

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 آن 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 نیمه‌ساختاریافته با نوزده زن دارای سابقه سوء مصرف مواد مخدر جمع‌آوری شدند. پنج علت لذت‌جویی و دفع رنج، شخصیت آسیب‌پذیر، ضعف در مهارت‌های زندگی، خانواده آسیب‌زا، استیلاهی هنجارهای مردانه، و فرایندهای تسهیل‌گر مهم‌ترین دلایل و انگیزه‌های مصرف مواد در زنان بوده که موجب شکل‌گیری برخی پی‌آمدهای درونی - فردی و بیرونی - اجتماعی برای آنان شده‌اند. ضرورت ناگزیر ترک، رفتار دوگانه خانواده، و چالش‌های خدمات کاهش آسیب مهم‌ترین چالش‌های زنان در مسیر رهایی از اعتیاد بوده‌اند. در مجموع یازده مقوله سطح سوم، ۲۹ مقوله سطح دوم، و ۴۱۳ عبارت معنایی کشف و استخراج شد.

کلیدواژه‌ها: زنان، سوء مصرف مواد، اعتیاد، روایت‌پژوهی، تجربه زیسته.

* 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

Copyright © 2018, IHCS (Institute for Humanities and Cultural Studies). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits others to download this work, share it with others and Adapt the material for any purpose

موجب رشد مطالعات با موضوع شناسایی تفاوت‌های کلیدی اختلالات مصرف مواد در بین زنان و مردان شده است (Becker and Koob 2017; Brady et al. 2009). اگرچه شیوع‌شناسی مصرف مواد مخدر تحت‌تأثیر فرهنگ و سیاست‌هایی است که در 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 این‌که هنگام کنترل دست‌رسی احتمال مصرف مواد بین مردان و زنان متفاوت نیست (Caris et al. 2009). باوجوداین، نقش اهمیت تفاوت‌های جنسیتی در مخاطرات قبل و بعد از وابستگی به مواد و فرایند درمان موضوعی محرز است و قابل چشم‌پوشی نیست (Greenfield et al. 2007). ازهمین‌رو، فهم مکانیسم‌هایی که آسیب‌پذیری و پاسخ‌گویی زنان به مصرف مواد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد به‌دلیل نقش آن‌ها در بهبود و گسترش معیارهای خدمات و درمان‌های مبتنی‌بر جنسیت از اهمیت فراوانی برخوردار است.

اواخر دوره نوجوانی، بر اثر 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). به‌عبارت‌دیگر، زنان سریع‌تر از مردان در سطوح خطرناک‌تر مصرف مواد قرار می‌گیرند (Lal et al. 2015). این پدیده با عنوان «اثر تلسکوپی / Telescopic Effect» شناخته می‌شود و در میان زنانی که در معرض الگوهای خطرناک‌تر مصرف موادند، بیش‌تر اتفاق می‌افتد. به‌عبارت‌دیگر، به‌غیراز آسیب‌پذیری بیش‌تر زنان مصرف‌کننده مواد در مقایسه با مردان، گروهی از زنان مصرف‌کننده مواد از زنان دیگر تحت‌تأثیر این پدیده آسیب‌پذیرترند (McHugh et al. 2018). بررسی‌های تطبیقی مبتنی‌بر نمونه‌های بالینی و غیربالینی از زنان مصرف‌کننده مواد نشان می‌دهد که حدود ۲۰ تا ۵۷ درصد 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 روبه‌رویند (Azim et al. 2015). اعتیاد در زنان ارتباط معناداری با مسائل روان‌شناختی آن‌ها دارد. بدین معنا که ازیک‌سو 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 از زنان دیگر بیش‌تر در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی‌اند (Gilchrist et al. 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. 2013; Chaturvedi et al. 2013)، فشار گروه هم‌سالان (Murthy and Chand 2005)، فعالیت در بازار تن‌فروشی (Kermode et al. 2012; Kermode et al. 2013)، کنجکاوی، کاهش استرس یا دردهای فیزیکی (Nebhinani et al. 2013)، افسردگی و مشکلات در تنظیم هیجان (Murthy and Chand 2005)، انتظارات مثبت در خصوص مصرف برخی مواد، 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 and 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 باشد، برخی عوامل مانند بلوغ دختران را بیش از پسران تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (Lal et al. 2015).

زنان و مردان روش‌های مختلفی برای به‌دست‌آوردن مواد مخدر دارند. مردان اغلب مواد مخدر را نقدی خریداری می‌کنند، درحالی‌که در اغلب زنان خرید غیرنقدی و یا مبادله جنسی محتمل‌تر است (Razaghi et al. 2008). مردان بیش‌تر به‌واسطه گروه‌های هم‌سالان و شبکه‌های دوستی با مواد آشنا می‌شوند، اما زنان مصرف مواد را در جمع‌های خانوادگی و یا روابط صمیمی شروع می‌کنند (Tuchman 2010; Schepis et al. 2011). اگرچه ابتلا به مصرف مواد از نظر عمومی برچسب اجتماعی منفی محسوب می‌شود (Link et al. 1997; Luoma et al. 2007)، زنان مصرف‌کننده مواد در مقایسه با مردان حمایت اجتماعی ضعیف‌تری می‌شوند (Crome and Kumar 2007) و درجه داغ آن برای آنان به‌دلیل 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 (Kensy et al. 2012; Lazuardi et al. 2012). خروج از چهارچوب این نقش‌ها با الصاق برچسب منحرف و تبعیض درقبال آن‌ها همراه است. وابستگی به مواد زمینه قرارگرفتن زنان را در معرض رفتارهای جنسی خطرناک (Gilbert et al. 2015)، انحراف و لابی‌گری (Ajilchi 2009)، غفلت از کودکان و دیگران، و مواجهه با رفتارهای خشونت‌آمیز (Pinkham et al. 2012) فراهم می‌کند؛ مجموعه‌ای از شرایطی که باعث تشدید

داغ ننگ و تبعیضات بیش‌تر درمورد 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. علاوه‌براین، 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 به مشارکت کم‌تر آن‌ها در برنامه‌های درمان و سایر خدمات کاهش آسیب منجر می‌شود (Network 2010; Razani et al. 2007; Simmonds and Coomber 2009). مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، زنان تن‌فروش، و زنان باردار از آسیب‌پذیرترین گروه‌های زنان مصرف‌کننده موادند (CBHSQ 2016; Pinkham et al. 2012)، درحالی‌که مراقبت‌های بهداشتی و خدمات اجتماعی برای اکثر افرادی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند کم‌یاب است، نیازهای خاص زنان به‌شکل ویژه‌ای در این حوزه نادیده گرفته شده است (Schleifer and Pol 2017). در مقایسه با مردان، زنان تحت‌درمان اختلالات مصرف مواد به‌طور پیوسته اختلالات عملکردی شدیدتری در حوزه‌های مختلفی مانند اشتغال، اجتماع، خانواده، عملکرد پزشکی - روانی (Foster et al. 2016; Sherman et al. 2010; Greenfield et al. 2013; Muhugh et al. 2017) و کیفیت زندگی (Griffin et al. 2015) گزارش کرده‌اند.

باوجود پی‌آمدهای اعتیاد در زنان، محدودیت اطلاعات درخصوص زنان مصرف‌کننده مواد در ایران چالش‌برانگیز است. 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. ازهمین‌رو، پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و بهره‌گیری از روش روایت‌پژوهی به توصیف تجربه‌های متفاوت زنان مصرف‌کننده مواد از اعتیاد پرداخته است.

