاد انحراف اشاره می‌کنند. طبق این نظریات هنگامی که هنجارهای اجتماعی نفوذ خود را بر افراد جامعه از دست بدهند، افراد دیگر برای اقتدار اخلاقی جامعه احترام قائل نیستند. همسو با این نظریه‌ها می‌توان به جابجایی و تغییر ارزش‌ها از سنتی و مذهبی به سمت ارزش‌های مادی و مدرن اشاره کرد. در چنین موقعیت آنومیکی انحرافات اجتماعی روند صعودی پیدا می‌کنند (رفیع پور، ۱۳۷۷: ۲۴۴). در مجموع به نظر می‌رسد درک جامعه‌شناسانه زنان مصرف‌کننده مواد در چارچوب یک مدل ارتباطی قابل فهم است. مدلی که در آن جامعه، خانواده و فرد در تعامل با یکدیگر نقش پررنگی ایفا می‌کنند.

۴. روش‌شناسی

این پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از روش روایت پژوهی در پارادایم تفسیری انجام شده است و از میان انواع مختلف رهیافت‌های روایت پژوهی از روش تحلیل روایت تجربه محور که به بررسی تجارب افراد پیرامون یک موضوع یا رخداد خاص می‌پردازد استفاده کرده است. افراد بر اساس روایت‌هایی که در دسترس‌شان است زندگی‌شان را معنا می‌کنند. بهره‌گیری از روش تحلیل روایت امکان دستیابی به یک فهم نزدیک و مشترک بین پژوهشگر و شرکت‌کنندگان را تسهیل می‌کند (Webster&Mertova, 2007).

۱.۴ جامعه آماری و شیوه نمونه‌گیری

شرکت‌کنندگان در پژوهش زنان با سابقه اعتیاد به مواد مخدر ساکن شهر اصفهان و حومه آن بوده‌اند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این روش نمونه‌گیری پژوهشگر شرکت‌کنندگان را بر اساس معیارهای مشخصی انتخاب می‌نماید. شرکت‌کنندگان بر اساس معیارهای سابقه وابستگی به مواد مخدر، مشارکت داوطلبانه در تحقیق و توانایی بیان تجربیات خود از مصرف مواد از بین دو گروه زنان مصرف‌کننده مواد مراجعه‌کننده به مراکز گذری کاهش آسیب (DIC)، کمپ‌های ترک اعتیاد، کلینیک‌های درمان اعتیاد و شلترهای شبانه و زنان مصرف‌کننده مواد ساکن در پاتوق‌های مصرف مواد انتخاب شدند. ورود مشارکت‌کنندگان به مطالعه تا زمان رسیدن به اشباع اطلاعات (اطمینان از عدم اخذ داده‌های جدید و تکراری شدن کدها و مضامین به دست آمده) ادامه داشت. در نهایت با ۱۹ نفر مصاحبه شد. در جدول زیر مشخصات مشارکت‌کنندگان به تفصیل آمده است.

جدول ۱. مشخصات شرکت‌کنندگان در پژوهش

کد مصاحبه	نام مستعار	سن	وضعیت تأهل	سطح تحصیلات	وضعیت اشتغال	وضعیت مصرف مواد	محل هماهنگی
۱	منیره	۳۹	متاهل	ابتدایی	بیکار	مصرف‌کننده	شلتر
۲	رویا	۳۳	متارکه	ابتدایی	بیکار	مصرف‌کننده	DIC
۳	مریم	۳۵	متارکه	ابتدایی	شاغل	مصرف‌کننده	DIC
۴	طلعت	۴۶	مطلقه	ابتدایی	بیکار	در حال درمان	کمپ ۱
۵	شهره	۴۳	مطلقه	ابتدایی	بیکار	در حال درمان	کمپ ۱
۶	زهرا	۲۶	مطلقه	راهنمایی	بیکار	مصرف‌کننده	پاتوق مواد
۷	فروغ	۴۳	مطلقه	راهنمایی	شاغل	در حال درمان	کلینیک
۸	عاطفه	۲۹	مجرد	متوسطه	بیکار	مصرف‌کننده	کلینیک
۹	فریبا	۳۹	مطلقه	ابتدایی	شاغل	مصرف‌کننده	شلتر
۱۰	معصومه	۳۱	متاهل	متوسطه	بیکار	در حال درمان	کمپ ۲
۱۱	سمیه	۲۶	متارکه	راهنمایی	بیکار	در حال درمان	کمپ ۳
۱۲	الهام	۲۴	متارکه	ابتدایی	بیکار	در حال درمان	کمپ ۲
۱۳	مارال	۲۳	مطلقه	دیپلم	بیکار	مصرف‌کننده	DIC
۱۴	نسرین	۲۷	مجرد	راهنمایی	بیکار	مصرف‌کننده	پاتوق مواد
۱۵	سولماز	۳۲	متارکه	ابتدایی	بیکار	در حال درمان	کلینیک

۱۶	ریحانه	۳۶	متاهل	دیپلم	شاغل	مصرف‌کننده	شلتز
۱۷	منصوره	۳۹	متاهل	دیپلم	بیکار	در حال درمان	کمپ ۳
۱۸	اختر	۳۸	مطلقه	راهنمایی	بیکار	در حال درمان	کمپ ۱
۱۹	ستاره	۱۹	متاهل	ابتدایی	بیکار	مصرف‌کننده	پاتوق مواد

۲.۴ ابزار و شیوه جمع‌آوری داده‌ها

روایت‌های مختلف شرکت‌کنندگان به صورت انفرادی و چهره به چهره و با استفاده از ابزار مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته با محوریت داستان‌سرایی ثبت و ضبط شده است. در این روش مصاحبه‌گر ضمن تحدید مداخله خود در تعیین ساختار مصاحبه به مراحل اولیه و پایانی مصاحبه با طرح پرسش‌های کلیدی ضمن ترغیب شرکت‌کنندگان به بیان روایت‌های خود از پدیده مورد مطالعه موجب تمرکز روایت بر روی موضوع و دوره زمانی خاصی از زندگی فرد می‌شود. از شرکت‌کنندگان خواسته شد ضمن روایت داستان اعتیادشان، احساسات، تجربیات و سوبه‌های متفاوت پیرامون اعتیاد خود را شرح دهند. متوسط زمان هر کدام از مصاحبه‌ها بین ۶۰ تا ۱۵۰ دقیقه بوده است.

۳.۴ تکنیک تحلیل

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل پدیدارشناسی توصیفی باتلر-کیسبر (۲۰۱۰) استفاده شد. با اصلاحاتی که در این روش انجام شد، فرایند تحلیل در هشت مرحله پی گرفته شد: خوانش چندین باره مصاحبه‌ها، تهیه خلاصه‌ای از مصاحبه‌ها، استخراج عبارات مهم و نسبت دادن کدهای توصیفی به آن‌ها، تهیه فهرستی از کدهای توصیفی و نوشتن یادداشت‌های تحلیلی، خوانش کدهای توصیفی و ادغام آن‌ها برای رسیدن به انتزاع بیشتر و ایجاد کدهای سطح دوم (مفاهیم)، نوشتن شرح‌واره توصیفی برای مفاهیم به همراه ارجاع آن‌ها به متن مصاحبه‌ها، خوانش مجدد کدهای سطح دوم برای دستیابی به انتزاع بیش‌تر از طریق اشتراکات و ایجاد مضامین اصلی (کدهای سطح سوم) و درنهایت تقریر روایت بر اساس مضامین اصلی (کدهای سطح سوم). علاوه بر این اتکای کامل یافته‌ها بر مضامین و تجارب کنشگران، توجه به معانی و نیت کنشگران در فرایند کدگذاری و نه صرفاً نسبت دادن یک برچسب به بخشی از عبارات و نیز جدانشدن از متن تا نوشتن گزارش نهایی از

نکاتی است که در تحلیل مورد توجه قرار گرفت. در جدول زیر یک نمونه از عبارات‌های مستخرج از متن به همراه کد توصیفی منسوب به آن آمده است.

عبارت معنایی	کد توصیفی
من به اخلاقی دارم آگه یکی بهم به چیزی بگه زود گول می‌خورم	راهبردهای مقابله‌ای آسیب‌زا

۴.۴ اعتبار یابی

اعتبار یابی در پژوهش کیفی از دو منظر درونیو بیرونی قابل بررسی است (کرسول، ۱۳۹۴: ۲۵۶-۲۵۳). در این پژوهش از «نگارش تفصیلی»، یعنی توصیف دقیق مضامین اصلی و مستند کردن آن‌ها با متن مصاحبه‌ها «بازخورد همتایان» یعنی ارزیابی یافته‌ها و روند انجام کار توسط هر سه محقق، به عنوان استراتژی‌های ناظر بر کنترل اعتبار بیرونی و از استراتژی «کنترل اعضا» یعنی ارجاع روایت مکتوب توصیف‌ها به تعدادی از مصاحبه‌شوندگان (پنج نفر) به عنوان استراتژی ناظر بر اعتبار درونی استفاده گردید که با اعمال برخی ملاحظات یافته‌ها را تأیید کردند.

۵. یافته‌ها

باز روایی و تحلیل روایت‌های شرکت‌کنندگان از داستان اعتیاد خود پیرامون سه سؤال فرعی پژوهش با مضامین زمینه‌ها و انگیزه‌های مصرف مواد، پیامدهای مصرف مواد و چالش‌های رهایی از وابستگی به مصرف مواد در این بخش به ترتیب ارائه و بحث شده است.

۱.۵ زمینه‌ها و انگیزه‌ها

زمینه‌ها و انگیزه‌ها مفهومی درهم‌تنیده است. برخی شرکت‌کنندگان با اتکا بیشتر روایت‌های خود بر زمینه‌های مصرف مواد آن‌ها را به عنوان عوامل پیشینی تحمیلی و خارج از اراده فرد در نظر گرفته‌اند. در مقابل برخی دیگر با عاملیت بخشیدن بیشتر به انگیزه‌های خود، نقش عوامل پیشینی را فرعی و در حاشیه تصور کرده‌اند. تفکیک و تمایز بخشیدن به این دو در روایت‌های مختلف زنان از اعتیاد مشکل و گاه ناممکن است. این مضمون در ۶ طبقه اصلی و ۱۵ طبقه فرعی شرح داده شده است (جدول شماره ۳).

