

مطالعه پدیدارشناسانه بسترهای اعتیاد به مواد مخدر در زنان

حلیمه عنایت^۱، داریوش غفاری^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۱/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۳

چکیده

هدف: گزارش‌های رسمی نشان می‌دهد علاوه بر افزایش روزافزون مصرف مواد مخدر در کشور، روند اعتیاد از تک جنسیتی به سمت دوجنسیتی می‌رود. عوامل متعددی در سبب شناسی سوء مصرف و اعتیاد مؤثر است که در تعامل با یکدیگر به شروع مصرف و سپس اعتیاد منجر می‌شود. هدف این مطالعه تبیین تجربه زیسته زنان مصرف کننده مواد مخدر صنعتی در شهر کرمانشاه است. **روش:** روش این تحقیق، کیفی از نوع پدیدارشناسی است. جامعه آماری زنان مصرف کننده مواد مخدر صنعتی در شهر کرمانشاه است. ۲۵ نفر نمونه به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از روش مصاحبه عمیق استفاده شده است. **یافته‌ها:** از تجزیه و تحلیل داده‌ها ۴ مقوله مفهومی اصلی به دست آمد. علل اعتیاد در قالب مقوله اصلی تسهیل گرهای فردی و محیطی اعتیاد، دریافت احساسی از مصرف مواد با عنوان مقوله اصلی پیوستار احساسی، پیامدهای اجتماعی اعتیاد در قالب مقوله اصلی تنبیه جامعه و مقوله علل پیشگیری ناموفق در قالب مفهوم اصلی اصلاح و درمان کم دوام به دست آمد. **نتیجه گیری:** بر اساس نتایج پژوهش با توجه به پیچیدگی موضوع، شرایط مبارزه کنونی تحت عنوان کاهش عرضه خیلی جواب گو نیست. باید روش کاهش تقاضا، برنامه‌های آموزشی، برنامه‌های اقتصادی برای تغییر، بازنگری در قوانین و برنامه‌های پیشگیری و تقویت برنامه‌های حمایتی جهت ارتقاء زنان مدنظر قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: پدیدارشناسی، تجربه زیسته، اعتیاد، زنان، مواد مخدر

۱. استاد گروه جامعه شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۲. نویسنده مسئول: دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران، پست الکترونیک: darghafari@yahoo.com

مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر امروزه از طریق اثرات مخرب خود بر سلامت افراد، هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی گزافی را به جوامع تحمیل می‌کند؛ به طوری که به یکی از دغدغه‌های بزرگ جوامع بشری تبدیل شده است. مواد مخدر به مثابه وضعیتی خاص، پدیده نسبتاً جدیدی است که از اواخر قرن ۱۸ و اوایل قرن ۱۹ میلادی شناخته شده است (حاجلی، زکریایی و حجتی کرمانی، ۱۳۸۹). امروزه کمتر کشوری در دنیا وجود دارد که مهم‌ترین و یکی از عمده‌ترین مشکلاتش، مسئله مواد مخدر و اعتیاد نباشد. سازمان بهداشت جهانی^۱ مسئله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی انباشت سلاح کشتار جمعی، آلودگی محیط‌زیست، فقر و شکاف طبقاتی از جمله مسائل اساسی شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش قرار می‌دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). بر اساس آخرین گزارش منتشر شده از سوی دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان آمار مصرف کنندگان مواد مخدر حدود ۲۵۵ میلیون نفر تخمین زده شده که در سنین ۱۵ تا ۶۴ ساله قرار دارند. همچنین بر اساس گزارش مرکز مطالعات سنجش میزان تحمل بیماری در سال ۲۰۱۵ حدود ۱۷ میلیون سال زندگی سالم از افراد مصرف کننده مواد مخدر به علت اختلالات جسمی و روحی به هدر رفته است (دفتر جهانی مبارزه با مواد مخدر، ۲۰۱۷)

از جمله مشکلاتی که در عصر حاضر، دامن گیر کشور ما شده افزایش روزافزون مصرف مواد مخدر می‌باشد که به صورت پدیده اجتماعی معضل آفرین جلوه گر شده است. شمار مصرف کنندگان مواد مخدر و معتادان سیر صعودی دارد. با وجود کوشش‌های فراوان در مبارزه با اعتیاد به مواد مخدر، این پدیده مهار نشده و شاهد گسترش روزافزون شیوع اعتیاد در همه اقشار هستیم (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۵). گزارش‌های اخیر سازمان ملل در مورد جنسیت و سوء مصرف مواد مخدر نشان می‌دهد حدود ۱۰ درصد از مصرف کنندگان مواد مخدر را زنان تشکیل می‌دهند (دفتر جهانی مبارزه با مواد مخدر، ۲۰۱۷). اعتیاد در زنان محدوده بسیار وسیعی را پوشش می‌دهد از الکل و وابستگی به

داروهای غیرمجاز گرفته تا استعمال دخانیات، قمار، روابط جنسی و ... اما مصرف الکل و داروهای غیرمجاز فراگیرتر و مشکل آفرین تر است (دفتر جهانی مبارزه با مواد مخدر، ۲۰۱۷).

در ایران هم روند اعتیاد از تک جنسیتی به سمت دو جنسیتی می‌رود و شاهد روند زنانه شدن اعتیاد هستیم؛ اگرچه بخشی از اعتیاد زنان به دلیل برچسب‌هایی که در جامعه به یک زن معتاد زده می‌شود پنهان مانده و بخش قابل ملاحظه‌ای از جمعیت معتادان زن کشور در آمار گنجانده نمی‌شود. آماردقیقی از میزان جمعیت زنان معتاد کشور وجود ندارد اما بر اساس برخی پژوهش‌ها ۱۰ درصد از معتادان کشور را زنان تشکیل می‌دهند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۶). زنان معتاد در جامعه آسیب‌پذیرتر از مردان هستند زیرا مصرف مواد در زنان اغلب با آسیب‌های اجتماعی دیگری همچون فرار از خانه، روسپیگری و فقر توأم است (موسوی، شمس‌الدینی و منصوری، ۱۳۹۴). فرزندان به‌خصوص دختران خانواده، در نتیجه همانندسازی با مادر، دچار انحراف و پیامدهای جبران‌ناپذیری می‌شوند. بدین لحاظ مهم‌ترین عارضه اجتماعی اعتیاد زنان، متلاشی شدن خانواده است (خادمی، لقایی و علیخانی، ۱۳۸۸). بچه‌های که با مادر معتاد زندگی می‌کنند ضربه‌های روانی شدیدی را تجربه کرده از مشکلات عدیده و پیچیده‌ای رنج می‌برند (لو مبارد، پالین و سوابی، ۲۰۱۷). هرچند میزان زندگی با والدین معتاد طولانی‌تر باشد بیشتر دچار بیماری‌های جسمی (سوء تغذیه) و اختلالات عصبی می‌شوند (نی‌گارد، موو، اسلینینگ و ول‌هد، ۲۰۱۵). زنان معتاد در واقع گرایش دارند تا از طریق روابط نزدیک و صمیمانه با مواد مخدر آشنا شوند که این امر می‌تواند به‌طور بالقوه نتایج مصیبت‌باری برای سلامتی آنان در برداشته باشد. شایع‌ترین ضربه روحی تجربه‌شده توسط مردان، از طریق تهاجم و ضرب و شتم افراد همسال معتاد آنان بوده است. درحالی که زنان بیشترین قربانی رفتارهای جنسی ناخواسته بوده‌اند (غفاری، ۱۳۹۵). در زنان نسبت به مردان، مشکلات بهداشتی و سلامت مرتبط با مصرف سریع‌تر شکل می‌گیرد (زویاک، و همکاران، ۲۰۰۶). بر اساس آمارهای

جهانی، اعتیاد زنان عوارض خطرناک تری نسبت به مردان ایجاد می‌کند. به‌عنوان مثال فاصله زمانی اولین تجربه به مصرف مواد تا تزریق مواد در زنان به‌طور متوسط دو سال و در مردان هشت سال است. بدین ترتیب زنان شش سال زودتر از مردان به وابستگی شدید کشیده می‌شوند. طبعاً درمان سخت‌تر و عوارض جسمی، روانی و اجتماعی آن به مراتب بیشتر است (نوری، ۱۳۸۹).