۲. پیشینه تحقیق

باتوجه به حجم 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 انجام شده 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 به طور نامتناسبی بر مردان متمرکز بوده است (Greenfield et al. 2007) و سهم پژوهش‌های زنانه یا بسیار کم بوده و یا این که نقش زنان بیش تر در حاشیه پژوهش‌های مربوط به مردان (برای مثال در مقام همسران مردان مصرف کننده مواد) واکاوی و بازنمایی شده است. نادیده گرفتن سهم عاملیت زنانه و غلبه گفتمان‌های مردمحورانه درباره مصرف و وابستگی به مواد در زنان سبب شکل گیری برخی پنداشت‌های ناصحیح از پدیده اعتیاد در زنان و استمرار آسیب پذیری مضاعف تر آنان در مواجهه با این پدیده شده است. نه تنها مطالعات بلکه روش‌های پیش گیری و درمان نیز غالباً مردمحور بوده است. از سویی جدیدترین مطالعات نشان داده اند که یافته‌های کلینیکی از وابستگی افراد به مواد مخدر در زنان و مردان کاملاً متفاوت است که به پیش نهاد طی مراحل ترک مختلف در زنان و مردان منجر شده است (Back et al. 2011). در مقابل برخی از صاحب نظران و پژوهش گران در ایران از اصطلاح «زنانگی اعتیاد» یا «اعتیاد زنانه» سخن گفته اند. روند افزایشی پژوهش‌های انجام شده در حوزه اعتیاد زنان بیان گر رشد این پژوهش‌ها در مقایسه با سال‌های اخیر است؛ هر چند همواره حجم پژوهش‌های با رویکرد پزشکی بسیار بیش تر از تعداد پژوهش‌های با رویکرد روان شناسی و جامعه شناسی بوده است. برخی مطالعات در توصیف این وضعیت از تعبیر «پزشکینه شدن اعتیاد» استفاده کرده اند (رحیمی موقر و دیگران ۱۳۸۸). یکی از پی آمدهای چنین روندی استمرار سیاست علاج پس از واقعه است، در حالی که تجربیات موفق بسیاری از کشورها در این حوزه نشان می‌دهد با برخی مداخلات روانی - اجتماعی پیشینی در مورد جمعیت‌های عمومی و در معرض خطر (پیش گیری سطح اول و دوم) و مداخلات روانی - اجتماعی پسینی در مورد جمعیت‌های آسیب دیده (پیش گیری سطح سوم) می‌توان ضمن تعدیل و کاهش روند آسیب پذیری زنان در مواجهه با آسیب اجتماعی اعتیاد، خدمات کاهش آسیب مناسب تر و در دسترس تری در اختیار گروه‌های آسیب پذیرتر قرار داد.

گروسی و محمدی (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای پدیدارشناختی، با استفاده از روش تحلیل تماتیک، به تبیین تجربه زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده اعتیاد از طریق مصاحبه با سی زن مصرف کننده مواد پرداخته اند. یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها در قالب پنج تم اصلی

مثلث خانواده، فرد و اجتماع، طیف احساس شادمانی - پریشانی، ورود به روابط اجتماعی درهم‌شکسته، ناتوانی در برابر اعمال فشار جامعه و عدم وجود توان‌مندی در زنان برای رویارویی با شرایط ارائه‌شده و براساس آن مدل تبیین پدیده وابستگی به مواد در زنان استخراج شد.

رضایی ابهری و دیگران (۱۳۹۰)، با رویکرد تحقیق کیفی و با استفاده از روش داستان روایی، به واکاوی تجارب ذهنی دختران مصرف‌کننده مواد مخدر در ارتباط با تصمیم‌گیری جنسی آن‌ها از طریق مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته با نه دختر نوجوان ۱۸ تا ۲۲ ساله مصرف‌کننده مواد مخدر پرداخته‌اند. یافته‌های تحقیق نشان داد شش مضمون عوامل فردی و عوامل خارجی، هنجارهای اجتماعی موردانتظار، باورهای مذهبی، رضایت جنسی، فقدان مهارت نه گفتن، فقر و اعتیاد به‌عنوان 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 محتوا، به بررسی عوامل روان‌شناختی مستعدکننده اعتیاد در زنان از طریق مصاحبه با ۳۲ زن مصرف‌کننده مواد پرداخته‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان داد عوامل روان‌شناختی از جمله ویژگی‌های شخصیتی شامل هیجان‌خواهی، روان‌آزردگی، کمال‌طلبی، 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 مستعدکننده اعتیاد در زنان باشند.

هاشمی‌نژاد (۱۳۹۵)، در مطالعه‌ای با رویکرد کیفی و با استفاده از روش نظریه زمینه‌ای، به مطالعه جامعه‌شناختی اعتیاد زنان از طریق مصاحبه با هفده نفر از زنان مصرف‌کننده مواد مخدر پرداخته است. مدل پارادایمی تحقیق حول سه بُعد شرایط، تعاملات و پی‌آمدها، و مقوله هسته نهایی تدوین شد. براساس این مدل اعتیاد در زنان کنشی تبعی جهت پاسخ به حس لذت‌جویی و دفع رنج در شرایط نابه‌سامان 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 (2017)، 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 در این پدیده و ارتکاب انحرافات اجتماعی، درهم‌شکستن روابط اجتماعی، و مشکلات جسمی و روحی از پی‌آمدهای آن است.

حاجیه‌ها و دیگران (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 سی زن مصرف‌کننده مواد پرداخته‌اند. براساس یافته‌های تحقیق سه تم خانواده آسیب‌زا، شرایط فردی آسیب‌پذیر و ازدواج ناموفق به‌منزله مهم‌ترین عوامل مؤثر در گرایش به مصرف مواد و دو تیپ زنان مصرف‌کننده مواد شامل زنان مقاومت‌کننده (متشکل از مقوله‌های مقاومت در برابر مصرف، ترک‌های طولانی‌مدت 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

باتوجه به ماهیت پژوهش به‌جای استفاده از چهارچوب نظری از چهارچوب مفهومی برای استخراج سؤالات پژوهش استفاده شده است. در این موقعیت، نظریه‌ها در فرایند تحقیق و تحلیل داده‌ها برای ایجاد حساسیت نظری - مفهومی و بازکردن ذهن محقق به مسائل و مقوله‌های موردپژوهش نقشی الهام‌بخش و اقتباسی دارد. در این بخش، برخی از نظریه‌های مطرح در حوزه انحرافات و اعتیاد به‌منزله رفتار نابه‌هنجار 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 نابه‌هنجار کنش‌گر به کم‌وکیف آرایش به این‌ها وابسته است:

۱. نیاز به تأیید اجتماعی، حمایت اجتماعی، تعلق اجتماعی، رابطه اجتماعی،
۲. انتظار اجتماعی،
۳. فرصت (فرصت مادی، فرصت

سیاسی، فرصت اجتماعی و فرصت فرهنگی)، ۴. معنا (رابینگتن 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 آگنیو با اشاره به سه منبع کلی فشار که عبارت‌اند از ۱. ناکامی در دستیابی به اهداف با ارزش از نظر اجتماع، ۲. وقوع حوادث بزرگ و تأثیرگذار از نظر اجتماعی، 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 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 and 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 and 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، درگیری، باور، و اعتقاد می‌سنجند. نظریه برچسب‌زنی در این چهارچوب بر واکنش‌های رسمی و غیررسمی ناظران اجتماعی در قبال رفتار اشخاص و آثار بعدی این واکنش‌ها تأکید می‌کند (علی‌وردی‌نیا و دیگران 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 نابه‌هنجار در افراد اشاره کرده‌اند. هم‌سو با این نظریه‌ها، میلر و ماتزا به نقش خرده‌فرهنگ در اعتیاد و مکانیسم این تأثیرگذاری پرداخته‌اند (هزارجریبی و دیگران 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 جابه‌جایی 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 (رفیع‌پور ۱۳۷۷: ۲۴۴). در مجموع به نظر می‌رسد درک جامعه‌شناسانه زنان مصرف‌کننده مواد در چهارچوب 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 روایت‌پژوهی در پارادایم تفسیری انجام شده است و از میان انواع مختلف ره‌یافته‌های روایت‌پژوهی از روش تحلیل روایت تجربه‌محور استفاده کرده که به بررسی تجارب افراد در مورد موضوع یا رخدادی خاص می‌پردازد. افراد براساس روایت‌هایی که در دست‌رسانان 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 and 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 براساس معیارهای مشخصی انتخاب می‌کند. شرکت‌کنندگان براساس 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، 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 نوزده نفر مصاحبه شد. در جدول ۱ 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	شلتز
۲	رویا	۳۳	متارکه	ابتدایی	بی‌کار	مصرف‌کننده	DIC
۳	مریم	۳۵	متارکه	ابتدایی	شاغل	مصرف‌کننده	DIC
۴	طلعت	۴۶	مطلقه	ابتدایی	بی‌کار	درحال درمان	کمپ ۱
۵	شهره	۴۳	مطلقه	ابتدایی	بی‌کار	درحال درمان	کمپ ۱
۶	زهرا	۲۶	مطلقه	راهنمایی	بی‌کار	مصرف‌کننده	پاتوق مواد
۷	فروغ	۴۳	مطلقه	راهنمایی	شاغل	درحال درمان	کلینیک
۸	عاطفه	۲۹	مجرد	متوسطه	بی‌کار	مصرف‌کننده	کلینیک
۹	فریبا	۳۹	مطلقه	ابتدایی	شاغل	مصرف‌کننده	شلتز
۱۰	معصومه	۳۱	متاهل	متوسطه	بی‌کار	درحال درمان	کمپ ۲
۱۱	سمیه	۲۶	متارکه	راهنمایی	بی‌کار	درحال درمان	کمپ ۳
۱۲	الهام	۲۴	متارکه	ابتدایی	بی‌کار	درحال 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	درحال درمان	کلینیک
۱۶	ریحانه	۳۶	متاهل	دیپلم	شاغل	مصرف‌کننده	شلتز
۱۷	منصوره	۳۹	متاهل	دیپلم	بی‌کار	درحال درمان	کمپ ۳
۱۸	اختر	۳۸	مطلقه	راهنمایی	بی‌کار	درحال 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 چهره‌به‌چهره و با استفاده از ابزار مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته 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 با 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 تا ضمن روایت داستان اعتیادشان، احساسات،

