

پیامدهای مصرف شیشه:

مطالعه کیفی زنان معتاد در شهر کرمان

الهام کرمی زاده* و داریوش بوستانی**

چکیده

پژوهش حاضر به دنبال شناسایی و بررسی پیامدهای اعتیاد به شیشه در میان زنان شهر کرمان بود. از روش گراند تئوری استفاده شد که یک روش شناسی کیفی است. پژوهش در شهر کرمان اجرا شد؛ ۱۲ زن معتاد به عنوان مشارکت کننده در این پژوهش با روش نمونه گیری هدفمند و معیار اشباع نظری انتخاب شدند و تجربه زیسته آن‌ها بررسی شد. برای جمع آوری داده‌ها مصاحبه عمیق انجام شد. به طور کلی از تجزیه و تحلیل و کدگذاری داده‌ها چهار مقوله و بیست زیرمقوله به دست آمد. چهار مقوله عمده عبارت هستند از: چالش‌های اجتماعی، آسیب دیدگی فرزندان، بیماری‌های روحی و روانی و استهلاک بدن. و زیرمقوله‌ها از قبیل آنگ، طرد شدن، تن فروشی، توهم، اخراج از کار، جدایی از فرزند، وسواس، پرخاشگری و ساقی شدن بود.

واژگان کلیدی

شیشه؛ زنان؛ چالش‌های اجتماعی؛ استهلاک بدن؛ آنگ

* کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمان، کرمان، ایران
** نویسنده مسئول: دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

dboostani@uk.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۲۴

تاریخ ارسال: ۱۳۹۵/۵/۱۲

DOI: 10.22051/jwfs.2016.11103.1200

مقدمه و بیان مسأله

وابستگی و اعتیاد به مواد مخدر شایع‌ترین آسیب اجتماعی محسوب می‌شود. تا چندی قبل اعتیاد تداعی کننده استفاده از مواد مخدر سنتی توسط مردان بوده است، اما امروزه علاوه بر تغییر نوع ماده مصرفی، جنسیت نیز وارد معادله شده است، بدین معنا که غیر از مردان، برخی از زنان نیز به صورت آشکارا و پنهانی مواد مصرف می‌کنند، و علاوه بر مواد مخدر سنتی، شیوع استفاده از مواد صنعتی مشاهده می‌شود؛ از جمله مواد صنعتی می‌توان به آمفتامین‌ها اشاره کرد. براساس گزارش سازمان سلامت جهانی، آمفتامین‌ها یکی از مشکلات مهم در سلامت عمومی هستند (تنیوچی^۱، ۲۰۱۰: ۵۵۹). یکی از انواع آمفتامین‌ها که امروزه مصرف زیادی پیدا کرده، دی مت آمفتامین هیدروکلرید است، که در بازار مصرف مواد، آیس، کریستال و شیشه نامیده می‌شود. براساس طبقه‌بندی‌های رایج از مواد، شیشه جزء مواد توهم‌زای صنعتی (خادمیان، ۱۳۸۷: ۶۵) سخت (احسان‌پور، ۱۳۸۹: ۹۰) محسوب می‌شود. در ایران، شیشه بیشتر به صورت پودر و به وسیله پایپ‌های شیشه‌ای مخصوص مصرف می‌شود (منصوریان و همکاران، ۱۳۹۳: ۴۶۸). به دلیل سهل‌الوصول بودن دسترسی و مصرف راحت شیشه، مراجعه نکردن اکثریت زنان به مراکز ترک اعتیاد مردانه و نبودن مراکز تخصصی ترک اعتیاد ویژه زنان (خادمیان، ۱۳۸۷: ۶۱)، آمار دقیقی از تعداد زنان معتاد به شیشه وجود ندارد (منصوریان و همکاران، ۱۳۹۳: ۴۶۸)، اما براساس گزارش‌های آماری بهزیستی در سال‌های اخیر ۶-۲ درصد از مراجعه کنندگان به مراکز درمانی زنان معتاد هستند (گروسی، ۱۳۹۰: ۵۶).

اعتیاد ماحصل تعامل عوامل متعدد است و تمامی صاحب‌نظران و متخصصان حوزه اعتیاد بر این امر اتفاق نظر دارند که سوء مصرف، بیماری‌های چندگانه جسمانی، روانی و اجتماعی است (گالانتر^۲، ۲۰۰۶)، که چالش‌های متفاوتی را برای سلامت زنان ایجاد می‌کند (رحیمی موقر، ۲۰۶: ۳۸۳). مصرف شیشه مانند هر ماده مخدر دیگر آثار و آسیب‌هایی دارد. شیشه دو دسته

1. Tanibuchi
2. Galanter



آثار بلندمدت و کوتاه مدت بر بدن می‌گذارد (باکستن^۱ و همکاران، ۲۰۰۸: ۱۵۳۸)؛ از اثرات کوتاه مدت می‌توان به افزایش دامنه توجه و کاهش خستگی، بی‌خوابی، افزایش فعالیت و تحرک، کاهش اشتها، احساس شادابی و سرخوشی، اضطراب و تنش و... نام برد، اما از اثرات بلند مدت مصرف شیشه می‌توان به وابستگی و اعتیاد به شیشه، بی‌نظمی و اختلال خلق، سوءظن و بدگمانی، توهم، کاهش وزن، آسیب شدید کبدی، اثرات منفی بر دستگاه تناسلی (تنبیوچی، ۲۰۱۰: ۵۶۱) افزایش احتمال به خودکشی، هپاتیت C و B و ابتلا به ایدز اشاره کرد (برندون^۲، ۲۰۱۰؛ خادمیان، ۱۳۸۷؛ منصوریان، ۱۳۹۳). براساس آسیب‌های بیان شده سوء مصرف شیشه آثار متفاوتی را در سلامت زنان ایجاد می‌کند (رحیمی موقر، ۱۳۸۳: ۲۰۶).

از آنجایی که زنان وظایف مادری و تربیت نسل آینده را برعهده دارند، مصرف شیشه نمود بیشتری پیدا می‌کند. براین اساس وجود مادر معتاد به شیشه در خانواده علاوه بر آسیب به خود، می‌تواند آسیب‌های جدی برای اعضای خانواده، همسر و فرزندان و در نتیجه جامعه داشته باشد. بنابراین، باید اعتیاد زنان به شیشه را به عنوان یک مسأله پذیرفت، به نحوی که بررسی آن ضروری به نظر می‌رسد. از طرف دیگر همسایگی ایران با کشور افغانستان، به عنوان بزرگ‌ترین کشور تولید کننده مواد مخدر، یکی از چالش‌های جدی محسوب می‌شود. در این راستا استان کرمان، در جنوب شرق کشور، نقطه اتصال استان سیستان و بلوچستان با مرکز و غرب کشور، به مثابه یک دالان ترانزیت مواد مخدر عمل می‌کند (ویسی و محمدی نژاد، ۱۳۹۵) که این امر به مسأله اعتیاد در استان دامن زده است. پژوهش‌های پیشین عمدتاً در حوزه اعتیاد به مواد مخدر سنتی بوده است و اکنون ضرورت دارد که اعتیاد صنعتی کندوکاو شود.

در این راستا، پژوهش حاضر درصدد آن بود تا با بهره‌گیری از روش کیفی نظریه زمینه‌ای، پیامدهای اعتیاد زنان به شیشه را در شهر کرمان بررسی کند. براین اساس مسأله پژوهش در قالب یک سؤال کلی مطرح شد: مصرف شیشه چه پیامدهایی در زندگی خانوادگی و اجتماعی زنان دارد؟ با توجه به سیر روزافزون اعتیاد زنان به شیشه و پیامدهای گسترده مصرف شیشه، این مسأله در ایران، از لحاظ پژوهشی غنی نیست. عمده پژوهش‌ها را در این زمینه روان‌شناسان و

1. Buxton

2. Brandon

پزشکان انجام داده‌اند، براین اساس خلاء پژوهش با نگاه جامعه‌شناسانه در این حوزه کاملاً مشهود است.