۱.۱.۵ لذت‌جویی و دفع رنج

لذت‌جویی و دفع رنج استعاره از دریافت‌ها و احساسات درونی زنان از شروع مصرف مواد است. خاصیت تسکین‌دهندگی برخی مواد مخدر در کنار تمایل بعضی از زنان به کنجکاو و تجربه هیجان‌های جدید با انگیزه فراموشی سرخوردگی‌ها و ناکامی‌های ناشی از بحران‌های مختلف زندگی، سبب‌ساز شروع، استمرار و درنهایت وابستگی به مصرف مواد شده است. حس خوشایندی و آرام‌بخشی و احساس نشئگی و رهایی از مضامین پرتکرار و برجسته تشکیل‌دهنده این طبقه در روایت‌های مشارکت‌کنندگان بوده است.

الف) خوشایندی و آرام‌بخشی: زندگی در خانواده‌های نابسامان و مواجهه با مصائب و وقایع ناگوار در زندگی مصرف‌کننده مواد را تبدیل به تجربه‌ای خوشایند در زندگی فرد کرده است. روایت‌های متعدد شرکت‌کنندگان از خانواده نابسامان بیانگر ازهم‌گسیختگی در خانواده اولیه (پدر و مادری) و در مورد زنان شرکت‌کننده با سابقه تأهل ازهم‌گسیختگی در خانواده ثانویه (زن و شوهری) نیز بوده است. طلاق، خیانت، مشاجرات خانوادگی، فقدان والدین به علت فوت و یا برخی حوادث دیگر و حبس و زندانی شدن اعضای خانواده از مصادیق وقوع بحران و نابسامانی در خانواده‌های اغلب شرکت‌کنندگان بوده است که مصرف مواد را به تجربه‌ای خوشایند و آرامش‌بخش جهت فراموشی وقایع ناگوار زندگی تبدیل کرده است. هرچند تجربه خوشایند این احساس در اوایل دوران مصرف مواد یکی از مهم‌ترین انگیزه‌های شرکت‌کنندگان برای استمرار مصرف عنوان شده است، اما استمرار این وضعیت همراه با وابستگی بیشتر زنان به مصرف مواد، سبب تبدیل آن به بحرانی دیگر در زندگی آن‌ها شده است.

ب) نشئگی و رهایی: آسیب‌پذیری زنان با تفاوت در نقش‌ها و مسئولیت‌های زنان و مردان که اجتماع آن‌ها را تعیین می‌کند بیشتر افزایش می‌یابد. آن‌ها از نابرابری‌هایی که در دسترسی به منابع و فقدان قدرت و اختیار در تصمیم‌گیری و ناکامی در کسب منافع که دیگران از حق بهره‌مندی از آن برخوردارند رنج می‌برند. برخی باورها و کلیشه‌های جنسیتی موجب شده زنان از دسترسی و امکان تجربه بسیاری از تفریحات و هیجان‌هایی که مردان امکان دسترسی و تجربه آن‌ها را دارند محروم بمانند. برخی شرکت‌کنندگان عنوان کرده‌اند به خاطر دختر بودن از انجام بسیاری از کارهایی که مردان بابت انجام آن‌ها مورد تأیید قرار می‌گرفتند منع می‌شدند. [«یک چیزی توی وجودم بود که دوست داشتم تجربه‌اش کنم. می‌خواستم این تجربه رو خودم به دست بیارم. با حرف دیگران اذیت نمی‌شدم» (کد ۶)] تجربه

نشنگی و احساس رهایی در ارتباط با تفاوت برساخت‌های جنسیتی در بین زنان و مردان، اولین تجربه مصرف مواد را به تجربه‌ای یواشکی و پرهیجان برای برخی شرکت‌کنندگان تبدیل کرده است.

۲.۱.۵ شخصیت آسیب‌پذیر

وجود برخی ویژگی‌های شخصیتی و فقدان برخی دیگر از آن‌ها در زنان موجب آسیب‌پذیری بیش‌تر آن‌ها در مقابل مصرف مواد و پیامدهای متعاقب آن شده است. برخورداری از ویژگی‌های شخصیتی آسیب‌پذیری همچون «خودشیفتگی» و «وابستگی» از مهم‌ترین مضامین مستخرج از گفت‌وگو با زنان مصرف‌کننده مواد، مرتبط با این طبقه بوده است.

الف) خودشیفتگی: برخی زنان با این باور و توجیه که استعداد، هوش، توانایی، ظرافت و ظرفیت‌های درونی آن‌ها مانع تسلیم‌شان در مقابل وسواس خارج از اراده در هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های پرمخاطره می‌شود به مصرف تفننی مواد اقدام می‌کردند. [زیبا و باهوش بودم. همین به من نیرو و جسارت می‌داد که خیلی از کارهایی که نباید روانجام بدم] (کد ۱۳). برخی دیگر نیز با این تصور که زیبایی و ظرافت‌هایی دارند که توسط دیگران به‌خصوص دیگران نزدیک نادیده گرفته شده است، با قرار گرفتن در شرایط و تجربه موقعیت‌هایی که آلودگی به مصرف مواد یکی از مهم‌ترین پیامدهای جانبی آن بوده است، سعی در قبولاندن و نشان دادن خود به دیگران داشته‌اند. [همیشه از دیگران به خاطر نداشته‌هام و چیزهایی که داشتم و اونا خواسته یا ناخواسته نمی‌خواستن و دوست نداشته‌ن ببینند طلبکار بودم و سعی می‌کردم تحقیرشون کنم] (کد ۱۶). [طالبات فریبی]

ب) وابستگی: وابستگی نوعی حالت روانی در فرد است که در صورت غیبت، فقدان و یا دوری فرد از فرد یا افرادی که به آن‌ها وابسته است موجب خلاً و بحران عاطفی در فرد می‌شود. اعتیاد نیز نوعی وابستگی است. هم‌زمانی این دو نوع وابستگی در فرد فارغ از رابطه پیچیده‌ای که بین این دو نوع وابستگی در روایت‌های زندگی برخی زنان وجود داشته است موجب شکل‌گیری سیکلی معیوب می‌شود که تقلیل و یا به عبارتی رهایی از یکی، بدون توجه به دیگری تشدید آن دیگری و بحرانی‌تر شدن نوع دیگر وابستگی را در پی دارد. [خیلی از نظر روحی روانی بهش متکی بودم. بدون اون نمی‌تونستم زندگی کنم. بهش خیلی آموخته شده بودم. اگه اون پیشم می‌موند، من طرف مواد نمی‌رفتم. مواد همدم من شده بود] (کد ۱۴).

۳.۱.۵ ضعف در مهارت‌های زندگی

آموزش و تجهیز افراد جامعه به مهارت‌های زندگی یکی از مهم‌ترین راه‌های افزایش ضریب مصونیت و پیشگیری در مقابل بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند اعتیاد محسوب می‌شود. متأسفانه عدم دانش و آگاهی شرکت‌کنندگان از مهارت‌های زندگی زمانی مشخص‌تر می‌شود که تصور کرد در صورتی که آن‌ها به این مهارت‌ها آگاهی می‌داشتند آیا باز درگیر مصرف مواد می‌شدند؟ این کاستی در شرکت‌کنندگان به شکل در پیش گرفتن راهبردهای مقابله‌ای آسیب‌زا و در والدین آن‌ها به شکل ضعف در مهارت‌های والدینی خود را نشان داده است.

الف) راهبردهای مقابله‌ای آسیب‌زا: برخی مشارکت‌کنندگان در مواجهه با موقعیت‌های گوناگونی که بهره‌گیری از مهارت حل مسئله و تفکر منطقی بخش مهمی از لازمه موفقیت و یا برون‌رفت از بحران در چنین وضعیت‌هایی است با اتخاذ استراتژی‌های اشتباهی همچون "انتقام"، "دلسوزی"، "لجاجت" و "رودربایستی" موجب تشدید بحران و تنش می‌شدند. در چنین وضعیتی مصرف مواد یکی از استراتژی‌های افراد برای مواجهه با این موقعیت‌ها بوده است. [«من به اخلاقی دارم آگه یکی بهم یه چیزی بگه زود گول می‌خورم. تو رودربایستی گیر می‌کنم» (کد ۱۱)].

ب) مهارت‌های والدینی ضعیف: خانواده به‌طور کلی و والدین به‌ویژه پدر در مورد دختران نقش غیرقابل‌انکاری در سوق دادن فرزندان به سوی اعتیاد دارند. اتخاذ سبک تربیتی ناصحیح از سوی والدین در تربیت و نظارت بر فرزندان، غفلت و بی‌مبالاتی والدین در قبال فرزندان، برخورد منفعت‌طلبانه والدین در مقابل چشم‌پوشی از خطاهای فرزندان، برخورد منفعلانه و احساس عجز و ناتوانی در کنترل و هدایت فرزندان و برخورد مستبدانه و تحکم‌آمیز والدین که عمدتاً به شکل رفتارهایی همچون تنبیه بدنی، تحقیر، طرد و اخراج از خانه و انواع محرومیت‌های مادی نمود و بروز یافته است سبب قرار گرفتن در موقعیت‌های مخاطره‌آمیز منجر به مصرف مواد و یا تشدید و تغییر الگوی مصرف مواد در شرکت‌کنندگان شده است. روایت‌های نقل‌شده از سوی مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد که رفتارهای دوگانه و سردرگمانه والدین در برخورد و مواجهه با فرزندان سبب شکل‌گیری ذهنیت «دمدمی مزاجی» در مورد والدین از سوی فرزندان شده است. به‌عبارت‌دیگر اتخاذ رفتارهای سخت‌گیرانه در موقعیت‌هایی که به شکل طبیعی، لازمه آن مواجهه دایمانه و راهبرانه اولیا با فرزندان بوده و در مقابل چشم‌پوشی و تسامح در موقعیت‌هایی که برخورد

سخت‌گیرانه‌تری از سوی والدین انتظار می‌رود سبب بی‌اعتمادی فرزندان به اولیا و سوءاستفاده از آن‌ها شده است. شرکت‌کنندگان با اتخاذ استراتژی‌هایی با انگیزه دستیابی به خواسته‌هایی که در موقعیت عادی از آن‌ها منع شده‌اند درصدد فریب و یا مجاب کردن والدین خود عمل می‌کردند. [«من همیشه به این فکر می‌کنم که من باید معتاد می‌شدم که اونا حالیشون شه. حالا که توی این وضعیتیم می‌گن فقط پاک شو، هر کاری خواستی انجام بده. با خودم می‌گم نگااا این قدر باید معتاد می‌شدم که به حرفم گوش کنند» (کد ۱۲)].