تجربیات، و سویه‌های متفاوت دربارهٔ 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 (2010) استفاده شد. با اصلاحاتی که در این روش انجام شد، فرایند تحلیل در هشت مرحله پی گرفته شد؛ خوانش چندین بارهٔ مصاحبه‌ها، تهیهٔ خلاصه‌ای از مصاحبه‌ها، استخراج عبارات مهم و نسبت‌دادن کدهای توصیفی به آن‌ها، تهیهٔ 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 شرح‌وارهٔ توصیفی برای مفاهیم به‌هم‌راه 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 براساس مضامین اصلی (کدهای سطح سوم). علاوه‌براین، اتکای کامل یافته‌ها بر مضامین و تجارب کنش‌گران، توجه به معانی و نیات کنش‌گران در فرایند کدگذاری و نه صرفاً نسبت‌دادن یک برجسب به بخشی از عبارات، و نیز جدانشدن از متن تا نوشتن گزارش نهایی از نکاتی است که در تحلیل موردتوجه قرارگرفت. در جدول ۲ یک نمونه از عبارات‌های مستخرج از متن به‌هم‌راه کد توصیفی منسوب به آن آمده است.

جدول ۲. نمونه‌ای از عبارات برگرفته از متن به‌هم‌راه کد توصیفی

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

۴.۴ اعتباریابی

اعتباریابی در پژوهش کیفی از دو منظر درونی و بیرونی قابل بررسی است (کرسول ۱۳۹۴: ۲۵۳-۲۵۶). در این پژوهش از نگارش تفصیلی یعنی توصیف دقیق مضامین اصلی و مستندکردن آن‌ها با متن مصاحبه و «بازخورد همتایان» یعنی ارزیابی یافته‌ها و روند انجام کار توسط هرسه محقق به‌منزلهٔ استراتژی‌های ناظر بر کنترل اعتبار بیرونی و از استراتژی «کنترل اعضا» یعنی ارجاع روایت مکتوب توصیف‌ها به تعدادی از مصاحبه‌شوندگان (پنج

نفر) به منزله استراتژی ناظر بر اعتبار درونی استفاده شد که با اعمال برخی ملاحظات یافته‌ها را تأیید کردند.

۵. یافته‌ها

بازروایی و تحلیل روایت‌های شرکت‌کنندگان از داستان اعتیاد خود در مورد سه سؤال فرعی پژوهش با مضامین زمینه‌ها و انگیزه‌های مصرف مواد، پی‌آمدهای 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 اتکای بیش‌تر روایت‌های خود بر زمینه‌های مصرف مواد آن‌ها را به‌عنوان عوامل پیشینی تحمیلی و خارج از اراده فرد در نظر گرفته‌اند. درمقابل برخی دیگر با عاملیت‌بخشیدن بیش‌تر به انگیزه‌های خود نقش عوامل پیشینی را فرعی و در حاشیه تصور کرده‌اند. تفکیک و تمایزبخشیدن به این دو در روایت‌های مختلف زنان از اعتیاد مشکل و گاه ناممکن است. این مضمون در شش طبقه اصلی و پانزده طبقه فرعی شرح داده شده است (جدول 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 کنجکاوی 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 خوش‌آیندی و آرام‌بخشی و احساس نشئگی و رهایی از مضامین پرتکرار و برجسته تشکیل‌دهنده این طبقه در روایت‌های مشارکت‌کنندگان بوده است.

الف) خوش‌آیندی و آرام‌بخشی: زندگی در خانواده‌های نابه‌سامان و مواجهه با مصائب و وقایع ناگوار در زندگی مصرف‌مواد را به تجربه‌ای خوش‌آیند در زندگی فرد تبدیل کرده است. روایت‌های متعدد شرکت‌کنندگان از خانواده نابه‌سامان بیان‌گر ازهم‌گسیختگی در خانواده اولیه (پدرومادری) و درمورد زنان شرکت‌کننده با سابقه تأهل ازهم‌گسیختگی در

خانواده ثانویه (زن و شوهری) نیز بوده است. طلاق، خیانت، مشاجرات خانوادگی، فقدان والدین به دلیل فوت و یا برخی حوادث دیگر و حبس و زندانی شدن اعضای خانواده از مصادیق وقوع بحران و نابه‌سامانی در خانواده‌های اغلب شرکت‌کنندگان بوده است که مصرف مواد را به تجربه‌ای خوش‌آیند و آرامش‌بخش جهت فراموشی وقایع ناگوار زندگی تبدیل کرده است. هرچند تجربه خوش‌آیند این احساس در اوایل دوران مصرف مواد یکی از مهم‌ترین انگیزه‌های شرکت‌کنندگان برای استمرار مصرف بیان شده است، استمرار این وضعیت هم‌راه با وابستگی بیش‌تر زنان به مصرف مواد سبب تبدیل آن به بحرانی دیگر در زندگی آن‌ها شده است.

ب) **نشنگی 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 رنج می‌برند که دیگران از حق بهره‌مندی در دست‌رسی به منابع و قدرت و اختیار در تصمیم‌گیری و در کسب منافع از آن برخوردارند. 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 بیان کرده‌اند به دلیل دختر بودن از انجام‌دادن بسیاری از کارهایی منع می‌شدند که مردان بابت انجام‌دادن آن‌ها مورد تأیید قرار می‌گرفتند. «یک‌چیزی توی وجودم بود که دوست داشتم تجربه‌اش کنم. می‌خواستم این تجربه رو خودم به‌دست بیارم. با حرف دیگران اقناع 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 پی‌آمدهای 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 وسوس 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 رو انجام 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 پی‌آمدهای جانبی آن بوده است، سعی در قبولاندن و نشان‌دادن خود به دیگران داشته‌اند. «همیشه از دیگران به‌خاطر نداشته‌ام و چیزهایی که داشتم و اونا خواسته یا ناخواسته نمی‌خواستن و دوست نداشتن بین طلب‌کار بودم و سعی می‌کردم تحقیرشون کنم» (کد ۱۶).

ب) وابستگی: وابستگی نوعی حالت روانی در فرد است که در صورت غیبت، فقدان، یا دوری فرد از فرد یا افرادی که به آن‌ها وابسته است موجب خلأ 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 چرخه‌ای معیوب می‌شود که تقلیل و یا به‌عبارتی 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 آمیخته 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 از مهم‌ترین راه‌های افزایش ضریب مصونیت و پیش‌گیری در مقابل بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند اعتیاد محسوب می‌شود. متأسفانه بی‌دانشی و ناآگاهی شرکت‌کنندگان از مهارت‌های زندگی زمانی مشخص‌تر می‌شود که تصور کنیم در صورتی که آن‌ها به این مهارت‌ها آگاهی می‌داشتند، آیا باز درگیر مصرف مواد می‌شدند. این کاستی در شرکت‌کنندگان به‌شکل درپیش‌گرفتن راه‌بردهای مقابله‌ای آسیب‌زا و در والدین آن‌ها به‌شکل 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