منصوریان و همکاران (۱۳۹۳)، در تحقیقی با عنوان «تجربه توهم در مصرف‌کنندگان مواد مخدر: یک مطالعه کیفی» توهم ناشی از مصرف شیشه را در میان معتادان شهر اهواز بررسی کرده است. در این مطالعه، بعد از انجام دادن ۳۸ مصاحبه عمیق، توهم ناشی از شیشه را به ۶ نوع تقسیم‌بندی کردند: توهم بینایی، توهم شنیداری، توهم اختلالات شناختی، توهم افزایش تلقین‌پذیری، توهم احساس خطر بدبینی و سوءقصد، توهم تمرکز بر چیزی یا بر بدن خود. «بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد» عنوان پژوهشی است که رحیمی‌موقر و همکاران (۱۳۹۰)، با استفاده از روش کیفی روی ۶۲ زن معتاد از دو مرکز درمانی چیتگر و خانه خورشید انجام داده و مسائل و مشکلات زنان معتاد را به سه دسته تقسیم کرده‌اند. براساس یافته‌ها، بیشتر زنان آنگ اجتماعی، تحقیر و طرد شدن از خانواده و جامعه و فقر شدید را به عنوان اساسی‌ترین مشکلات اعتیاد خود بیان کرده‌اند. «میزان تنظیم هیجان در مصرف‌کنندگان متامفتامین با سابقه رفتارهای مخاطره‌آمیز و مصرف‌کنندگان بدون سابقه رفتارهای مخاطره‌آمیز» توسط نجفی و دیگران (۱۳۹۲) و با استفاده از روش کمی به این نتیجه دست یافتند، که ارتباط معناداری میان توانایی تنظیم هیجان و خرده مقیاس‌های آن با ارتکاب رفتارهای مخاطره‌آمیز در زندان و تزریق مواد در مصرف‌کنندگان متامفتامین دیده نمی‌شود. سیه جانی و دیگران (۱۳۹۲) در یک مطالعه کمی با حجم نمونه ۲۰ نفر از زنان و مردان معتاد به شیشه به بررسی «طول مدت مصرف متامفتامین (شیشه) و اختلالات توجه پایدار در سوء مصرف‌کنندگان متامفتامین» پرداختند. براساس یافته‌های پژوهش، میان عملکرد آزمودنی‌ها در توجه و طی مدت مصرف شیشه رابطه منفی وجود دارد. آزمودنی‌ها با مدت مصرف طولانی‌تر، خطای ارائه پاسخ بیشتر، زمان واکنش طولانی‌تر و پاسخ صحیح کم‌تری را داشتند. براین اساس مصرف شیشه منجر به آسیب مغزی و نقایص توجه می‌شود. «ارزیابی عملکرد حافظه کاری و حافظه آینده نگر در افراد وابسته به متامفتامین و ترک کرده» که توسط فدایی و همکاران (۱۳۹۳) در زمینه روان‌شناسی، به بررسی رابطه استفاده از آمفتامین‌ها و نقایص به وجود آمده در ابعاد مختلف حافظه آینده‌نگر و کاری پرداخته است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد، که افراد وابسته به متامفتامین و ترک کرده در مقایسه با افراد غیروابسته



به شیشه در کنش حافظه آینده نگر و حافظه کاری به صورت معناداری عملکرد پایینی دارند، و افراد وابسته به متامفتامین مشکلاتی را در تکنیک مربوط به یادآوری آینده نگر تجربه کرده بودند. ترک متامفتامین بهبودی برخی فرایندهای شناختی را موجب می شود. برخلاف تحقیقات داخلی که عموماً به بررسی پیامدهای روانی سوء مصرف شیشه پرداخته اند، گستره تحقیقات خارجی در زمینه پیامدهای شیشه وسیع تر است و پیامدهای جسمی، روحی و روانی، جنسی و اجتماعی را شامل می شود. کوهن^۱ و همکاران (۲۰۰۳)، در پژوهشی «بررسی پیشینه خشونت در میان زنان و مردان در درمان وابستگی به متامفتامین در آمریکا» را بررسی کردند. ۸۰٪ زنان معتاد به شیشه گزارش خشونت و سوء رفتار همسران خود را بیان کردند، این در حالی است که مردان وابسته به شیشه خشونت دوستان خود را بیشتر گزارش می کردند. پژوهشی با عنوان «مصرف متامفتامین و خشونت» توسط سومرز و دُبرا^۲ (۲۰۰۶) نشان می دهد، که استفاده از متامفتامین خطر خشونت را افزایش می دهد و با پیشرفت اعتیاد به شیشه و افزایش مصرف آن افراد کتتری بر رفتار پرخاشگرانه و سنگدلانه خود ندارند. همچنین به خشونت های جنسی و افزایش ارتباطات جنسی محافظت نشده در سوء مصرف کنندگان شیشه اشاره شده است، که چنین مسأله ای زمینه انتقال بیماری هایی از قبیل HIV را فراهم می کند. سومرز و دیگران (۲۰۰۶)، در پژوهشی دیگر با عنوان «مصرف متامفتامین در میان بزرگسالان جوان: سلامتی و پیامدهای اجتماعی» ارتباط بین مصرف متامفتامین و پیامدهای اجتماعی و سلامتی مصرف آن را بررسی کردند. شایع ترین پیامدهای جسمانی مصرف متامفتامین که سلامتی افراد را با مشکل مواجه کرده بود عبارت هستند از: کاهش وزن، تشنج و صرع. تعداد بسیاری از مشارکت کنندگان علائم شدید روانی مانند افسردگی، توهم، پارانویا را تجربه کرده بودند. شانر^۳ و همکاران (۲۰۰۶)، در پژوهشی تحت عنوان «دهان مت: پوسیدگی شایع در سوء مصرف کنندگان متامفتامین»، پوسیدگی های شایع دهانی را در میان معتادان متامفتامین بررسی کردند. مولیتر^۴ و همکاران (۱۹۹۸)، پژوهشی با عنوان «اجتماع مصرف کنندگان متامفتامین

1. Cohen
2. Sommers & Deborah
3. Shaner
4. Molitor

در طول سکس بارفتارهای پرخطر جنسی و عفونت ایدز در میان معتادان غیرتزریقی» انجام دادند؛ آن‌ها از بررسی معتادان شیشه، که به مراکز درمانی کالیفرنیا مراجعه می‌کردند و تست HIV آن‌ها مثبت می‌شد، دریافتند که هیچ‌کدام مصرف تزریقی شیشه نداشتند و شیشه را به روش‌های غیرتزریقی مصرف می‌کردند. همچنین مصرف شیشه در هم‌جنس‌گرایان، مردان و زنان دگرجنس‌گرا سبب افزایش رابطه جنسی و تماس جنسی مقعدی شده بود.

تئورهای مختلفی برای تبیین اعتیاد ارائه شده است، برخی از این تئوری‌ها در سطح خرد و روان‌شناختی عبارت از: تقویت منفی (دوری از درد)، تقویت مثبت (لذت جویی)، میل شدید (هوس) یادگیری محرک پاسخ (عادت‌ها) و کژکارکرد کنترل بازداشتی (تکانشی) است (نیوتن و دیگران، ۲۰۰۹). در جامعه‌شناسی با رویکردهای مختلفی از قبیل آسیب‌شناسی اجتماعی، بی‌سازمانی اجتماعی، چرخه زندگی، رفتار کجرو و انتقادی می‌توان اعتیاد را تبیین کرد. برخی رویکردها از قبیل انگ زنی نیز به رویکردهای واکنش به انحراف معروف هستند.

در رویکرد آسیب‌شناسی اجتماعی، جامعه به مثابه یک ارگانیزم است؛ براین اساس مسائل اجتماعی همچون اعتیاد را بیماری و غیرطبیعی می‌دانند. علل مسائل اجتماعی، اجتماعی شدن ناقص و ارزش‌های نادرست آموخته شده است. گروهی از آسیب‌شناسان، افراد و زندگی غیراخلاقی شهرنشینی را شرایط مناسبی برای رشد انحرافات می‌دانند (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۸۲). رویکرد بی‌سازمانی اجتماعی با رویکردی سیستمی به جامعه می‌نگرد. صاحب‌نظران این دیدگاه، بر این باور هستند که عواملی از قبیل، تغییرات اجتماعی، ناهماهنگی عناصر نظام اجتماعی، تکنولوژی‌های پیچیده، تغییرات جمعیت شناختی و گوناگونی‌های فرهنگی در بروز و ظهور مسائل اجتماعی تأثیر بسیار زیادی دارد. راه حل پیشنهادی این دیدگاه، هماهنگی اجزاء نظام اجتماعی، تصویب قوانین نظارتی جدید و همچنین تعدیل قوانین است (همان).

نظریه آنومی مرتن در تبیین مسائل اجتماعی به دو مفهوم اهداف و وسایل فرهنگی اشاره می‌کند که نفی یا پذیرش آن‌ها، هم‌نواپی یا انحراف به وجود می‌آورد (هستر و ایگلین، ۱۹۹۲)، براین اساس اعتیاد می‌تواند در نفی یک یا هر دو مولفه وسایل و اهداف فرهنگی به وجود آید که البته تحت شرایط پیچیده اجتماعی روی می‌دهد. دیدگاه رفتار کجرو که در بردارنده رویکرد آنومی و همچنین هم‌نشینی افتراقی ساترلند است، دو مکتب هاروارد و شیکاگو را به یگدیگر پیوند می‌زند. از این دیدگاه علل و شرایطی از قبیل جامعه‌پذیری نامناسب، یادگیری



نقش‌های کجرو در گروه‌های نخستین و ساختارهای فرصت غیرمشروع به بروز مسائل اجتماعی منجر می‌شود (رایبگتن و واینبرگ، ۱۳۸۲).

نظریه چرخه زندگی^۱ به عنوان یکی از نظریاتی که اعتیاد را تبیین می‌کند، بر تئوری‌های پیشین این نقد را وارد می‌کند که آن‌ها در مفهوم سازی‌های خود ایستا عمل می‌کنند. این رویکرد مسیرهای مختلفی را برای اعتیاد پیشنهاد و بر وقایع و عواملی تأکید دارد که در چرخه زندگی پدیدار می‌شود و بر رفتار افراد تأثیر می‌گذارد. در واقع رویکرد چرخه زندگی بر فرایندهای پویای فیزیولوژیکی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی طی زمان تأکید دارد (سمپسون و لاپ، ۱۹۹۷).