۴.۱.۵ خانواده آسیب‌زا

خانواده نقش بسیار مهمی در جامعه‌پذیری و کنترل اجتماعی و حمایت از اعضای آن دارد. برخورداری از کانون خانواده گرم و صمیمی یکی از مؤلفه‌های مهم مصونیت افراد در برابر آسیب‌هایی چون اعتیاد است. خانواده‌های آسیب‌دیده و ازهم‌گسیخته مستعد ابتلا به آسیب‌های دیگر و انتقال آن به سایر اعضای خانواده هستند. مفهوم خانواده آسیب‌زا همین‌جا خلق می‌شود. خانواده‌هایی که خود منبع آسیب برای اعضایشان محسوب می‌شوند. تجربه کودکی پرتنش، روابط آسیب‌پذیر و شکننده در خانواده، والدین معتاد و دوستان مهم‌ترین مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده خانواده آسیب‌زا هستند.

الف) تجربه کودکی پرتنش: یکی از مهم‌ترین دوران اجتماعی شدن و جامعه‌پذیری فرد دوران کودکی است که فوق‌العاده دارای اهمیت است. بخش مهمی از شخصیت و نوع نگرش افراد تحت تأثیر شرایطی است که در دوره کودکی و نوجوانی تجربه و سپری کرده‌اند. بهره‌مندی و برخورداری از شرایط کودکی نرمال مصونیت فرد را در برابر بسیاری از آسیب‌های فردی و اجتماعی افزایش می‌دهد. درحالی‌که تجربه یک کودکی پرتنش زمینه را برای کاهش مصونیت و مقاومت فرد در مواجهه با انواع آسیب‌ها افزایش می‌دهد. فقدان والدین، زندگی با ناپدری یا نامادری، حبس و زندانی شدن پدر و تجربه‌های ناخوشایند دوره کودکی نظیر قرار گرفتن در معرض آزار و تعرض جنسی در دوره کودکی از جانب اطرافیان نزدیک همگی موجب تهدید و قرار گرفتن در معرض انواع آسیب‌های دیگر در فرد شده است. مرور روایت‌های زنان نشان می‌دهد اغلب آن‌ها دوران کودکی پرتنشی داشته‌اند که دست‌کم موجب کاهش آستانه پذیرش مصرف مواد در آن‌ها شده است.

ب) روابط آسیب‌پذیر و شکننده: زندگی در خانواده‌های نابسامان و ازهم‌گسیخته، ضعف تعامل بین فردی اعضای خانواده در روزمره‌ترین و عادی‌ترین امور و وقایع زندگی و

ضعف اعتماد بین اعضای خانواده سبب می‌شود تا روابط خدشه‌داری بین اعضای خانواده شکل بگیرد که با کوچک‌ترین تنش‌ی آسیب‌پذیر و شکننده می‌شود. اغلب شرکت‌کنندگان طلاق را در خانواده اولیه (پدر و مادری) و یا ثانویه (زن و شوهری) خود تجربه کرده بودند. تجربه خیانت، فحاشی، قرار گرفتن در معرض انواع خشونت‌های جسمی، جنسی و روانی، تهدید، حبس و شکنجه از روایت‌های غالب زنان پیرامون این مضمون بوده است. [شوهرم منو مجبور می‌کرد با مردهای دیگه برم که خرج مواد خودش دربیاد] (کد ۶).

ج) والدین معتاد: زندگی در خانواده‌های والد معتاد از عوامل مهم آسیب‌پذیری زنان و گرایش آنان به مصرف مواد مخدر محسوب می‌شود. والدین مهم‌ترین افرادی هستند که در شکل‌گیری شخصیت کودکان نقش ایفا می‌کنند. محیط امن و رفتار درست باعث رشد افکار و پرورش استعدادها و کودکان می‌شود در حالی که به دلیل مشکلاتی که والدین معتاد با آن درگیر هستند فرزندان آسیب‌پذیرتری خواهند داشت. فرزندان در این خانواده‌ها دچار سرخوردگی و ناامیدی می‌شوند. این والدین نقش مخربی در زندگی فرزندان‌شان دارند. فرزندان در این خانواده‌ها استرس زیاد، تعارض و خشونت را تجربه می‌کنند. کیفیت فرزند پروری به شدت پایین است و والدین نقش حمایتی ندارند. این والدین غیرمستقیم به فرزندان خود آموزش می‌دهند به جای مقابله با مشکلات، استرس و بحران‌ها به مصرف مواد روی بیاورند. فرزندان نیز در این خانواده‌ها دسترسی بیشتری به مواد دارند. [توی همه کارهام مادرم جلودارم بود، به‌خصوص توی مصرف مواد. همه مواد جدید رو با مادرم امتحان می‌کردم] (کد ۱۱).

د) دوستان: نقش دوستان در شروع مصرف مواد در زنان بیش‌تر نقش همراهی در مصرف مواد بوده است؛ در حالی که در مردان بیشتر به‌عنوان عاملی برای گرایش به مصرف مواد معرفی شده‌اند. یکی از دلایل تفاوت موقعیت نقش دوستان در اعتیاد زنان و مردان به نوع متفاوت جامعه‌پذیری آن‌ها و قضاوت‌های ارزشی متفاوت جامعه در مورد مصرف مواد در آن‌ها مربوط می‌شود. روایت‌های مختلف زنان شرکت‌کننده نشان داد نقش دوستان در استمرار و همراهی در مصرف مواد پررنگ‌تر از نقش آن‌ها در گرایش اولیه به مصرف مواد بوده است. به‌عبارت‌دیگر خانواده نقش مهم‌تری در آغاز مصرف مواد در زنان داشته است. نیاز به پذیرش در جمع دوستان یکی دیگر از عوامل شروع مصرف مواد در شرکت‌کنندگان بوده است. هرچه روابط بین والدین و فرزندان کاهش یابد، ارزش همسالان و روابط گروهی برای آنان بیشتر می‌شود. بررسی روایت‌های شرکت‌کنندگان در تحقیق

نشان داد نقش دوستان نه تنها به عنوان عاملی در کسب اولین تجربه مصرف مواد در دختران، بلکه به عنوان یکی از عوامل لغزش به سمت مواد مطرح است.

۵.۱.۵ استیلاهای هنجارهای مردانه

مراد از هنجارهای مردانه، قوانین نانوشته، ارزش‌ها، سنت‌ها و آدابی است که مبنای تبعیض‌های جنسیتی بین زنان و مردان در جامعه قرار می‌گیرد. در جوامعی که میزان دسترسی افراد به حقوق اجتماعی و حتی قضاوت‌های اخلاقی جامعه در قبال انجام یک عمل واحد در زنان و مردان بر مبنای هنجارهای متفاوت مردانه و زنانه حاکم بر فرهنگ آن جامعه متفاوت است، میزان آسیب‌پذیری زنان در فرهنگ‌هایی که هنجارهای مردانه مسلط‌تر است، بیش‌تر است. این طبقه از دو مضمون «اقتدار و سلطه مردانه» و «زنانگی زودرس» تشکیل شده است.

الف) اقتدار و سلطه مردانه: زنان در طبر و ابطن نزدیکی با مردان مسن‌تر (همسر، شریک صمیمی، پدر و اعضای مذکر خانواده) بیش‌تر از سایر روابط صمیمانه دچار اعتیاد می‌شوند. سلطه مردانه در نقش همسر یکی از عوامل اصلی تأثیرگذار اعتیاد در زنان بوده است. همراهی با همسر و مصرف تفننی مواد با شوهر و شرکای مرد دیگر از دلایل بسیار مهم در گرایش شرکت‌کنندگان به مصرف مواد بوده است. روایت‌های مختلف زنان نشان می‌دهد همراهی در مصرف مواد با همسر در برخی زنان در ابتدا با انگیزه جلب توجه و تأمین خواسته‌هایی بوده که در موقعیت‌های معمولی درخواست آن‌ها با پاسخ منفی همسر روبرو می‌شده است. در گروه دیگری از زنان مهربانی و محبت بی‌سابقه‌ای که مردان در هنگام مصرف مواد با همسران از خود بروز می‌داده‌اند، انگیزه بخش شروع مصرف مواد در آن‌ها بوده است. ترس از جدایی و طلاق همسر در مردان سبب شده تا برخی شوهران برای جلوگیری از طرح این درخواست از سوی همسران خود و ممانعت از تشدید چنین تنش‌هایی همسر خود را شریک و هم‌بازی اعتیاد خود کنند. [شوهرم می‌خواست من معتاد باشم، که به فکر طلاق نباشم]. (کد ۷) در برخی زنان نیز ترس از طرد و عدم حمایت از جانب شوهر سبب سکوت و همراهی با وی در مصرف مواد شده است. [نمی‌دونستم چطور باید نگاهش دارم و این به نظرم بهترین راه بود. از آوارگی و این که با اعتیاد رهایم کند می‌ترسیدم]. (کد ۱۵) مصرف مواد برای جلب رضایت جنسی همسر و افزایش طول مدت رابطه جنسی با شریک خود از دیگر انگیزه‌های گرایش به مصرف مواد در برخی شرکت‌کنندگان بوده است. [به خاطر

شوهرم تفریحی و بازی‌بازی شیشه کشیدم، تا کسی را به خانه نیاورد». (کد ۱۶) [برخی دیگر از مشارکت‌کنندگان دستیابی به معیارهای مردانه زیبایی زنانه را از دلایل گرایش به مصرف مواد عنوان کرده‌اند. «طعنه‌های شوهرم به خاطر وزن بالام، کارم رو به پیشنهاد یکی از دوستانم واسه لاغری سریع به مصرف شیشه کشوند». (کد ۱۸)]

ب) **زنانگی زودرس:** ازدواج‌های زودهنگام و اجباری بستر و شرایط را برای اعتیاد زنان آماده می‌کند. تعبیر زنانگی زودرس استعاره‌ای است برای توصیف آن دسته از مصرف‌کنندگانی که در کودکی بزرگ شده‌اند. [«نهمیدم کی زن شدم. نمی‌دونستم کدوم کار درسته و کدوم کار نباید انجام بدم» (کد ۱۶)] . تبعیض بین فرزندان دختر و پسر از سوی والدین و این باور که «دختر مال مردم است» (کد ۸) [سبب شده است تا برخی زنان در کودکی به همسری گرفته شوند. در اغلب موارد این مسئله موقعیت آن‌ها را آسیب‌پذیرتر کرده است. [«من اون دختری که باید پخته بشه تا ازدواج کنه نبودم. من اگه مثلاً پنج سال دیگه خونم پدرم می‌موندم این اتفاقات پیش نمی‌اومد و معتاد نمی‌شدم» (کد ۱۱)] برخی شرکت‌کنندگان به قصد رهایی از شرایط اسفناک خانه پدری و به امید برخوردار شدن از شرایط بهتر در خانه شوهر در سنین پایین تن به ازدواج داده‌اند. [«خودم خواستم ازدواج کنم، ولی دوست داشتن و عشق و علاقه‌ای نبود. فقط فرار کردن از خانواده و از مشکلاتم بود» (کد ۹)] . بیشتر مشارکت‌کنندگان در خانواده‌های فقیر زندگی می‌کردند که در آن‌ها ازدواج دختر به معنای برداشتن باری از روی دوش خانواده تلقی می‌شده است. از این جهت این طیف از زنان مصرف‌کننده مواد شرایط رشد عاطفی نرمال را نداشته‌اند.

