

تجربه زیسته زنان معتاد در شهر تهران: دستیابی به یک الگوی تبیینی

ضحی حاجیها^۱، هادی بهرامی احسان^۲، رضا رستمی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۰۱

چکیده

هدف: اعتیاد در زنان، به دلیل نقش به سزای آن‌ها در استحکام خانواده و فرزندپروری، آسیب‌های مضاعفی را به همراه دارد. هدف این پژوهش، کشف علل موثر بر گرایش زنان و دختران به مصرف مواد مخدر و تولید یک مدل نظری در زمینه‌ی علل اعتیاد زنان و دختران بوده است. **روش:** روش این پژوهش نظریه‌ی زمینه‌ای از نوع کیفی بود. جامعه‌ی پژوهش، زنان معتاد مراجعه‌کننده به کمپ بانوان چیتگر در سال‌های ۹۳ تا ۹۵ تهران بود. نمونه‌ی پژوهش، ۳۰ نفر از زنان معتاد مراجعه‌کننده بودند که با روش نمونه‌گیری نظری انتخاب شدند. **یافته‌ها:** سه تم اصلی خانواده‌ی آسیب‌زا (مشکل از مقوله‌های والدگری نامناسب، مصرف در خانواده، تعارض در خانواده، قطع ارتباط با خانواده، تشکیل روابط مخرب)، شرایط فردی آسیب‌پذیر (مشکل از مقوله‌های ویژگی‌های فردی آسیب‌پذیر، فشار روانی زیاد، خوددرمانی، تشکیل روابط مخرب) و ازدواج ناموفق (مشکل از مقوله‌های ازدواج ناموفق، فشار روانی زیاد، احساس بی‌پناهی، خوددرمانی، تشکیل روابط مخرب) به عنوان عوامل موثر بر گرایش به سوءمصرف مواد مخدر و دو تیپ اصلی زنان مقاومت‌کننده (مشکل از مقوله‌های مقاومت در برابر مصرف، ترک‌های طولانی مدت ولی همراه بالغزش) و زنان تسلیم‌شونده (مشکل از مقوله‌های تسلیم در برابر مصرف، ترک‌های متعدد کوتاه‌مدت بالغزش‌های پیاپی) کشف و استخراج و نهایتاً یک مدل نظری ارائه شد. **نتیجه‌گیری:** با استفاده از نتایج این تحقیق می‌توان زنان و دختران در معرض آسیب به سوءمصرف مواد را شناسایی و اقدامات پیشگیرانه برای آنان تنظیم کرد.

کلیدواژه‌ها: زنان معتاد، تم خانواده‌ی آسیب‌زا، تم شرایط فردی آسیب‌پذیر، تم ازدواج ناموفق، نظریه‌ی زمینه‌ای

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران، پست الکترونیکی: hbahrami@ut.ac.ir

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

سلامت جسمی و روانی زنان به دلیل نقش به‌سزای آن‌ها در استحکام خانواده و فرزندپروری، بسیار حایز اهمیت است. از این رو مسئله‌ی اعتیاد زنان همواره یکی از مهم‌ترین مسائل در تمامی جوامع بوده است. آسیب‌های ناشی از اعتیاد، در خانواده و جامعه بسیار گسترده است ولی در صورتی که زنان یا مادران به اعتیاد مبتلا باشند، تاثیر این آسیب‌ها چند برابر خواهد شد. متأسفانه در کشور ما، نرخ اعتیاد زنان در حال افزایش است. جمعیت زنان معتاد در کشور در سال ۱۳۸۷ توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر حدود ۱۱۴ هزار نفر یعنی بین ۶ تا ۸ درصد جمعیت معتادان تخمین زده شده است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۶). ولی طبق آخرین گزارش وزارت کشور و ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۲، تعداد ۱ میلیون و ۳۲۵ هزار معتاد در کشور وجود دارد که اگر این جمعیت با بعد خانوار محسوب شود، حدود ۶ میلیون ایرانی به‌طور مستقیم درگیر پدیده‌ی مواد مخدر هستند. از این میان، ۱۰ درصد جمعیت معتادان را زنان تشکیل می‌دهند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۶).

اعتیاد به‌طور سنتی به‌عنوان بیماری مردان در نظر گرفته می‌شد. اگرچه شیوع اختلالات مصرف مواد در میان مردان بالاتر از زنان است، ولی شواهد، همگرایی این نرخ‌ها را در زنان به‌خصوص در میان افراد جوان تر نشان می‌دهد. زنان با مشاغلی که قبلاً مردانه بودند، بیشتر مواجه می‌شوند و شانس آن‌ها برای مصرف داروها و الکل بیشتر می‌شود. این همگرایی با شروع مصرف مواد در سن پایین مرتبط است. مصرف اولیه مواد با ریسک بالاتر ایجاد وابستگی مرتبط است که این اثر در زنان بیش از مردان بیان شده است. اختلالات اعتیادی منبع اصلی مرگ و میر در زنان است. آن‌ها به عوارض فیزیولوژیکی برخی مواد نسبت به مردان حساس‌تر هستند و میزان بالاتر وقوع هم‌ابتلایی^۱ اختلالات جنسی و روان‌پزشکی را دارند. زنان در سن بچه‌آوری، در معرض خطر برای عوارض پیش از تولد و برای تولد فرزندان با اثرات و عوارض دارو و الکل جنینی هستند. به همین دلیل،

اعتیاد در زنان نیازمند تاکید ویژه‌ای بر پیشگیری، درمان و تحقیق است (گالانتر^۱ و کلبور^۲، ۲۰۱۵). اعتیاد در زنان، آسیب‌های اجتماعی و خانوادگی گسترده‌ای در پی دارد. زنانی که به اختلالات سوء مصرف مواد مبتلا می‌شوند، اغلب ویژگی‌های روانی و اجتماعی‌ای دارند که وظیفه‌ی فرزندپروری آن‌ها را نیز مختل می‌کند. در این شرایط، تنها زنانی که مدت زمان طولانی از مصرف دور باشند، سرویس‌های حمایتی مناسب را دریافت نمایند و درآمد مکفی داشته باشند، در مقایسه با سایر زنان معتاد که تحت چنین شرایطی نیستند، قادر به نگهداری مجدد از فرزندان‌شان می‌باشند (گران^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). حدود ۲۰ درصد بزرگسالانی که به دلیل اختلالات سوء مصرف مواد، تحت درمان قرار می‌گیرند، با کودکان زندگی می‌کنند. زنانی که تحت درمان سوء مصرف مواد هستند، دو برابر بیش از مردان، احتمال دارد که با کودکان زندگی کنند. سوء مصرف والدین، منابع مالی خانواده مانند غذا و پول را کاهش می‌دهد و والدین را با نقایص جدی در فرزندپروری مواجه می‌کنند. همین عوامل زمینه‌ی شکل‌گیری اعتیاد در فرزندان را نیز، فراهم می‌کند (سالیس، شادور، برنز و هوسانگ^۴، ۲۰۱۲). خشونت خانوادگی و آزار جسمی و روانی در دوران کودکی و همچنین نقص عضو مشهود در هنگام تولد نیز، در افرادی که مادران آن‌ها سابقه اعتیاد در دوران بارداری داشتند، بیشتر از افرادی است که مادران آن‌ها سابقه اعتیاد در دوران بارداری نداشتند. ایجاد زمینه ژنتیکی در کودکان برای اعتیاد، استفاده مادر از تریاک و سایر مواد در دوران شیردهی، استفاده از مواد مخدر جهت درمان در دوران کودکی، مراقبت‌های ناکافی مادر معتاد، فقر و شرایط بد خانوادگی، طلاق به دنبال اعتیاد مادر و استفاده‌ی مادران معتاد از مواد مخدر به عنوان داروی خواب‌آور برای نوزاد و کودک، از جمله عوامل مؤثر زمینه‌ساز اعتیاد در دوران کودکی، نوجوانی و جوانی هستند (خواجه دلویی و دادگر مقدم، ۱۳۹۲).