رویکرد انتقادی، مسائل اجتماعی را ناشی از نابرابری و استثمار می‌داند. ریچارد کوئینی بر این باور بود که وقوع جرم تحت شرایط سرمایه‌داری اجتناب‌ناپذیر است (رایبگتن و واینبرگ، ۱۳۸۲). با توجه به دسته‌بندی کوئینی، مسائلی از قبیل اعتیاد از نوع جرم‌هایی است که برای سازگاری با شرایط سخت زندگی طبقه کارگر شکل می‌گیرد.

برخی تئوری‌ها از قبیل برجسب‌زنی، نوعی واکنش به جرم و انحراف هستند که به دو دسته تقسیم می‌شوند، تئوری‌های خرد (تأکید بر فرد و فرایندهای بین فردی) و کلان (تأکید بر ساختار) (بریج و دزموند، ۲۰۰۰). برجسب‌ها از سوی جامعه و منابع قدرتمند به افرادی زده می‌شود که مرتکب جرم یا انحراف شده است. برجسب‌ها می‌تواند به بازتنظیم روابط اجتماعی مجرمان یا منحرفان منجر شود و از طرف دیگر ممکن است به دلیل انزوای این افراد خرده فرهنگ کجرو گسترش یابد (رایبگتن و واینبرگ، ۱۳۸۲).

روش پژوهش

در این پژوهش از نظریه زمینه‌ای^۲ استفاده می‌شود، که یک روش تحقیق کیفی است، تحقیق کیفی به تحقیقی اطلاق می‌شود، که یافته‌های آن از طریق فرایندهای آماری و با مقاصد کمی‌سازی به دست نیامده باشد (اشتراوس و کربین، ۱۹۹۸؛ کربین و اشتراوس، ۲۰۰۸). نظریه زمینه‌ای یک روش استقرایی است که از داده‌هایی که به طور منظم از پژوهش اجتماعی به دست

1. Life course

2. Grounded theory

می‌آید، نظریه تولید می‌کند (گلیسر و اشتراوس^۱، ۱۹۶۷). در روش نظریه زمینه‌ای جمع‌آوری، تحلیل داده‌ها و نظریه‌ای که احتمالاً به دست می‌آید، با یکدیگر ارتباط نزدیکی دارند. در اینجا محقق با نظریه‌ای پیش‌انگاشته شروع نمی‌کند، ترجیحاً با حوزه‌ای از مطالعه شروع و اجازه می‌دهد که نظریه به وسیله داده‌ها خلق شود (اشتراوس و کرین^۲، ۱۹۹۸).

مشارکت‌کنندگان این پژوهش را ۱۲ نفر از زنان معتاد به شیشه در شهر کرمان، شامل می‌شوند. برای انتخاب مشارکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری هدفمند^۳ استفاده شده است. در بین راهبردهای ده‌گانه‌ای که پاتن^۴ برای نمونه‌گیری مطرح کرد، دو راهبرد (۱) نمونه‌گیری با حداکثر تنوع و (۲) نمونه‌گیری گلوله برفی^۵ به کار رفته است. (پاتن، ۱۹۹۴: ۵۲-۵۸) و در نهایت با لحاظ معیار اشباع نظری درباره تعداد نمونه‌ها تصمیم‌گیری شد (ایمان، ۱۳۹۱: ۸۸).

برای اینکه بتوان نمونه در دسترسی از زنان معتاد به شیشه به دست آورد؛ از زنانی که اقدام به درمان اعتیاد خود کرده و در کمپ‌های ترک اعتیاد شهر کرمان^۶ به سر می‌بردند، تقاضای مشارکت داده شد. براین اساس مشارکت‌کنندگان تحقیق حاضر زنان تحت درمان کمپ ترک اعتیاد مهرآفرین کرمان هستند.

در مطالعات کیفی برخلاف پژوهش‌های کمی، روش‌های آماری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها به کار نمی‌رود و فرضیه‌ای نیز از پیش برای آزمون وجود ندارد، مخصوصاً در نظریه زمینه‌ای، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به‌طور هم‌زمان انجام می‌شود، تا به پیدایش نظریه مستقر در داده‌ها کمک کند. (گلیسر و اشتراوس، ۱۹۶۷؛ اشتراوس و کرین، ۱۹۹۸) تکنیک عمده استفاده شده برای جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه عمیق^۷ است. مدت هر مصاحبه در این تحقیق با توجه به موقعیت، روند مصاحبه و تمایل زنان مشارکت‌کننده از ۳۰ تا ۸۰ دقیقه متغیر بوده و مصاحبه‌ها طی ماه‌های اردیبهشت تا شهریور سال ۱۳۹۴ در مرکز ترک اعتیاد مهرآفرین کرمان

1. Glaser & Strauss

2. Strauss & Corbin

3. Purposive Sampling

4. Patton

5. Snowball Sampling

۶. در شهر کرمان تنها یک کمپ ترک اعتیاد مختص زنان به نام مهرآفرین وجود دارد، که به صورت خصوصی اداره می‌شود.

7. In-depth Interview



انجام شده است.

به طور کلی با توجه به ماهیت روش شناسی نظریه زمینه‌ای، سؤالات تحقیق، طی چند مرحله استخراج و مجدداً جرح و تعدیل شدند. بدین نحو که پس از انجام هر مصاحبه و یادداشت برداری میدانی، مصاحبه‌ها، کدگذاری و مجدداً سؤالات جدید طراحی و از مشارکت کنندگان پرسیده می‌شد. طی این فرایند خطوط کلی مصاحبه‌ها به وسیله مفاهیم و مقوله‌ها شکل گرفتند، این فرایند تا مرحله اشباع نظری ادامه پیدا کرد، یعنی زمانی که داده جدیدی در فرایند مصاحبه خلق نگردید. این فرایند تحلیل بر مبنای سه شیوه کدگذاری (۱) کدگذاری باز^۱؛ (۲) کدگذاری محوری^۲ و (۳) کدگذاری انتخابی^۳ است (اشتراوس و کرین، ۱۹۹۸). پس از جمع‌بندی گزارش و ارتباط مقولات با یکدیگر، نمودار پیامدهای مصرف شیشه طراحی و ارائه شد.

قابلیت اعتماد^۴: برای رسیدن به معیار اعتمادپذیر، از سه تکنیک استفاده شده است: (۱) اعتباریابی با تکنیک ممیزی^۵، متخصصین در کار نظریه زمینه‌ای و مراحل مختلف کدگذاری، مفهوم‌سازی و استخراج مقولات نظارت داشتند، (۲) بررسی توسط اعضاء^۶، در این شیوه از مشارکت کنندگان (در اینجا زنان معتاد به شیشه) خواسته شد، تا یافته‌های کلی را ارزیابی کنند و درباره صحت آن‌ها نظر بدهند (کرسول^۷، ۱۹۹۴). و در روش آخر^۳ اعتباریابی مقایسه‌های تحلیلی^۸، به داده‌های خام رجوع و ساخت‌بندی نظریه با داده‌های خام مقایسه و ارزیابی شد.

یافته‌های پژوهشی

در جریان تحلیل و کدگذاری داده‌ها ۴ مقوله و ۲۰ زیرمقوله استخراج شد. در ادامه هر یک از مقولات و زیرمقولات، نقل قول‌های مشارکت کنندگان مطرح و کندوکاو شدند.

-
1. Open Coding
 2. Axial Coding
 3. Selective Coding
 4. Trustworthiness
 5. Auditing
 6. Member check
 7. Creswell
 8. Analytical Comparison

چالش‌های اجتماعی: پیامدهای اجتماعی در این تحقیق در ذیل این مقوله قرار گرفته است و شامل زیرمقولات اخراج از کار، طرد، انگ، انزوا، ساقی شدن، ترک تحصیل، تن فروشی و تکدی‌گری هستند، که به هر یک در زیر اشاره می‌شود:

اخراج از کار: اعتیاد به ماده محرک شیشه فرصت و موقعیت شغلی زنان را از بین می‌برد. به طوری که بعد از شروع مصرف مداوم شیشه بی‌نظمی، تغییرات خلقی، خشونت و... زنان معتاد به شیشه در محیط کار برای رؤسای آنان ناخوشایند بوده و سبب از دست دادن شغل همه شش مشارکت کننده شاغل شده بود.

خانم میان‌سالی به نام زهرا درباره اخراجش می‌گوید: «قبل از اینکه شیشه بکشم، معلم چند تا مدرسه بودم. وقتی شیشه کشیدم، اخلاقم با شاگردام عوض شد، شاگردامو تنبیه می‌کردم، مدیرمون هم وقتی فهمید شیشه می‌کشم، به آموزش و پرورش گفتم و اخراجم کردن». خانم عهده ۲۸ ساله اینگونه اخراج از محل کارش را تشریح می‌کند: «قبلاً تفریحی تریاک و دوا^۱ می‌کشیدم، رئیس آقای (م) میدونست که دوا می‌هستم و با دوا کشیدن من مشکلی نداشت. وقتی شیشه کشیدم، بدرفتار شده بودم. رئیس هم از بقیه شنید که شیشه می‌کشم، اخراجم کرد».