سیکو^۱ و همکاران (۲۰۰۸) در یک بازنگری، سامانه‌های شبکه اجتماعی را به‌عنوان یک عاملی مهم در سبب‌شناسی اعتیاد به سیگار معرفی کرده است. سانتیوس^۲ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه را با تداوم مصرف مواد مرتبط دانسته‌اند. پیکو^۳ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی سبک فرزندپروری اقتدارگرا را عامل مهمی در مصرف سیگار و مشروب الکلی دانسته‌اند. هوریجیان^۴ و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای عنوان داشته‌اند که سوء مصرف مواد توسط والدین رابط گرایش فرزندان به اعتیاد می‌شود. در پژوهش‌های کیفی در دسترس، راکز^۵ (۲۰۰۸) به نقش کنجکاوای در گرایش به مصرف مواد مخدر اشاره کرده است. اسچفر^۶ (۲۰۱۱) در یک پژوهشی کیفی کارکرد ناسالم خانواده و نقش عملکردی خانواده را علل اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان معرفی می‌کند. فرداریکس^۷ (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای کیفی به ارتباط بین کیفیت زندگی و اعتیاد به مواد مخدر در زنان اشاره کرده است. محسنی و قادری (۱۳۸۹) در یک پژوهش کیفی باورهای عامیانه و خرده‌فرهنگ‌ها را علل گرایش به مواد مخدر دانسته‌اند. گروسی و دولت‌آبادی (۱۳۹۰) هم در یک پژوهش کیفی به بررسی تجربه زیسته زنان در شهر ساری پرداخته‌اند و علل گرایش زنان به اعتیاد را در مثلث خانواده، فرد و اجتماعی عنوان کرده‌اند. مدبرنیا و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای کیفی علل اعتیاد را انگیزاننده‌های درونی و مشوق‌های بیرونی معرفی کرده‌اند. ضحی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی کیفی

1. Seco
2. Santucci
3. Piko
4. Horigian

5. Racz
6. Schafer
7. Fredericks

به بررسی تجربه زیسته زنان معتاد در شهر تهران پرداخته‌اند این مطالعه علل اعتیاد را در سه تم اصلی خانواده آسیب‌زا، شرایط فردی و ازدواج ناموفق بیان کرده است.

از نگاهی دیگر اگر انسان را محور توسعه قرار دهیم. اعتیاد و مواد مخدر برنامه توسعه‌ای که منجر به ارتقای انسان می‌شود را با مشکل مواجه می‌سازد و جامعه را دچار انحطاط می‌کند. این در حالی است که در ایران همچون بقیه جوامع نیمی از جمعیت کشور و به عبارتی نیمی از سرمایه انسانی را زنان تشکیل می‌دهند. زنان با توجه به نقش چندبعدی در عرصه اجتماع و خانواده و به واسطه ویژگی خلقی و سرشتی، نقش محوری را در خانواده و جامعه ایفا می‌کنند. سلامتی فکری، جسمی و ثبات روحی زنان می‌تواند در سلامت روح و روان کودکان، همسران و جامعه نقش بسزایی داشته باشد. صرف نظر از نوعی فقر شناخت، ضعف تمهید و تدبیر استراتژیک و فقدان رویکردی فراگیر و مبتنی بر «تعیین چندجانبه» جستجوی علل و عوامل متنوع در پس این پدیده، فقدان بررسی تفاوت‌های جنسیتی در خصوص اعتیاد مسائل پیرامون آن، لزوم توجه به این مسئله را ضروری می‌سازد. عوامل متعددی در سبب شناسی سوء مصرف و اعتیاد مؤثر است که در تعامل با یکدیگر به شروع مصرف و سپس اعتیاد منجر می‌شود (کلاندر، ۲۰۰۶). در این مطالعه با روش پدیدارشناسی به بررسی تجربه زیسته زنان مصرف کننده مواد مخدر صنعتی از پدیده اعتیاد در شهر کرمانشاه پرداخته شده است تا تبیینی از اعتیاد زنان به دست آید. اگرچه در استان کرمانشاه هم متأثر از کشور آمار خیلی دقیقی وجود ندارد آمار اعتیاد در استان کرمانشاه هم به شکل نگران کننده‌ای بالاست (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۵).

نگاهی به تحقیقات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که موضوع اعتیاد زنان به مواد مخدر عمدتاً با رویکرد کمی و در برخی موارد با رویکرد کیفی مورد بررسی قرار گرفته است. به نظر می‌رسد به طور فزاینده‌ای با منظر و بافت‌های جدید روبرو هستیم که تأکید بر یک روش خاص پاسخگوی آن نیست و از سوی دیگر ماهیت پیچیده انحرافات از جمله مسئله مواد مخدر، ایجاب می‌کند که از روش‌های مختلفی استفاده شود. به نظر می‌رسد در مقابل تغییرات سریع قرن حاضر و پیچیدگی آسیب‌های اجتماعی، روش‌های سنتی قیاسی یعنی

استنتاج پرسش‌ها و فرضیه‌های پژوهشی از مدل‌های نظری و آزمون آن‌ها در برابر شواهد تجربی از تشخیص و تمایز و تبیین کامل مسائل اجتماعی عاجز بوده است. به طوری که هنوز پس از حدود چهار دهه که از عمر مبارزه با مواد مخدر در ایران می‌گذرد؛ دقیقاً پاسخ این سوالات مشخص نیست که چه تعداد معتاد داریم و کدام یک از متغیرها تبیین‌کننده ترند؟ چرا اشکال نوظهور اعتیاد رو به تزاید است؟ بنابراین با توجه به پیچیدگی موضوع و به منظور بررسی ابعاد وسیع تری و آشکار شدن زوایای پنهان و سازگاری موضوع با روش کیفی و پاسخ به سوالات مطرح شده درباره پدیده اعتیاد باید به گونه‌ای فزاینده از راهبردی‌های استقرایی و روش‌های کیفی استفاده شود. این پژوهش تبیین تجربه زیسته زنان مصرف‌کننده مواد مخدر صنعتی از پدیده اعتیاد هست. لذا این مطالعه به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر است.

- ۱- علل روآوری زنان به مواد مخدر؟؛ ۲- تجربه احساسی از اعتیاد چگونه است؟؛ ۳- پیامدهای اجتماعی برای زنان معتاد پس از گرفتار شدن در دام اعتیاد چگونه بروز می‌کند؟؛ ۴- چرا زنان علاقه‌ای به ترک اعتیاد ندارند؟؛ ۵- چرا زنان پس از ترک، دوباره شروع به مصرف می‌کنند؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش این تحقیق کیفی از نوع پدیدارشناسی است. در روش پدیدارشناسی هدف اصلی از خلق یک توصیف جامع از پدیده تجربه‌شده برای دستیابی به درک ساختار ذاتی آن، تا ارائه مفهوم تفسیری از درک پدیده (بیش از توصیف آن) است. پدیدارشناسی، اساساً مطالعه تجربه زیسته یا جهان زندگی است. پدیدارشناسی به جهان، آن‌چنان که به وسیله یک فرد زیسته می‌شود، نه جهان یا واقعیتی که چیزی جدای از انسان باشد، توجه می‌شود. این پرسش را مطرح می‌سازد که "تجربه زیسته چه نوع تجربه‌ای است؟" زیرا پدیدارشناسی می‌کوشد معانی را آن‌چنان که در زندگی روزمره زیسته می‌شوند، آشکار نماید (چناری، ۱۳۸۵). جهان زندگی، همان تجربه‌ای است که بدون تفکر ارادی و بدون متوسل شدن به طبقه‌بندی کردن یا مفهوم‌سازی، حاصل می‌شود. معمولاً شامل آن

چیزهایی است که مسلم دانسته می‌شوند یا متداول هستند. هدف مطالعه جهان زندگی، بازبینی تجارب بدیهی پنداشته شده و آشکار ساختن معانی جدید و یا مغفول مانده است (پل گینگ هرن، ۱۹۸۳).