به‌طور کلی، زنان مصرف‌کننده‌ی مواد، انگ اجتماعی، تحقیر و طرد از خانواده و جامعه و فقر شدید را به عنوان اساسی‌ترین مشکل خود می‌دانند. بسیاری از زنان،

بی‌خانمانی و سوءاستفاده فیزیکی و جنسی را تجربه می‌کنند (رحیمی موقر، ملایری خواه لنگرودی، دلبرپور احمدی، و امین اسماعیلی، ۱۳۹۰)، که پیامدهای حاصل از پدیده‌ی اعتیاد بر آن‌ها، اشتغال به کار در مشاغل پایین و کم درآمد، ارتکاب انحرافات اجتماعی، نامناسب شدن روابط خانوادگی، مشکلات جسمی و روحی و مجازات زندان به دنبال انجام انحرافات اجتماعی است (دانش، نیازی و ملکی، ۱۳۹۲). همان‌طور که تفاوت‌های جنسیتی در نحوه‌ی شروع مصرف و ترک سوء مصرف مواد مخدر نقش دارند، مواد مخدر هم تاثیرات و عوارض مختلفی بر روی دو جنس دارد. بر اساس آمار جهانی، اعتیاد در زنان عوارض خطرناک تری نسبت به مردان ایجاد می‌کند. به‌عنوان مثال، فاصله‌ی زمانی اولین تجربه‌ی مصرف مواد تا تزریق مواد در مردان هشت سال است، درحالی‌که این فرآیند در زنان به‌طور متوسط دو سال طول می‌کشد. بدین ترتیب زنان شش سال زودتر از مردان به مرحله‌ی وابستگی شدید می‌رسند. این امر، درمان را سخت‌تر می‌کند و عوارض جسمی، روانی و اجتماعی مصرف مواد مخدر نیز به مراتب بیشتر می‌شود (نوری، ۱۳۸۹).

در زمینه‌ی اعتیاد مواد مخدر، مهم‌ترین و ثمربخش‌ترین اقدام، شناسایی عوامل زمینه‌ساز مصرف مواد و پیشگیری از ابتلاء افراد به سوء مصرف مواد است. با پیشگیری از بروز اعتیاد، در بسیاری از هزینه‌ها صرفه‌جویی می‌شود و سطح بهداشت جسمی و روانی افراد جامعه ارتقا پیدا می‌کند. همان‌طور که بیان شد، در کشور ما، گرایش زنان به مصرف مواد مخدر رو به افزایش است و در سال ۱۳۹۶، حدود ده درصد کل جمعیت معتادان کشور را زنان تشکیل داده‌اند؛ اعتیاد زنان و مادران، اثرات مخرب‌تر و گسترده‌تری را در مقایسه با اعتیاد مردان، چه برای فرد مصرف‌کننده‌ی مواد و چه برای خانواده‌ی وی و جامعه در پی دارد. در زمینه‌ی اعتیاد زنان تحقیقاتی انجام و منتشر شده است. ولی نگاهی اجمالی به تحقیقات گذشته نشان می‌دهد هم کمیت و هم کیفیت پژوهش‌هایی که به بررسی همه‌جانبه‌ی پدیده‌ی اعتیاد در زنان و دختران پرداخته باشد و نگاه ویژه‌ای به علل ابتلاء و تمایل زنان به مصرف مواد مخدر داشته باشد، اندک است.

انتخاب روش کیفی برای این پژوهش هم به دلیل پیچیدگی و چندعاملی بودن این پدیده است که کاملاً با طبیعت مسئله‌ی مورد تحقیق ارتباط دارد. مطالعه‌ی برخی زمینه‌ها

مانند چگونگی تجربه‌ی فرد در پدیده‌هایی مثل اعتیاد، با روش کیفی سازگارتر است. روش کیفی به آشکار شدن پدیده‌هایی که شناخت کم‌تری از آن‌ها وجود دارد، مسائل نهفته‌ی زیادی دارند و همچنین به کسب نگاهی نو درباره‌ی آن‌ها، کمک می‌کند (استراس و کوربین، ۱۹۹۸، ترجمه محمدی، ۱۳۹۰). بررسی همه‌جانبه‌ی پدیده‌ی اعتیاد، با روش‌های کمی صرف و پرسش‌نامه‌های موجود، امکان‌پذیر نیست. استفاده از مشاهده و مصاحبه‌های عمیق باعث می‌شود تا ابعاد وسیع‌تری از این پدیده مورد بررسی قرار گیرد. از سوی دیگر، ماهیت تجربه‌ی اعتیاد به گونه‌ای است که فرد را دچار نواقص شناختی و ذهنی می‌کند. این امر توانایی فرد را برای مشارکت در پژوهش‌های کمی کاغذ-قلمی که نیاز به قدرت درک، توجه، حافظه و شناخت بالایی دارد، به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. همچنین، برخی افرادی که سوء مصرف مواد دارند، از نظر سواد و تحصیلات، در سطح پایینی هستند که توانایی پاسخ‌گویی به سوالات پرسش‌نامه‌ای را از آن‌ها سلب می‌کند. همه‌ی این دلایل، لزوم انجام یک پژوهش کیفی گسترده را بیان می‌کند. پژوهشی که این خلا پژوهشی را پر کند و ارائه‌ی یک مدل نظری تبیینی گسترده و نوین در زمینه‌ی اعتیاد زنان را ممکن سازد. مدلی که بتوان به وسیله‌ی آن، افراد در معرض آسیب را شناسایی کرد و از آن، جهت پیشگیری از ابتلاء سایر زنان و دختران در معرض آسیب به سوء مصرف مواد، استفاده نمود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی پژوهش حاضر، زنان معتاد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد بانوان چیتگر تهران در سال‌های ۹۳ تا ۹۵ بود. نمونه‌ی پژوهش حاضر، ۳۰ نفر از زنان معتاد مراجعه‌کننده (مقیم) مرکز ترک اعتیاد (کمپ) بانوان چیتگر بود که پس از اطمینان از رضایت آن‌ها برای ورود به پژوهش مورد مشاهده و مصاحبه‌ی عمیق قرار گرفتند. روش انتخاب نمونه، روش نمونه‌گیری نظری^۱ بود که مختص روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌ای می‌باشد. هدف از

نمونه‌گیری نظری، به حداکثر رساندن امکان مقایسه‌ی رویدادها است تا تعیین کنیم چگونه یک مقوله، از لحاظ ویژگی و ابعادش تغییر می‌کند. این روش پژوهش‌گر را قادر می‌سازد تا مسیرهای نمونه‌گیری‌ای را برگزیند که می‌توانند بیش‌ترین بازده نظری را در پی داشته باشند. روش نمونه‌گیری نظری مبتنی بر روش‌های کدگذاری باز^۱، کدگذاری محوری^۲ و کدگذاری انتخابی^۳ است. ملاک ورود افراد به پژوهش، داشتن حداقل ۸ روز پاک‌ی و سم‌زدایی فیزیکی کامل از ماده‌ی مصرفی، داشتن توانایی ذهنی و شناختی حداقلی جهت پاسخ‌گویی به سوالات، تمایل افراد به شرکت در پژوهش و رضایت آن‌ها از ثبت اطلاعات شان بود. ملاک خروج افراد از پژوهش، داشتن پاک‌ی زیر ۸ روز، ناتوانی ذهنی و شناختی جهت پاسخ‌گویی به سوالات و عدم تمایل افراد به شرکت در پژوهش یا ناراضی‌تی از ثبت اطلاعات شان بود. پس از انجام هر مصاحبه، داده‌ها تجزیه و تحلیل می‌شد و مسیر انتخاب نمونه‌ی بعدی را به فرد نشان می‌داد (استراوس و کوربین، ۱۹۹۸، ترجمه محمدی، ۱۳۹۰). به‌عنوان یک قاعده‌ی کلی، برای تحقیقات کیفی، انجام حداقل ۲۰ تا ۳۰ مصاحبه در فرآیند گردآوری داده‌ها توصیه می‌شود (بازرگان، ۱۳۸۹).

با توجه به هدف پژوهش (بررسی تجربه‌زیسته‌ی زنان معتاد)، روش پژوهش (نظریه‌ی زمینه‌ای)، و منطق نمونه‌گیری پژوهش (نمونه‌گیری نظری)، می‌بایستی نمونه‌ای انتخاب می‌شد که بیش‌ترین تجربه را از پدیده‌ی مورد بررسی (مصرف مواد)، و در تمامی جهات (مدت زمان، میزان مصرف، آسیب‌های ناشی از مصرف و...) دارا می‌بود که افراد مراجعه‌کننده به کمپ، این شرایط را داشتند.

ابزار

برای انجام این پژوهش، از ابزار مصاحبه‌ی عمیق و مشاهده و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش نظریه‌ی زمینه‌ای استفاده شد. جمع‌آوری داده‌ها همزمان با تحلیل مداوم آن‌ها بعد از اولین مصاحبه و جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه‌ی عمیق انجام شد. مدت مصاحبه‌ها از ۳۰ تا ۶۰ دقیقه طول کشید و جمع‌آوری و پیاده‌سازی کل مصاحبه‌ها از تیرماه

1. open coding
2. axial coding

3. selective coding

۹۴ تا تیرماه ۹۵ به مدت یکسال به طول انجامید. محل مصاحبه نیز، همانطور که گفته شد، در کمپ بود. از آنجایی که در روش نظریه‌ی زمینه‌ای، برای کشف حداکثری مفاهیم، پژوهش‌گر باید با ذهن خالی وارد مصاحبه شود و کم‌ترین سوگیری را جهت کسب اطلاعات از مصاحبه‌شونده داشته باشد، در جریان مصاحبه بر اساس هدف کلی پژوهش (کشف تجربه‌زیسته)، از مشارکت کنندگان خواسته شد تا در رابطه با تمامی عوامل و شرایط قبلی و فعلی مرتبط با اعتیادشان، اطلاعاتی را ارائه دهند. با به کارگیری تکنیک‌های مصاحبه، مثل شنوندگی فعال، بازخورددهی و خلاصه‌سازی توسط پژوهشگر، بر عمق مصاحبه افزوده و و فرآیند کسب اطلاعات، تسهیل شد. سپس این اطلاعات از طریق نظریه‌ی زمینه‌ای، تجزیه و تحلیل شدند.