هم چون «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 یه 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، درمورد دختران نقش انکارناپذیری در سوق‌دادن فرزندان به‌سوی اعتیاد دارند. اتخاذ سبک تربیتی ناصحیح والدین در تربیت و نظارت بر فرزندان، غفلت و بی‌مبالاتی والدین درقبال 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 به‌شکل رفتارهایی هم‌چون تنبیه بدنی، تحقیر، طرد، و اخراج از خانه و انواع محرومیت‌های مادی نمود و بروز یافته است، سبب قرارگرفتن در موقعیت‌های مخاطره‌آمیز منجر به مصرف مواد و یا تشدید و تغییر الگوی مصرف مواد در شرکت‌کنندگان شده است. روایت‌های مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد که رفتارهای دوگانه و سردرگمانه والدین در برخورد و مواجهه با فرزندان سبب شکل‌گیری ذهنیت «دم‌دمی مزاجی» درمورد والدین از سوی فرزندان شده است. به‌عبارت‌دیگر، اتخاذ رفتارهای سخت‌گیرانه در موقعیت‌هایی که به‌شکل طبیعی لازمه آن مواجهه داهیانیه و راه‌برانه اولیا با فرزندان بوده و درمقابل 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 مجاب‌کردن والدین خود عمل می‌کردند. «من همیشه به این فکر می‌کنم که من باید معتاد می‌شدم که اونا حالیشون شه. حالا که توی این وضعیتم، می‌گن فقط پاک شو، هر کاری خواستی انجام بده. با خودم می‌گم نگااا این قدر باید معتاد می‌شدم که به حرفم گوش کنن» (کد ۱۲).

۴.۱.۵ خانواده آسیب‌زا

خانواده نقش بسیار مهمی در جامعه‌پذیری و کنترل اجتماعی و حمایت از اعضای آن ایفا می‌کند. برخورداری از کانون خانواده گرم و صمیمی از مؤلفه‌های مهم مصونیت افراد در برابر آسیب‌هایی چون اعتیاد است. خانواده‌های آسیب‌دیده و ازهم‌گسیخته به ابتلا به آسیب‌های دیگر و انتقال آن به سایر اعضای خانواده مستعدند. 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 آسیب‌زاینده.

الف) تجربه کودکی پرتنش: یکی از مهم‌ترین دوران اجتماعی شدن و جامعه‌پذیری فرد دوران کودکی است که 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 ناخوش‌آیند دوره کودکی نظیر قرارگرفتن در معرض آزار و تعرض جنسی در دوره کودکی از جانب اطرافیان نزدیک همگی موجب تهدید و قرارگرفتن 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 نابه‌سامان 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 تنش آسیب‌پذیر و شکننده می‌شود. اغلب شرکت‌کنندگان طلاق را در خانواده اولیه (پدرومادری) و یا ثانویه (زن و شوهری) خود تجربه کرده بودند. تجربه خیانت، فحاشی، قرارگرفتن در معرض انواع خشونت‌های جسمی و 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، درحالی‌که به دلیل مشکلاتی که والدین معتاد با آن درگیرند، 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 فرزندپروری به شدت پایین است و والدین نقش حمایتی ندارند. این والدین غیرمستقیم به فرزند 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 جلو دارم بود، به خصوص 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، درحالی‌که 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 درمورد 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 عاملی در کسب اولین تجربه مصرف مواد در دختران، بلکه یکی از عوامل لغزش به سمت مواد است.

۵.۱.۵ استیلای 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 درقبال انجام دادن 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 بیش‌تر است که هنجارهای مردانه مسلط‌تر است. این طبقه از دو مضمون «اقتدار و سلطه مردانه» و «زنانگی زودرس» تشکیل شده است.

الف) اقتدار و سلطه مردانه: زنان طی روابط نزدیک با مردان مسن‌تر (همسر، شریک صمیمی، پدر، و اعضای مذکر خانواده) بیش از سایر روابط صمیمانه دچار اعتیاد می‌شوند.

سلطه مردانه در نقش همسر از عوامل اصلی تأثیرگذار اعتیاد در زنان بوده است. هم‌راهی با همسر و مصرف تفنی 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 روبه‌رو می‌شده است. در گروه دیگری از زنان مهربانی و محبت بی‌سابقه‌ای که مردان در هنگام مصرف مواد با همسران از خود بروز می‌داده‌اند، انگیزه‌بخش 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 طردشدن و عدم حمایت از جانب شوهر سبب سکوت و هم‌راهی با وی در مصرف مواد شده است. «نمی‌دونستم چه‌طور باید نگاهش دارم و این به نظرم بهترین راه بود. از آوارگی و این‌که 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. «به‌خاطر شوهرم تفریحی و بازی‌بازی شیشه کشیدم تا کسی را به خانه نیوردم» (کد ۱۶). برخی دیگر از مشارکت‌کنندگان دستیابی به معیارهای مردانه زیبایی زنانه را از دلایل گرایش به مصرف مواد عنوان کرده‌اند. «طعنه‌های شوهرم به‌خاطر وزن بالام کارم رو به پیش نهاد یکی از دوستانم واسه لاغری سریع به مصرف شیشه کشوند» (کد ۸).

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. «نفهمیدم کی زن شدم. نمی‌دونستم کدوم کار درسته و کدوم کار رو 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 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 خونه پدرم می‌موندم، این اتفاقات پیش نمی‌اومد و معتاد نمی‌شدم» (کد ۱۱). برخی شرکت‌کنندگان به‌قصد رهایی از شرایط اسفناک خانه پدری و به امید برخوردارشدن از

شرایط بهتر در خانه شوهر در سن پایین به ازدواج تن 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 می‌کند و آن‌ها را در موقعیت‌های بحرانی‌تری از نظر مصرف مواد و آسیب‌های متعاقب آن قرار می‌دهد. سه مضمون «تعارض‌های روان‌شناختی»، «ناآگاهی از پی‌آمدهای مصرف مواد»، و «زندگی در خرده‌فرهنگ مصرف مواد» مهم‌ترین مضامین تشکیل‌دهنده این طبقه را تشکیل داده‌اند.

از تسهیل‌گرهای مصرف مواد در مشارکت‌کنندگان رنج‌بردن از تعارض‌های روان‌شناختی مشکلات و احساسات روانی منفی درمورد خود بوده است. ناآگاهی از پی‌آمدهای مصرف مواد از دیگر تسهیل‌گرهای مصرف مواد در شرکت‌کنندگان بوده است. «نمی‌دونستم که مصرف مواد می‌تونه من رو این‌قدر شکسته کنه» (کد ۱۰). زندگی در خرده‌فرهنگ مصرف مواد مخدر از دیگر تسهیل‌گرهای شناسایی‌شده 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 جنسی در برابر برخورداری از سرپناه، غذا، و حمایت اشاره کرده‌اند. برخی از زنان این طیف جزو 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 جرم‌خیز سهولت دسترسی به مواد را بیش‌تر می‌کند. برخی از آن‌ها به دلیل 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. دوربر 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	خوش‌آیندی و آرام‌بخشی
		نشنگی و رهایی
	شخصیت آسیب‌پذیر	خودشیفتگی
		وابستگی
	ضعف در مهارت‌های زندگی	راه‌بردهای مقابله‌ای ضعیف
		مهارت‌های والدینی ضعیف
	خانواده آسیب‌زا	تجربه کودکی پر تنش
		روابط آسیب‌پذیر و شکننده
		والدین معتاد
		دوستان
	استیلاهی هنجارهای مردانه	اقتدار و سلطه مردانه
		زنانگی زودرس
	فرایندهای تسهیل‌گر	تعارض‌های روان‌شناختی
		ناآگاهی از پی‌آمدهای مصرف مواد
		زندگی در خرده‌فرهنگ مصرف مواد

۲.۵ آثار و پی‌آمدها

از تحلیل روایت‌های زنان درخصوص «پی‌آمدهای اعتیاد در زنان» دو طبقه اصلی «پی‌آمدهای درونی - فردی» و «پی‌آمدهای بیرونی - اجتماعی» کشف و شناسایی شد. منظور از پی‌آمدهای 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 پی‌آمدهای بیرونی - اجتماعی آن نوع احساساتی است که فرد از بازتاب رفتارهای دیگران درقبال خود دریافت می‌کند و بیش‌تر ناظر به بیرون از فرد و محیط اجتماعی اطراف اوست. این طبقه از دو مضمون فرعی «طرد و داغ بی‌اعتباری» و «آسیب‌پذیری مضاعف» تشکیل شده است (جدول 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 سوءاستفاده‌های 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 کناره‌گرفتن 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 چرخه معیوب احساس تنهایی و اجتناب از معاشرت با دیگران می‌شود. بررسی روایت‌های زنان شرکت‌کننده در تحقیق نشان داد که آن‌ها به دلیل عوارض ظاهری مصرف مواد که در چهره و حالت‌های مختلف بدنی فرد مشخص می‌شود، از حضور در اجتماع و رفت‌وآمد 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 رفت‌وآمدهای 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 انزوا کمک می‌کند. «به‌خاطر اعتیادم ارتباطم با خیلی از فامیل قطع شد، به‌جایی رسیدم که همه‌چیز و همه‌کس را از دست دادم، فقط با دوستای معتادم رفت‌وآمد 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 به‌نام 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 همه‌چیز برگردد 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 عذاب‌دادن خودشان می‌توانند این احساس گناه را برطرف کنند. «این قدر ناامیدم که دلم می‌خواهد آن قدر مصرف کنم تا بمیرم» (کد ۷).