جامعه پژوهش در این تحقیق زنان معتاد به مواد مخدر صنعتی در شهر کرمانشاه بودند. در تحقیق کیفی، نمونه‌گیری هدفمند است. بر اساس این رویه در مورد شرکت کنندگان در این پژوهش با کمک مطلعین و مصرف کنندگان اولیه حجم نمونه انتخاب شد و محقق با انجام مصاحبه با ۲۵ نفر از مصرف کنندگان مواد مخدر صنعتی در شهر کرمانشاه به اشباع داده‌ها رسید. ملاک‌های شمول و خروج عبارت بودند از: اعتیاد به یکی از مواد مخدر صنعتی حداقل طی یک سال گذشته، توانایی جسمی و روحی برای همکاری در پژوهش، زن یا دختر بودن. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل کسب رضایت کامل، ناشناس ماندن، حق انصراف از شرکت در تحقیق در هر زمان، رفتار محترمانه با مشارکت کنندگان، محرمانه بودن اطلاعات، حق اظهارنظر، و حفاظت از داده‌ها بود.

روش اجرا

در این تحقیق برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه عمیق و بدون ساختار و به‌صورت چهره به چهره استفاده شد. مصاحبه عمیق کمک می‌کند تا محقق به همه زوایای پنهان پی ببرد. در مصاحبه عمیق، جامعه پژوهشگر برای کشف موضوع مورد مطالعه خود چندتم اصلی را محور مصاحبه قرار داده و مبنای آن سؤالات را از مصاحبه‌شوندگان می‌پرسد. همچنین می‌تواند چارچوبی از پیش تعیین شده نداشته باشند و به مقتضای پژوهش و فرد مورد مصاحبه شرایط زمانی و مکانی انجام مصاحبه تغییر کند. آنچه دارای اهمیت است گردآوری داده‌های مرتبط با موضوع به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از خلال فرایند مصاحبه است. ابتدا به مشارکت کنندگان توضیح داده شد که مصاحبه‌ها به منظور استفاده به‌عنوان داده‌های موردنیاز انجام یک تحقیق اجتماعی است. بنابراین رضایت‌نامه کتبی آنان برای مصاحبه کسب شد. به آنان اطمینان خاطر داده شد که ملاحظات اخلاقی رعایت خواهد

شد و مشخصات آنان نزد محقق محرمانه خواهد ماند. مصاحبه ابتدا با یک سؤال کلی در مورد علل اعتیاد آغاز و با ارائه سوالات تکمیلی ادامه یافت.

مشارکت کنندگان بر اساس اهداف پژوهش و تجربه مصرف مواد انتخاب شدند. ابتدا با آنان هماهنگی و زمان مناسب برای مصاحبه‌ها مشخص شد. سپس مصاحبه‌ها آغاز، مشارکت کنندگان بر اساس تمایل، به صورت شفاهی و کتبی به بیان دیدگاه‌های خود در مورد موضوع مورد مطالعه پرداختند. تمام مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و در مکان مورد نظر مشارکت کننده و در فضایی مناسب انجام شد. به منظور کیفیت بهتر مصاحبه‌ها و اطمینان خاطر مشارکت کننده، به آنان یادآوری شد که هر وقت تمایل داشتند می‌تواند مصاحبه را قطع کنند یا از جواب دادن صرف نظر کنند. با کسب رضایت از مصاحبه‌شوندگان تمام گفتگوی آنان ضبط شده و روی کاغذ پیاده شد. به طور کلی مدت هر مصاحبه حدود ۸۰ تا ۱۲۰ دقیقه به طول انجامید.

یافته‌ها

تحلیل داده‌ها در تحقیق پدیدارشناسی همچون تحقیقات کیفی یک الگوی منظمی از تکرار جمع‌آوری و تحلیل همزمان داده‌هاست. این الگو اغلب مراحل از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل، جمع‌آوری، تحلیل و ... تا اشباع داده‌ها می‌باشد (پریست، رابرتس، و وودز، ۲۰۰۲). روش‌های مختلفی برای تحلیل داده‌ها در پدیدارشناسی مطرح است که با توجه به ویژگی‌های این پژوهش از روش هفت مرحله‌ای کلایزی استفاده شد.

نتایج پژوهش نشان داد ۳/۳ درصد از مصرف کنندگان مواد کمتر از ۱۶ سال، ۱۴/۳ درصد زیر ۱۸ سال، ۳۸/۳ درصد بین ۱۸ تا ۲۹ سال، ۳۱/۱ درصد در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال، ۱۳ درصد ۴۰ سال به بالا سن بودند. میزان ۱۰ درصد سواد ابتدایی، ۲۳/۹ درصد دارای مدرک زیر دیپلم، ۳۲/۵ دیپلم، ۱۶/۸ فوق دیپلم، و ۲۵ لیسانس و بالاتر بودند. میزان ۶۰/۷ درصد متأهل و ۲۹/۲ درصد مجرد بودند. ۱۰/۱ درصد مطلقه بودند. ۷/۵ درصد زیر ۱۶ سال، ۲۴/۲ درصد بین ۱۶ تا ۲۰ سال، ۲۶/۵ درصد بین سن ۲۰ تا ۲۴ سال، ۲۰/۹ درصد بین ۲۴ تا ۲۸ سال، ۱۷ درصد بین ۲۸ تا ۳۲ سال، ۳/۶ درصد بالاتر از ۳۲ سال اولین مصرف

را داشتند. ۴۲/۶ درصد سابقه مصرف مواد را در اعضای خانواده‌شان تأیید کردند. ۵/۹ درصد گزارشی از داشتن سابقه مصرف مواد مخدر در خانواده‌شان ارائه نکردند و مابقی سابقه مصرف مواد مخدر در خانواده نداشتند.

مقوله اصلی تسهیل گره‌های فردی و محیطی: این مقوله اصلی از ۱۰ مقوله فرعی تشکیل شده است. به‌طور کلی این مقوله اصلی تسهیل گره‌های فردی و محیطی اعتیاد به مواد مخدر در زنان را نشان می‌دهد. در واقع شرکت کنندگان بر این باورند که تسهیل گره‌های فردی و محیطی علل گرایش به مواد مخدر در بین آن‌ها بوده است و بستر اعتیاد در بین آنان را فراهم کرده است. در این میان بر اساس گفته‌های مشارکت کنندگان، کسب منفعت آسان، عدم آگاهی از مضرات مواد، رهایی از روزمرگی، باور عامه، مقابله با درد، بیکاری، عدم آگاهی از مهارت‌های ارتباطی، اعتیاد والدین و پذیرش توسط دوستان نقش پررنگی در اعتیاد به مواد مخدر داشته است.

الف- کسب آسان منفعت یا گریز از رنج: شرکت کنندگان در این پژوهش از کسب آسان منفعت در زمینه‌ی روحی و روانی به‌عنوان یکی از عوامل اثرگذار بر اعتیاد به مواد مخدر در بین زنان یاد کردند. به گفته این افراد در مواقعی که دستیابی به حل مسائل روحی و روانی وقت گیر و مشکل باشد از مواد مخدر برای رفع این مشکلات استفاده می‌برند.

فرخنده ۳۰ ساله که در زمان دانشجویی اولین بار با اعتیاد آشنا شده می‌گوید: «با چند تا از همکلاسی‌هایم خونه اجاره کردیم. می‌دیدم بعضی از اونا برای شب امتحان که تا صبح بیدار باشن مواد مصرف می‌کنن و گاهی پایان ترم هم جشن کوچیک می‌گرفتن و مواد می‌زد. بعد می‌گفتن برای رفع خستگی، من هم کم‌کم عادت کردم».

ب- عدم آگاهی از مضرات: مشارکت کنندگان عدم آگاهی از مضرات مواد را به‌عنوان یکی از علل اعتیاد به مواد مخدر در بین زنان عنوان کردند و بر این باورند که هرچقدر افراد شناخت صحیح و نگرش واقع‌بینانه تری نسبت به مضرات اعتیاد به مواد مخدر داشته باشند، در حفظ و سلامتی خود کوشش بیشتری خواهند کرد.