در روش نظریه‌ی زمینه‌ای، اطلاعات از طریق کدگذاری داده‌ها، تفسیر و تحلیل می‌شوند. فرآیند کدگذاری داده‌ها، در جریان گردآوری داده‌ها به اجرا درمی‌آید تا مشخص شود چه داده‌هایی در مرحله‌ی بعد باید گردآوری شود. سه مرحله‌ی کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی بر روی داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها و مشاهدات انجام می‌شود. کدگذاری باز طی چند مرحله صورت می‌گیرد: خرد کردن، برچسب‌زدن و مفهوم‌پردازی پدیده‌ها، کشف مقولات، نام‌گذاری مقولات. پس از کشف و نام‌گذاری مقولات در کدگذاری باز، کدگذاری محوری آغاز می‌شود. در این مرحله، با استفاده از یک پارادایم یا مدل الگویی، میان مقولات کشف شده پیوند برقرار می‌شود و اطلاعات به نحو جدیدی با یکدیگر ربط می‌یابند. این ارتباط بین مقولات در قالب یک مدل صورت می‌گیرد که دربردارنده‌ی پنج بخش شرایط علی (شرایط علی، به حوادث و وقایعی دلالت می‌کند که به وقوع یا رشد پدیده‌ای منتهی می‌شود و از منظر زمانی مقدم بر پدیده‌ی مورد نظر هستند)، شرایط زمینه‌ای (سلسله شرایط خاص که در آن، راهبردهای کنش/کنش متقابل برای اداره، کنترل و پاسخ به پدیده صورت می‌گیرد)، شرایط مداخله‌گر (شرایط کلی‌تر و وسیع‌تری هستند که بر چگونگی کنش/کنش متقابل اثر می‌گذارند)، راهبردهای کنش/کنش متقابل (نحوه‌ی اداره کردن، برخورد با، به انجام رساندن و یا حساسیت نشان دادن به پدیده است، در زمینه یا در شرایط خاص) و پیامدها

(اعمال (کنش‌ها) و عکس‌العمل‌ها (واکنش‌ها)، که در مقابله با، یا در جهت اداره و کنترل پدیده‌ای صورت می‌گیرد، پیامدهایی دارد. این پیامدها ممکن است واقعی یا ضمنی باشند و یا اینکه در زمان حال یا آینده، به وقوع بپیوندند. پایه‌های کدگذاری انتخابی در مرحله‌ی کدگذاری محوری پی‌ریزی شده است. در کدگذاری انتخابی، مقوله‌ی کانونی انتخاب می‌شود و سایر مقولات منطبق بر مدل نظریه‌ی زمینه‌ای، با مقوله‌ی کانونی ارتباط داده می‌شوند (استراس و کوربین، ۱۹۹۸، ترجمه محمدی، ۱۳۹۰).

جهت ارزشیابی این پژوهش، از ملاک‌های ارزشیابی پژوهش‌های کیفی (باورپذیری^۱ داده‌ها، قابلیت انتقال^۲، قابلیت اطمینان^۳، و قابلیت تائید^۴) استفاده شده است. جهت تائید باورپذیری داده‌ها، از شیوه‌ی بازبینی مشارکت‌کنندگان تحقیق^۵ و هفت نفر از اساتید دانشگاه تهران و متخصص در زمینه‌ی اعتیاد، بازننگری مکرر^۶ و رجوع به پژوهش‌های پیشین به‌عنوان محک تحقیق، استفاده شد. به منظور تائید قابلیت انتقال، تعداد و مشخصات مشارکت‌کنندگان تحقیق، محدودیت‌های مشارکت‌کنندگان تحقیق، طول جلسات جمع‌آوری اطلاعات و مدت زمان کلی که صرف جمع‌آوری اطلاعات شده، مشخص شده است. به منظور تائید قابلیت اطمینان، مسیر طراحی تحقیق، جزئیات مربوط به جمع‌آوری اطلاعات و اجرای آن مشخص شده است. در نهایت به منظور بررسی قابلیت تائید، دلیل و مبنای انتخاب روش پژوهش، مشارکت‌کنندگان و روش تحلیل توضیح داده شده است (اندرو^۷، ۲۰۰۴).

یافته‌ها

اکثر زنان سوء‌مصرف‌کننده‌ی مواد در گروه سنی جوان ۲۰ تا ۳۴ سال با ۷۰ درصد و کمترین تعداد در گروه سنی نوجوانی ۱۱ تا ۱۹ سال با ۳/۳۳ درصد بودند. کمترین سن شروع مصرف مواد ۱۳ سالگی و بیشترین سن شروع ۴۲ سالگی بود. میانگین سن شروع مصرف مواد نیز ۲۳/۷ سال بود. ۱۳ نفر پاسخ‌گویان (۴۳/۳۳ درصد) تحصیلات زیر دیپلم و

1. plausibility
2. transerability
3. dependability
4. confirmability

5. member check
6. peer check
7. Andrew

۱۴ نفر (۴۶/۶۶ درصد) تحصیلات دیپلم داشتند. ۳ نفر (۱۰ درصد) نیز لیسانس داشتند و هیچ یک از آنها تحصیلات بالاتر از لیسانس نداشتند. ۹ نفر پاسخگویان (۳۰ درصد) متاهل، ۱۰ نفر (۳۳/۳۳ درصد) مطلقه و ۱۱ نفر (۳۶/۶۶ درصد) مجرد بودند. تعداد فرزندان به این صورت بود که در میان زنان متاهل و مطلقه، ۵ نفر (۲۶/۳۱ درصد) فرزندی نداشتند. ۶ نفر (۳۱/۵۷ درصد) ۱ فرزند، ۶ نفر (۳۱/۵۷ درصد) ۲ فرزند و ۲ نفر (۱۰/۵۲ درصد) از پاسخگویان نیز ۳ فرزند داشتند. در مجموع ۱۹ نفر از فرزندان پسر و ۵ نفر آنان نیز دختر بودند. تعداد ۱۸ نفر (۶۰ درصد) شغل آزاد داشتند. ۸ نفر (۲۶/۶۶ درصد) منشی‌گری، حسابداری و فروشندگی می‌کردند. تعداد ۲ نفر (۶/۶۶ درصد) آرایشگری و ۴ نفر (۱۳/۳۳ درصد) پرستاری و نظافت منزل را انجام می‌دادند. تعداد ۴ نفر (۱۳/۳۳ درصد) از طریق دزدی و فروش مواد امرار معاش می‌کردند. تنها ۳ نفر (۱۰ درصد) مشاغل دولتی داشتند و ۹ نفر (۳۰ درصد) بیکار بودند. از نظر وضعیت سکونت، هیچ یک از پاسخگویان ساکن شمال شهر تهران نبودند. ۳ نفر (۱۰ درصد) ساکن شرق تهران، ۲ نفر (۶/۶۶ درصد) ساکن غرب تهران، ۹ نفر (۳۰ درصد) ساکن جنوب تهران و ۱۰ نفر (۳۳/۳۳ درصد) نیز ساکن شهرستان بودند ولی به‌طور موقت در تهران زندگی می‌کردند. به دلیل فقدان یا کمبود تعداد مراکز ترک اعتیاد برای زنان در شهرستان‌ها، تمام زنان شهرستانی اقوام یا دوستانی داشتند که به دلیل آشنایی با این مرکز ترک اعتیاد، آنان را معرفی کرده بودند و به تهران آمده بودند. تعداد ۶ نفر (۲۰ درصد) در بهزیستی زندگی می‌کردند و یا کارتن‌خواب بودند و وضعیت مشخص و ثابتی نداشتند.