۶.۱.۵ فرایندهای تسهیلگر

از مهم‌ترین طبقات در شکل‌دهی به انگیزه‌ها و دلایل مصرف مواد در روایت‌های زنان از داستان اعتیادشان «فرایندهای تسهیلگر مصرف مواد» بوده است. منظور از فرایندهای تسهیلگر آن دسته از شرایط مرتبط با فرد و اجتماع است که روند مصرف مواد در زنان مصرف‌کننده را تشدید و آن‌ها را در موقعیت‌های بحرانی تری از نظر مصرف مواد و آسیب‌های متعاقب آن قرار می‌دهد. سه مضمون «تعارض‌های روان‌شناختی»، «ناآگاهی نسبت به پیامدهای مصرف مواد» و «زندگی در خرده‌فرهنگ مصرف مواد» مهم‌ترین مضامین تشکیل‌دهنده این طبقه را تشکیل داده‌اند.

یکی از تسهیلهای مصرف مواد در مشارکت‌کنندگان رنج بردن از تعارض‌های روان‌شناختی مشکلات و احساسات روانی منفی در مورد خود بوده است. عدم آگاهی از پیامدهای مصرف مواد از دیگر تسهیلهای مصرف مواد در شرکت‌کنندگان بوده است. / «نمی‌دونستم که مصرف مواد می‌تونه منو این قدر شکسته کنه». (کد ۱۰). / زندگی در خرده‌فرهنگ مصرف مواد مخدر از دیگر تسهیلهای شناسایی شده مصرف مواد در زنان شرکت‌کننده در تحقیق بوده است. این گروه از شرکت‌کنندگان که روابط اجتماعی آن‌ها به‌عنوان بخشی از نتیجه زندگی در محیط مردانه درون خرده‌فرهنگ مصرف مواد مخدر شکل گرفته است به مشکلات متعددی از جمله ارائه خدمات سکس در برابر برخورداری از سرپناه، غذا و حمایت اشاره کرده‌اند. برخی از زنان این طیف جز آسیب‌دیده‌ترین مصرف‌کنندگان مواد مخدر محسوب می‌شوند. بیشتر مشارکت‌کنندگان مهاجر بوده و به دلیل ارزانی مسکن در مناطق پایین و حاشیه شهر در این مناطق ساکن شده‌اند. زندگی در مناطق آلوده و جرم خیز سهولت دسترسی به مواد را بیشتر می‌کند. برخی از آن‌ها به علت استیصال مالی و نیافتن شغل به خرید و فروش مواد و برخی فعالیت‌های مجرمانه دیگر روی آورده بودند. / «توی این محل کاری که خرج زندگیمون رو دربیاریم نیست. دور بر ما همه مصرف‌کننده‌اند» (کد ۱۶) /

جدول ۳. روایت زنان از دلایل و انگیزه‌های اعتیاد

مضمون اصلی	مضمون سطح سوم	مضمون سطح دوم
دلایل و انگیزه‌ها	لذت‌جویی و دفع رنج	خوشایندی و آرام بخشی
		نشنگی و رهایی
	شخصیت آسیب‌پذیر	خودشیفتگی
		وابستگی
	ضعف در مهارت‌های زندگی	راهبردهای مقابله‌ای ضعیف
		مهارت‌های والدینی ضعیف
	خانواده آسیب‌زا	تجربه کودکی پرتنش
		روابط آسیب‌پذیر و شکننده
		والدین معتاد
		دوستان
	استیلاهی هنجارهای مردانه	اقتدار و سلطه مردانه
		زنانگی زودرس

	فرایندهای تسهیلگر	تعارض‌های روان‌شناختی
		عدم آگاهی از پیامدهای مصرف مواد
		زندگی در خرده‌فرهنگ مصرف مواد

۲.۵ آثار و پیامدها

از تحلیل روایت‌های زنان در خصوص «پیامدهای اعتیاد در زنان» دو طبقه اصلی «پیامدهای درونی-فردی» و «پیامدهای بیرونی-اجتماعی» کشف و شناسایی شد. منظور از پیامدهای درونی-فردی آن نوع احساساتی است که فرد با رجوع به درون خود آن‌ها را دریافت می‌کند و بیشتر حالت روانی دارد و اغلب متوجه احساسات روانی منفی است. این طبقه از سه مضمون فرعی «احساس درماندگی و استیصال»، «احساس تنهایی و گوشه‌گیری» و «پشیمانی و احساس گناه» تشکیل شده است. منظور از پیامدهای بیرونی-اجتماعی آن نوع احساساتی است که فرد از بازتاب رفتارهای دیگران نسبت به خود دریافت می‌کند و بیشتر ناظر به بیرون از فرد و محیط اجتماعی اطراف او است. این طبقه از دو مضمون فرعی «طرد و داغ بی‌اعتباری» و «آسیب‌پذیری مضاعف» تشکیل شده است (جدول شماره ۴).

الف) درماندگی و استیصال: احساس درماندگی و استیصال از احساسات درونی مشترک زنان شرکت‌کننده در تحقیق بوده است. پذیرش و القای این احساس به زنان مصرف‌کننده مواد سبب شده تا علاوه بر آسیب‌های ناشی از مصرف در معرض انواع سؤاستفاده‌های دیگر نیز قرار بگیرند. دریافت چنین احساسی در مورد خود و واقع شدن فرد در چنین وضعیتی سبب بغرنج و بحرانی‌تر شدن شرایط فرد و قرار گرفتن وی در موقعیت‌های پرمخاطره‌تر شده است.

ب) تنهایی و گوشه‌گیری: احساس منزوی بودن و کناره گرفتن از دیگران باعث کاستن از روابط سالم و صحیح اجتماعی و افزایش ارتباط، هم‌نشینی و معاشرت آنان با افراد و خانواده‌های مشابه و قرار گرفتن فرد در سیکل معیوب احساس تنهایی و اجتناب از معاشرت با دیگران می‌شود. بررسی روایت‌های زنان شرکت‌کننده در تحقیق نشان داد که آن‌ها به علت عوارض ظاهری مصرف مواد که در چهره و حالت‌های مختلف بدنی فرد مشخص می‌شود از حضور در اجتماع و رفت و آمد و معاشرت با دیگران خودداری می‌کردند. از سوی دیگر الصاق برچسب مصرف‌کننده، معتاد و برخی برچسب‌های منفی دیگر در مورد این گروه از زنان باعث قرار گرفتن آن‌ها در معرض انزوای بیشتر و

محدودیت رفت و آمدهای آنها شده بود. درک و دریافت این احساس برای فرد دوسویه است. به این معنا که هم فرد خود را از ناحیه دیگران منزوی و مطرود به حساب می‌آورد و هم خود عامدانه به استمرار این انزوای کمک می‌کند. [به خاطر اعتیادم ارتباطم با خیلی از فامیل قطع شد، به جایی رسیدم که همه چیز و همه کس را از دست دادم، فقط با دوستای معتادم رفت و آمد می‌کردم. (کد ۱۴)].

ج) احساس گناه و پشیمانی: مضمون احساس گناه استعاره از تخطی یا لغزش از اصول و ارزش‌هایی است که هر فرد برای خود تعیین کرده است. این اصول و ارزش‌ها در ساختاری به نام وجدان قرار دارند. وجدان هر فرد شبیه دادگاهی عمل می‌کند که در مورد رفتارها و افکار وی قضاوت می‌کند. چنانچه این قضاوت عادلانه باشد به فرد کمک می‌کند تا دوباره آن اشتباه را مرتکب نشود [می‌دونم که خودم مقصرم، دوست دارم همه چیز برگزده به عقب، به وقتی که این همه احساس بدبختی نمی‌کردم و معتاد نبودم. خیلی پشیمونم] (کد ۱). اما اگر این قضاوت سخت‌گیرانه یا ناعادلانه باشد فرد را دچار احساس گناه شدیدتری خواهد کرد. از همین رو بسیاری از افرادی که احساس گناه می‌کنند برای خود اهمیتی قائل نمی‌شوند و خودشان را در معرض گرفتاری‌ها و مشکلات و حوادث گوناگون قرار می‌دهند، چون فکر می‌کنند با عذاب دادن خودشان می‌توانند این احساس گناه را برطرف کنند [این قدر ن‌آمیدم که دلم می‌خواهد آن قدر مصرف کنم تا بمیرم] (کد ۱۷)].

د) طرد و داغ بی‌اعتباری: عدم پذیرش زنان مصرف‌کننده مواد از جانب اطرافیان و خانواده سبب قرار گرفتن آنان در موقعیت‌های پرمخاطره‌تر می‌شود. روایت‌های متعدد شرکت‌کنندگان بیان‌گر این است که بسیاری از آنان حتی اگر می‌خواستند به خانواده هم برگردند، تقاضایی برای پذیرش آنان در خانه وجود نداشت. این احساس عدم پذیرش و بی‌اعتباری آنان نزد خانواده به تشدید وضعیت بحرانی فرد دامن می‌زده است. [با بابام کلاً رابطه‌م قطع شده. وقتی می‌رم خونه خواهرم محلم نمی‌دارن و معتاد صدام می‌زنن. (کد ۱۳)].