د) **طرد و داغ بی‌اعتباری:** نپذیرفتن زنان مصرف‌کننده مواد از جانب اطرافیان و خانواده سبب قرارگرفتن 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 می‌افزود. «با بابام کلاً رابطه‌ام قطع شده. وقتی می‌رم خونه خواهرم محلم نمی‌ذارن 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 درآمد و یا شغل ثابتی نداشتند و برای به‌دست‌آوردن 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 هزینه‌هایش 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، و وضعیت اقتصادی او وابسته است. از همین رو، نوع برخی مداخلاتی که زنان معتاد روسپی به آن نیازمندند با نوع مداخلاتی که درمورد 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 پی‌آمدهای اعتیاد

مضمون اصلی	مضمون سطح سوم	مضمون سطح دوم
آثار و پی‌آمدها	پی‌آمدهای درونی - فردی	درماندگی و استیصال
		تنهایی و گوشه‌گیری
		احساس گناه و پشیمانی
	پی‌آمدهای بیرونی - اجتماعی	طرد و داغ بی‌اعتباری
		آسیب‌پذیری مضاعف

۳.۵ چالش‌های رهایی

زنان در مقایسه با 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 روبه‌رو می‌شوند که هر یک از آن‌ها مسئله درمان آن‌ها را دچار اختلال می‌کند. از تحلیل روایت‌های زنان درخصوص چالش‌های رهایی سه طبقه اصلی و نه طبقه فرعی کشف و شناسایی شد (جدول ۵).

۱.۳.۵ ضرورت ناگزیر ترک

تجربه مصرف مواد مخدر در زنان و موفقیت در ترک آن پیچیدگی‌هایی دارد و تحت‌تأثیر 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 طردشدن به دلیل اعتیاد، ترس از دست‌دادن آبرو، ترس از شکست در ترک، ترس از فشار و طعنه‌های خانواده، و ترس از نگاه مردم و سؤالات آن‌ها در زمینه دلیل تغییرات قیافه و ظاهر سبب شکل‌گیری بیم و هراس در زنان مصرف‌کننده مواد و بازاندیشی درباره عواقب استمرار مصرف مواد شده است. «می‌ترسیدم که با ادامه این وضعیت اوضاعم از اینی که هست بدتر بشه، خیلی وضع بدی پیدا کرده بودم» (کد ۱۱).

ب) پایان نافرجام: احساس مکرر هتک حرمت، تجاوز و سوءاستفاده دیگران مهم و غریبه‌ها به اشکال مختلف، جذابیت نداشتن زندگی، بی‌ارزش‌شمردن مواد، احساس خسران به خود و دیگران، مشکلات اقتصادی ناشی از مصرف مواد، احساس خستگی از شرایط موجود، احساس طرد و انزوا، انجام‌دادن رفتارهای ناهنجار اخلاقی و اجتماعی برای تهیه مواد، و پی‌آمدهای 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 مواد درکنار سایر عوامل سبب شده است تا زنان

مصرف‌کننده به این آگاهی، دریافت، و ادراک درونی دست پیدا کنند که استمرار چنین وضعیتی به‌مثابه گام‌نهادن در مسیری است که پایان نافرجام و عاقبت نامناسبی را برای آن‌ها به‌دنبال خواهد داشت. «مصرف مواد از خورد و خوراک و ضبط و ربط بچه 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 مهم‌ترین مصداق این مؤلفه از زبان اغلب شرکت‌کنندگان دارای تجربه شرکت در این جلسات تکرار شده است. «آشناسدن 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 درقبال 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 سوءرفتارهای خانواده روبه‌رو 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 است.

الف) رفتار دوگانه و متناقض: وابستگی به مواد دو بعد جسمانی و روانی دارد. روایت‌های متعدد شرکت‌کنندگان بیان‌گر بی‌توجهی خانواده‌ها به بُعد روانی ترک مصرف مواد و به حمایت‌ها و مراقبت‌های لازم برای تأمین این شرایط است. «باوجود این که پاک شده بودم، مدام بهم سرکوفت می‌زدن و انگ می‌چسبوندن» (کد ۱۳). ناامیدی از 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 نکردن. به من به حالت نفرت نگاه می‌کردن. اینا در من تأثیر می‌داشت. من رو جلدی‌تر می‌کرد که مصرف کنم» (کد ۱۹).

ب) اعتیاد اعضای خانواده: بسیاری از اوقات زنان مصرف‌کننده خانواده‌هایی دارند که به آسیب دچارند و خود از مصرف‌کنندگان مواد محسوب می‌شوند و گاهی حتی در روابط آسیب‌زا با همسرشان‌اند و نه تنها حمایتی نمی‌شوند، بلکه نمی‌خواهند وارد درمان شوند. مصرف مواد در خانواده و فراهم‌بودن شرایط برای وسوسه مصرف مواد از دیگر

عوامل تهدیدزای تأثیرگذار در تصمیم‌گیری زنان برای ترک بیان شده است. همه زنان مشارکت‌کننده در تحقیق خانواده‌هایی داشته‌اند که یا عضو مصرف‌کننده دارند، یا مصرف مواد را اساساً مسئله قلمداد نمی‌کنند و 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، چراکه با سایر محرومیت‌های اساسی‌تر روبه‌رویند. فقر و نبود سرپناه مناسب و رفع‌نشدن 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 دلیل ورود به فرایند درمان، و حتی هزینه‌های بسیار جزئی‌تر از جمله هزینه حمل‌ونقل مسئله بازدارنده‌ای است که فقط با ارائه خدمات استاندارد رایگان حل‌شدنی است. تجربیات شرکت‌کنندگان نشان داد، درحالی‌که خانواده‌ها از اقدام به درمان اعضای مرد خانواده حمایت بیشتری می‌کردند، درمورد 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 سوءاستفاده از همسر پس از ترک مصرف مواد استنکاف می‌کردند و کم‌تر حمایت می‌کردند. روایت‌های زنان دارای سابقه درمان حاکی از آن بود که به دلیل 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 در انواع خدمات کاهش آسیب در دسترس زنان مصرف‌کننده مواد وجود داشته که از سه زیرطبقه «بی‌اطلاعی و بی‌دانشی»، «مشکلات خدمات کاهش آسیب»، و «مراقبت از فرزند» تشکیل شده است.

الف) بی‌اطلاعی و بی‌دانشی: آگاهی‌نداشتن از شدت و عواقب مصرف مواد و دست‌رسی ناکافی زنان مصرف‌کننده مواد به اطلاعاتی که به آن‌ها کمک می‌کند تا 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 به‌نوعی با یک‌دیگر در ارتباط‌اند، ترس از شناخته‌شدن 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، به‌ویژه مادران مصرف‌کننده مواد مخدر، به علت مواجه‌شدن با تعریف نقش مادر خوب و مقایسه خود با آن و هم‌چنین احساس شرم و گناه ناشی از مصرف مواد تحت‌فشارهای متعددی‌اند که سبب امتناع آنها از ورود به فرایند درمان و کمک‌گرفتن از دیگران می‌شود. علاوه‌براین، یکی از دغدغه‌ها و نگرانی‌های مهم زنان نبود مراقبت‌های اطمینان‌بخش و با هزینه مناسب برای کودکان در طول دوره است. حتی اگر بنابه نوع درمان به بستری نیازی نباشد، باز هم زنان در طول درمان به دلیل تغییرات جسمی و روحی خود درمورد وضعیت مراقبت از فرزندانشان نگران‌اند. تعداد و سن کودکان از مؤلفه‌های 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 اطمینان‌بخش باشد و نگرانی زنان مبنی بر آزار و اجبار در درمان را برطرف کند. هم‌چنین باید به‌صورتی در مناطق مختلف توزیع شود که در دسترس همگان باشد. انعطاف‌پذیری در خدمات درمورد معیارهای ورود به مراکز درمانی، انطباق با نیازهای واقعی زنان، توجه به نیازهای فردی و خانوادگی آنها، و برنامه زمان‌بندی منعطف (برنامه‌های درمانی کوتاه‌مدت و بلندمدت) از شاخصه‌های خدمات درمانی مناسب محسوب می‌شود. اجرای ناقص پروتکل‌های درمان در برخی مراکز درمانی، رفتارهای غیرانسانی و محدودیت‌های اعمال‌شده از سوی برخی از مراکز درمانی - اقامتی و محیط آسیب‌زای برخی از مراکز از موارد اشاره‌شده مشکلات و چالش‌های خدمات کاهش آسیب در روایت‌های شرکت‌کنندگان بوده است. «بیش از ده بار کمپ رفتم. اون جا بود که با شیشه آشنا شدم. هربار برای یه تجربه و یه زندگی تازه می‌رفتم، ولی ناامیدتر برمی‌گشتم» (کد ۱۲).