۳۰ مصاحبه با این افراد انجام شد که هر یک به‌طور جداگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. روند انجام مصاحبه‌ها به‌صورتی بود که پژوهش‌گر با اجرای ۲۵ مصاحبه با زنان معتاد، در کشف مفاهیم و مقوله‌های مرتبط با مصرف مواد مخدر در زنان و دختران معتاد، به اشباع رسید. به‌طوری که با انجام ۵ مصاحبه‌ی بعدی، که آنها هم با تکیه بر منطق نمونه‌گیری نظری، انجام می‌شدند، مفاهیم جدیدی به پژوهش افزوده نشد، و مقوله‌های جدیدی پدید نیامد. به این صورت، اشباع نظری بر پژوهش‌گر، محرز گردید.

با بررسی تمامی مصاحبه‌ها با روش کدگذاری باز، ۱۵ مقوله کشف و نام‌گذاری شد. با ارتباط دادن این مقولات با یکدیگر در مرحله‌ی کدگذاری محوری، مقولات در اجزاء مدل نظریه‌ی زمینه‌ای جایگذاری شدند و شرایط علی و یا مقدم، شرایط میانجی، شرایط زمینه‌ای، راهبردهای کنش و کنش متقابل و پیامدها را تشکیل دادند. بر مبنای کدگذاری انتخابی، مقوله‌ی کانونی (تجربه‌ی زنان و دختران از مصرف مواد) کشف شد و تمامی مقولات با مقوله‌ی کانونی ارتباط داده شدند. نهایتاً اجزاء مدل نظریه‌ی تجربه‌ی زنان و دختران از مصرف مواد به دست آمد (جدول ۱).

جدول ۱: اجزاء مدل نظریه‌ی زمینه‌ای

ویژگی‌های تشکیل‌دهنده‌ی مقوله‌ها	مقوله‌های مرتبط با هر بخش مدل	اجزاء مدل نظریه‌ی زمینه‌ای
عدم نظارت والدین رابطه‌ی عاطفی نامناسب	والدگری نامناسب	شرایط علی و یا مقدم
سلطه‌گری والدین و خشونت علیه فرزند طلاق و زندگی مجزای والدین عدم حمایت‌گری و هدایت‌گری والدین	مصرف در خانواده	شرایط علی و یا مقدم
والدین مصرف‌کننده و ترغیب فرزندان به مصرف مواد اعضاء مصرف‌کننده	تعارض در خانواده	شرایط علی و یا مقدم
دسترسی آسان به مواد از طریق عضو معتاد وجود اختلافات فکری، عقیدتی و مذهبی عدم هماهنگی، اعتماد و پذیرش میان اعضاء	قطع ارتباط با خانواده	شرایط علی و یا مقدم
ترک خانگی پدری و فرار مهاجرت	احساس وسیع تنهایی	شرایط علی و یا مقدم
احساس بی‌پناهی احساس غم از بی‌توجهی و طرد خانواده خلا ارتباطی با دوست هم‌جنس سالم دوستان هم‌جنس مصرف‌کننده مواد	تشکیل روابط مخرب	شرایط علی و یا مقدم
تامین مواد از طریق دوستان غیر هم‌جنس به‌عنوان پاداش دوستان غیرهم‌جنس معتاد یا فروشنده‌ی مواد نارضایتی از بدن تکانشگری	ویژگی‌های فردی آسیب‌پذیر	شرایط علی و یا مقدم
پنهان‌کاری و ترس از بیان واقعیت بیزاری از جنس مونث نا توانی در رد پیشنهاد دیگران		شرایط علی و یا مقدم

مقوله‌های مرتبط با هر بخش مدل	اجزاء مدل نظریه‌ی زمینه‌ای
ویژگی‌های تشکیل‌دهنده‌ی مقوله‌ها	
نشخوار فکری	
کنجکاوای و جستجوگری	
ازدواج اجباری	
ازدواج با وجود مخالفت‌های خانواده	
زندگی با همسر معنادار	ازدواج ناموفق
خشونت فیزیکی و روانی شوهر علیه زن	
عدم پابندی به روابط زناشویی	
طلاق و یا زندگی مجزا	
تنوع نقش‌ها و مسئولیت‌ها	فشار روانی زیاد
وقوع بحران‌های ناگهانی	
مصرف خودسرانه داروها و مواد	خوددرمانی
میدان عمل	تجربه‌ی زنان و دختران از مصرف مواد (مقوله‌ی کانونی)
اثرات مصرف کوتاه‌مدت و بلندمدت مواد	شرایط زمینه‌ای
واکنش فرد، خانواده و جامعه	
اقدام به ترک در منزل، کمپ، و با روش‌های مختلف	مقاومت در برابر مصرف
ترک با کمک پناه بردن به مذهب	
ترک با استعانت از خانواده	راهبردهای کنش و کنش متقابل
عدم اقدام جدی به ترک	
تشدید مصرف مواد با هدف نادیده‌انگاشتن مشکلات	تسلیم در برابر مصرف
پایان دادن به زندگی	
کسب مجدد ولی موقتی حمایت خانواده و اطرافیان	ترک‌های طولانی‌مدت
بازگشت مجدد ولی موقتی به شغل و کسب درآمد	مواد ولی همراه با لغزش
نگهداری مجدد ولی موقتی از فرزند	
احساس وسیع شکست از بازگشت مجدد به مواد	پیامدها
از بین رفتن اعتماد و حمایت خانواده و اطرافیان	
تضعیف عزت نفس	ترک‌های متعدد
پذیرش زندگی تحت سیطره‌ی اعتیاد	کوتاه‌مدت با لغزش‌های پایایی
مواجهه با مشکلات مالی شدید	
بی‌اعتباری و جبهه‌ی اجتماعی	

با توجه به حجم وسیع یافته‌های حاصل از این پژوهش، جهت شفاف شدن شیوه‌ی رسیدن به این مقولات و اجزاء مدل، تنها یک بخش این مدل نظری، یعنی بخش "پیامد"، انتخاب، و به تفصیل بیان شده است. جهت ملاحظه‌ی تفصیلی سایر بخش‌های مدل، به پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، حاجیهها (۱۳۹۵)، مراجعه شود.

در مرحله‌ی کدگذاری باز مصاحبه‌ها، دو مقوله‌ی ترک‌های طولانی‌مدت ولی همراه با لغزش و ترک‌های متعدد کوتاه‌مدت با لغزش‌های پیاپی کشف شد. سپس در مرحله‌ی کدگذاری محوری، این دو مقوله، بخش پیامد مدل نظری را تشکیل دادند. فرآیند کدگذاری‌ها، و این دو مقوله به‌همراه تعاریف، ویژگی‌ها و کدهای مفهومی‌شان در زیر ارائه شده است:

مقوله‌ی ترک‌های طولانی‌مدت ولی همراه با لغزش: تعریف: فرد در موقعیتی

قرار دارد که به دلایل مختلفی مانند داشتن فرزند، انگیزه لازم برای ترک را دارد و از حمایت کافی خانواده و یا اطرافیان برخوردار می‌شود و می‌تواند ماده‌ی مصرفی را برای مدت طولانی ترک کند. ولی از آن‌جا که پدیده‌ی اعتیاد عودپذیر است، فرد ممکن است به دلایلی مانند مواجهه با بحران‌های زندگی مثل مرگ عزیزان، دچار لغزش شود و دوباره مصرف را آغاز کند (منظور از ترک طولانی‌مدت، ترک ماده‌ی مصرفی به مدت بیش از یک‌سال است). با تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، برای مقوله‌ی ترک‌های طولانی‌مدت مواد ولی همراه با لغزش، ۴ مفهوم استخراج شده است. هر ویژگی، به همراه تعریف و نمونه‌ای از کدهای مفهومی که ویژگی مورد نظر از آن کشف شده، ارائه شده است.

۱۲۲

122

کسب مجدد ولی موقتی اعتماد و حمایت خانواده و اطرافیان: تعریف: فردی

که به دلیل اعتیاد خود از خانواده جدا شده و مورد بی‌اعتمادی آن‌ها نسبت به خود قرار گرفته است، زمانی که ماده مصرفی خود را برای مدت طولانی ترک می‌کند، مجدداً اعتماد و حمایت آنان را به دست می‌آورد. ولی این اعتماد و حمایت با مصرف مجدد ماده‌ی مصرفی به هر دلیلی مجدداً خدشه می‌بیند و فرد مورد پذیرش خانواده قرار نمی‌گیرد. کد مفهومی: شیوا در این زمینه می‌گوید: {دفعه‌ی قبلی ۲ سال پاک‌ی داشتم. فکر می‌کردم که دوباره معتاد نمی‌شم ولی لغزش پیدا کردم و بعد دو هفته مصرف، خودم برای بار دوم اوادم کمپ. اون دو سال خانواده‌ام خیلی راضی بودن و بهم محبت می‌کردن ولی دوباره همه چیز رو خراب کردم}.