خانم صدیقه با ۳۷ سال سن نیز در این باره می‌گوید: «توی یه شرکت کار می‌کردم، از وقتی شیشه می‌کشیدم خمارم زیاد بود، هرکی بهم حرف می‌زد می‌پریدم بهش و می‌خواستم بزمنش، کارمو درست انجام نمی‌دادم، وقتی رئیس فهمید شیشه می‌کشم، اخراجم کرد». ساقی شدن: برخی از زنان پس از اخراج از کار و به جهت مشکلات اقتصادی و هزینه بالای مصرف روزانه شیشه جذب گروه‌های خرید و فروش مواد شده و به اصطلاح خودشان ساقی مواد می‌شوند. این زنان برای رهایی از خماری در نتیجه عدم مصرف شیشه و مصرف راحت شیشه شروع به خرید و فروش مواد می‌کنند. اکثر زنان به جهت فراوانی درخواست برای خرید مواد مخدر سنتی، ساقی فروش مواد مخدر سنتی بوده‌اند و تعداد اندکی از این زنان ساقی شیشه شده بودند. مجموعاً نیمی از پاسخگویان به ساقی‌گری روی آورده بودند. سپیده ۲۵ ساله می‌گوید: «یک سال و نیم توی شرکت (ر) کار می‌کردم، رئیس که اخراجم

۱. در میان معتادان به جای هروئین، از واژه‌هایی مانند دوا و گرد استفاده می‌شود.



کرد. پول نداشتم. دوستم می گفت ساقی بشو پول خوبی داره، خودش به یکی معرفی کرد. بعدش شدم ساقی شیشه».

تن فروشی: برخی از زنان که قبل از مصرف شیشه شغلی نداشته و خانه دار محسوب می شدند، بعد از شروع مصرف شیشه و به علت هزینه های بالای روزانه مصرف شیشه و امتناع اطرافیان از پرداخت پول به آنها درگیر تن فروشی شدند. همچنین برخی دیگر از زنان که قبل از مصرف شیشه شاغل بودند، به علت از دست دادن شغل بعد از مصرف شیشه درگیر مشکلات اقتصادی می شدند. تحلیل داده ها حاکی از آن است که ۴۱ درصد از مشارکت کنندگان درگیر تن فروشی شده بودند.

خانم فرزانه ۳۱ ساله با تحصیلات سیکل و سابقه ۳ ساله مصرف شیشه درباره تن فروشی خود می گوید: «یه وقتایی شوهرم نبود، هیچ کس بهم پول نمی داد، مجبور می شدم، برم سکس پولی^۱....».

تکدی گری: به دلیل مشکلات اقتصادی بعد از دست دادن شغل و عدم توانایی مالی برای خریدن مواد، برخی از زنان درگیر تکدی گری شده بودند. این زنان یا خود به تکدی گری مشغول بوده اند یا از فرزندان خود برای این منظور استفاده می کردند. مثلاً عهده ۲۸ ساله با تحصیلات لیسانس که سابقاً در یک سازمان دولتی کارمند رسمی بوده، درباره تکدی گری خود می گوید: «بعد از اینکه از کارم اخراج شدم، مشکل مالی داشتم. خریدن مواد برام سخت شده بود. کسی بهم پول قرض نمی داد. مجبور شدم روی صورتمو بپوشونم و در یک خیابان بشینم و گدایی بکنم. وقتی هم که شوهرم از خونه بیرونم کرد، دیگه از گدایی خجالت نمی کشیدم. گدایی می کردم و با پولش شیشه می خریدم».

و یا خانم ۴۴ ساله دیگری به نام زهرا با تحصیلات دیپلم در این باره می گوید: «وقتایی که پول نداشتم. بچه چند ماهمو برای گدایی کرایه می دادم به دوستم. در عوض اونم بهم پول خوبی می داد، که من باهاش شیشه می خریدم».

طرد شدن: اعتیاد زنان در جامعه ایران یک تابو محسوب می شود و همین امر پذیرش اعتیاد زنان را نسبت به اعتیاد مردان سخت تر کرده است. زنان پس از هویدا شدن اعتیادشان به

۱. منظور تن فروشی و روسپی گری است.

شیشه و بعد از کشمکش با اعضای خانواده با طرد^۱ اجتماعی مواجه می‌شوند، که سبب رانده شدن آنها از اجتماع نیز می‌شود. بیش از نیمی از مشارکت کنندگان طرد از سوی خانواده پدری و همسری را تجربه کرده بودند. میترا خانمی متأهل با ۶ سال سابقه مصرف شیشه در زمینه طردشدگی به وسیله مادر همسرش می‌گوید: «من و شوهرم هر دو تামون معتاد بودیم. زندگی ما فقط شده بود کشیدن مواد. مادر شوهرم گفت یا ما رو انتخاب کنین، یا نشگی را. اگه به این وضع ادامه بدین کاری به کار شما نداریم. بعد کلی دعوا از خونشون بیرونمون کردن».

و اعظم ۵ سال مصرف کننده شیشه در این باره می‌گوید: «پدر و مادرم اصلاً معتاد نبودن، وقتی فهمیدن من شیشه می‌کشم، براشون خیلی سخت بود. برای همین نمی‌گذاشتن برم خونشون، یا اگه جایی توی فامیل مهمونی بود، منو دعوت نمی‌کردن».

انزوا: برای برخی از زنان طردشدن از سوی خانواده سبب فرورفتن آنها در پيله تنهایی و انزوا^۲ شده بود. بدین معنا که به علت اعتیاد آنها به شیشه و ترس از آشکار شدن اعتیاد، اکثراً از حضور آنها در اجتماعات خانوادگی جلوگیری می‌کردند. و در نتیجه این زنان در پيله تنهایی و مصرف شیشه فرو می‌رفتند. این درحالی است که برای برخی دیگر تجربه انزوا قبل از طرد رخ داده بود. بدین معنا که برخی از زنان برای مصرف راحت‌تر، تنهایی را به حضور در اجتماعات خانوادگی ترجیح می‌دادند. به مرور زمان این امر سبب طرد آنها شده بود. هفتاد و پنج درصد زنان، انزوا و تنهایی را تجربه کرده بودند.

خانم جوانی به نام مریم اینگونه از انزوای خود سخن می‌گوید: «شوهرم وقتی فهمید من معتادم، منو جایی نمی‌برد. از همه پنهونم می‌کرد. بعد از اعتیاد به شیشه تنها شدم».

انگ: برچسب اجتماعی منفی یا انگ^۳ عنوانی است، که افراد به یکدیگر نسبت می‌دهند. اکثر زنان (۸۳ درصد) بعد از مصرف مداوم شیشه انگ معتاد را از اطرافیان خود دریافت کرده بودند. از نظر برخی از خانواده‌های کرمانی مصرف مواد مخدرستی، نقش مسکن و درمان دارویی را ایفا می‌کند و در نتیجه، مصرف مواد مخدرستی این زنان برچسب اعتیاد را برای آنها همیشه به همراه

-
1. Exclusion
 2. Seclusion
 3. Label

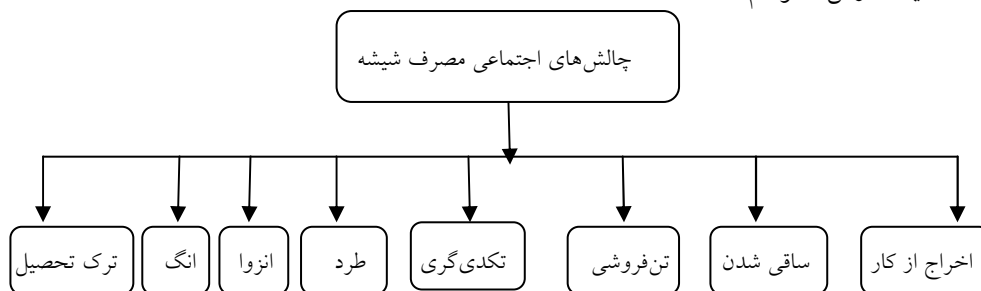


ندارد. این درحالی است که برای همین گروه زنان، مصرف مداوم شیشه انگ اعتیاد را بدنبال داشته و سبب بی‌آبرویی خود و خانواده شده است. عهدیه با سابقه مصرف هروئین و تریاک می‌گوید: «شوهرم دواپی بود، مصرف دوا از نظر اون اعتیاد نداره، اما وقتی فهمید شیشه می‌کشم، به من گفت تو معتادی. با کشیدن شیشه آبروی من رو بُردی». فرزانه با ۳۱ سال سن می‌گوید: وقتی شوهرم فهمید که شیشه می‌کشم، به همه گفت من معتاد به شیشه هستم. حتی به پدرم می‌گفت من زن معتاد نمی‌خوام، بیایید و دختر معتادتون را از خانه من ببرید».

ترک تحصیل: هنگامی که زنان در حال تحصیل درگیر سوء مصرف یک ماده محرک می‌شوند، تأمین هزینه‌های مواد در کنار هزینه‌های تحصیل برای آن‌ها سخت بوده است. به تدریج که فرد درگیر مصرف شیشه می‌شود، شیشه اولویت اصلی را در زندگی فرد به خود اختصاص داده و مصرف شیشه، به هدف زندگی فرد تبدیل می‌شود و سایر اهداف زندگی مانند تحصیل و شغل را به راحتی تحت تأثیر قرار می‌دهد. ۷ مشارکت کننده در مقاطع مختلف تحصیلی، از دوره دبیرستان تا کارشناسی ارشد، به علت پیامدهای مصرف شیشه ترک تحصیل کرده بودند.