جدول 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 با بهره‌گیری از روش تحقیق روایت‌پژوهی تجربه‌های متفاوت زنان مصرف‌کننده مواد را درباره اعتیاد توصیف کرد. بررسی مفاهیم و مقولات استخراج‌شده از روایت‌های شرکت‌کنندگان درمورد دلایل و انگیزه‌ها، پی‌آمدهای اعتیاد، و چالش‌های رهایی از اعتیاد در زنان مصرف‌کننده مواد نشان داد که خانواده یکی از مضامین کلیدی است که در آن در تمام روایت‌های 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 به مسئله تبدیل می‌شود. این مسئله باعث شده است تا برخی زنان برای رهایی از شرایط و مشکلات درون و پیرامون محیط خانواده یا مستقیماً تن به مصرف مواد بدهند و یا با قرارگرفتن 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، به‌منظور 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 تا برای حفظ زندگی مشترکشان،

به‌خاطر فرزندان، و یا ترس از تهدید همسر به جدایی در خدمت خواسته‌های شوهر قرار بگیرند و به خواسته‌های وی تن بدهند. تجربه‌ی یکی از شرکت‌کنندگان مبنی بر آوردن زنان دیگر به خانه برای همسر خویش از مصداق‌های سوءاستفاده‌ی شوهر از زن مصرف‌کننده‌ی مواد بوده است. در این زمینه با نوعی درهم‌آمیختگی مواجهیم، به‌نحوی که زنان به‌قدری وابسته به طرف مقابل خود شده‌اند که نوعی ترس از رهاشدن آن‌ها را به از خودگذشتگی و باج‌دادن در رابطه هدایت می‌کند، زیرا نمی‌توانند تنهایی و خماری را تحمل کنند. این وابستگی هم به‌شکل عاطفی و هم به‌شکل وابستگی به مواد درهم تنیده شده است. بنابراین روابط خود را با او به‌نحوی تنظیم می‌کنند که بیش‌تر اوقات در دست‌رس باشد. این موضوع سبب می‌شود که زن مصرف‌کننده‌ی 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 ارتباط‌اند، برای نگاه‌داشتن زنان در کنار خود و جلوگیری از جدایی احتمالی آن‌ها را به مصرف مواد وابسته می‌کنند و موجب تداوم چرخه‌ی آسیب‌زای اعتیاد زنان به‌واسطه‌ی شوهران می‌شوند.

خانواده‌ی آسیب‌زا شرایطی را فراهم می‌کند که زنان دوران کودکی پرتنش، متلاطم، روابط شکننده، و آسیب‌پذیری را تجربه کنند. تجربه‌ی طلاق و جدایی، خشونت و دعوی بین والدین، روابط پرتنش بین والدین و فرزندان، قرارگرفتن در معرض خشونت و سوءاستفاده‌ی اطرافیان، رنج‌بردن از فقدان والدین و زندگی با ناپدیری یا نامادری، و مشاهده‌ی خیانت والدین به یک‌دیگر از نشانه‌های کودکی پرتنش و روابط آسیب‌پذیر و شکننده‌ی اعضای خانواده با یک‌دیگر در روایت‌های مشارکت‌کنندگان بوده است که زمینه را برای سقوط آنان به دامان اعتیاد فراهم کرده است. حضور زنان در شبکه‌ی خانواده‌ی مصرف‌کننده موجب شده تا برخی زنان با الگوگیری از والدین معتاد خود رفتار آسیب‌زای آن‌ها را الگو قرار دهند تا به‌تدریج قبح و زشتی مصرف مواد برای آنان کم‌تر شود و حالت عادی پیدا کند. نقش دوستان در شروع مصرف مواد در زنان، هنگامی که با پیش‌زمینه‌ای مانند داشتن اعضای خانواده‌ی 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 از نقش آنان در تجربه‌ی اولین بار مصرف مواد پررنگ‌تر بوده است و درمقابل خانواده هم‌چنان نقش به‌مراتب پراهمیت‌تری در تجربه‌ی اولین مصرف مواد در زنان ایفا کرده است. محققان بر این نظرند که رفتار انسان را می‌توان برحسب کیفیت محیط زندگی او تبیین کرد. بر اثر توسعه‌ی شهرهای بزرگ محله‌های مشخصی به‌وجود می‌آید که هرکدام شیوه‌های خاص زندگی خود را دارد (دانش ۱۳۹۲). زندگی در خرده‌فرهنگ‌های

مصرف مواد، علاوه بر تسهیل دسترسی افراد به انواع مواد مخدر، زمینه را برای قرارگرفتن آنان در مجاور بسیاری از آسیب‌های دیگر فراهم می‌کند که فرایند ورود فرد به چرخه اعتیاد را تسریع می‌بخشد.