بازگشت مجدد ولی موقتی به شغل: تعریف: فردی که به دلیل اعتیاد، شغل و درآمد

خود را از دست داده، زمانی که ماده مصرفی خود را برای مدت طولانی ترک می‌کند،

مجددا مشغول کار می شود و تا حدودی می تواند درآمد کسب کند. ولی این امر اغلب به طور موقتی اتفاق می افتد و با لغزش و مصرف مجدد، فرد شغل و درآمد را از دست می دهد. کد مفهومی: منیره می گوید: {قبل اعتیاد، خیاطی، چیدن سفره‌ی عقد و کارهای هنری انجام می دادم، اون یک سال و نیم هم که ترک کرده بودم، تو کار بدلیجات بودم و ازاین راه پول در آوردم}.

نگهداری مجدد ولی موقتی از فرزند: تعریف: فردی که به دلیل اعتیاد، از نگهداری از فرزندان خود سر باز زده است و یا مسئولیت نگهداری فرزندان از جانب دیگران از او سلب شده، زمانی که ماده مصرفی خود را برای مدت طولانی ترک می کند، مجددا به سوی فرزندان باز می گردد و اقدام به نگهداری و پذیرش فرزندان می کند. ولی با لغزش، مجددا از انجام این امر ناتوان می شود. کد مفهومی: اکرم در این زمینه می گوید: {پسرم ۷ ساله بود که من مصرف رو شروع کردم. به خاطر همین پیش مادرم زندگی می کرد. برای این که بتونم ازش نگهداری کنم، ۱ سال پاک بودم ولی لغزش کردم و مجددا از من جدا شد}.

احساس وسیع شکست از بازگشت مجدد به مواد: تعریف: لغزش پس از یک دوره‌ی سخت و طولانی ترک مواد، علاوه بر پیامدهای خانوادگی و شغلی‌ای که دارد، از نظر روانی نیز فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. فرد از لغزش خود بسیار احساس شکست می کند و سعی در بازگشت مجدد به شرایط بدون مصرف دارد. کد مفهومی: رخساره در این باره می گوید: {من ۳ سال در معتادان گمنام ترک کردم. تا این که ۴ سال پیش در یک تصادف رانندگی، پدر، مادر، ۲ برادر و برادرزاده‌ام رو از دست دادم و بعد از ۳ سال پاکی که داشتم، دوباره لغزش کردم. برای همین ۹ ماه افسردگی شدید گرفتم و با دارو و شوک درمان شدم. حیف ۳ سال پاکی که خرابش کردم}.

مقوله‌ی ترک‌های متعدد کوتاه مدت با لغزش‌های پیاپی: تعریف: فرد برای ترک ماده‌ی مصرفی خود، به طور تکانشی تصمیم می گیرد و شرایط لازم و کافی برای ترک مانند محیط مناسب، روش مناسب و اصولی ترک اعتیاد و همچنین حمایت خانواده، اعتماد به نفس و... را ندارد. به همین دلیل به طور متعدد دچار لغزش می شود که البته منجر

به تخریب تصویر فرد از خود و تضعیف عزت نفس وی می‌شود (منظور از ترک کوتاه‌مدت، ترک ماده‌ی مصرفی به مدت کم‌تر از دو هفته است).

با تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، برای مقوله‌ی ترک‌های متعدد کوتاه‌مدت با لغزش‌های پیاپی، چهار ویژگی استخراج شد. هر ویژگی به همراه تعریف و نمونه‌ای از کدهای مفهومی که ویژگی مورد نظر از آن کشف شده، ارائه شده است.

از بین رفتن اعتماد و حمایت خانواده و اطرافیان: تعریف: خانواده و اطرافیان که

از توانایی فرد برای بازگشت به زندگی سالم، ناامید می‌شوند، اعتماد خود را نسبت به فرد از دست می‌دهند و و با قطع حمایت از وی، تلاش خود را برای ترک عضو معتاد، به شدت کاهش می‌دهند. کد مفهومی: مرضیه در این زمینه می‌گوید: {من تا حالا ۲۰-۳۰ بار ترک کردم ولی پاک‌ی ام ۳ روز نشده دوباره لغزش کردم. فقط یک دوره تو زندگی‌ام بود که ۴ ماه از سیگار و قرص و الکل پاک بودم. خواهرام منو کنار گذاشتن و دیگه با من کاری نداشتن}.

تضعیف عزت نفس فرد و پذیرش زندگی تحت سیطره‌ی اعتیاد: تعریف: ترک‌ها

و لغزش‌های پیاپی فرد، بیش از آن که برای اطرافیان مخرب باشد، برای فرد مصرف‌کننده مخرب است. عزت نفس فردی که بارها ترک کرده و مجدداً به مواد روی آورده و خانواده نیز وی را از این بابت مورد تحقیر و توهین قرار داده، به شدت آسیب می‌بیند. کد مفهومی: مهناز در این زمینه می‌گوید: {۱۳ سال مصرف داشتم. بارها ترک کردم ولی این ۱۵ روزی که توی کمپ هستم، طولانی‌ترین دوره‌ی ترکمه. از خودم خسته و ناامید شدم. خیلی وسوسه دارم. هر روز باید وسوسه داشته باشم؟ چه جوری زندگی کنم؟}.

مشکلات مالی شدید: تعریف: ترک‌ها و لغزش‌های پیاپی نه تنها مانعی جدی برای کار

و کسب درآمد است، بلکه هزینه‌ی تامین ماده‌ی مصرفی برای مدت طولانی هم فرد را از نظر مالی دچار مشکل می‌کند. کد مفهومی: غزاله در این باره می‌گوید: {من چندیدن نوبت ترک کردم. یک مدت هم در خانه‌ی خورشید بودم در دروازه غار که اون جا حدود ده روز با متادون درمانی پاک بودم ولی مجدداً مصرف کردم. با گدایی توی ورامین از صف گاز و از میدون‌های تره بار پول موادم رو گیر می‌آوردم}.

بی اعتبار شدن و وجهی اجتماعی: تعریف: یکی از دلایل اقدامات مکرر فرد برای ترک ماده‌ی مصرفی، تلاش برای ترمیم و وجهی اجتماعی خود در جامعه است. فرد برای اینکه مجدداً مورد پذیرش جامعه قرار گیرد و جایگاه مناسب تری برای خود پیدا کند، اقدام به ترک می‌کند ولی شکست در ترک فرد را از آن موقعیتی که قبلاً در آن بوده است نیز دورتر می‌کند. کد مفهومی: معصومه رجبی در این زمینه می‌گوید: «از بچه‌ها بی‌خبرم، ۳ ماه پیش که کمپ بودم و ترک کرده بودم، بهشون زنگ زدم و قرار گذاشتم که ببینمشون، اون‌ها گفتن جایی باشه که آشنا ما رو نبینه چون خجالت می‌کشن من پیششون باشم، بگن مادر مون معتاده».

همان‌طور که بیان شد، شرایط مداخله‌گر (میانجی)، شرایطی هستند که در راستای تسهیل یا محدودیت راهبردهای کنش/کنش متقابل در زمینه‌ی خاصی عمل می‌کنند و شرایط کلی‌تر و وسیع‌تری هستند که بر چگونگی کنش/کنش متقابل اثر می‌گذارند. از آنجایی که این شرایط در افراد مختلف، به‌طور متفاوتی تاثیر خود را اعمال می‌کنند و برای اعمال اثر خود، با سایر شرایط نیز در ارتباط هستند، استخراج آن‌ها در قالب مقوله صورت نگرفته است. پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، ۱۰ مولفه‌ی مشکلات اقتصادی، مشکلات تحصیلی، مشکلات جسمی و روانی، نوع تصور فرد از خود، حمایت خانواده، وقایع زندگی فرد، داشتن شغل، داشتن فرزند، داشتن راهنما و داشتن الگوی ترک به‌عنوان شرایط مداخله‌گر (میانجی) کشف شد.

از میان مقولات مرتبط با شرایط علی گرایش زنان به سوء مصرف مواد، سه تم خانواده‌ی آسیب‌زا، شرایط فردی آسیب‌پذیر و ازدواج ناموفق استخراج شده است (جدول ۲).