دختر ۲۵ ساله‌ای به نام سپیده در این باره می‌گوید: «دانشجوی کامپیوتر دانشگاه آزاد بودم، بعد از اینکه شیشه می‌کشیدم، نمی‌تونستم شهریه دانشگاه رو بدم. مصرف شیشه هم بَرام مهم بود. واسه همین دانشگاه رو ول کردم».

یا خانم میترا ۲۷ ساله این گونه ترک تحصیل خود را تشریح می‌کند: «وقتی دیپلم گرفتم شیشه می‌کشیدم. دانشگاه قبول شدم، اما پول شهریه دانشگاه را نداشتم. شهریه دانشگاه ترمی ۸۰۰ تومن بود، منم روزی ۴۰ تومن شیشه می‌کشیدم. شیشه مهم تر از درس بود، واسه همین دیگه درس نخوندم».



نمودار ۱: پیامدهای اجتماعی مصرف شیشه

آسیب دیدگی فرزندان: زنان در کنار وظایف همسری، عهده دار نقش مادری برای فرزندان خود هستند. به همین علت در این مقوله تأثیرات سوء مصرف شیشه مادران بر فرزندان آنها بررسی شده است. این تأثیرات در قالب سه زیرمقوله آسیب به فرزند، جدایی از فرزند، بی توجهی و بدرفتاری با فرزند بیان می شوند.

آسیب به فرزند: اعتیاد زنان به شیشه سبب می شوند، آنها نتوانند وظایف مادرانه خود را به خوبی ایفا کنند. فرزندان مادران معتاد به شیشه درگیر آسیب هایی از قبیل بیماری های روانی، گوشه گیری، تنبیه، آزار جسمی، اعتیاد و... می شوند. یافته ها نشان داد که از هشت مشارکت کننده مادر، فرزندان همگی به شکل های متفاوتی آسیب دیده بودند. حکیمه ۲۴ ساله صاحب یک فرزند دختر در این باره می گوید: «وقتی که خمار بودم، و خماری اذیتم می کرد. دخترم که پایبم می شد، میزدمش. بعضی وقتا با مشت می زدم توی صورتش».

زهرا ۴۴ ساله صاحب ۵ فرزند این گونه در مورد آسیب اعتیادش به آخرین فرزندش صحبت می کند: «وقتی پسر آخریمو حامله بودم شیشه می کشیدم، وقتی بچم به دنیا اومد، احساس می کردم معتاد به شیشه باشه، اما دکتر نبردش. بچه ۷-۸ ماهم همیشه وقتی شیشه می کشیدم کنارم بود. پسرم معتاد به دود شیشه شده بود، هر وقت دود شیشه بهش نمی رسید، خمار بود، هی خمیازه می کشید».

فرزانه ۳۱ ساله دارای یک فرزند می گوید: «اعتیاد من دخترمو عصبی و گوشه گیر کرده بود. چون من معتاد بودم، دخترم دوستای کمی توی مدرسه داشت. بیشتر وقتا توی مدرسه تنها بود».

خانم میان سالی به نام زهرا در این زمینه می گوید: «یک بار شیشه کشیدم، شوهرم کنارم بود، بچه ۸ ماهه ام رو شکل پاکت آشغال می دیدم. بچمو برداشتم و پرت کردم پشت در. اگه شوهرم نبود، نمیدونم بچمون چی می شد».

جدایی از فرزند: جدایی مادران از فرزند به دو دلیل عمده ایجاد شده بود؛ نخست به دلیل احتمال الگو برداری فرزندان از رفتار مادر معتاد و دوم به دلیل پیش بینی ناپذیر بودن رفتار مادر. در چنین شرایطی عموماً اطرافیان (پدر بزرگ و مادر بزرگ پدری و مادری) فرزند را نزد خود نگاه می دارند. از ۱۲ زن ۸ نفر مادر بوده اند که از این ۸ نفر ۵ زن به واسطه سوء مصرف



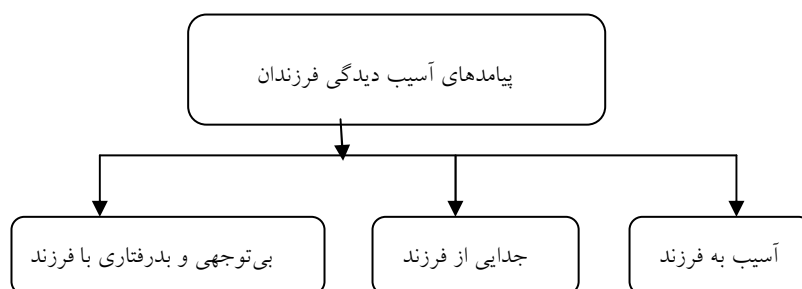
شیشه بین آن‌ها و فرزندان جدایی رخ داده بود. میترا ۲۷ ساله این‌گونه جدایی از تنها پسرش را روایت می‌کند: «وقتی مصرف شیشه من زیاد شده بود، مادرشوهرم بچمو ازم گرفت. فکر می‌کرد من پسرمو معتاد می‌کنم. پسر کملاً خونه مادر شوهرم بود».

و نیز فرزانه ۳۱ ساله این‌گونه درباره جدایی از تنها فرزندش سخن می‌گوید: «مادرم وقتی دید، مصرف زیاد شده. نمیداشت دخترم کنارم باشه، مادرم می‌گفت این بچه اینجا باشه، معلوم نیست چه بلایی سرش می‌اری و معتادش می‌کنی».

بدرفتاری و بی‌توجهی به فرزند: مادران آنچنان غرق در چرخه خماری، نشنگی، خرید و مصرف شیشه می‌شوند، که نسبت به فرزندان خود بی‌توجه می‌شوند و نسبت به فرزندان خود بدرفتاری کلامی اعمال می‌کنند.

صدیقه ۴۰ سال مصرف کننده شیشه، درباره بی‌توجهی نسبت به فرزندانش می‌گوید: «وقتی شیشه می‌کشیدم، کاری به کار بچه‌هام نداشتم. اونا واسه خودشون بودن منم واسه خودم. اصلاً نمی‌دونستم چیکار می‌کنن».

اعظم با سابقه ۵ ساله مصرف شیشه درباره بدرفتاری با فرزندانش می‌گوید: «اگه مواد نداشتم، بچه‌هامو اذیت می‌کردم. دعواشون می‌کردم و بهشون فحش می‌دادم».



نمودار ۲: پیامدهای خانوادگی مصرف شیشه

بیماری‌های روحی و روانی: مصرف شیشه تأثیر جبران‌ناپذیری بر مغز و سیستم عصبی وارد می‌کند، که این امر سبب بروز آسیب‌های جدی روحی و روانی در میان زنان معتاد به شیشه شده است. مقوله بیماری‌های روحی و روانی شامل زیرمقولات وسواس، انرژی کاذب،

پرخاشگری، خود آزاری و دیگر آزاری و انواع توهمات است.

وسواس: وسواس یکی از شایع‌ترین زیرمقولات، برای مقوله بیماری‌های روحی و روانی محسوب می‌شود. هیچ‌یک از زنان مشارکت‌کننده قبل از مصرف شیشه سابقه وسواس نداشته‌اند، اما تمام آن‌ها بعد از مصرف شیشه درگیر رفتارهای وسواسی^۱ شده بودند. وسواس آن‌ها عموماً عملی و مربوط به شست و شو بوده است.

سپیده مصرف‌کننده ۷ ساله شیشه اینگونه وسواس خود را تشریح می‌کند: «بعد اینکه شیشه می‌کشیدم، فاز تمیزکردن خونه رو داشتم. کار کسی رو قبول نداشتم، تمام ظرفا رو خودم می‌شستم. اگر کسی ظرفا رو می‌شست، من دوباره اونها رو خودم می‌شستم. بعد مصرف شیشه کلاً روی کار خونه چت^۲ می‌کردم».

همچنین مریم با سابقه ۲ سال مصرف شیشه اینگونه از وسواسش یاد می‌کند: «بعد کشیدن شیشه وسواس به شست و شو و تمیزی پیدا می‌کردم. هر روز بعد از کشیدن شیشه تمام ظرفای کابیت رو می‌شستم».

میترا مصرف‌کننده ۶ ساله شیشه در این باره می‌گوید: «بعد کشیدن شیشه وسواسی شده بودم. قبلش، شستن دستشویی برام عذاب‌آور بود، بعد اینکه شیشه می‌کشیدم، روزی یک ساعت فقط دستشویی رو می‌شستم. با یک مسواک بین بند بند کاشی‌ها رو تمیز می‌کردم».

انرژی کاذب: مصرف شیشه سبب تسریع روند مصرف انرژی‌های ذخیره شده در بدن می‌شود و چندین برابر نیاز فرد در بدن انرژی آزاد می‌شود. درمیان بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان این افزایش انرژی سبب ایجاد قدرت زائدالوصفی شده و آن‌ها را به سمت انجام کارهای سنگین سوق داده بود.