و) آسیب‌پذیری مضاعف: تحلیل روایت‌های زنان شرکت‌کننده در تحقیق بیانگر این بود که مشکلات اقتصادی از مهم‌ترین معضلات زنان معتاد بوده است. اغلب شرکت‌کنندگان دارای درآمد و یا شغل ثابتی نبودند و برای به دست آوردن مواد تن به هر رفتاری می‌دادند. تن‌فروشی رایج‌ترین رفتار در بین اغلب زنان مصرف‌کننده شرکت‌کننده در تحقیق بوده است. [اعتیاد باعث می‌شه آدم برای تأمین هزینه موادش با هرکسی بره. (کد ۱۱)]. آستانه

برخورد و هم‌پوشانی اعتیاد و روسپیگری هم به عوامل درونی مانند وضعیت و شرایط روحی و روانی مربوط به فرد و هم به عوامل بیرونی نظیر میزان حمایت اطرافیان از فرد، محیط اجتماعی که فرد در آن زندگی می‌کند، وضعیت اقتصادی او و عامل‌های دیگر وابسته است. از همین رو نوع برخی مداخلاتی که زنان معتاد روسپی نیازمند آن هستند با نوع مداخلاتی که در مورد زنان روسپی معتاد اعمال می‌شود باید متفاوت و اختصاصی باشد. زن بودن، مصرف‌کننده مواد بودن و جوان بودن باعث شده که زنان جوان مصرف‌کننده مواد بیشتر در معرض تن‌فروشی قرار بگیرند [زن جوان مصرف‌کننده بیشتر در معرض خطر]. (کد ۶).

جدول ۴. روایت زنان از پیامدهای اعتیاد

مضمون اصلی	مضمون سطح سوم	مضمون سطح دوم
آثار و پیامدها	پیامدهای درونی - فردی	درماندگی و استیصال
		تنهایی و گوشه‌گیری
		احساس گناه و پشیمانی
	پیامدهای بیرونی - اجتماعی	طرد و داغ‌بی‌اعتباری
		آسیب‌پذیری مضاعف

۳.۵ چالش‌های رهایی

زنان به نسبت مردان ممکن است در مواجهه با مشکلات مربوط به سلامتی یا حتی مشکلات اجتماعی سریع‌تر از دیگران کمک بطلبند اما در بسیاری از موارد احتمالاً با موانعی روبرو می‌شوند که هر یک از آن‌ها به نوبه خود مسأله درمان آن‌ها را دچار اختلال می‌کند. از تحلیل روایت‌های زنان در خصوص چالش‌های رهایی سه طبقه اصلی و نه طبقه فرعی کشف و شناسایی شد (جدول شماره ۵).

۱.۳.۵ ضرورت ناگزیر ترک

تجربه مصرف مواد مخدر در زنان و موفقیت در ترک آن پیچیدگی‌هایی دارد و تحت تأثیر عوامل مختلفی است. منظور از ضرورت ناگزیر ترک آن دسته از ادراکات و دریافت‌های درونی و بیرونی است که زنان را ناگزیر و مجاب به تصمیم‌گیری برای رهایی از وابستگی به

مواد کرده است. این طبقه از سه مضمون «بیم و هراس»، «پایان نافرجام» و «توسل به معنویت» تشکیل شده است.

الف) بیم و هراس: روایت‌هایی مانند ترس از تغییرات عمده در سبک زندگی، ترس از عوارض محرومیت جسمی، ترس از طرد شدن به خاطر اعتیاد، ترس از دست دادن آبرو، ترس از شکست در ترک، ترس از فشار و طعنه‌های خانواده، ترس از نگاه مردم و سؤالات آن‌ها در زمینه علت تغییرات قیافه و ظاهر سبب شکل‌گیری بیم و هراس در زنان مصرف‌کننده مواد و بازاندیشی نسبت به عواقب استمرار مصرف مواد شده است. [«می‌ترسیدم که با ادامه این وضعیت اوضاعم از این‌جا که هست بدتر بشه، خیلی وضع بدی پیدا کرده بودم». (کد ۱۱)].

ب) پایان نافرجام: احساس مکرر هتک حرمت، تجاوز و سؤاستفاده از ناحیه دیگران مهم و غریبه‌ها به اشکال مختلف، جدایت نداشتن زندگی، بی‌ارزش شمردن مواد، احساس خسران به خود و دیگران، مشکلات اقتصادی ناشی از مصرف مواد، احساس خستگی از شرایط موجود، احساس طرد و انزوا، انجام رفتارهای ناهنجار اخلاقی و اجتماعی برای تهیه مواد و پیامدهای روانی و اجتماعی متعاقب آن برای فرد و خانواده او از جمله عوامل تأثیرگذار در تصمیم‌گیری شرکت‌کنندگان برای اقدام به قطع مصرف مواد بوده است. [«احساس خواری و خفت می‌کردم» (کد ۲)]. از سوی دیگر اجبار در مصرف و درگیری و وسواس فکری مداوم برای تهیه و مصرف موادم در کنار سایر عوامل سبب شده است تا زنان مصرف‌کننده به این آگاهی، دریافت و ادراک درونی دست پیدا کنند که استمرار چنین وضعیتی به مثابه گام نهادن در مسیری است که پایان نافرجام و عاقبت نامناسبی را برای آن‌ها به دنبال خواهد داشت. [«مصرف مواد از خوردن و خوراک و ضبط و ریختن بی‌جهت و حتی رسیدگی به خودم مهم‌تر شده بود» (کد ۱۰)].

ج) توسل به معنویت: نقش محیط‌های معنوی در کمک به راحت‌تر پیمودن مسیر قطع و ترک مصرف مواد از مواردی دیگری بوده است که زنان شرکت‌کننده به آن اشاره کرده‌اند. تأکید بر آموزه‌های قدم‌های دوازده‌گانه NA به‌عنوان مهم‌ترین مصداق این مؤلفه از زبان اغلب شرکت‌کنندگان دارای تجربه شرکت در این جلسات تکرار شده است. [«آشنا شدن با این انجمن باعث شد من نجات پیدا کنم». (کد ۱۳)].

۲.۳.۵ دوگانگی رفتار خانواده

منظور از دوگانگی رفتار خانواده، رفتار دوگانه و متناقض خانواده‌ها و اعضای آن در قبال عضو مصرف‌کننده مواد است که باعث می‌شود فرد مصرف‌کننده در مسیر بازگشت علاوه بر رنج و درد ناشی از فرایند ترک و درمان با برخی سؤرفتها از جانب خانواده روبرو شود که باعث سست شدن عزم و اراده او از ادامه و تکمیل فرایند درمان و لغزش‌های متعدد می‌شود. «رفتار دوگانه و متناقض»، «اعتیاد اعضای خانواده» و «وابستگی مالی و فقر» مضامین فرعی تشکیل‌دهنده این طبقه هستند.

الف) رفتار دوگانه و متناقض: وابستگی به مواد دارای دو بعد جسمانی و روانی است. روایت‌های متعدد شرکت‌کنندگان بیانگر عدم توجه خانواده‌ها به بعد روانی ترک مصرف مواد و حمایت‌ها و مراقبت‌های لازم برای تأمین این شرایط است. [باوجود این‌که پاک شده بودم مادام بهم سرکوفت می‌زدند و انگ می‌چسبانند]. (کد ۱۳). [نامیدی نسبت به تأمین حمایت خانواده باعث استمرار مصرف مواد در زنان و ناکامی آنان در راه بازگشت از اعتیاد شده است. «خانواده من هیچ کمکی به من نکردند. به من به حالت نفرت نگاه می‌کردند. این‌ها در من تأثیر می‌گذاشت. منو جدی‌تر می‌کرد که مصرف کنم». (کد ۱۹)].

ب) اعتیاد اعضای خانواده: بسیاری از اوقات زنان مصرف‌کننده خانواده‌هایی دارند که دچار آسیب هستند و خود از مصرف‌کنندگان مواد محسوب می‌شوند و گاهی حتی در روابط آسیب‌زا با همسرشان هستند و نه تنها حمایتی نمی‌شوند بلکه نمی‌خواهند وارد درمان شوند. مصرف مواد در خانواده و فراهم بودن شرایط برای وسوسه مصرف مواد از دیگر عوامل تهدیدزای تأثیرگذار بر تصمیم‌گیری زنان برای ترک عنوان شده است. همه زنان مشارکت‌کننده در تحقیق خانواده‌هایی داشته‌اند که یا عضو مصرف‌کننده دارند و یا مصرف مواد را اساساً مسئله قلمداد نمی‌کنند، اغلب با مخالفت خانواده برای درمان مواجه شده‌اند.

ج) وابستگی مالی و فقر: برای تعداد زیادی از زنانی که مشکل مصرف مواد دارند حل این مشکل در اولویت نیست چرا که با سایر محرومیت‌های اساسی‌تر روبرو هستند. فقر و نبود سرپناه مناسب و رفع نشدن نیازهای اولیه زندگی از عواملی است که اجازه نمی‌دهند این افراد به دنبال درمان باشند. برای بسیاری از زنان مصرف‌کننده مواد که پایگاه اقتصادی ضعیفی دارند هزینه‌هایی مانند نگهداری از فرزندان، هزینه‌های درمانی، از دست دادن دستمزد به علت ورود به فرایند درمان و حتی هزینه‌های بسیار جزئی‌تر از جمله هزینه حمل و نقل مسأله بازدارنده‌ای است که فقط با ارائه خدمات استاندارد رایگان قابل حل

است. تجربیات شرکت‌کنندگان نشان داد درحالی‌که خانواده‌ها از اقدام به درمان اعضای مرد خانواده حمایت بیشتری می‌کردند در مورد عضو زن مصرف‌کننده مواد به دلایل متعددی از جمله وابستگی و عدم توانایی مالی، ترس شوهر از جدایی همسر پس از پاک‌سازی از اعتیاد و عدم امکان سؤاستفاده از همسر پس از ترک مصرف مواد، استتکاف کرده و کمتر حمایت می‌کردند. روایت‌های زنان دارای سابقه درمان حاکی از آن بود که به علت نیازهای اقتصادی که پس از درمان با آن مواجه شده بودند مجدداً به ارتکاب برخی فعالیت‌های آسیب‌زا مانند تن‌فروشی، خرید و فروش مواد و سرقت روی آورده بودند که زمینه‌ساز لغزش و شروع مجدد مصرف مواد در آن‌ها شده بود.

۳.۳.۵ خدمات کاهش آسیب

منظور از این طبقه چالش‌هایی است که پیرامون انواع خدمات کاهش آسیب در دسترس زنان مصرف‌کننده مواد وجود داشته است که از سه زیر طبقه «بی‌اطلاعی و بی‌دانشی»، «مشکلات خدمات کاهش آسیب» و «مراقبت از فرزند» تشکیل شده است.