جدول ۲: تم‌ها و مقوله‌های تشکیل دهنده‌ی تم

تم	مقوله‌های تشکیل دهنده‌ی تم
خانواده‌ی آسیب‌زا	والدگری نامناسب، مصرف در خانواده، تعارض در خانواده، قطع ارتباط با خانواده، تشکیل روابط مخرب
شرایط فردی آسیب‌پذیر	ویژگی‌های فردی آسیب‌پذیر، فشار روانی زیاد، خوددرمانی، تشکیل روابط مخرب
ازدواج ناموفق	ازدواج ناموفق، فشار روانی زیاد، احساس بی‌پناهی، خوددرمانی، تشکیل روابط مخرب

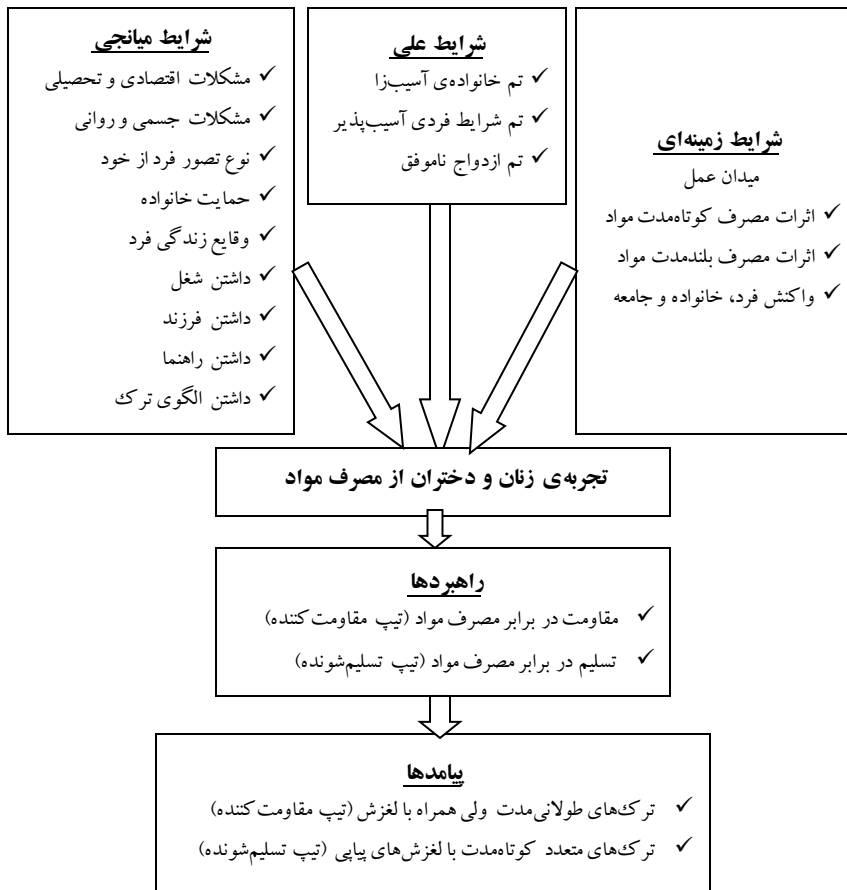
با تلفیق نوع راهبردهای کنش و کنش متقابل زنان و پیامد این راهبردها، ۲ تیپ زنان مقاومت‌کننده و زنان تسلیم‌شونده در ارتباط با زنان سوء‌مصرف‌کننده‌ی مواد استخراج شده است (جدول ۳).

جدول ۳: تیپ‌ها و مقوله‌های تشکیل‌دهنده‌ی تیپ

تیپ‌ها	مقوله‌های تشکیل‌دهنده‌ی تیپ
مقاومت‌کننده	مقاومت در برابر مصرف، ترک‌های طولانی‌مدت ولی همراه با لغزش
تسلیم‌شونده	تسلیم در برابر مصرف، ترک‌های متعدد کوتاه‌مدت با لغزش‌های پیاپی

خلاصه‌ی مدل نظری تجربه‌ی زنان و دختران از مصرف مواد در شکل ۱ مشاهده

می‌شود.



شکل ۱: مدل نظری تجربه‌ی زنان و دختران از مصرف مواد

بحث و نتیجه گیری

پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها با روش نظریه‌ی زمینه‌ای، اجزای مدل نظری تجربه‌ی زنان و دختران از مصرف مواد، به شرح زیر ارائه شد:

- ✓ شرایط علی: تم‌های خانوادگی آسیب‌زا، شرایط فردی آسیب‌پذیر، ازدواج ناموفق.
- ✓ شرایط زمینه‌ای: میدان عمل، اثرات مصرف کوتاه‌مدت و بلندمدت مواد، واکنش فرد، خانواده و جامعه.
- ✓ شرایط میانجی: مشکلات اقتصادی، جسمی، روانی و تحصیلی، نوع تصور فرد از خود، حمایت خانواده، وقایع زندگی فرد، داشتن شغل، داشتن فرزند، داشتن راهنما، داشتن الگوی ترک.
- ✓ راهبردهای کنش و کنش متقابل زنان: مقاومت در برابر مصرف، تسلیم در برابر مصرف.
- ✓ پیامدهای کنش و کنش متقابل زنان: ترک‌های طولانی‌مدت ولی همراه با لغزش، ترک‌های کوتاه‌مدت متعدد با لغزش‌های پایبی.

۱۲۷

127

مقوله‌ی والدگری نامناسب، بیان‌گر سبک‌های فرزندپروری کژکارکردی است که مصرف مواد را ترغیب می‌کند. سبک فرزندپروری طردکننده، انگیزه‌ی مصرف الکل و مواد روان‌گردان را در نوجوانی افزایش می‌دهد (ماتزوویچ، ژووانوویچ و لازروویچ^۱، ۲۰۱۴). این یافته همچنین با نتیجه‌ی پژوهش ماتزوویچ و همکاران (۲۰۱۴) که الگوی فرزندپروری مبتنی بر طرد و حمایت مفرط، الگوی غالب در میان خانواده‌های نوجوانان الکلی و یا وابسته به مواد بود، و پژوهش کالافات، گارسیا، ژوانا، بکانا، و فرنانده-هرمیدا^۲ (۲۰۱۴) که سبک فرزندپروری استبدادی و تسامح‌گرا در مقایسه با فرزندپروری اقتدارگرا ارتباط معناداری با سوء مصرف مواد در نوجوانی دارد، تطابق می‌کند. مقوله‌ی والدگری نامناسب همچنین با نظریه‌ی نی (۱۹۸۵) که شاخص‌هایی چون پذیرش و طرد فرزندان از طرف والدین، روش‌های برخورد والدین با فرزندان و تنبیه والدین را با بزهکاری فرزندان،

1. Matejevic, Jovanovic, & Lazerevic

2. Calafat, Garcia, Juana, Becana, & Fernández-Hermida

مرتبط می‌داند و با نتایج خادامیان و قناعتیان (۱۳۸۷) که اعتیاد والدین و ازهم گسستگی خانوادگی پدر و مادری، قاسمی روشن (۱۳۸۹) و سالیس و همکاران (۲۰۱۲) که سوء مصرف والدین را عامل شکل‌گیری زمینه‌ی سوء مصرف در فرزندان می‌دانند، مطابقت می‌کند.

مقوله‌ی مصرف در خانواده با نظریه‌ی یادگیری ادوین ساترلند^۱ که یادگیری رفتار انحرافی را از طریق هم‌نشینی و داشتن رابطه با افراد مجرم بیان می‌کند و با نتایج پژوهش‌های خادامیان و قناعتیان (۱۳۸۷)، بیاتی (۱۳۸۹)، کانو، سولاناس و ماری-کلوزه^۲ (۲۰۱۲)، دانش و همکاران، (۱۳۹۲) و کلیشمی، نوری و رمضان‌زاده (۱۳۹۴) که مصرف مواد توسط یکی از اعضاء خانواده، داشتن روابط نزدیک با افراد سوء مصرف‌کننده و دسترسی آسان به مواد را جزء علل اصلی اعتیاد در زنان می‌دانند، مطابقت دارد.

مقوله‌های تعارض در خانواده و قطع ارتباط با خانواده به دلیل وجود اختلافات، فکری، عقیدتی و مذهبی میان اعضاء خانواده و عدم هماهنگی، اعتماد و پذیرش میان اعضاء خانواده، با یافته‌های پژوهش دانش و همکاران (۱۳۹۲) تطابق دارد. تعارض و قطع ارتباط با خانواده، در نهایت با شکل‌گیری احساس وسیع‌تنهایی و احساس غم همراه می‌شود که با پژوهش رحیمی موقر و همکاران (۱۳۹۰) که تحقیر و طرد فرزندان از سوی خانواده و والدین را در شکل‌گیری اعتیاد در زنان موثر می‌دانند، مطابقت دارد. این احساسات زمینه‌ی شکل‌گیری مشکلات روانی مانند اضطراب و افسردگی را ایجاد می‌کند و زنان را به سوی مصرف مواد سوق می‌دهد.