شهره ۳۱ ساله می‌گوید: «هر وقت با دوستانم درباره تناسب‌اندام صحبت می‌کردم می‌گفتند شیشه مؤثره. گاهی هم در آرایشگاه می‌رفتم اینو می‌شنیدم. بدون سؤال و جواب

امتحان کردم. وقتی برام ذلت آورد پیگیری کردم دیدم از غذا خوردن افتادم و به بعضی قسمتهای مغزم آسیب رسونده».

پ-رهایی از روزمرگی: مشارکت کنندگان بر این باورند که تقریباً انجام هر کاری بدون توجه به باورهای ذهنی و نیروهای درونی شخص انجام دهنده غیرممکن است. حقیقت آن است که اعتیاد، همچنان که از نامش پیداست، اگرچه خود، صورت عادت دارد، اما برای شکستن یک عادت دیگر انجام می‌گیرد. یکی از بارزترین علل گرایش به مصرف مواد مخدر در جوامع صنعتی پیشرفته شکستن عادت ناشی از حیات عادی فردی است که در بستر زمان، صورت تکرار ملال آور به خود می‌گیرد.

مهری ۲۸ سال می‌گوید: «از زندگی خسته بودم. همیشه با خودم می‌گفتم هلاک شدم از بحث زحمت کشیدم؛ هرروز کار؛ خدا غیر کار چیز دیگه‌ای هم آفریده؛ این افکار ملکه ذهنی‌ام شده بود. می‌خواستم از وضعیت بیرون بیام در صورتی که مواد خودش عادتی مشقت‌بار برام به وجود آورد».

ت- بهنجار شدن مصرف: مشارکت کنندگان اذعان داشتند که مصرف مواد در بعضی مجالس جشن و عروسی و سایر میهمانی‌ها به اندازه‌ای رواج یافته است که حتی این باور نادرست که مجالس جشن و عروسی یا عزا و... باید با مصرف مواد همراه باشد، جزء آداب و رسوم اجتماعی و عرف معمول جامعه شده است. اگر در بعضی از این مراسم‌ها وجود نداشته باشد ممکن است با تحریم از طرف دوستان مواجه شوند.

مرضیه ۳۷ ساله می‌گوید: «در مراسم یکی از بستگان رفته بودم بزم برقرار شد خیلی تعارف کردن و آن قدر گفتن جشن مونی خراب نکن، به یک بار امتحانش می‌ارزه، اگر حد خودت را نگه‌داری معتاد نمی‌شوی، از خانواده تون نگرانی اطلاع پیدا کنن و...» بالاخره برای اولین بار مصرف کردم».

ث- مقابله با درد: مشارکت کنندگان بر این باورند که توصیه به مصرف مواد مخدر و تسکین درد از دوران گذشته در کشور ایران رواج داشته و ریشه تاریخی دارد. این باور در ذهن مردم از گذشته نقش بسته که مواد مخدر جنبه دارویی دارد و در باورهای مردم توصیه‌ای در مورد استفاده پزشکی مواد مخدر وجود دارد.

اعظم ۳۱ ساله می‌گوید: «استفاده غلط از مواد مخدر برای درمان بیماری‌های مزمن به قدری در بین بعضی‌ها رواج پیدا کرده که حتی استفاده از مواد را به درمان‌های کلینیکی متخصصین ترجیح می‌دن. در رابطه زناشویی‌ام ناموفق بودم و احساس خوبی نداشتم برا رفع مشکل‌م مواد مصرف کردم فکر نمی‌کردم خودش مشکل به شه تا مدت‌ها فکر می‌کردم مؤثره. ولی این جورری نبود».

ج-بیکاری: شرکت کنندگان در این پژوهش از بیکاری به عنوان یکی از مهم ترین عوامل مؤثر بر اعتیاد نام بردند.

سودابه ۳۵ ساله می‌گوید: «جایی کار می‌کردم شرکت تعطیل شد و دیگه نتونستم کار پیدا کنم. هیچ کاری نداشتم جز تلویزیون نگاه کردن و گشتن تو تلگرام. احساس تنهایی می‌کردم احساس رضایت از زندگی نداشتم بعضی وقتا احساس می‌کردم موجود اضافی‌ام، فرصت زیادی و بی‌هدفی، گذرون زندگی‌ام شده بود بنابراین بستر برای اعتیادم فراهم شد».

۴۱

چ-عدم آگاهی از مهارت‌های ارتباطی: مشارکت کنندگان بر این باورند که تحصیلات پایین یا بی‌سوادی و عدم مهارت‌های ارتباطی نقش مهمی در فرهنگ عمومی جامعه و همچنین در حریم خانواده و تربیت فرزندان دارد.

41

زری ۲۰ سال می‌گوید: «پدر و مادرم امروزی نیستن و قبول ندارن که دوره زمونه فرق کرده ونمی‌دونن ماچی می‌خوایم، چی بپوشیم چی بخوریم فقط امروزی بلدن. آن قدر از این کارا حرصم می‌گرفت که آخرش معتاد شدم».

ح-بی‌ثباتی خانواده: مشارکت کنندگان بر این عقیده بودند که خانواده حریم امن و آسایش است. کمبود عاطفی در فضای خانواده، ستیزه و اختلاف، همگی عوامل گرایش افراد به اعتیاد است. افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و ازهم گسیخته زمینه بیشتری در گرایش به اعتیاد دارند.

مژگان ۲۶ ساله می‌گوید: «در خانواده ما همش درگیری بود آگه به شب درگیری نداشتم جای تعجب بود احترامی نمونده بود پدرم زورگویی را دوست داشت وظیفه والدین ما شده بود درگیری و فحاشی به جاش مسائل خلاف یاد گرفتیم».

خ- اعتیاد والدین: مشارکت کنندگان بر این باورند که اعتیاد والدین از یک سو کنترل و تسلط والدین را بر فرزندان کاهش می‌دهد و از سوی دیگر عامل انتقال این عادت به فرزندان می‌شود.

مهری ۲۳ ساله می‌گوید: «تو خانواده ما همه جور مواد یافت می‌شه. یه رفتار عادیه؛ کسی هم به کسی کاری نداره. پدرم همیشه یا خمار یا نشسته. ما را نمی‌دید نه حوصله سروکله زدن با ما را نداشت، اوایل که به سمت مواد رفتم بیشتر دنبال باج‌گیری بودم».

د- پذیرش توسط دوستان: یکی دیگر از موارد تأثیرگذار بر اعتیاد به مواد مخدر ترس از عدم پذیرش از طرف دوستان است. مشارکت کنندگان اظهار داشتند که نگرانی از جهت طرد از طرف دوستان ممکن است گرایش به مواد مخدر را افزایش دهد. لذا در برابر هرگونه تعارف به مصرف، مواد را به علت پذیرش در جمع دوستان رد نخواهند کرد. شهناز ۳۰ ساله می‌گوید: «وقتی در جمع دوستان حاضر می‌شدم با اصطلاحاتی همچون: خواهی نشوی رسوا هم‌رنگ جماعت شو؛ بزم ما را خراب نکن؛ اگر سری بعد می‌خواهی با ما باشی این لوس‌بازی‌ها را کنار بگذار؛ مواجه بودم، می‌ترسیدم سری بعد من رو راه ندن. شروع به مصرف کردم».

مقوله تنبیه جامعه: الف- طرد اجتماعی: بنا به عقیده مشارکت کنندگان عکس العمل جامعه با معتادان می‌تواند به طرد اجتماعی منجر شود.

مونا ۳۳ ساله می‌گوید: «هر موادی که در دسترسم است می‌کشم ظاهرم خیلی به هم ریخته است همه مرابه عنوان بیمار خطرناک یا دیونه نگاه می‌کنن با این قیافه ام کسی نزدیک به هم نمیشه. از همه طرف طرد شدم».