خانم ۴۴ ساله‌ای به نام زهرا در این باره می‌گوید: «وقتی شیشه می‌کشیدم، تمام کارهامو خودم انجام می‌دادم. خودم تنهایی کابینت و کمد‌ها رو جابه جا می‌کردم. منتظر شوهرم برای جابه جا کردن وسایل نمی‌موندم».

و نیز نرگس ۲۳ ساله در این باره می‌گوید: «قبلاً باید منت شوهرمو می‌کشیدم، تا با هم

1. Obsessive Behaviors

۲. در میان معتادان برای بیان تمرکز کردن بر امور یا پدیده‌ای خاص استفاده می‌شود.



وسایل سنگین رو جا به جا کنیم. بعد از اینکه شیشه می کشیدم زورم زیاد می شد، خودم یخچال و کمد رو تنهایی جا به جا می کردم».

پرخاشگری: پرخاشگری در میان مشارکت کنندگان به دلایل مختلف رخ می دهد، در برخی موارد به دلیل تأثیر شیشه بر سیستم عصبی و روانی مصرف کنندگان، پرخاشگری بروز می کند. علاوه بر این در پاره ای از موارد پرخاشگری به دلیل ناکامی در دسترسی به مواد ایجاد می شود. رفتار پرخاشگرانه این زنان بیشتر به صورت تنبیه دیگران، دشنام، تهدید، تحقیر کردن دیگران و رفتارهایی از این دست بوده است. بیش از نیمی از مشارکت کنندگان، پرخاشگری را گزارش کرده اند.

اعظم ۲۶ ساله در این باره می گوید: «بعد مصرف شیشه قلدر شده بودم، کسی جرأت نمی کرد چیزی بهم بگه. یه بار که خمار بودم دوستانمو با کارد تهدید کردم».

همچنین حکیمه ۲۴ ساله بیان می کند: «خمار که بودم و مواد نداشتم، خیلی عذاب می کشیدم. کسی بهم چیزی می گفت می زدَمش». و زهرا می گوید: «وقتی شیشه نداشتم و خمار بودم، هیچ چیز حالیم نبود. به شوهرم می گفتم، اگر مواد بَرَم نَخری بچه رو با دستای خودم خفه می کنم».

خودآزاری و دیگرآزاری: خودآزاری و دیگرآزاری که در نتیجه مصرف شیشه ایجاد می شود، با سادیسم و مازوخیسم متفاوت است. در سادیسم و مازوخیسم فرد از آسیب رساندن به خود و دیگران احساس لذت می کند، این درحالی است که زنان سوء مصرف کننده شیشه بعد از مصرف شیشه به صورت غیرارادی به خود و دیگران آسیب می رسانند. خودآزاری این زنان شامل دو گونه جسمی (بریدن پوست/ کوبیدن سر به دیوار و...) و جنسی (رفتار پرخطر جنسی) همچنین دیگرآزاری آن ها شامل حمله به دیگران و پرتاب اشیاء به سمت دیگران است.

نرگس ۲۳ ساله در مورد خودآزاری جسمی اش می گوید: «بعد از اینکه شیشه می کشیدم، با تیغ رگ های دستم می زدم. چند بار این کار را کردم و هربار شوهرم رسوندم بیمارستان».

خانم ۴۴ ساله ای به نام زهرا دیگرآزاری خود را این گونه تشریح می کند: «بعد از کشیدن شیشه حالیم نبود چیکار می کنم، وقتی خمار بودم، هر چی کنار دستم بود، پرت می کردم سمت شوهرم. یه بار شوهرم حواسش نبود، من فلاکس چایی رو پرت کردم سمتش. سرش شکست».

از میان زنان ۸ نفر خودآزاری و ۴ نفر دیگرآزاری را تجربه کرده بودند.

توهم^۱: فرهنگ لغت تخصصی پزشکی^۲، توهم یک تجربه حسی کاذب یا تغییر یافته می‌داند که به نظر واقعی می‌رسد. این تلقین‌های حسی توسط مغز خلق می‌شود تا به وسیله یک محرک خارجی ممکن است به شکل‌های مختلف دیداری، شنیداری، لامسه، بویایی و حتی چشایی هم تجربه شود. براین اساس معمولاً تقسیم‌بندی‌هایی از توهم برای توصیف وضعیت افراد درگیر ارائه می‌شود که در پژوهش حاضر و برخی پژوهش‌های دیگر (منصوریان و دیگران، ۱۳۹۳) نیز یکی از پیامدهای مصرف شیشه است. تحلیل داده‌ها نشان داد که همه مشارکت کنندگان دچار توهم شده بودند. توهم در میان زنان اقسام متنوعی داشته است از آن جمله می‌توان به انواع ذیل اشاره کرد:

توهم دیداری: فرد اجسام بی‌جان را در حال حرکت می‌بیند، همچنین چیزهایی مانند دیو را مشاهده می‌کند. خانم صدیقه ۳۷ ساله با سابقه مصرف کراک و شیشه می‌گوید: «وقتی شیشه می‌کشیدم، تابلوها و عکس‌های روی دیوار حرکت می‌کردن. مثلاً یک تابلوی اسب می‌دیدم، فکر می‌کردم اسب‌ها دارن به سمت من میان».

و یا فرزانه با ۳۱ سال سن و سابقه مصرف تریاک، شیر و شیشه می‌گوید: «بعد از اینکه شیشه می‌کشیدم، فکر می‌کردم یکی از بالای پشت بوم، از دریچه^۳ گلخونه منو نگاه می‌کنه قیافه وحشتناکی داشت».

توهم شنیداری: حرف زدن‌های طولانی مدت فرد با خودش را شامل می‌شود. ملیحه با ۲۸ سال سن و سابقه مصرف تریاک، شیر و شیشه در این زمینه می‌گوید: «بعضی وقت‌ها بعد از کشیدن شیشه فاز حرف زدن داشتم. و می‌ستادم جلوی دیوار یا آینه و با خودم حرف می‌زدم». خانم فاطمه ۲۱ ساله با پیشینه مصرف تریاک و شیشه می‌گوید: «بعد از مصرف شیشه فاز حرف زدن داشتم، با خودم حرف می‌زدم. اینقدر حرف می‌زدم که فکم درد می‌گرفت». برخی از پیامدهای توهم نیز به شکل حس بدبینی نسبت به خانواده و اطرافیان آشکار شد. میترا با سابقه مصرف شیر، تریاک و شیشه درباره بدبینی خودش می‌گوید: «بعد از اینکه شیشه

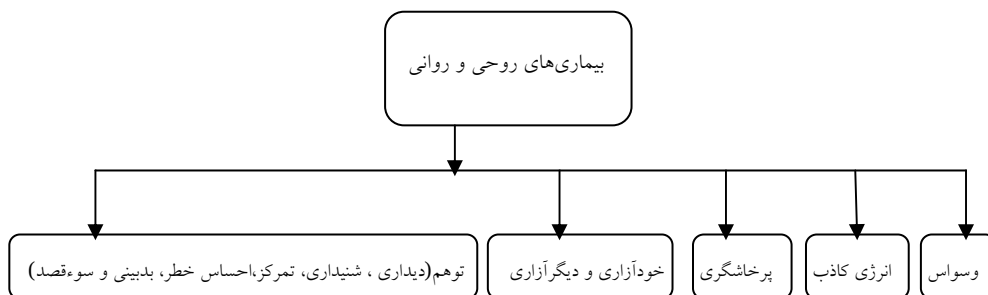
1. Hallucination

2. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Hallucinations>

۳. پنجره



می کشیدم، به شوهرم بدبین شده بودم. مدام فکر می کردم با یه زن دیگه رابطه داره». مریم ۲۴ ساله این گونه توهم بدبینی خود را تشریح می کند: «وقتی شیشه می کشیدم، دو نفر که با هم حرف می زدن، توهم می زدم که دارن، در مورد من حرف می زنن».



نمودار ۳: پیامدهای روحی و روانی مصرف شیشه

استهلاک بدن: در این مقوله پیامدهای جسمانی سوء مصرف شیشه زنان در قالب زیر مقولات لاغری، بی غذایی، بی خوابی و دهان مت بررسی می شود.

لاغری: یکی از آثار کوتاه مدت مصرف شیشه لاغری است، که تمام مشارکت کنندگان متفق القول به آن اشاره کرده اند. روند بروز لاغری با اولین تجربه مصرف شیشه آغاز می شود. این کاهش وزن سریع کل بدن فرد را با تحلیل مواجه می کند، که سبب لاغری ناگهانی در تمام قسمت های بدن می شود. لاغری در صورت فرد نیز نمایان می شود، به طوری که صورت فرد پر از چین و چروک شده، بافت های صورت بیشتر حالت استخوانی پیدا می کنند.

عهدیه خانمی ۲۸ ساله درباره لاغری با شیشه می گوید: «قبلاً چاق بودم، دوا و تریاک که می کشیدم، لاغر نشدم، اما شیشه بدجور لاغرم کرد. گوشت های بدنم آب شدن، صورتم کامل ریخت»^۱.

مریم با ۲۴ سال سن می گوید: «قبلاً خیلی چاق بودم، وقتی شیشه کشیدم، لاغر شدم. شیشه منو از درون آب کرد».