الف) بی‌اطلاعی و بی‌دانشی: آگاهی نداشتن نسبت به شدت و عواقب مصرف مواد و دسترسی ناکافی زنان مصرف‌کننده مواد به اطلاعاتی که به آن‌ها کمک می‌کند برای درمان و ارتقای وضعیت سلامت خود دست به اقدام بزنند از موانع بسیار مهم در مسیر درمان بخش قابل توجهی از زنان شرکت‌کننده در تحقیق است. از سوی دیگر به دلیل خاستگاه اجتماعی و شرایط محیط زندگی زنان مصرف‌کننده مواد و به دلیل وجود شبکه‌های اجتماعی و فامیلی کوچک که معمولاً همه به نوعی با یکدیگر در ارتباط هستند ترس از شناخته شدن وجود دارد. بنابراین بسیاری اوقات زنان برای حفظ آبروی خانواده و فرزندان خود از رفتن به مراکز درمانی امتناع می‌کنند. برخی از آن‌ها اصلاً اطلاعی از وجود درمان ندارند و نداشتن حتی یک خط تلفن و نبود امکان پیگیری مسائل آن‌ها فرایند درمانی را بسیار پیچیده‌تر کرده است.

ب) مراقبت از فرزند: زنان مصرف‌کننده مواد به ویژه مادران مصرف‌کننده مواد مخدر به دلیل مواجه شدن با تعریف نقش مادر خوب و مقایسه خود با آن و همچنین احساس شرم و گناه ناشی از مصرف مواد تحت فشارهای متعددی هستند که سبب امتناع آن‌ها از ورود به فرایند درمان و کمک گرفتن از دیگران می‌شود. علاوه بر این یکی از دغدغه‌ها و نگرانی‌های مهم زنان نبود مراقبت‌های اطمینان بخش و با هزینه مناسب برای کودکان در

طول دوره است. حتی اگر بنا به نوع درمان نیازی به بستری نباشد، باز هم زنان در طول درمان به علت تغییرات جسمی و روحی خود نگران وضعیت مراقبت از فرزندان‌شان هستند. تعداد و سن کودکان از فاکتورهای مهم در این تصمیم‌گیری محسوب می‌شود. بسیاری از این زنان هراس دارند از این‌که احتمالاً فرزندان‌شان را برای سرپرستی به سازمان یا افراد دیگر خانواده بدهند یا نتوانند آن‌ها را بعد از درمان پس بگیرند.

ج) مشکلات خدمات کاهش آسیب: نبود خدمات مناسب با نیازهای زنان و نداشتن نگاه جامع به این مسئله اجتماعی در ارائه خدمات موجب بی‌اعتمادی و کناره‌گیری زنان مصرف‌کننده از درمان شده است. این‌گونه خدمات باید اطمینان بخش باشند و نگرانی زنان مبنی بر آزار و اجبار در درمان را برطرف کنند. همچنین باید به صورتی در مناطق مختلف توزیع شوند که در دسترس همگان باشند. انعطاف‌پذیر بودن خدمات از جهت معیارهای ورود به مراکز درمانی، انطباق با نیازهای واقعی زنان و توجه به نیازهای فردی و خانوادگی آن‌ها و برنامه‌زمان بندی منعطف (برنامه‌های درمانی کوتاه مدت و بلند مدت) از شاخصه‌های خدمات درمانی مناسب محسوب می‌شود. اجرای ناقص پروتکل‌های درمان در برخی مراکز درمانی، محدودیت‌ها و رفتارهای غیرانسانی اعمال‌شده از سوی برخی از مراکز درمانی-اقامتی و محیط آسیب‌زای برخی از مراکز از موارد اشاره‌شده پیرامون مشکلات و چالش‌های خدمات کاهش آسیب در روایت‌های شرکت‌کنندگان بوده است. [بیش از ده بار کمپ رفتم. اون‌جا بود که با شیشه آشنا شدم. هر بار برای یک تجربه و یک زندگی تازه می‌رفتم ولی ناامیدتر برمی‌گشتم] (کد ۱۲)

جدول شماره ۵. روایت زنان از چالش‌های رهایی از اعتیاد

مضمون اصلی	مضمون سطح سوم	مضمون سطح دوم	
چالش‌های رهایی	ضرورت ناگزیر ترک	بیم و هراس	
		پایان نافرجام	
		توسل به معنویت	
	دوگانگی در رفتار خانواده	رفتار دوگانه و متناقض	
		اعتیاد اعضای خانواده	
		وابستگی مالی و فقر	
	چالش‌های خدمات کاهش آسیب		بی‌اطلاعی و بی‌دانشی
			مراقبت از فرزند
			مشکلات خدمات کاهش آسیب

۶. نتیجه‌گیری

این مطالعه با رویکرد کیفی و بهره‌گیری از روش تحقیق روایت‌پژوهی به توصیف تجربه‌های متفاوت زنان مصرف‌کننده مواد از اعتیاد پرداخته است. بررسی مفاهیم و مقولات استخراج شده از روایت‌های شرکت‌کنندگان پیرامون دلایل و انگیزه‌ها، پیامدهای اعتیاد و چالش‌های رهایی از اعتیاد در زنان مصرف‌کننده مواد نشان داد که خانواده یکی از مضامین کلیدی است که رد آن در تمام داستان‌های اعتیاد زنان شرکت‌کننده در تحقیق آمده است. خانواده آسیب‌زا که خود قربانی آسیب‌های متعددی است، در درونش شرایطی را به وجود می‌آورد که نه تنها نمی‌تواند مسائش را حل کند بلکه خود خانواده تبدیل به مسئله می‌شود. این مسئله باعث شده است تا برخی زنان برای رهایی از شرایط و مشکلات درون و پیرامون محیط خانواده یا مستقیم‌آهن به مصرف مواد بدهند و یا با قرار گرفتن در یک محیط آسیب‌زای دیگر مانند ازدواج اجباری و یا ازدواج به قصد فرار از شرایط پیشین و به امید یافتن وضعیتی مطلوب‌تر شرایط را برای افتادن خود در دام مصرف مواد فراهم کنند. از سوی دیگر استیلای هنجارهای مردانه از طریق ارتباط داشتن با همسر و یا شریک جنسی مصرف‌کننده مواد سبب سرعت و سهولت بیشتر فرایند آشنایی زنان با مصرف مواد می‌شود. زیرا از طرفی مردان به جهت همبازی شدن زنان با مصرف خودشان، آن‌ها را قاطی مصرف خویش می‌کنند و از طرف دیگر چون وابستگی عاطفی و احساسی عمیقی به همسر خود دارند، برخی زنان به هر نحوی تلاش می‌کنند برای حفظ زندگی مشترکشان، به خاطر فرزندان و یا ترس از تهدید همسر به جدایی در خدمت خواسته‌های شوهر قرار بگیرند و تن به خواسته‌های وی بدهند. تجربه یکی از شرکت‌کنندگان مبنی بر آوردن زنان دیگر به خانه برای همسر خویش از مصداق‌های سؤاستفاده شوهر از زن مصرف‌کننده مواد بوده است. در این زمینه با نوعی درهم‌آمیختگی مواجه هستیم به نحوی که زنان به‌قدری وابسته به طرف مقابل خود شده‌اند که نوعی ترس از رها شدن آن‌ها را به از خودگذشتگی و باج دادن در رابطه هدایت می‌کند زیرا نمی‌توانند تنهایی و خماری را تحمل کنند. این وابستگی هم به شکل عاطفی و هم به شکل وابستگی به مواد درهم‌تنیده شده است. بنابراین روابط خود را با او به نحوی تنظیم می‌کنند که بیشتر اوقات در دسترس باشد. این موضوع سبب می‌شود که زن مصرف‌کننده مواد همه‌جوره با همسر و یا شریک غیرهمجنس خود صمیمی و هم‌بازی شود. از سوی دیگر برخی همسران و یا مردانی که با زنان در ارتباط هستند برای

نگه‌داشتن زنان در کنار خود و جلوگیری از جدایی احتمالی آن‌ها را به مصرف مواد وابسته می‌کنند و موجب تداوم سیکل آسیب‌زای اعتیاد زنان به واسطه شوهران می‌شوند.

خانواده آسیب‌زا شرایطی را فراهم می‌کند که زنان دوران کودکی پرتنش و متلاطم و روابط شکننده و آسیب‌پذیری را تجربه کنند. تجربه طلاق و جدایی، خشونت و دعوی بین والدین، روابط پرتنش بین والدین و فرزندان، قرار گرفتن در معرض خشونت و سوءاستفاده اطرافیان، رنج بردن از فقدان والدین و زندگی با ناپذیری یا نامادری، مشاهده خیانت والدین به یکدیگر از نشانه‌های کودکی پرتنش و روابط آسیب‌پذیر و شکننده اعضای خانواده با یکدیگر در روایت‌های مشارکت‌کنندگان بوده است که زمینه را برای سقوط آنان به دامان اعتیاد فراهم کرده است. حضور زنان در شبکه خانواده مصرف‌کننده موجب شده تا برخی زنان با الگوگیری از والدین معتاد خود رفتار آسیب‌زای آن‌ها را الگو قرار دهند تا به تدریج قبح و زشتی مصرف‌مواد برای آنان کمتر شده و حالت عادی پیدا کند. نقش دوستان در شروع مصرف مواد در زنان هنگامی که با پیش‌زمینه‌ای مانند داشتن اعضای خانواده وابسته به مواد و یا کاهش روابط صمیمی بین والدین و فرزندان همراه می‌شود، تأثیر بیشتری در گرایش زنان به مصرف مواد دارد. به‌طور کلی نقش همراهان صمیمی در لغزش مجدد زنان به اعتیاد نسبت به نقش آنان در تجربه اولین بار مصرف مواد پررنگ‌تر بوده است و در مقابل خانواده همچنان نقش به‌مراتب پراهمیت‌تری در تجربه اولین مصرف مواد در زنان داشته است. محققین معتقدند که رفتار انسان را می‌توان برحسب کیفیت محیط زندگی او تبیین کرد. در اثر توسعه شهرهای بزرگ محله‌های مشخصی به وجود می‌آید که هر کدام شیوه‌های خاص زندگی خود را دارد (دانش، ۱۳۹۲). زندگی در خرده فرهنگ‌های مصرف‌مواد علاوه بر تسهیل دسترسی افراد به انواع مواد مخدر زمینه را برای قرار گرفتن آنان در مجاور بسیاری از آسیب‌های دیگر که فرایند ورود فرد به چرخه اعتیاد را تسریع می‌بخشد فراهم می‌کند.