ب- بی‌خانمانی: مشارکت کنندگان اظهار داشتند که بی‌خانمانی و از دست دادن خانواده و دوستان را به عنوان تنبیه اجتماعی تجربه کرده‌اند.

ساناز ۳۶ ساله می‌گوید: «هر روز اعتیادم بیشتر و پول زیادتری نیاز داشتم. می‌شد بعضی وقت‌ها دست تو جیب پدر و برادر ام می‌کردم یا از وسایل خونه می‌فروختم. آخر از دستم عصبانی شدند و مرا از خونه بیرون انداختند. هر شب باید به جا سرکنم».

ج- مسخره شدن توسط دیگران: روژن ۱۹ ساله که دو سال است شیشه مصرف می‌کند می‌گوید: «بیشتر وقتم را صرف مصرف و تهیه مواد می‌شه. فرصت بهداشت و نظافت ندارم در بعضی جاها ادم درمی‌آرند و دستم می‌ندازند».

د- انگ‌های اجتماعی متعدد: گلنار ۳۱ ساله می‌گوید: «اعصابم از دست انگ‌هایی که زده می‌شه خرد شده. هر چیزی که می‌دزدند همه به من شک می‌کنند، هر آدم بی‌بندوباری که می‌خواهند تو فامیل مثال بزنند باز هم به من انگ می‌زنند. هر چه می‌گم بابا من معتادم خلاف دیگه ندارم کسی گوش نمی‌ده و کلاً شدم سمبل بدبختی‌ها».

پوستار تجربه احساسی: الف- احساس توانمندی: مشارکت کنندگان بر این عقیده هستند که وقتی مواد مخدر مصرف می‌کنند احساس بلوغ دارند و احساس می‌کنند بزرگ شدند.

فروغ ۲۰ ساله می‌گوید: «زمانی که برای اولین بار مواد مصرف کردم احساس کردم دیگر بزرگ شده‌ام و دوران جدیدی را شروع کردم و احساس متفاوت بودن نسبت به گذشته‌ام داشتم. فکر می‌کنم خودم کل عقلم و از پس هر مشکلی به تنهایی برمی‌آیم. بیشتر دوست دارم مردم مرا نصیحت نکن تا بشنوم».

ب- احساس لذت: مشارکت کنندگان بر این عقیده هستند که مصرف مواد به دنبال لذت آنی وجود دارد اگرچه آنی و زودگذر باشد؛ آن قدر در این لذت کاذب غرق می‌شوند و توهم لذت در وجود آنان ریشه‌ای می‌شود که حتی آنی بودن لذت و تبعات بعدی آن را در نظر نمی‌گیرند.

مرجان ۲۶ ساله می‌گوید: «وقتی می‌کشم لذت می‌برم احساس می‌کنم به فضا می‌روم، و توپ توپ می‌شوم با خودم می‌گم آخر زندگی مردنه پس در این دوره از زندگی لذت ببریم؛ هر کس خوش نگذرونه سرش کلاه رفته؛ الآن لذت ببریم هر وقت خواستیم کنار می‌زاریم و دوست دارم دوباره هم بکشم».

ج- احساس پوچی: مشارکت کنندگان معتقدند گاهی چنان احساس ناامیدی و پوچی می‌کنند که امیدی به بازگشت به زندگی ندارند. سارا ۲۹ ساله می‌گوید: «گاهی احساس

می‌کنم که نبودنم شاید بهتر باشه. این حس که به هم دست می‌دهد در آن لحظه عذاب می‌کشم و ساعت‌ها به گذشته سیر می‌کنم».

د- احساس آرامش: به گفته مشارکت‌کنندگان در مواقعی که دستیابی به حل مسائل روحی و روانی وقت‌گیر و مشکل باشد از مواد مخدر استفاده می‌کنند تا احساس آرامش کنند. الناز ۳۹ ساله می‌گوید: «واقعاً بعد از مصرف احساس آرامش دارم و ریلکس میشم هیچ مشکلی در زندگی ندارم. برای همه مشکلات راه حل دارم و غراندن‌ها اطرافیان هیچ اثری در من ندارد».

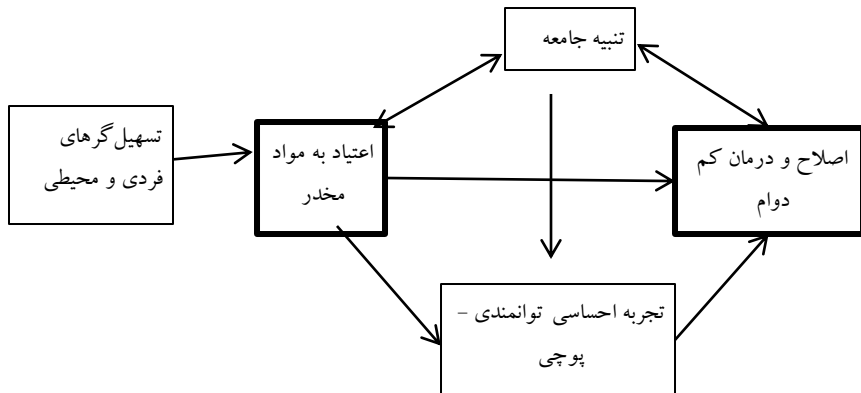
مقوله اصلاح و درمان کم دوام: الف- ترس از دست دادن حضانت فرزند: مشارکت‌کنندگان بر این باورند که به‌عنوان یک مادر نالایق ممکن است حضانت فرزندان خود را از دست بدهند. بنابراین از درمان که همراه با افشای اعتیاد آنان باشد واهمه دارند. شکوفه ۳۲ ساله که ۶ سال است اعتیاد دارد می‌گوید: «برای مادر خیلی سخته اگر فرزندش را نبینه درسته اعتیاد دارم ولی مادرم دیگه، همیشه با این ترس زندگی می‌کنم که یه روز بچه‌ام را از من بگیرند سعی می‌کنم همه جا نرم، به هر حال اعتیاد برای یک مادر خوب نیست».

ب- شرم و گناه: مشارکت‌کنندگان بر این باورند که در بیشتر جوامع و فرهنگ‌ها مصرف مواد مخدر زنان نسبت به مردان ننگ بیشتری دارد و حمایت لازم را برای درمان کسب می‌کنند. شیوا ۳۵ ساله می‌گوید: «هم مواد مخدر مصرف می‌کنم و گاهی هم الکل می‌خورم، ولی حتی خونواده‌ام تنها منو معتاد نمی‌دونن و انگ بی‌بندوبار هم می‌خوردم و نه حمایتی نشدم بلکه به هم ریختم و بعد از ترک دوباره شروع کردم».

ج- ترس از دادن شریک زندگی: مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند ترس از دست دادن شریک زندگی معتادان را از جستجوی درمان منصرف می‌کند. آرزو ۲۳ ساله که سه سال از ازدواجش می‌گذرد می‌گوید: «از زمانی که مصرفم جدی شد به توصیه اطرافیان قصد ترک دارم و می‌ترسم مدتی خونه را ترک کنم شوهرم زندگی دیگری برای خودش بسازه و من رو راه نده به هر حال اون جوونه».

د-ایمان نداشتن به اثربخشی درمان: مشارکت کنندگان بر این باورند که اثربخشی درمان با آن چیزی که تبلیغ می کنند یکی نیست و درمان ها اثر لازم را ندارد و آمادگی دنبال کردن هدف درمان را ندارند. منیژه ۳۵ ساله: "احساس می کنم مراجعه به مراکز درمان بیهوده ست تو یه کمپ نشستن و قصه گفتن دردی را دوانمی کنه. ما راهی نداریم جزء این که با گرفتاری مان کنار بیایم".

ه-بی ارادگی: مشارکت کننده ها بر این باورند که برای ترک و پاک بودن باید دارای اراده قوی و مصمم بود. زهره ۲۸ ساله می گوید: «من کراک و الکل مصرف می کنم سه بار ترک کردم ولی نتونستم تحمل کنم و مصمم نبودم. دوباره شروع کردم». مدل پیشنهادی در نمودار ۱ ارائه شده است.