۱. اصطلاحی است، که برای لاغری صورت به کار می رود.

میترا نیز در این باره می‌گوید: «قبلاً چاق بودم، یهو^۱ لاغر شدم. مِلّت نمیدونستن به‌خاطر شیشه هست، دنبال رژیم لاغریم بودن. وقتی لاغر شدم، صورتم داغون شد».

بی‌غذایی: تمام زنان بعد از مصرف شیشه میل و اشتهایی به خوردن غذا و نوشیدنی نداشته‌اند. این بی‌اشتهایی بعد از مصرف شیشه گاه ۲ الی ۳ روز به طول می‌انجامد. با مصرف مداوم شیشه این عدم تمایل به خوردن غذا در زندگی زنان پررنگ‌تر شده و آن‌ها به‌جای غذا به مصرف نوشیدنی‌هایی از قبیل نوشابه و دلستر مشغول می‌شوند.

سپیده درباره بی‌غذایی خود می‌گوید: «اولین باری که شیشه کشیدم، تا ۳ روز هیچی نمی‌تونستم بخورم. به غذا اشتها نداشتم، حتی نمی‌تونستم آب بخورم. مصرف شیشم که بیشتر شد، اشتها خیلی کم شد».

خانم زهرا می‌گوید: «بعد از کشیدن شیشه، اصلاً نمی‌تونستم غذا بخورم. تنها چیزی که می‌خوردم آب بود. انگار غدام آب بود. بعد یه مدتی میل به غذا نداشتم، به جای آب نوشابه می‌خوردم، روزی ۱ نوشابه خانواده می‌خوردم».

بی‌خوابی (اختلال در خواب): روند بی‌خوابی در میان تمام زنان معتاد به شیشه با مصرف اولیه آن آغاز می‌شود. در مصرف اولیه زنان به مدت ۴۸ الی ۷۲ ساعت، علاقه‌ای به خوابیدن ندارند و اختلال در خواب و نخوابیدن را تجربه می‌کنند، بعد از سپری شدن این مرحله و با مصرف مداوم شیشه کیفیت خواب زنان تغییر می‌کند. بدین معنا که گاه بعد از چند روز بیداری متمادی، فرد چندین روز را در خواب به سر می‌برد.

مریم می‌گوید: «وقتی اولین بار شیشه کشیدم، ۳ شبانه روز نتونستم بخوابم، تو این بی‌خوابی برای اینکه سرگرم باشم قرآن حفظ می‌کردم. جزء ۲۶ را زمانی که بی خواب می‌شدم، حفظ کردم».

فاطمه می‌گوید: «اولین باری که شیشه کشیدم تا دو روز نخوابیدم، بعداً هم که شیشه می‌کشیدم خواب نمی‌رفتم، همش از خواب می‌پریدم».

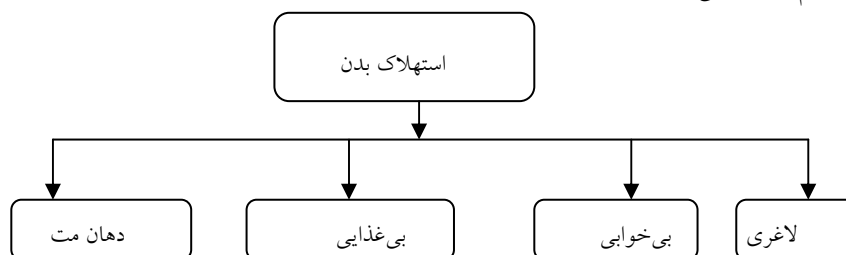
صدیقه نیز می‌گوید: «اولین بار که شیشه کشیدم ۳ شب و روز نخوابیدم، بعد سه روز احساس خواب داشتم و ۱ روز کامل رو خوابیدم. هر بار که شیشه بیشتر می‌کشیدم، باز

۱. در صحبت کردن عامیانه به معنای به یک باره، یک‌دفعه به‌کار می‌رود.



بی خواب می شدم».

دهان مت: یکی از زیرمقوله‌های شایع استهلاک بدن، پوسیدگی شدید دندان‌ها است، عارضه‌ای که تحت عنوان دهان مت^۱ شناخته می‌شود. بیش از نیمی از زنان دارای عارضه دهان مت شده بودند، زنان معتاد به شیشه با عارضه دهانی مت دارای دندان‌های سیاه، چرکین و پوسیده هستند. عهده ۲۸ ساله می‌گوید «بعد از اینکه شیشه می‌کشم، دهنم خشک می‌شه. دندان‌های جلویی‌ام ریختن، بعضی از دندان‌ها هم نصفه شکستن، فقط ریشه سیاهشون توی لثم هستن». صدیقه با ۳۷ سال سن می‌گوید: «شیشه که می‌کشیدم توی نئشگی، دندان‌هامو روی هم فشار می‌دادم، کم کم بعد زرد شدن دندان‌هام، احساس لقی بودن دندان‌هام رو داشتم، دندان‌های جلویم بعد مدتی کنده شدن، و جاشون سیاه شد».



نمودار ۴: پیامدهای جسمانی مصرف شیشه

بحث و نتیجه‌گیری

مصرف مداوم شیشه مانند هر ماده دیگری برای زنان پیامدهایی به‌همراه دارد. پیامدهای سوء مصرف شیشه در مشارکت‌کنندگان زن در ۴ گروه (جسمانی، اجتماعی، روحی و روانی، خانوادگی) طبقه‌بندی می‌شوند.

استهلاک بدن، شامل پیامدهای جسمانی بعد از مصرف شیشه در زنان است. تمامی مشارکت‌کنندگان بعد از مصرف شیشه بی‌خوابی، بی‌غذایی و لاغری را تجربه کرده بودند. بی‌خوابی زنان بعد از مصرف شیشه عموماً ۲-۳ روز طول می‌کشد و در این مدت زنان اصلاً نمی‌خوابیدند. بی‌خوابی بعد از مصرف متامفتامین در مطالعات دیگری مانند ناکاتانی^۲ (۲۰۰۱)

1. Meth Mouth

2. Nakatani

و برّندون^۱ و همکاران (۲۰۱۰)، به اثبات رسیده است. در کنار بی‌خوابی زنان بی‌غذایی و بی‌اشتهایی به غذا را نیز تجربه کرده بودند؛ این بی‌غذایی و بی‌خوابی در نهایت سبب کاهش وزن و لاغری در زنان شده بود. برخی از مشارکت‌کنندگان نیز درگیر مشکلات دهانی و دندانی مانند زرد شدن، ریختن دندان‌ها و عفونت لثه شده بودند؛ که در این تحقیق این موارد تحت عنوان دهان مت نامیده شدند. مشکلات دهان مت در این تحقیق با مطالعه شانر^۲ و همکارانش (۲۰۰۶)، همسو است.

علاوه بر پیامد جسمانی، بایستی به پیامدهای روانی مصرف شیشه اشاره کرد. مصرف شیشه تأثیر به‌سزایی بر مغز و سیستم عصبی مصرف‌کنندگان دارد. زنان مشارکت‌کننده در این تحقیق بعد از مصرف شیشه درگیر طیف گسترده‌ای از بیماری‌های روحی و روانی شده بودند. وسواس شایع‌ترین بیماری روانی در میان مشارکت‌کنندگان بود به‌نحوی که تمام زنان بعد از مصرف شیشه نسبت به انجام امور منزل و شست‌وشو وسواس پیدا کرده بودند. توهم بعد از مصرف شیشه از دیگر پیامدهای روانی مصرف شیشه در میان زنان است؛ آن‌ها در این تحقیق به انواع گوناگونی از توهمات بعد از مصرف شیشه اشاره کرده‌اند. توهم بدبینی و سوءظن به اطرافیان بیشترین فراوانی را در میان مشارکت‌کنندگان داشته است. توهم بدبینی و سوءظن نسبت به اطرافیان در تحقیق بروکف^۳ (۲۰۰۷)، در میان معتادان شیشه به اثبات رسیده است. همچنین در این پژوهش برخی از زنان تجربه توهم شنیداری نیز داشتند؛ که این مورد با نتایج مطالعات ناگایی^۴ (۲۰۱۰)، باگوت^۵ (۲۰۱۰)، آکی یاما^۶ (۲۰۰۶) و منصوریان و همکاران (۱۳۹۳)، همسو است. خودآزاری و دیگرآزاری و پرخاشگری از دیگر پیامدهای روانی مصرف شیشه در میان مشارکت‌کنندگان است. تحقیقات جوان^۷ (۲۰۰۷)، گوینگتن^۸ (۲۰۰۸)،

-
1. Brandon
 2. Shaner
 3. Brookoff
 4. Nagai
 5. Baggoott
 6. Akiyama
 7. Joanne
 8. Covington



باندون^۱ (۲۰۱۰)، سومرز^۲ و همکاران (۲۰۰۶)، در زمینه خشونت و آزار به خود و دیگران با نتایج این تحقیق در زمینه بیماری‌های روحی و روانی همسو است.