مقوله‌ی تشکیل روابط مخرب که معاشرت با دوستان هم‌جنس و غیرهم‌جنس مصرف‌کننده‌ی مواد را شامل می‌شود، با تئوری یادگیری اجتماعی رونالد اکرز (۱۹۸۸) تطابق دارد. آکرز معتقد است درگیری افراد در رفتار بزهکارانه با فراوانی معاشرت و تقلید الگوهای اشخاصی که رفتار مجرمانه و بزهکارانه دارند همراه است و این هم‌نشینی با افراد مجرم و بزهکار، الگوی ارتکاب جرم و بزهکاری را برای فرد فراهم می‌کند (اکرز، ۱۹۸۸، به نقل از رسول‌زاده اقدم، جعفری، سعادت، و یوسفی اقدم، ۱۳۹۴). در نظریات یادگیری و

1. Edwin Sutherland

2. Cano, Solanas, & Mari-Klose

شرطی سازی هم به مصرف مواد در موقعیت‌های اجتماعی اشاره شده است. در صورتی که این مسئله سبب تایید دوستان و کسب موقعیت ویژه برای فرد شود، اثر تقویت کننده دارد (بنجامین جیمز سادوک، ویرجینیا آلکوت سادوک، و روئیز، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴). مقوله‌ی تشکیل روابط مخرب هم چنین با نظریه‌ی فرصت‌های نابرابر کلووارد و اوهلین (۱۹۶۰) که دسترسی افراد منحرف اجتماعی به یک محیط مناسب برای ایفای نقش انحرافی خود و استمرار این نقش با حمایت و تشویق گروه را عامل شکل‌گیری رفتارهای انحرافی می‌داند، هماهنگی دارد. این مقوله با یافته‌های پژوهش‌های کانو، سولاناس و ماری-کلوزه (۲۰۱۲)، دانش و همکاران (۲۰۱۲) و توکلی، محمدی، و یارمحمدی (۲۰۱۲) که به نقش گسترده‌ی روابط نزدیک با افراد و دوستان سوء مصرف کننده، در شروع اعتیاد زنان اشاره کرده‌اند نیز تطابق دارد.

مقوله‌ی ویژگی‌های فردی آسیب‌پذیر ویژگی‌هایی مانند پنهان کاری و ترس از بیان واقعیت و ناتوانی در رد پیشنهاد دیگران را شامل شده است که با عقیده‌ی پارسونز (۱۹۹۵)، مبنی بر عدم رشد مناسب مهارت‌های لازم در دوران کودکی برای پیروزی و موفقیت در زندگی تطابق دارد. این مسئله منجر به شکست دختران و پسران جوان در کسب موقعیت‌های شغلی و ازدواج می‌شود و افراد را دچار اضطراب، احساس عدم لیاقت و کفایت می‌کند که احساس خشم و نفرت به دیگران شکل می‌گیرد. افراد چون خانواده رانهادی مقدس می‌داند، این خشم و نفرت را به سوی منبعی جانشین مثل خود سوق می‌دهند و با پذیرش مواد مخدر، منبعی برای تأمین آرامش خود فراهم می‌کنند. ویژگی‌های تکانشگری، کنجکاو و جستجوگری نیز تحت مقوله‌ی ویژگی‌های فردی آسیب‌زا هستند که با نتایج پژوهش‌های شیربر، گرانت، و الداگ^۱ (۲۰۱۲)، اعظمی و همکاران (۱۳۹۳)، اسدی مجره و همکاران (۱۳۹۴) و مارکوز-آریکو و آدان^۲ (۲۰۱۶)، که به نقش تکانشگری در سوء مصرف مواد توسط افراد و به سطح بالای تکانشگری در افراد معتاد اشاره کرده‌اند و با نتایج پژوهش‌های متعددی مانند توکلی و همکاران (۱۳۹۲)، که کنجکاو را عاملی در گرایش زنان به سوء مصرف بیان کرده‌اند، مطابقت دارد.

مقوله‌ی ازدواج ناموفق، ازدواج اجباری، ازدواج با وجود مخالفت‌های خانواده، زندگی با همسر معتاد، خشونت روانی و فیزیکی شوهر علیه زن، عدم پابندی به روابط زناشویی و طلاق را شامل می‌شود، که با نتایج پژوهش‌های مختلفی تطابق دارد. نابسامانی خانوادگی زنان، خادیمان و قناعتیان (۱۳۸۷)، ازهم‌گسستگی و نابسامانی خانواده‌ی زن و شوهری، بیاتی (۱۳۸۹)، ازهم‌گسیختگی خانوادگی را از علل گرایش زنان به مواد مخدر بیان کرده‌اند. در پژوهش‌های قاسمی روشن (۱۳۸۸) و فرخجسته، عبدالمهی، و قاسم‌زاده (۱۳۹۳) به نقش نارضایتی از زندگی و روابط زناشویی و نتایج پژوهش‌های خادمی، لقابی، و علیخانی (۱۳۸۸) و نوکلی و همکاران (۱۳۹۲)، به زندگی زنان با شوهر معتاد، مصرف مواد به پیشنهاد شوهر و در دسترس بودن مواد مخدر اشاره شده است که با مقوله‌ی ازدواج ناموفق، مطابقت دارد.

مقوله‌ی فشار روانی زیاد، مواجهه‌ی زنان با نقش‌ها و مسئولیت‌های متنوع و بحران‌های ناگهانی را شامل می‌شود که یکی از عوامل موثر در شکل‌گیری مشکلات روحی در زنان و گرایش به سوء مصرف مواد است. این مسئله با گفته‌ی پارسونز (۱۹۵۱) که ناتوانی افراد در مواجهه با شکست در موقعیت‌های زندگی را عامل گرایش به مواد مخدر می‌داند و با نظر آگنیو، که جرم را نوعی سازگاری با تنش در نظر می‌گیرد مطابقت دارد. آگنیو معتقد است مواجهه‌ی فرد با رویدادهای تنش‌زای زندگی مانند از دست دادن کسی یا چیزی که ارزش زیادی برای فرد دارد، از عوامل ایجادکننده‌ی کج‌رویی است. گاهی رویدادهای تنش‌زایی که دیگران برای فرد ایجاد می‌کنند، اعمال منفی دیگران مانند در معرض سوءرفتار قرار گرفتن، کج‌رویی را در فرد سبب می‌شود (جوانمرد، ۱۳۹۰؛ به نقل از دانش و همکاران، ۱۳۹۲). زنان، به دلایل مختلفی مانند طلاق، بیماری و یا مرگ اطرافیان، به ویژه شوهر و والدین، با شرایط بحرانی مانند تنوع نقش‌ها و مسئولیت‌ها روبرو می‌شوند. آن‌ها از سویی، توان مقابله و رویارویی با مشکلات را ندارند و از سوی دیگر، جامعه و اطرافیان از زنان انتظار مواجهه و حل مشکلات را دارند. این عدم توازن میان انتظارات دیگران و سطح توانمندی‌های فرد، زنان را به سوی مصرف مواد ترغیب می‌کند. مطابق این گفته، مرتون (۱۹۴۹) در نظریه‌ی خود، به اهداف مورد تایید جامعه و به راه‌های رسیدن به این اهداف

اشاره کرده است. او به اهداف، علایق و مقاصدی می‌پردازد که فرهنگ جامعه آن‌ها را تعیین و تعریف کرده و برای همه‌ی اعضاء جامعه، به صورت اهدافی مورد تأیید پذیرفته شده است. این اهداف مرجع آرمانی را شکل می‌دهند و به عنوان مسائلی که ارزش تلاش دارند، مطرح می‌شوند. مسئله این است که تأکیدی که از نظر فرهنگی بر برخی از اهداف می‌شود، با میزان تأکیدی که بر ابزارهای رسیدن به این اهداف می‌شود، تناسب ندارد (مرتون، ۱۹۴۹، به نقل از قربانی و همکاران، ۱۳۹۳). همین سبب می‌شود افراد از هر شیوه‌ای برای رسیدن به اهداف استفاده کنند و انحرافات شکل گیرند. مقوله‌ی فشار روانی زیاد و عدم توانمندی زنان در مواجهه با مشکلات، با نتایج پژوهش‌های خادمی و همکاران (۱۳۸۸)، گروسی و دولت‌آبادی (۱۳۹۰) و کلیشمی و همکاران (۱۳۹۴) مطابقت دارد.

مقوله‌ی خوددرمانی، به مصرف خودسرانه‌ی داروها و مواد توسط زنان، جهت کاهش آلام روحی و روانی اشاره دارد. افراد ممکن است با مصرف مواد گوناگون و بهره‌گیری از اثرات آن‌ها، اقدام به خوددرمانی نمایند. برخی از الکل برای کنترل و حشترزدگی و برخی دیگر از مواد افیونی برای کنترل خشم استفاده می‌کنند. مصرف آمفتامین‌ها نیز برای کاهش افسردگی و تخفیف علایم آن در میان افراد سوء مصرف کننده رایج است. (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴). خوددرمانی با نظریات یادگیری و شرطی‌سازی نیز قابل تبیین است. طبق این نظریات، مصرف مواد بر اثر پیامدهایی که برای فرد دارد، تداوم می‌یابد. مصرف مواد با رفع حالات آزاردهنده، رفتارهای پیشایند خود را تقویت می‌کند و اثر تقویت کننده دارد.