نمودار ۱: مدل پیشنهادی

همان طور که از مدل برمی آید جعبه سمت چپ شرایط علی فردی و اجتماعی را نشان می دهد که شامل کسب منفعت آسان یا گریز از درد، رهایی از روزمرگی، عدم آگاهی از مضرات مواد مخدر، عرفی شدن مصرف مواد، مقابله با درد، بیکاری، عدم آگاهی از مهارت های ارتباطی، بی ثباتی خانواده اعتیاد والدین و پذیرش توسط دوستان می شوند. در واقع مشوق و بسترهای گرایش به مصرف مواد مخدر هستند. در نهایت منجر به بروز پدیده تحقیق که اعتیاد به مواد مخدر است می شوند. تنبیه جامعه به صورت رفت و برگشتی

دارای تأثیر در این مدل هست که شامل طرد اجتماعی، بی‌خانمانی، تحقیر توسط دیگران و انگ‌های متعدد اجتماعی می‌شود. همچنین مقوله تجربه احساسی با دو انگاری توانمندی و پوچی مطرح شد و اصلاح و درمان کم‌دوام هم متأثر از اعتیاد، مقوله‌های تجربه احساسی و تنبیه جامعه در مدل تبیین شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در پاسخ به اولین سؤال پژوهش یعنی علل اعتیاد در زنان کرمانشاه، مقوله تسهیل‌گرهای فردی و محیطی مصرف مواد مخدر به‌عنوان مقوله اصلی کشف شده از داده‌هاست. شرایط علی در این تحقیق به‌مثابه اعتیاد و مصرف مواد مخدر عمل می‌کند. عدم آگاهی از مضرات مواد به‌عنوان یکی از علل اعتیاد به مواد مخدر در بین زنان عنوان شد. بسیاری از افراد معتاد دید روشن و حقیقی از پیامدهای و مضرات آن ندارند. همین امر سبب می‌شود دچار خطای محاسباتی شده و بیشتر به باورهای غلط درباره مواد مخدر گرایش پیدا کنند. عملکرد خانواده در آگاه کردن کودکان از مضرات مصرف مواد مخدر، خود را در نوجوانی و جوانی نشان می‌دهد. حتی می‌تواند تا آخر عمر اثر خود را داشته باشد. شناخت بهتر باعث می‌شود که فرد در حفظ و سلامتی خود کوشش بیشتری کند. این یافته با نتایج تحقیق استفانی^۱ (۲۰۱۰) که بی‌اطلاعی از عوارض سوء مصرف مواد را در پیش‌بینی اعتیاد به مواد مؤثر دانسته همسوست. همچنین با تحقیق سیزی^۲ و همکاران (۲۰۱۳) که پایین بودن آگاهی از مضرت مواد را یکی از علل اعتیاد برمی‌شمرد و نتایج تحقیق فتحی و موسوی‌فرد (۱۳۹۵) همسو است. نظریه کلاسیک بکر مؤید این یافته است. طبق این نظریه عدم آگاهی در مورد آثار مواد مخدر می‌تواند به‌عنوان مرحله مهم در آغاز استفاده از آن باشد. زیرا مصرف‌کننده تازه کار را در معرض و ارتباط با پاداش و افراد معتاد با تجربه بیشتر قرار می‌دهد (احمدی، ۱۳۹۱). عدم آگاهی، کنترل و یادگیری اثر متقابل بر یکدیگر دارند. بیکاری به‌عنوان علت دیگر اعتیاد در این مطالعه مدنظر است. اقتصاد منطقه کرمانشاه اصولاً سنتی و کشاورزی است که اصولاً بهره‌وری پایین دارد. از طرفی کرمانشاه یکی از بالاترین میزان بیکاری در کشور را دارا است. بنابراین فرد بیکار در بستری قرار می‌گیرد

1. Stephanie

2. Siziya

که فرصت زیادی برای جذب در خرده فرهنگ های بزهکار دارد. زیرا در هیچ مقطعی از حمایت اجتماعی برخوردار نیست. امید به زندگی در فرد بیکار کاهش می یابد. انتظارت و اهدافی که دارد ازدست رفته می داند و حتی ممکن است که فرد بیکار در مسیر عصبی شدن قرار گرفته و برای رفع این معضل به شادی های زودگذر روی بیاورد. این مقوله با نتایج تحقیق عبدلی سلطان آبادی و همکاران (۱۳۹۶)، دانایی (۱۳۹۴) و برزگر (۱۳۹۳) که بر عامل بیکاری به عنوان یکی از عوامل گرایش به مواد مخدر تاکید دارند، همسو است. در نظریه نابسامانی اقتصادی، همه کسانی که در معرض فقر و نابرابری قرار دارند اعم از کودکان و بزرگ سالان متمایل به جرم می نمایند. از سوی دیگر طبق نظریه کوهن، طبقه محروم در یک جامعه شیوه های خود را برای دستیابی به منزلت انتخاب می کنند. احساس ناکامی در طبقه محروم به وجود می آید و کسب منزلت به هر شکل ممکن مشروع می شود. طبق نظریه مرتون^۱ (۱۹۸۸) هرچه احساس محرومیت کمتر باشد افراد کمتر به رفتارهای کجرو و از جمله اعتیاد به مواد مخدر روی می آورند. باورهای عامیانه در مورد مصرف مواد در مناسبت های ویژه به عنوان یک رسم مورد پذیرش قرار گرفته است. هرگونه مقابله با آن ممکن است با تحریم هایی از سوی بستگان مواجهه شود. ویژگی هایی از قبیل هیجانانگ، رایگان بودن مواد، اصرار دیگران و ... در این گونه مجالس باعث می شود بسیاری از مهمانان نتوانند از مصرف مواد خودداری کنند. این مقوله با نتایج تحقیق قادری و محسنی تبریزی (۱۳۸۹) که آداب و رسوم خاص، باورها و ضرب المثل ها را به عنوان هنجارهای تسهیل کننده مواد عنوان کرده اند همسوست. نتایج مطالعه نیازی و همکاران (۱۳۹۷) که به متعارف شدگی اعتیاد اشاره دارد و تحقیق سراج زاده و عزیززاده (۱۳۹۴) که بر بهنجار بودن اعتیاد اشاره دارند نیز با نتایج این تحقیق همسو است. نظریه ارجاعی به این یافته نظریه کوهن، نظریه خرده فرهنگ میلر و نظریه انتقال فرهنگی شاو و مک کی است که بر بزهکاری تأکید دارند. اما این یافته ها بر اساس هنجارهای فرهنگی و قومی تبیین می شوند. البته به نظر می رسد نظریه انتقال فرهنگی بیشتر از بقیه مؤید این یافته است. تلاش برای کاهش استرس های شغلی و درسی، التیام روحی و روانی، مقابله با درد و رنج، شادی