حس خوشایند و آرامش بخش حاصل از اولین تجربه مصرف مواد همراه با احساس نشنگی و رهایی که به‌خاطر مصرف مواد به برخی از زنان دست می‌دهد سبب می‌شود تا آن‌ها برای تجربه دوباره این احساس به‌مرور مصرف تفننی و تفریحی خود را مستمر کنند. در نتیجه انواع مختلفی از الگوهای مصرف مواد با توجه به سیر مصرف مواد در زنان از مصرف تفننی تا سوء مصرف و حرکت به سمت وابستگی محتمل است. اما به‌طور کلی دوران ماه‌عسل اعتیاد برای زنان با توجه به الگوی مصرف، شرایط اقتصادی و وضعیت سلامتی

آن‌ها متفاوت است. برخی گروه‌های زنان مصرف‌کننده مواد مانند زنان مصرف‌کننده تن‌فروش و زنان مصرف‌کننده بی‌خانمان نسبت به سایر زنان مصرف‌کننده در وضعیت آسیب‌پذیرتر و پرخطرتری قرار دارند. پیامدهای مصرف مواد در زنان طیفی از مشکلات بین فردی تا بی‌خانمانی، از دست دادن شغل، فقر و طرد کلی از اجتماع را شامل می‌شود. پیمایش ملی مطالعه زنان نشان داد که تنها تعداد زیادی از زنان مصرف‌کننده مواد جدا شده یا طلاق گرفته‌اند، بلکه آن‌ها از رفتارهای سخت‌گیرانه‌تر و آزاردهنده‌تری از سوی خانواده رنج می‌بردند و در معرض خشونت‌های فیزیکی و کلامی بیشتری قرار داشتند. نتایج مشابه نیز در مورد زنان اقدام‌کننده به درمان مصرف مواد گزارش شده است (Nebhinani, et al. 2013) کلیشه‌های جنسیتی پیرامون نقش‌های خانگی زنان و مسئولیت‌های اجتماعی و اخلاقی متصف به آن‌ها برای تولید نسل و مادری با سطح بالایی از داغ‌نگ و تبعیض برای زنان مصرف‌کننده مواد همراه است. نگرش خانواده‌ها به آن‌ها آزاردهنده، طعنه‌آمیز، سواستفاده‌گرانه، تحقیرآمیز همراه با بی‌تفاوتی است. این عوامل هنگامی که متغیرهایی نظیر فقر، طبقه، نژاد، سن و سایر نابرابری‌های اجتماعی ترکیب می‌شوند به شکل مضاعفی مانع دسترسی فرد مصرف‌کننده به خدمات بهداشتی و اجتماعی می‌شود. عواملی همچون موقعیت آموزشی ضعیف، فقدان شغل و مهارت مشخص، ورود زود هنگام به بازار کار، ازدواج زود هنگام و کمبود حمایت‌های اجتماعی خطرپذیری این گروه از زنان را افزایش داده است. زنان مصرف‌کننده مواد عموماً از لحاظ اقتصادی مشکلات زیادی دارند که این خود زمینه لازم را برای به وجود آمدن مشکلات متعدد دیگر و مضاعف‌تر شدن مشکل عدم دسترسی به خدمات کاهش آسیب فراهم می‌کند. به‌طور کلی مراکز درمان سو مصرف مواد اغلب بر مردان متمرکزند و زنان کمتری در این مراکز ثبت‌نام کرده و خدمات دریافت می‌کنند (Zolala, et al. 2016). در حالی که عوامل اجتماعی-فرهنگی متعددی در این خصوص نقش بازی می‌کنند بخشی از این عدم تناسب به شیوع بالاتر مصرف مواد در مردان، درگیری بیشتر آن‌ها در فعالیت‌های مرتبط با مواد و مراجعه بیشتر آن‌ها به این مراکز قابل توضیح است (Cotto, et al. 2010). اما این به معنای خطر کمتر وابستگی به مواد برای زنان نیست. با این وجود به نظر می‌رسد زنان معتاد نیازهای منحصر به فردی دارند که ضرورت تدوین برنامه و خدمات اختصاصی برای آنان را بیشتر می‌کند.

کتاب‌نامه

- توکلی، محمود؛ محمدی، لیلا؛ یارمحمدی، مسیب؛ فرهودیان، علی؛ جعفری، فیروزه؛ فرهادی، محمدحسن (۱۳۹۲). بررسی وضعیت و روند سؤ مصرف و وابستگی به مواد در زنان ایرانی، فصلنامه علمی-پژوهشی توانبخشی، ۱۴(۵)، ۳۷-۳۰.
- حاجیها، ضحی؛ بهرامی احسان، هادی؛ رستمی، رضا (۱۳۹۷). تجربه زیسته زنان معتاد در شهر تهران: دستیابی به یک الگوی تبیینی، فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۷)، ۱۱۱-۱۳۴.
- خادمیان، طلعه؛ قناعتیان، زهرا (۱۳۸۷). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان به مواد مخدر در مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران (مرکز تولد دوباره و خانه خورشید)، پژوهش‌نامه علوم اجتماعی، ۲(۴)، ۵۹-۸۶.
- دانش، پروانه؛ ملکی، امیر؛ نیازی، زهره (۱۳۹۲). نظریه زمینه‌ای درباره علل اعتیاد زنان معتاد زندانی در زندان مرکزی اصفهان، فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی-فرهنگی، ۱(۴)، ۱۴۵-۱۲۵.
- رابرتسون، یان (۱۳۷۲). درآمدی بر جامعه (ترجمه بهروان)، مشهد: موسسه چاپ انتشارات آستان قدس رضوی.
- رایبگتن، ارل؛ مارتین، واینبرگ (۱۳۹۳). رویکردهای نظری هفت‌گانه در بررسی مسائل اجتماعی ایران (ترجمه صدیق سروستانی)، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- رحیمی موقر، آفرین؛ شریفی، ونداد؛ محمدی، محمدرضا؛ فرهودیان، علی؛ سهینی ایزدیان، الهه؛ گودرزی، رضاراد؛ نجاتی صفا، علی‌اکبر؛ منصوری، نغمه (۱۳۸۸). مطالعه مقاله‌نگاری سی سال مقالات پژوهشی اعتیاد کشور، فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی، ۳(۹)، ۲۸-۱۵.
- رحیمی موقر، آفرین؛ محمد، کاظم؛ محمد رزاقی، عمران (۱۳۸۱). روند ۳۰ ساله وضعیت سو مصرف مواد در ایران، مجله پژوهشی حکیم، ۵(۳)، ۱۸۱-۱۷۱.
- رضایی ابهری، فریده؛ حمزه گردشی، زینب؛ حاجی خانی، نیره اعظم؛ ذبیحی، مجید؛ حمزه گردشی، لیلا (۱۳۹۰). تجارب ذهنی دختران مصرف‌کننده مواد مخدر در ارتباط با تصمیم‌گیری جنسی ایشان: تحقیق کیفی، فصلنامه پژوهش پرستاری، ۶(۲۱)، ۸۷-۷۹.
- رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۷۷). توسعه و تضاد، تهران: سهامی انتشار. چاپ سوم.
- علیوردی‌نیا، اکبر؛ جانعلیزاده چوب بستی، حیدر؛ جعفری، آزاده (۱۳۹۱). تحلیل اجتماعی نقش انگ‌زنی غیر رسمی در نگرش دانشجویان نسبت به مواد مخدر، پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، ۲(۴)، ۱۸-۱.
- کرسول، جان (۱۳۹۴). پوشش کیفی و طرح پژوهش: انتخاب از میان پنج رویکرد، ترجمه حسن دانایی‌فرد و حسن کاظمی، چاپ دوم، تهران: نشر صفار.
- گروسی، سعیده؛ محمدی دولت‌آباد، خدیجه (۱۳۹۰). تبیین تجربه زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده اعتیاد، فصلنامه علمی-پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، ۲(۱)، ۷۴-۵۵.

اعتیاد در زنان: یک مطالعه روایت‌پژوهی ۱۸۵

گلد، استیون (۱۳۸۴). نظریه کنترل CAP شاد در مورد سوء مصرف مواد مخدر (ترجمه شروین وکیلی)، تهران: جامعه و فرهنگ.

میرزا خانی، فهیمه؛ خدادادی سنگده؛ جواد (۱۳۹۵). عوامل روان‌شناختی مستعد کننده اعتیاد در زنان: یک تحقیق کیفی، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۶(۱۴۵): ۳۳۲-۳۴۴.

هاشمی نژاد، مهدیه (۱۳۹۵). مطالعه جامعه‌شناختی اعتیاد زنان در مازندران به روش نظریه زمینه‌ای، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی.

هزارجریبی، جعفر؛ ترکمان، مهدی؛ مردای، غلامرضا (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر گرایش نوجوانان و جوانان پسر شهرستان کرج به مصرف مواد مخدر، فصلنامه مطالعات نیروی انتظامی، ۵(۲)، ۳۲۲-۳۳۸.

Afrasiabi H, Farhani N. Qualitative Study of a Background of Drug Use among Women in Yazd. *SBRH*. 2017; 1 (1): 27-35.

Ajilchi B, Naderi MA, Ghaem F. (2009). Study the relationship between characteristics of addicted women and social discipline. *Journal of security and order police*. 2(4):49-69. (Text in Persian).

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliff, MJ: Prentice-Hall.

Azim, T. Bontell, I. & Strathdee, S. A. (2015). Women, drugs and HIV. *International Journal of Drug Policy*, 26, S16-S21.

Back SE, Payne RL, Wahlquist AH, Carter RE, Stroud Z, Haynes L, et al (2011). Comparative profiles of men and women with opioid dependence: results from a national multisite effectiveness trial. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 37(5): 313-23.

Becker, J. B. McClellan, M. L. & Reed, B. G. (2017). Sex differences, gender and addiction. *Journal of neuroscience research*, 95(1-2), 136-147.

Brady, K. T. Back, S. E. & Greenfield, S. F. (Eds). (2009). *Women and addiction: A comprehensive handbook*. Guilford Press.

Butler-Kisber, L. (2010). *Qualitative inquiry: Thematic, narrative and arts-informed perspectives*. Sage Publications.

Caris, L. Wagner, F. A. Ríos-Bedoya, C. F. & Anthony, J. C. (2009). Opportunities to use drugs and stages of drug involvement outside the United States: Evidence from the Republic of Chile. *Drug and alcohol dependence*, 102(1-3), 30-34.

Carter, C. S. (1997). Ladies don't: A historical perspective on attitudes toward alcoholic women. *Affilia*, 12(4), 471-485.

Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2016). 2015 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. In S. A. a. M. H. S. Administration (Ed). Rockville, MD

Chaturvedi, H. K. Mahanta, J. Bajpai, R. C. & Pandey, A. (2013). Correlates of opium use: retrospective analysis of a survey of tribal communities in Arunachal Pradesh, India. *BMC public health*, 13(1), 325.