با در نظر گرفتن موارد گفته شده در زمینه‌ی عوامل موثر در گرایش زنان به مصرف مواد، امکان شناسایی افراد در معرض آسیب فراهم می‌شود و با انجام برنامه‌های پیشگیرانه، می‌توان از روند رو به افزایش این مسئله کاست. در نهایت باید به این نکته اشاره کرد که پدیده‌ی اعتیاد در زنان، پدیده‌ای بسیار پیچیده و چندمتغیری است که تمامی جنبه‌های زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو توجه به آن امری ضروری است.

محدودیت‌های این پژوهش به شرح زیر بوده است:

نمونه‌ی پژوهش حاضر، زنان و دختران معتادی را شامل می‌شود که برای ترک ماده‌ی مصرفی خود اقدام کرده‌اند. لذا مدل نظری کشف‌شده، زنان و دختران معتادی را که اقدام به ترک نمی‌کنند را در بر نمی‌گیرد؛ امکان مصاحبه با خانواده‌ی زنان و دختران معتاد برای پژوهشگر فراهم نبوده است. در رابطه با این افراد به‌طور غیر مستقیم و از طریق افراد معتاد اطلاعات گردآوری شده است؛ امکان بررسی وضعیت زنان و دختران معتاد پس از اتمام دوره‌ی ترک و خروج از کمپ، برای پژوهشگر فراهم نبوده است.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی: وضعیت زنان و دختران معتادی که اقدام به ترک نمی‌کنند، بررسی شود؛ وضعیت زنان و دختران معتادی که به کمپ مراجعه می‌کنند، با کسانی که به کلینیک‌های ترک اعتیاد مراجعه می‌کنند، مقایسه شود؛ خانواده‌ی زنان و دختران معتاد به‌طور گسترده مورد بررسی قرار گیرند؛ وضعیت زنان و دختران معتاد پس از اتمام دوره‌ی ترک و خروج از کمپ بررسی شود؛ وضعیت زنان و دختران معتاد در شهر تهران با سایر شهرهای کشور مقایسه شود؛ نحوه‌ی عملکرد کمپ‌ها و کلینیک‌های ترک اعتیاد، مورد ارزیابی جدی قرار گیرد.

۱۳۲

132

منابع

- استراوس، انسلم، و کرین، جولیت (۱۹۹۸). مبانی پژوهش کیفی، فنون و مراحل تولید نظریه‌ی زمینه‌ای. ترجمه‌ی ابراهیم افشار (۱۳۹۰)، تهران: نشر نی.
- اسدی مجره، سامره؛ محمود علیلو، مجید؛ بهادری خسروشاهی، جعفر و خورسند، مریم (۱۳۹۳). فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۸(۳۲)، ۱۳۵-۱۱۹.
- اعظمی، یوسف؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد و چوپان، حامد (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش تکانشگری در افراد وابسته به مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۸(۳۰)، ۱۴۲-۱۲۷.
- بازرگان، مهدی (۱۳۸۹). مقدمه‌ای بر روش‌های تحقیق کیفی و آمیخته، رویکردهای متداول در علوم رفتاری. تهران: نشر دیدار.
- بیاتی، پروانه (۱۳۸۹). بستر اجتماعی فرهنگی مؤثر بر اعتیاد به مواد روان‌گردان در میان زنان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۴(۱۴)، ۷-۱۵.

توکلی، محمود؛ محمدی، لایلا و یارمحمدی، مسیب (۱۳۹۲). بررسی وضعیت و روند سوء مصرف و وابستگی به مواد در زنان ایرانی. *ویژنه نامه مطالعات اعتیاد*، ۱۴(۵)، ۳۷-۳۰.

جعفرزاده کلشیمی، مهناز؛ نوری، ربابه و رمضانزاده، فاطمه (۱۳۹۴). نیمرخ مصرف مواد در زنان معتاد. *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*، ۳(۱)، ۵۵-۴۹.

خادمی، ناهید؛ لقابی، زهرا و علیخانی، علیرضا (۱۳۸۸). *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۳۳(۱۲)، ۹۰-۷۹.

خادمیان، طلیعه و قناعتیان، زهرا (۱۳۸۷). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران (مراکز تولد دوباره، خانه خورشید). *پژوهش نامه علوم اجتماعی*، ۲(۴)، ۸۶-۵۹.

خواجه دلویی، محمد و دادگر مقدم، ملیحه (۱۳۹۲). اعتیاد مادر در بارداری و اعتیاد فرزند در دوران نوجوانی و جوانی. *مجله مامایی و نازایی زنان ایران*، ۱۶(۵۲)، ۷-۱.

دانش، پروانه؛ ملکی، امیر و نیازی، زهره (۱۳۹۲). نظریه‌ی زمینه‌ای درباره‌ی علل اعتیاد زنان معتاد زندانی در زندان مرکزی اصفهان. *فصلنامه مطالعات توسعه‌ای-اجتماعی-فرهنگی*، ۱(۴)، ۵۹۱-۵۴۱.

رحیمی موقر، آفرین؛ ملایری خواه لنگرودی، زهرا؛ دلبرپور احمدی، شهناز و امین اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۰). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷(۲)، ۱۲۵-۱۱۶.

رسولزاده اقدم، صمد؛ جعفری، قاسم؛ سعادت، موسی و یوسفی اقدم، رحیم (۱۳۹۴). بررسی جامعه‌شناختی سهم عوامل ساختاری و یادگیری اجتماعی در بزهکاری نوجوانان مناطق حاشیه‌نشین شهر تبریز. *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، ۶(۱۷)، ۱۷۸-۱۴۳.

سادوک، بنجامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت، و روئیز، پدرو. (۲۰۱۵). خلاصه‌ی *روانپزشکی، علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی*. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۵). تهران: ارجمند.

ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۷). *کتاب سال ستاد مبارزه با مواد مخدر*. تهران: نشر دبیر خانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.

فرخجسته، وحیده‌السادات؛ عبدالهی، راشن و قاسم‌زاده، سوگند (۱۳۹۳). مقایسه سبک زندگی، سبک‌های دلبستگی و رضایت زناشویی در زنان معتاد و عادی شهر تهران. *دوفصلنامه پژوهش‌های انتظامی-اجتماعی زنان و خانواده*، ۲(۱)، ۲۱-۵.

- قاسمی روشن، ابراهیم (۱۳۸۸). از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده. *فصلنامه کتاب زنان*، ۲۲، ۱۸-۱.
- قربانی، اسماعیل و فیض‌آبادی، حسین (۱۳۹۳). واکاوی دیدگاه‌های جامعه‌شناختی انحرافات اجتماعی. *فصلنامه دانش انتظامی خراسان شمالی*، ۱(۳)، ۹۷-۱۲۰.
- گروسی، سعیده و محمدی دولت‌آباد، خدیجه (۱۳۹۰). تبیین تجربه‌ی زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده‌ی اعتیاد. *فصلنامه‌ی جامعه‌شناسی زنان*، ۲(۲)، ۷۶-۵۵.
- نوری، رویا (۱۳۸۹). جامعه صنعتی و اعتیاد به مواد صنعتی. *نشریه تولد دوباره*، تهران: تولد دوباره.
- Andrew K. Shenton. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *IOS Press*, 22, 63-75.
- Calafat, A., García, F., Juana, M., Becoña, E., Fernández-Hermida, J. (2014). Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence with in the European context. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 185-192.
- Cano, A. J., Solanas, S. E., Marí-Klose, M., Marí-Klose, P. (2012). Psychosocial risk factors in adolescent tobacco use: negative mood-states, peer group and parenting styles. *Adicciones*, 24, 309-317.
- Galanter, M., Kleber, H. (2004). *Textbook of substance abuse treatment (3th Ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Grant, T., Huggins, J., Graham, C. A., Ernst, C., Whitney, N., Wilson, D. (2011). Maternal substance abuse and disrupted parenting: Distinguishing mothers who keep their children from those who do not. *Children and Youth Services Review*, 33, 2176-2185.
- Marquez-Arrico, J., Adan, A. (2016). Personality in patients with substance use disorders according to the co-occurring severe mental illness: A study using the alternative five factor model. *Personality and Individual Difference*, 97, 76-81.
- Matejevic, M., Jovanovic, D., Lazerevic, V. (2014). Functionality of family relationships and parenting style in family of adolescents with substance abuse problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 128, 281-287.
- Schreiber, L. R. N., Grant, J. E. & Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 651-658.
- Solis, J., Shadur, J., Burns, A., & Hussong, A. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents' abuse substances. *Current Drug Abuse Reviews*, 5, 135-147.