و سرخوش بودن و فارغ از دنیا، مصائب و مشکلات آن سوق‌دهنده به مصرف مواد مخدر است. این یافته با نتایج تحقیق‌های قادری و محسنی (۱۳۸۹)، میر سلیمانی و همکاران (۱۳۸۸) که بر استفاده دارویی از مواد مخدر اشاره دارند همسوست. همچنین، نتایج پژوهش مدبرنیا و همکاران (۱۳۹۲) که بر کسب لذت آتی و منفعت آسان به عنوان علل اعتیاد و مطالعه نیازی و همکاران (۱۳۹۷) که لذت‌گرایی به عنوان یکی از عوامل ناکارآمدی برنامه‌های پیشگیری عنوان داشته‌اند با نتایج این تحقیق مطابقت دارند. یکی از مقوله‌هایی که پررنگ‌تر از بقیه بود بی‌ثباتی خانواده است. خانواده حریم امن و آسایش است. کمبود عاطفی در فضای خانواده، ستیزه و اختلاف، همگی عوامل گرایش افراد به اعتیاد است. افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و از هم گسیخته زمینه بیشتری در گرایش به اعتیاد دارند. هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند؛ چنانچه از خانواده‌ی سالم برخوردار نباشد (ساروخانی، ۱۳۹۱). این یافته با نتایج مطالعه عباسی و محمدخانی (۲۰۱۶) که بر ارتباطات و آشفتگی خانوادگی به عنوان عوامل مؤثر بر اعتیاد اشاره دارند و نتایج پژوهش جوانمرد (۱۳۹۴) و بیاتی (۱۳۸۹) که تضاد بین خانواده را عامل مصرف مواد مخدر دانسته‌اند همسوست. هیرشی در نظریه کنترل اجتماعی استدلال می‌کند که ارتباط نزدیک با والدین و خواهر و برادر، همسالان پایا، و معلمان یا کارکنان مدرسه، نیازمند کنترل اجتماعی است. خانواده بی‌ثبات فرصت تعامل و کنترل بر فرزندان را ندارد. بر اساس این نظریه داشتن ارتباط اجتماعی با فرهنگ عادی باعث کاهش کج‌رفتاری می‌شود (هیرشی، ۱۹۶۹). آلودگی محله و محیط خانواده به اعتیاد به مواد مخدر زمینه مساعد برای فرزندان در جهت گرایش به ارتکاب جرم را فراهم می‌کند. رفتار والدین بی‌تردید در کردار آینده فرزندان نقش اساسی دارد؛ چراکه والدین به‌عنوان اولین معلمان و موجه‌ترین افراد به‌طور مستقیم و غیرمستقیم به فرزند خود خوب و بد را آموزش می‌دهند. متأسفانه اغلب افرادی که در خانواده‌های معتاد پرورش می‌یابند تکرار مصرف اعضای خانواده برای آن‌ها تکراری شده و ترس تجربه استفاده از مواد از بین می‌رود. تئوری بوم‌شناسی بر نقش محله تأکید می‌کند. به نظر می‌رسد محله به‌عنوان یک ظرف بزرگ برای کنش‌های اجتماعی تعاملاتی با دیگر متغیرها دارد. از جمله می‌توان در محلات، بسته به سالم بودن یا

آسیب اجتماعی آن به کنترل اجتماعی و همین طور یادگیری رفتارهای هم‌نوا یا بزهدکارانه روی آورد.

همچنین نتایج تحقیق با نتایج مطالعه قاسمی روشن (۱۳۸۸) و سالیس، شادور، برنز، و هاسونگ^۱ (۲۰۱۲) که سوء مصرف والدین را عامل شکل‌گیری زمینه مصرف مواد در فرزندان می‌داند، مطابقت دارد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان و جوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. نظریه هم‌نشینی افتراقی سادرلند مؤید این یافته است. سادرلند، معتقد است که کج رفتاری را با اصول یادگیری اجتماعی بهتر می‌توان تبیین کرد. همچنین طبق نظریه فرصت‌های نابرابر کلوارد و اهلین دسترسی افراد منحرف اجتماعی به یک محیط مناسب برای ایفای نقش انحرافی خود و استمرار این نقش با حمایت و تشویق گروه عامل شکل‌گیری رفتار انحرافی است (احمدی، ۱۳۸۹).

یکی از مقولات اصلی به دست آمده پیوستار تجربه احساسی زنان مصرف کننده مواد مخدر بود که از زنان خواسته شده بود تجربه جسمی و احساسی خود را بیان کنند. تجربه‌های مصرف کنندگان در طیفی دوگانه متضاد قرار داشت. از طرفی احساس توانمندی و از سوی دیگر با پوچی و بی‌هدفی مواجه بودند و در مقولات دیگر احساس لذت و آرامش را تجربه کرده بودند. از زنان معتاد خواسته شده بود که تجربه پیامدهای اجتماعی اعتیاد را بیان کنند که همه مقوله‌های به دست آمده تحت مقوله اصلی تنبیه اجتماعی قرار گرفت. در مقولات فرعی چیزی که از همه پررنگ تر بود طرد اجتماعی بود که پیامد آن بی‌خانمانی، مسخره شدن توسط دیگران و انگ‌های متعدد اجتماعی بود. این موارد راه اصلاح را دشوارتر می‌کنند. این یافته‌ها با نتایج تحقیق صدیق سروستانی و نصراصفهان‌ی (۱۳۸۹) مطابقت دارد. آخرین مقوله اصلی، اصلاح و درمان کم‌دوام بود که یا رغبتی برای ترک نداشتن یا بازگشت به اعتیاد را تجربه کرده بودند. این مقولات نشان

می‌دهد که زنان در درمان با موانع ساختار، فرهنگ و اقتصاد مواجه هستند. پیامدهای اعتیاد زندگی زنان را بیشتر از مردان تحت تأثیر قرار داده و با موانع جدی درمان روبرو هستند.

نتیجه نهایی این پژوهش نشان می‌دهد شرایط مبارزه کنونی تحت عنوان کاهش عرضه خیلی جواب‌گو نیست. پیشنهاد می‌شود روش کاهش تقاضا با اتخاذ ترویج رویکرد فرهنگی، ایجاد رفاه روانی و عاطفی، تقویت برنامه‌های رسانه‌ای، فراهم آوردن محیط مساعد خانواده برای معتاد بعد از درمان، افزایش مهارت‌های والدین، ایجاد مراکز درمانی دولتی برای بازگیری معتادان نادم و فاقد توان مالی و روان‌درمانی مناسب و آموزش علمی، فنی، شغلی و اخلاقی و دینی آن‌ها تحت وزارت بهداشت و درمان وجود داشته باشد، تا این قبیل معتادان پناه بگیرند. به کارگیری روش‌های مشاوره زناشویی و خانواده به منظور حل مشکلات زناشویی و خانوادگی آنان، جلب همکاری نزدیکان درجه اول معتاد، تقویت برنامه‌های مهارت‌بخشی برای امتناع همسالان از مواد مخدر، تلاش در جهت مشارکت اجتماعی خودجوش اجتماعی جهت مبارزه با مواد مخدر، دادن آموزش کافی به فرد معتاد در زمان بستری، تلاش در جهت تغییر نگرش مردم نسبت به بیمار بودن و اصلاح‌پذیری آنان، برای این که خودشان احساس زائد بودن و علاج‌ناپذیری نداشته باشند، ضروری است. برنامه‌های اقتصادی برای تغییر در اشتغال و معیشت، بازنگری در قوانین و ایجاد امکانات گذران اوقات فراغت مدنظر قرار گیرد. با توجه به نقش زن در خانواده و تأثیر آن بر سلامت خانواده و جامعه، لازم است خانواده‌های آسیب‌پذیر را شناسایی و توجه بیشتری به آن‌ها معطوف کرد. برنامه‌های مناسبی جهت تقویت توانمندی‌های خانواده‌ها جهت مقابله با مشکلات طراحی شود تا علاوه بر پیش‌گیری با افزایش دسترسی به خدمات و کاهش آسیب و درمان بهتر، در ارتقاء سلامت زنان و جامعه گام مؤثری برداشته شود.

این مطالعه با محدودیت‌هایی از جمله خودداری بعضی از مسئولان از ارائه آمار و اطلاعات در حوزه زنان به خاطر حساسیت این بخش، فرآیند طولانی صدور مجوز به علت تمرکز مراجع تصمیم‌گیری در تهران، محدود بودن نمونه به زنان معتادی که برای ترک اقدام کرده بودند مواجه بود.