حس خوش‌آیند و آرامش‌بخش حاصل از اولین تجربه مصرف مواد همراه با احساس نشنگی و رهایی، که به دلیل مصرف مواد به برخی از زنان دست می‌دهد، سبب می‌شود تا آن‌ها برای تجربه دوباره این احساس به مرور مصرف تفنی و تفریحی خود را مستمر کنند. در نتیجه، انواع مختلفی از الگوهای مصرف مواد با توجه به سیر مصرف مواد در زنان از مصرف تفنی تا سوءمصرف و حرکت به سمت وابستگی محتمل است، اما در کل 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، از سایر زنان مصرف‌کننده در وضعیت آسیب‌پذیرتر و پرخطرتری قرار دارند. پی‌آمدهای مصرف مواد در زنان طیفی از مشکلات بین‌فردی تا بی‌خانمانی، ازدست‌دادن شغل، فقر، و طرد کلی از اجتماع را شامل می‌شود. پیمایش ملی مطالعه زنان نشان داد که نه تنها تعداد زیادی از زنان مصرف‌کننده مواد جدا شده یا طلاق گرفته‌اند، بلکه آن‌ها از رفتارهای سخت‌گیرانه‌تر و آزاردهنده‌تر 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 در مورد نقش‌های خانگی زنان و مسئولیت‌های اجتماعی و اخلاقی متصف به آن‌ها برای تولید نسل و مادری با سطح بالایی از داغ‌ننگ و تبعیض برای زنان مصرف‌کننده مواد همراه است. نگرش خانواده‌ها به آن‌ها آزاردهنده، طعنه‌آمیز، سوءاستفاده‌گرانه، و تحقیرآمیز همراه با بی‌اعتنایی است. این عوامل هنگامی که با متغیرهایی نظیر فقر، طبقه، نژاد، سن، و سایر نابرابری‌های اجتماعی ترکیب می‌شود، به شکل مضاعفی مانع دسترسی فرد مصرف‌کننده به خدمات بهداشتی و اجتماعی می‌شود. عواملی هم‌چون موقعیت آموزشی ضعیف، فقدان شغل و مهارت مشخص، ورود زودهنگام به بازار کار، ازدواج زودهنگام، 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 به‌وجود آمدن مشکلات متعدد دیگر و مضاعف‌تر شدن مشکل دسترسی‌نداشتن به خدمات کاهش آسیب فراهم می‌کند. به‌طور کلی مراکز درمان سوءمصرف 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 ایفا 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 وجود این، 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، لایلا محمدی، مسیب یارمحمدی، علی فرهودیان، فیروزه جعفری، و محمدحسن فرهادی (۱۳۹۲)، «بررسی وضعیت و روند سوء مصرف و وابستگی به مواد در زنان ایرانی»، فصل‌نامه علمی پژوهشی توان‌بخشی، س ۱۴، ش ۵.
- حاجیها، ضحی، هادی بهرامی احسان، و رضا رستمی (۱۳۹۷)، «تجربه زیسته زنان معتاد در شهر تهران: دست‌یابی به یک الگوی تبیینی»، فصل‌نامه علمی - پژوهشی اعتیادپژوهی، س ۱۲، ش ۴۷.
- خادمیان، طلیمه و زهرا قناعتیان (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، س ۲، ش ۴.
- دانش، پروانه، امیرملکی، و زهره نیازی (۱۳۹۲)، «نظریه زمینه‌ای درباره علل اعتیاد زنان معتاد زندانی در زندان مرکزی اصفهان»، فصل‌نامه مطالعات توسعه اجتماعی - فرهنگی، س ۱، ش ۴.
- رابرتسون، یان (۱۳۷۲)، *درآمدی بر جامعه، ترجمه بهروان، مشهد: مؤسسه چاپ انتشارات آستان قدس رضوی*.
- رابینگتن، ارل و واینبرگ مارتین (۱۳۹۳)، *رویکردهای نظری هفت‌گانه در بررسی مسائل اجتماعی ایران، ترجمه صدیق سروستانی، تهران: دانشگاه تهران*.
- رحیمی موقر، آفرین، ونداد شریفی، محمدرضا محمدی، علی فرهودیان، الهه سهیانی ایزدیان، رضاراد گودرزی، علی‌اکبر نجاتی صفا، و نغمه منصوری (۱۳۸۸)، «مطالعه مقاله‌نگاری سی‌سال مقالات پژوهشی اعتیاد کشور»، فصل‌نامه علمی - پژوهشی اعتیادپژوهی، س ۳، ش ۹.
- رحیمی موقر، آفرین، کاظم محمد، و عمران محمد رزاقی (۱۳۸۱)، «روند ۳۰ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران»، مجله حکیم، س ۵، ش ۳.
- رضایی ابهری، فیده، زینب حمزه گردشی، نیره اعظم حاجی‌خانی، مجید ذبیحی، و لیلیا حمزه گردشی (۱۳۹۰)، «تجارب ذهنی دختران مصرف‌کننده مواد مخدر در ارتباط با تصمیم‌گیری جنسی ایشان: تحقیق کیفی»، فصل‌نامه پژوهش پرستاری، س ۶، ش ۲۱.
- رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۷۷)، *توسعه و تضاد، تهران: سهامی انتشار*.

- علیوردی‌نیا، اکبر، حیدر جان‌علیزاده چوب‌بستی، و آزاده جعفری (۱۳۹۱)، «تحلیل اجتماعی نقش انگ‌زنی غیررسمی در نگرش دانشجویان نسبت به مواد مخدر»، پژوهش‌های راه‌بردی امنیت و نظم اجتماعی، س ۲، ش ۴.
- کرسول، جان (۱۳۹۴)، پوشش کیفی و طرح پژوهش: انتخاب از میان پنج رویکرد، ترجمه حسن دانایی‌فرد و حسن کاظمی، تهران: صفار.
- گروسی، سعیده و خدیجه محمدی دولت‌آباد (۱۳۹۰)، «تبیین تجربه زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده اعتیاد»، فصل‌نامه جامعه‌شناسی زنان، س ۲، ش ۱.
- گلد، استیون (۱۳۸۴)، نظریه کنترل CAP شاد در مورد سوء مصرف مواد مخدر، ترجمه شروین وکیلی، تهران: جامعه و فرهنگ.
- میرزا خانی، فهیمه و جواد خدادادی سنگده (۱۳۹۵)، «عوامل روان‌شناختی مستعدکننده اعتیاد در زنان: یک تحقیق کیفی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، س ۲۶، ش ۱۴۵.
- هاشمی‌نژاد، مهدیه (۱۳۹۵)، مطالعه جامعه‌شناختی اعتیاد زنان در مازندران به روش نظریه زمینه‌ای، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه خوارزمی.
- هزارجریبی، جعفر، مهدی ترکمان، و غلامرضا مردای (۱۳۸۹)، «عوامل مؤثر بر گرایش نوجوانان و جوانان پسر شهرستان کرج به مصرف مواد مخدر»، فصل‌نامه مطالعات نیروی انتظامی، س ۵، ش ۲.

- Afrasiabi, H. and N. Farhani (2017), "Qualitative Study of a Background of Drug Use among Women in Yazd", *SBRH*, vol. 1, no. 1.
- Ajilchi, B., M. A. Naderi, and F. Ghaem (2009), "Study the Relationship between Characteristics of Addicted Women and Social Discipline", *Journal of Security and Order Police*, vol. 2, no. 4.
- Ajzen, I. and M. Fishbein (1980), *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*, Englewood Cliff, MJ: Prentice-Hall.
- Azim, T., I. Bontell, and S. A. Strathdee (2015), "Women, Drugs and HIV", *International Journal of Drug Policy*, vol. 26.
- Back, S. E., R. L. Payne, A. H. Wahlquist, R. E. Carter, Z. Stroud, L. Haynes, 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*, vol. 37, no. 5.
- Becker, J. B., M. L. McClellan, and B. G. Reed (2017), "Sex Differences, Gender and Addiction", *Journal of Neuroscience Research*, vol. 95, no. 1-2.
- Brady, K. T., S. E. Back, and S. F. Greenfield (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., F. A. Wagner, C. F. Ríos-Bedoya, and J. C. Anthony (2009), "Opportunities to Use Drugs and Stages of Drug Involvement outside the United

- States: Evidence from the Republic of Chile”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 102, no. 1-3.
- Carter, C. S. (1997), “Ladies don't: A Historical Perspective on Attitudes toward Alcoholic Women”, *Affilia*, vol. 12, no. 4.
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016), *National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*, S. A. A. M. H. S. Administration (ed.), Rockville, MD.
- Chaturvedi, H. K., J. Mahanta, R. C. Bajpai, and A. Pandey (2013), “Correlates of Opium Use: Retrospective Analysis of a Survey of Tribal Communities in Arunachal Pradesh, India”, *BMC public health*, vol. 13, no. 1.
- Cotto, J. H., E. Davis, G. J. Dowling, J. C. Elcano, A. B. Staton, and S. R. Weiss (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*, vol. 7, no. 5.
- Crome, I. B. and M. T. Kumar (2007.), “Epidemiology of Drug and Alcohol Use in Young Women”, In: *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, vol. 12, no. 2.
- Devries, K. M., J. C. Child, L. J. Bacchus, J. Mak, G. Falder, K. Graham, and L. Heise (2014), “Intimate Partner Violence Victimization and Alcohol Consumption in Women: A Systematic Review and Metaanalysis”, *Addiction*, vol. 109, no. 3.
- El-Bassel, N., A. Terlikbaeva, and S. Pinkham (2010), “HIV and Women who Use Drugs: Double Neglect, Double Risk”, *The Lancet*, vol. 376, no. 9738.
- El-Bassel, N., L. Gilbert, S. Witte, E. Wu, and M. Chang (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*, vol. 46, no. 2-3.
- Foster, K. T., N. Li, E. A. McClure, S. C. Sonne, and K. M. Gray (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*, no. 66.
- Fox, H. C. and R. Sinha (2009), “Sex Differences in Drug-Related Stress-System Changes: Implications for Treatment in Substance-Abusing Women”, *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 17, no. 2.
- Gilbert, L., A. Raj, D. Hien, J. Stockman, A. Terlikbayeva, and G. Wyatt (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)*, vol. 69, no. 2.
- Gilchrist, G., A. Blazquez, and M. Torrens (2011), “Psychiatric, Behavioural and Social Risk Factors for HIV Infection among Female Drug Users”, *AIDS and Behavior*, vol. 15, no. 8.