- Cotto, J. H. Davis, E. Dowling, G. J. Elcano, J. C. Staton, A. B. & Weiss, S. R. (2010). Gender effects on drug use, abuse, and dependence: a special analysis of results from the National Survey on Drug Use and Health. *Gender medicine*, 7(5), 402-413.
- Crome, I. B. & Kumar, M. T. (2007, April). Epidemiology of drug and alcohol use in young women. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 12, No. 2, pp. 98-105). WB Saunders.
- Devries, K. M. Child, J. C. Bacchus, L. J. Mak, J. Falder, G. Graham, K & Heise, L. (2014). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: A systematic review and metaanalysis. *Addiction*, 109(3), 379-391.
- El-Bassel, N. Gilbert, L. Witte, S. Wu, E. & Chang, M. (2011). Intimate partner violence and HIV among drug-involved women: contexts linking these two epidemics—challenges and implications for prevention and treatment. *Substance use & misuse*, 46(2-3), 295-306.
- El-Bassel, N. Terlikbaeva, A. & Pinkham, S. (2010). HIV and women who use drugs: double neglect, double risk. *The Lancet*, 376(9738), 312-314.
- Foster, K. T. Li, N. McClure, E. A. Sonne, S. C. & Gray, K. M. (2016). Gender differences in internalizing symptoms and suicide risk among men and women seeking treatment for cannabis use disorder from late adolescence to middle adulthood. *Journal of substance abuse treatment*, 66, 16-22.
- Fox, H. C. & Sinha, R. (2009). Sex differences in drug-related stress-system changes: implications for treatment in substance-abusing women. *Harvard review of psychiatry*, 17(2), 103-119.
- Gilbert, L. Raj, A. Hien, D. Stockman, J. Terlikbayeva, A. & Wyatt, G. (2015). Targeting the SAVA (substance abuse, violence and AIDS) syndemic among women and girls: a global review of epidemiology and integrated interventions. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 69(0 2), S118.
- Gilchrist, G. Blazquez, A. & Torrens, M. (2011). Psychiatric, behavioural and social risk factors for HIV infection among female drug users. *AIDS and Behavior*, 15(8), 1834.
- Greenfield, S. F. (2016). *Treating women with substance use disorders: The women's recovery group manual*. Guilford Publications.
- Greenfield, S. F. Back, S. E. Lawson, K. & Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics*, 33(2), 339-355.
- Greenfield, S. F. Brooks, A. J. Gordon, S. M. Green, C. A. Kropp, F. McHugh, R. K & Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and alcohol dependence*, 86(1), 1-21.
- Griffin, M. L. Bennett, H. E. Fitzmaurice, G. M. Hill, K. P. Provost, S. E. & Weiss, R. D. (2015). Health-related quality of life among prescription opioid-dependent patients: Results from a multi-site study. *The American journal on addictions*, 24(4), 308-314.

- Grucza, R. A. Norberg, K. Bucholz, K. K. & Bierut, L. J. (2008). Correspondence between secular changes in alcohol dependence and age of drinking onset among women in the United States. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(8), 1493-1501.
- Hasin, D. S. Stinson, F. S. Ogburn, E. & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 64(7), 830-842.
- Helzer, J. E. Burnam, A. McEvoy, L. T. Alcohol abuse and dependence. In: Robins, LN. Regier, DA. editors. *Psychiatric disorders in America: the epidemiological catchment area study*. The Free Press; New York: 1991. p. 81-115.
- Hernandez-Avila, C. A. Rounsaville, B. J. & Kranzler, H. R. (2004). Opioid, cannabis-and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and alcohol dependence*, 74(3), 265-272.
- Kensy, J. Stengal, C. Nougier, M. & Birgin, R. (2012). Drug policy and women: Addressing the negative consequences of harmful drug control. *International Drug Policy Consortium*.
- Keyes, K. M. Grant, B. F. & Hasin, D. S. (2008). Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug and alcohol dependence*, 93(1-2), 21-29.
- Keyes, K. M. Martins, S. S. Blanco, C. & Hasin, D. S. (2010). Telescoping and gender differences in alcohol dependence: new evidence from two national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 969-976.
- Lal, R. Deb, K. S. & Kedia, S. (2015). Substance use in women: Current status and future directions. *Indian journal of psychiatry*, 57(Suppl 2), S275
- Lazuardi, E. Worth, H. Saktiawati, A. M. I. Spooner, C. Padmawati, R. & Subronto, Y. (2012). Boyfriends and injecting: the role of intimate male partners in the life of women who inject drugs in Central Java. *Culture, health & sexuality*, 14(5), 491-503.
- Link, B. G. Struening, E. L. Rahav, M. Phelan, J. C. & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior*, 38, 177-190.
- Luoma, J. B. Twohig, M. P. Waltz, T. Hayes, S. C. Roget, N. Padilla, M. & Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive behaviors*, 32(7), 1331-1346.
- Maharaj, R. G. Rampersad, J. Henry, J. Khan, K. V. Koonj-Beharry, B. Mohammed, J. ... & Barclay, S. (2005). Critical incidents contributing to the initiation of substance use and abuse among women attending drug rehabilitation centres in Trinidad and Tobago. *West Indian medical journal*, 54(1), 51-58.

- Mazure, C. M. & Jones, D. P. (2015). Twenty years and still counting: including women as participants and studying sex and gender in biomedical research. *BMC women's health*, 15(1), 94.
- McHugh, R. K. DeVito, E. E. Dodd, D. Carroll, K. M. Potter, J. S. Greenfield, S. F. & Weiss, R. D. (2013). Gender differences in a clinical trial for prescription opioid dependence. *Journal of substance abuse treatment*, 45(1), 38-43.
- McHugh, R. K. Votaw, V. R. Sugarman, D. E. & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical psychology review*, 66, 12-23.
- McHugh, R. K. Wigderson, S. & Greenfield, S. F. (2014). Epidemiology of substance use in reproductive-age women. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 41(2), 177-189.
- Moore, T. M. Stuart, G. L. Meehan, J. C. Rhatigan, D. Hellmuth, J. C. & Keen, S. M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*.
- Murthy, P. & Chand, P. (2005). Substance use disorder in women. *Substance Use Disorder: Manual for Physicians*, 170-177.
- Nandi, A. Galea, S. Lopez, G. Nandi, V. Strongarone, S. & Ompad, D. C. (2008). Access to and use of health services among undocumented Mexican immigrants in a US urban area. *American Journal of Public Health*, 98(11), 2011-2020.
- Nebhinani, N. Sarkar, S. Gupta, S. Mattoo, S. K. & Basu, D. (2013). Demographic and clinical profile of substance abusing women seeking treatment at a de-addiction center in north India. *Industrial psychiatry journal*, 22(1), 12.
- Network, E.H.R. EHRN. Eurasian Harm Reduction Network (EHRN) about Special Groups. Lithuania: 2010
- Pinkham, S. Myers, B. & Stoicescu, C. (2012). Developing effective harm reduction services for women who inject drugs. *Harm Reduction International, Global State of Harm Reduction. London: Report*, 125-36.
- Pinkham, S. Stoicescu, C. & Myers, B. (2012). Developing effective health interventions for women who inject drugs: key areas and recommendations for program development and policy. *Advances in Preventive Medicine*, 2012.
- Rahman, F. Lall, P. Iqbal, S. & Vicknasingam, B. (2015). Pain, instability, and familial discord: a qualitative study into women who use drugs in Malaysia. *Harm reduction journal*, 12(1), 52.
- Razaghi E. M. Rahimi-Movaghar A. Amin-Esmaeili M. Sahimi-Izadian E, Baghestani A. R. (2008). The study of prevalence of infectious diseases among injecting drug abusers and their correlated factors in Tehran in 2006-2007. Tehran: Iranian National Center for Addiction Studies.
- Razani, N. Mohraz, M. Kheirandish, P. Malekinejad, M. Malekafzali, H. Mokri, A. & Rutherford, G. (2007). HIV risk behavior among injection drug users in Tehran, Iran. *Addiction*, 102(9), 1472-1482.

- Robins, L. N. (1991). Psychiatric disorders in America. *The epidemiologic catchment area study*.
- Schleifer, R. & Pol, L. (2017). International Guidelines on Human Rights and Drug Control: A Tool for Securing Women's Rights in Drug Control Policy. *Health and human rights, 19*(1), 253.
- Seedat, S. Scott, K. M. Angermeyer, M. C. Berglund, P. Bromet, E. J. Brugha, T. S. & Karam, E. G. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of general psychiatry, 66*(7), 785-795.
- Sherman, B. J. McRae-Clark, A. L. Baker, N. L. Sonne, S. C. Killeen, T. K. Cloud, K. & Gray, K. M. (2017). Gender differences among treatment-seeking adults with cannabis use disorder: Clinical profiles of women and men enrolled in the achieving cannabis cessation—evaluating N-acetylcysteine treatment (ACCENT) study. *The American journal on addictions, 26*(2), 136-144.
- Simmonds, L. & Coomber, R. (2009). Injecting drug users: a stigmatised and stigmatising population. *International Journal of Drug Policy, 20*(2), 121-130.
- Steingrímsson, S. Carlsen, H. K. Sigfússon, S. & Magnússon, A. (2012). The changing gender gap in substance use disorder: A total population-based study of psychiatric in-patients. *Addiction, 107*(11), 1957-1962.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of national findings. *NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863*.
- Sutherland, E. H. Cressey, D. R. & Luckenbill, D. F. (1992). *Principles of criminology*. Altamira Press.
- Tuchman, E. (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of addictive diseases, 29*(2), 127-138.
- Van Olphen, J. Eliason, M. J. Freudenberg, N. & Barnes, M. (2009). Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Substance abuse treatment, prevention, and policy, 4*(1), 10.
- Vega, W. A. Aguilar-Gaxiola, S. Andrade, L. Bijl, R. Borges, G. Caraveo-Anduaga, J. J. & Merikangas, K. R. (2002). Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: results from the international consortium of psychiatric epidemiology. *Drug and alcohol dependence, 68*(3), 285-297.
- Wagner, F. A. & Anthony, J. C. (2007). Male–female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. *Drug and alcohol dependence, 86*(2-3), 191-198.
- Webster, L., & Mertova, P. (2007). *Using narrative inquiry as a research method: An introduction to using critical event narrative analysis in research on learning and teaching*. Routledge.
- Zolala, F. Mahdavian, M. Haghdoost, A. A. & Karamouzian, M. (2016). Pathways to addiction: a gender-based study on drug use in a triangular clinic and drop-in

۱۹۰ پژوهش‌نامه زنان، سال هشتم، سال دهم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۸

center, Kerman, Iran. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 5(2).