منابع

- احمدی، حبیب (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی انحرافات*. تهران: سمت.
- برزگر، عزیز (۱۳۹۳). *بررسی عوامل مؤثر در گرایش به مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، واحد تسوج.
- بیاتی، پروانه (۱۳۸۹). *بستر اجتماعی، فرهنگی مؤثر بر اعتیاد به مواد روان‌گردان در میان زنان*. *اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۴)، ۷-۱۵.
- جوانمرد، کمال (۱۳۹۴). *بررسی عوامل مؤثر بر گرایش به مصرف مواد مخدر صنعتی در بین دانشجویان پسر دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان در نیم سال ۹۴*. *مطالعات اجتماعی ایران*، ۱۲(۴۴)، ۲۰-۱.
- حاجلی، علی؛ زکریایی، محمدعلی و حجتی کرمانی، سوده (۱۳۸۹). *نگرش مردم به سوء مصرف مواد مخدر در کشور*. *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۲)، ۸۲-۱۱۲.
- خادمی، ناهید؛ لقایی، زهرا و علیرضا علیخانی (۱۳۸۸). *بررسی الگوی مصرف اعتیاد در زنان معتاد مراجعه‌کننده به مرکز کاهش آسیب*. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۲)، ۷۹-۹۰.
- دانایی، نسرین (۱۳۹۴). *ارتباط بین اعتیاد و امنیت اجتماعی در جامعه شهری*. *اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۶)، ۳۱-۴۸.
- سراج‌زاده، حسین و عزیززاده، امید (۱۳۹۴). *برساخت مصرف مواد مخدر و اعتیاد در شهرستان رودبار جنوب*. *مجله مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۲)، ۲۷۴-۲۹۶.
- صدیق روستانی، رحمت‌اله و نصر اصفهانی، آرش (۱۳۸۹). *اعتیاد، طرد اجتماعی و کارتن خوابی در شهر تهران*. *مجله بررسی مسائل اجتماعی*، ۱(۴)، ۲-۱۸.
- ضحی، حاجی‌ها؛ بهرامی احسان، هادی هادی و رستمی، رضا (۱۳۹۷). *تجربه زیسته زنان معتاد در شهر تهران*. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۱۱۱-۱۳۴.
- عبدلی سلطان‌آبادی، جواد؛ امانی ساری بلگو، جواد؛ و کاظم‌زاده بیطالی، مهدی (۱۳۹۶). *بررسی عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد مخدر از دیدگاه دانشجویان - کاربست نقشه شناختی فازی*. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۲۲۷-۲۴۶.
- غفاری، داریوش (۱۳۹۵). *مطالعه تلفیقی عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اعتیاد در بین زنان*. پایان‌نامه دکتری، چاپ‌نشده، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم اجتماعی.

فتحی، آیت‌اله؛ و موسوی، بابک (۱۳۹۵). بررسی تجربیات معتادین در خصوص حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی به‌عنوان تسهیل‌کننده ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی. *اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۸)، ۱۳۶-۱۱۹.

قادری، صلاح‌الدین و محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۹). مطالعه کیفی تسهیل‌کننده مصرف مواد اعتیادآور در میان خرده‌فرهنگ‌های قومی ایران. *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۴)، ۳۸-۵۴.

قاسمی روشن، ابراهیم (۱۳۸۸). از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده. *فصلنامه کتاب زنان*، ۶(۲۲)، ۱-۱۸.

گروسی، سعیده؛ و محمدی دولت‌آبادی، خدیجه (۱۳۹۰). تجربه زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده اعتیاد. *جامعه‌شناسی زنان*، ۲(۲)، ۷۶-۵۵.

مدیرینا، محمدجعفر؛ میرحسینی، کامبخش؛ تبری، رسول؛ و عطر کار روشن، زهرا (۱۳۹۲). عوامل مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر در افراد ۱۵ تا ۳۰ سال: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۲(۸۷)، ۷۷-۷۰.

موسوی نسب، محمدحسین؛ شمس‌الدینی، لطیف؛ و منصوری، زهرا (۱۳۹۴). بررسی نقش واسطه‌ای رضایت از زندگی در رابطه بین راهبردهای مقابله با استرس و نگرش اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۳)، ۵۵-۴۲.

میرسلیمانی، لاله؛ باقر ثنائی، ذاکر؛ وزیری، شهرام و لطفی، فرح (۱۳۹۰). مقایسه رفتارهای جنسی، رفتارهای جنسی پرخطر و رفتارهای آسیب‌به‌خود در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر با مواد محرک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۹)، ۱۷۱-۱۵۵.

نوری، رویا (۱۳۸۹). *جامعه صنعتی و اعتیاد به مواد صنعتی. ماهنامه اجتماعی و فرهنگی توکد*، ۱۱(۴۴)، ۲۱-۱۶.

نیازی، محسن، نوروزی، میلاد؛ شریفی، احسان؛ و خرمیان، رسول (۱۳۹۷). تحلیل ناکارآمدی برنامه‌های پیشگیری. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۹۲-۷۴.

Chenari, M. (2006). Comparison of Husserl, Heidegger and Gadamer with the criterion of methodology. *Philosophical-Theological Research*, 9(34), 113-138. Retrieved from: http://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J_pdf/72213863405.pdf.

Cohen, A. (1995). *Delinquent boys: The Culture of gang*. New York, Free Press.

- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2008). *Research Methods in Education*. London and Newyork. Fighth.
- Fredericks, J. (2014). Drugs and Recovery: A Qualitative Study in Atlantic Canada. *American International Journal of Social Science*, 3(2), 28-34.
- Galanter, M. (2006), Innovations: Alcohol&Drug Abuse, Spirituality in Alcoholces anonymous. *Psychiatric Services*, 57(3), 307-309.
- Hirschi, T. (1996). *Causes of Delinquency*. Berkeley: university of California Press.
- Horigian, V. E., Feaster, D. J., Brincks, A., Robbins, M. S., Perez, M. A., & Szapocznik J. (2016). The effects of Brief Strategic Family Therapy (BSFT) on parent substance use and the association between parent and adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 42, 44-50.
- Lombard S. J-F., Pullen, D. & Swabey, K. (2017). Conceptualizing Trauma for Children of Drug Addicted Mothers: A Developmental Mapping. *Journal of Trauma & Treatment*, 6(1). DOI: 10.4172/2167-1222.1000352.
- Merton, R. K. (1988). *Social Theory and Social Strucute*. Enlarged Edition, New York: Freepress.
- Nygaard, E., Moe, V., Slinning K., & Walhovd, K. B. (2015). Longitudinal cognitive development of children born to mothers with opioid and poly substance use. *The Journal of Pediatric Research*, 78, 330-335.
- Piko, B. F. & Fitzpatrick, K. (2007). Socioeconomic Status Psychosocial Health and Health Behaviours among Hungarian Adolescents. *The European Journal of Public Health*, 17(4), 327-336.
- Polkinghorne, D. (1983). *Methodology for the human sciences: Systems of inquiry*. Albany: State University of New York Press.
- Priest, H., & Roberts, P., & Woods, L. (2002), An Overview of Three Different pproaches to the Interpretation of Qualitative Data. *Part 1: Theoretical Issues, Qualitative Approaches. Nurse Researcher*, 10(1), 30-42.
- Racz, J. (2008). The Role of the Curiosity in Interviews with Drug Users. *Forum: Qualitative Social Research*, 9(2). Retried at: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/423/916>.
- Santucci, K. (2012). Psychiatric disease and drug abuse. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(2), 623-643.
- Schafer, G. (2013). Family Functioning in Families with Alcohol and other Drug Addiction. *Social Policy Journal of Newzealand*, 37, 1-17.
- Seco, D. C., Torabi, M. R. & Weaver, A. E. (2008). Factors Influencing openness to Future Smoking among Nonsmoking Adolescents. *Journal of School Health*, 78(6), 328-336.
- Siziya, S., Muula, A. S., Besa, C., Babaniyi, O., Songolo, P., Kankiza, N., Rudatsikira, E. (2013). Cannabis use and its socio-demographic correlates

- amonginschool adolescents in Zambia. *Italian Journal of Pediatrics*, 39(13), 1-5.
- 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.
- Stephanie, B. W. (2010). Effects of Self-Esteem and Academic Performance on Adolescent Decision-making: An Examination of Early Sexual Intercourse and Illegal Substance Use. *Journal of Adolescent Health*, 47(6), 582-590.
- UNODC Research (2017). *World Drug Report*. Retrieved from United Nation Office on Drugs and Crime.
- World Health Organization (2015). *World Drugs report*, Switzerland. Retrieved at: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_2017_presentation_launch_version.pdf.
- Zywiak, W. H., Stout, R. L., Trefry, W. B., Glasser, I., Connors, G. J., Maisto, S. A., & Westerberg, V. S. (2006). Alcohol relapse repetition, gender, and predictive validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(4), 349-353.