- Greenfield, S. F. (2016), *Treating Women with Substance Use Disorders: The Women's Recovery Group Manual*, Guilford Publications.
- Greenfield, S. F., S. E. Back, K. Lawson, and K. T. Brady (2010), "Substance Abuse in Women", *Psychiatric Clinics*, vol. 33, no. 2.
- Greenfield, S. F., A. J. Brooks, S. M. Gordon, C. A. Green, F. Kropp, R. K. McHugh, and G. M. Miele (2007), "Substance Abuse Treatment Entry, Retention, and Outcome in Women: A Review of the Literature", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 86, no. 1.
- Griffin, M. L., H. E. Bennett, G. M. Fitzmaurice, K. P. Hill, S. E. Provost, and R. D. Weiss (2015), "Health-Related Quality of Life among Prescription Opioid-Dependent Patients: Results from a Multi-Site Study", *The American Journal on Addictions*, vol. 24, no. 4.
- Gruzca, R. A., K. Norberg, K. K. Bucholz, and L. J. Bierut (2008), "Correspondence between Secular Changes in Alcohol Dependence and Age of Drinking onset among Women in the United States", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 32, no. 8.
- Hasin, D. S., F. S. Stinson, E. Ogburn, and B. F. Grant (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*, vol. 64, no. 7.
- Helzer, J. E., A. Burnam (1991), "L. T. Alcohol Abuse McEvoy and Dependence", L. N. Robins and D. A. Regier (eds.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study*, New York: The FreePress.
- Hernandez-Avila, C. A., B. J. Rounsaville, and H. R. Kranzler (2004), "Opioid, Cannabis-And Alcohol-Dependent Women Show more Rapid Progression to Substance Abuse Treatment", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 74, no. 3.
- Kensy, J., C. Stengal, M. Nougier, and R. Birgin (2012), "Drug Policy and Women: Addressing the Negative Consequences of Harmful Drug Control", *International Drug Policy Consortium*.
- Keyes, K. M., B. F. Grant, and D. S. Hasin (2008), "Evidence for a Closing Gender Gap in Alcohol Use, Abuse, and Dependence in the United States Population", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 93, no. 1-2.
- Keyes, K. M., S. S. Martins, C. Blanco, and D. S. Hasin (2010), "Telescoping and Gender Differences in Alcohol Dependence: New Evidence from two National Surveys", *American Journal of Psychiatry*, vol. 167, no. 8.
- Lal, R., K. S. Deb and S. Kedia (2015), "Substance Use in Women: Current Status and Future Directions", *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 57, Suppl 2, S275.
- Lazuardi, E., H. Worth, A. M. I. Saktiawati, C. Spooner, R. Padmawati, and Y. Subronto (2012), "Boyfriends and Injecting: The Role of Intimate Male Partners in the Life of Women who Inject Drugs in Central Java", *Culture, Health & Sexuality*, vol. 14, no. 5.

- Link, B. G., E. L. Struening, M. Rahav, J. C. Phelan, and L. Nuttbrock (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*, no. 38.
- Luoma, J. B., M. P. Twohig, T. Waltz, S. C. Hayes, N. Roget, M. Padilla, and G. Fisher (2007), "An Investigation of Stigma in Individuals Receiving Treatment for Substance Abuse", *Addictive Behaviors*, vol. 32, no. 7.
- Maharaj, R. G., J. Rampersad, J. Henry, K. V. Khan, B. Koonj-Beharry, J. Mohammed, and S. Barclay (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*, vol. 54, no. 1.
- Mazure, C. M. and D. P. Jones (2015), "Twenty years and still Counting: Including Women as Participants and Studying Sex and Gender in Biomedical Research", *BMC Women's Health*, vol. 15, no. 1.
- McHugh, R. K., E. E. DeVito, D. Dodd, K. M. Carroll, J. S. Potter, S. F. Greenfield, and R. D. Weiss (2013), "Gender Differences in a Clinical Trial for Prescription Opioid Dependence", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 45, no. 1.
- McHugh, R. K., S. Wigderson, and S. F. Greenfield (2014), "Epidemiology of Substance Use in Reproductive-Age Women", *Obstetrics and Gynecology Clinics*, vol. 41, no. 2.
- McHugh, R. K., V. R. Votaw, D. E. Sugarman, and S. F. Greenfield (2018), "Sex and Gender Differences in Substance Use Disorders", *Clinical Psychology Review*, no. 66.
- Moore, T. M., G. L. Stuart, J. C. Meehan, D. Rhatigan, J. C. Hellmuth, and S. M. Keen (2008), "Drug Abuse and Aggression between Intimate Partners: A Meta-Analytic Review", *Clinical Psychology Review*.
- Murthy, P. and P. Chand (2005), "Substance Use Disorder in Women", *Substance Use Disorder: Manual for Physicians*.
- Nandi, A., S. Galea, G. Lopez, V. Nandi, S. Strongarone, and D. C. Ompad (2008), "Access to and Use of Health Services among Undocumented Mexican Immigrants in a US Urban Area", *American Journal of Public Health*, vol. 98, no. 11.
- Nebhinani, N., S. Sarkar, S. Gupta, S. K. Mattoo, and D. Basu (2013), "Demographic and Clinical Profile of Substance Abusing Women Seeking Treatment at a De-Addiction Center in North India", *Industrial Psychiatry Journal*, vol. 22, no. 1.
- Network, E. H. R. (2010), Eurasian Harm Reduction Network (EHRN) about Special Groups, Lithuania.
- Pinkham, S., B. Myers, and C. Stoicescu (2012), "Developing Effective Harm Reduction Services for Women who Inject Drugs", *Harm Reduction International, Global State of Harm Reduction, London: Report*.

- Pinkham, S., C. Stoicescu, and B. Myers (2012), "Developing Effective Health Interventions for Women who Inject Drugs: Key Areas and Recommendations for Program Development and Policy", *Advances in Preventive Medicine*.
- Rahman, F., P. Lall, S. Iqbal, and B. Vicknasingam (2015), "Pain, Instability, and Familial Discord: A Qualitative Study into Women who Use Drugs in Malaysia", *Harm Reduction Journal*, vol. 12, no. 1.
- Razaghi E. M., A. Rahimi-Movaghar, M. Amin-Esmaeili, E. SahimiIzadian, and A. R. Baghestani (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., M. Mohraz, P. Kheirandish, M. Malekinejad, H. Malekafzali, A. Mokri, and G. Rutherford (2007), "HIV Risk Behavior among Injection Drug Users in Tehran, Iran", *Addiction*, vol. 102, no. 9.
- Robins, L. N. (1991), "Psychiatric Disorders in America", *The Epidemiologic Catchment Area Study*.
- Schleifer, R. and L. Pol (2017), "International Guidelines on Human Rights and Drug Control: A Tool for Securing Women's Rights in Drug Control Policy", *Health and Human Rights*, vol. 19, no. 1.
- Seedat, S., K. M. Scott, M. C. Angermeyer, P. Berglund, E. J. Bromet, T. S. Brugha, and E. G. Karam (2009), "Cross-National Associations between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys", *Archives of General Psychiatry*, vol. 66, no. 7.
- Sherman, B. J., A. L. McRae-Clark, N. L. Baker, S. C. Sonne, T. K. Killeen, K. Cloud, and K. M. Gray (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*, vol. 26, no. 2.
- Simmonds, L. and R. Coomber (2009), "Injecting Drug Users: A Stigmatised and Stigmatising Population", *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, no. 2.
- Steingrímsson, S., H. K. Carlsen, S. Sigfússon, and A. Magnússon (2012), "The Changing Gender Gap in Substance Use Disorder: A Total Population-Based Study of Psychiatric In-Patients", *Addiction*, vol. 107, no. 11.
- 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., D. R. Cressey, and D. F. Luckenbill (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*, vol. 29, no. 2.
- Van Olphen, J., M. J. Eliason, N. Freudenberg, and M. Barnes (2009), "Nowhere to Go: How Stigma Limits the Options of Female Drug Users after Release from Jail", *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 4, no. 1.

- Vega, W. A., S. Aguilar-Gaxiola, L. Andrade, R. Bijl, G. Borges, J. J. Caraveo-Anduaga, and K. R. Merikangas (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*, vol. 68, no. 3.
- Wagner, F. A. and J. C. Anthony (2007), "Male - Female Differences in the Risk of Progression from First Use to Dependence Upon Cannabis, Cocaine, and Alcohol", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 86, no. 2-3.
- Webster, L. and P. Mertova (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., M. Mahdavian, A. A. Haghdoost, and M. Karamouzian (2016), "Pathways to Addiction: A Gender-Based Study on Drug Use in a Triangular Clinic and Drop-In Center, Kerman, Iran", *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, vol. 5, no. 2.