چالش‌های اجتماعی به بررسی پیامدهای مصرف شیشه در زنان در ابعاد اجتماعی توجه ویژه‌ای دارد. این چالش‌ها عموماً به صورت متوالی در زنان رخ داده است. اولین چالش اجتماعی که بیشتر زنان پاسخ دهنده با آن مواجه بودند انگ است. مشابه با یافته‌های رحیمی‌موقر و دیگران (۱۳۹۰)، تمامی زنان انگ اعتیاد را از خانواده پدری، همسری و رئیس خود دریافت کرده بودند. هم‌زمان با دریافت انگ اعتیاد از دیگران، فرد از اجتماع و خانواده خود طرد می‌شود؛ این طرد سبب انزوا و گوشه‌نشینی و افزایش میزان مصرف شیشه در زنان شده بود. به دنبال انگ و طرد شدن زنان از اجتماع این زنان پایگاه اقتصادی و شغل خود را از دست می‌دهند؛ و به موازات از دست دادن شغل به کارهایی مانند ساقی‌گری، روسپی‌گری و تکدی‌گری گرایش پیدا می‌کنند. همچنین برخی از زنان که در حال تحصیل بودند بعد از مصرف مداوم شیشه و دریافت انگ اعتیاد از دوستان و خانواده و به دلایل اقتصادی نسبت به ادامه تحصیل رغبتی نداشتند و ترک تحصیل کردند.

آخرین پیامد مصرف مداوم شیشه برای زنان آسیب‌دیدگی فرزندان است. زنان علاوه بر نقش همسری، نقش مادری را نیز عهده‌دار هستند، مصرف مداوم شیشه مشکلات جدی را برای نقش مادری زنان ایجاد کرده است. بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان معادل ۸ نفر از زنان، مادر بوده‌اند. این زنان بعد از مصرف شیشه نسبت به فرزندان و نیازهای فرزندان خود بی‌توجه شده بودند؛ و قانون توجه این مادران از فرزند به سمت شیشه تغییر پیدا کرده بود. علاوه بر بی‌توجهی، این مادران نسبت به فرزندان خود، بدرفتار شده بودند. همچنین مادرانی که قبل از مصرف شیشه با نهایت مهربانی با فرزندان خود رفتار می‌کردند؛ بعد از مصرف شیشه آسیب‌های جدی مانند اعتیاد، تنبیه شدید بدنی و... به فرزندان خود زده بودند. و در نهایت به علت احتمال معتاد شدن فرزندان از طریق مادر و آسیب‌هایی که مادر به فرزند خود تحمیل می‌کند؛ به صلاح‌دید دیگر اعضای خانواده بین مادران و فرزندان جدایی افتاده

1. Bandon

2. Spmmers

بود و فرزندان عموماً نزد مادر بزرگ پدری یا مادری خود نگهداری می‌شدند. در انطباق یافته‌های پژوهش با تئوری‌های انحرافات، از آنجا که محور این مقاله بر پیامدهای اعتیاد و نه دلایل آن استوار است، یکی از تئوری‌های واکنش اجتماعی، یعنی برچسب‌زنی، بحث‌برانگیز و مقایسه‌شدنی است. در واقع، برچسب‌زنی به بازتنظیم روابط اجتماعی منجر می‌شود، که این امر پیامدهای متنوعی از قبیل طرد، انزوا، تنهایی و حتی اخراج از کار را به همراه داشته است.



منابع

- احسانپور، سیدرضا، رضایی، راحله و براشتی، یدالله (۱۳۸۹). طبقه‌بندی نوین مواد مخدر در پرتو مطالعه تطبیقی، فصلنامه حقوق پزشکی، ۴(۱۴): ۸۷-۹۹.
- ایمان، محمدتقی (۱۳۹۱). روش‌شناسی تحقیقات کیفی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- خادمیان، طلیعه و قناعتیان، زهرا (۱۳۸۷). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران (مراکز تولد دوباره، خانه خورشید)، پژوهش‌نامه علوم اجتماعی، ۲(۴): ۵۹-۸۶.
- رایینگتن، ارل و واینبرگ، مارتین (۱۳۸۲). رویکردهای نظری هفت‌گانه در بررسی مسائل اجتماعی، ترجمه رحمت‌الله صدیق سروستانی، تهران: دانشگاه تهران.
- رحیمی‌موقر، آفرین (۱۳۸۳). شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران، نشریه رفاه اجتماعی، ۳(۱۲): ۲۰۳-۲۲۶.
- رحیمی‌موقر، آفرین، ملایری‌خواه‌لنگرودی، زهرا، دلبرپوراحمدی، شهناز و امین‌اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۰). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد، مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۷، ۲(۱۱۶-۱۲۵).
- سیه‌جانی، لیلی، اورکی، محمد و زارع، حسین (۱۳۹۲). طول مدت مصرف متامفتامین (شیشه) و اختلالات توجه پایدار در سوء مصرف کنندگان متامفتامین، فصلنامه اعتیادپژوهی و سوء مصرف مواد، ۷، ۲۷(۵۳-۶۶).
- فدایی، عاطفه، بیگدلی، ایمان‌اله و میلادی‌گرمی، حسین (۱۳۹۳). ارزیابی عملکرد حافظه‌کاری و حافظه آینده‌نگر در افراد وابسته به متامفتامین و ترک کرده، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۶، ۴(۸۶۱-۸۷۳).
- کمالی‌اردکانی، راضیه، نهنگی، حسین، یادگاری، مریم و شریف‌آبادی، حسین (۱۳۹۳). اثرات تجویز بلند مدت متامفتامین بر مخچه موش سوری نر: یک مطالعه استراتژیک، شفای خاتم، ۲، ۴.
- گروسی، سعیده و محمدی‌دولت‌آبادی، خدیجه (۱۳۹۰). تبیین تجربه زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده اعتیاد، فصلنامه علمی و پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، ۲، ۱(۵۵-۷۴).

منصوریان، مرتضی،، صلحی، مهراناز،، دهداری، طاهره،، تقدیسی، محمدحسین و زمانی، فرشته (۱۳۹۳). تجربه توهّم در مصرف‌کنندگان مواد مخدر: یک مطالعه کیفی، نشریه پایش، ۱۳(۴): ۴۶۷-۴۷۵.

نجفی، محمد،، فرهوریان، علی،، علیوندی وفا، مرضیه،، اختیاری، حامد و مساح، امیر (۱۳۹۲). میزان تنظیم هیجان در مصرف‌کنندگان متامفتامین با سابقه رفتارهای مخاطره‌آمیز و مصرف‌کنندگان بدون سابقه رفتارهای مخاطره‌آمیز، ویرانه‌نامه مطالعات اعتیاد، ۱۴، (۵). ویسی، هادی و محمدی‌نژاد، شهناز (۱۳۹۵). تأثیر قاچاق مواد مخدر بر امنیت اجتماعی مطالعه موردی: استان کرمان، جغرافیا و توسعه، ۲۴: ۱۰۷-۱۲۶.

- Akiyama, K.(2006). Longitudinal clinical course following pharmacological treatment of methamphetamine psychosis which peersists after long term bstinence. *Annals of the New York Academy of Sciences* ,1074:125-134.
- Baggoott,Mj. Siegrist, Jd. Galloway ,Gp. Robertson.Lc.Coyle,Jr.Mendelson ,Je. (2010)."Investigating the mechanisms of hallucinogen-induced visions using 3,4 methylenedioxy amphetamine (ma): a randomized controlled trial in humans ." *pols* 1:5:14074
- Bandon, D. & Marshal, L. (2010).The epidemiology of methamphetamine use amonge street youth and injection drug users. A thesis submited in partial fulfillment of the requirements for the degree of phd in the faculty of graduate studies the university of British Colombia.
- Brandon, D. Marshal, L. (2010). Heshlth outcomes associated with methamphetamine use among young people: a systematic review. *Addiction Journal*; 105:991-1002.
- Bridges, G. S., & Desmond, S. A. (2000). Deviance theories. *Borgatta, Edgar e Montgomery, Rhonda (2000) Encyclopedia of Sociology. Macmillan Reference USA*, 662-674.
- Brookoff, D .O'Brien, Kk. Cook, Cs. Thompson, TD.Williams, C.(2007). Characteristics of particrpants in domestic violence assessment at the scene of domestic assault. *Journal of American Medical Association*, 277:1369-73.
- Buxton JA, Dove NA, (2008). The burden and management of crystal methuse. *Canadian Medical Association Journal*; 178:1537-1539.
- Cohen .Judith B, Dickow Alice, Horner Kathryn , Zweben Joan E , Balabis Joseph , Vandersloof Denna , Rerber Chris .(2003). Abuse and volence history of men and women in treatment for methamphetamine dependence., *American Journal on addiction*; 12: 377-385.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1998). *Basics of qualitative research*. london : sage publicatiuous.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research*. Third Edition ,London : sage publicatiuous.
- Covington, Stephanie s. (2008).Women and addiction: A teauma – Informal



- approach, *Journal of psychoactive drugs*, SARC, supplement 5, p377-385.
- Creswell, J.W. (1994). *research design*, London: sage.
- Ehsanpour, S. R. Rezaei, R. & Barashti, Y. (2010). New classification of drug in a comparative study, *Medical law*, no 4 (140).
- Fadaei, A. Beggdeli, I. & Miladi, H. (2014). Performance Evaluation of working and prospective memory in dependent and drug free methamphetamine users, *Journal of Medical Sciences University of Northern Khorasan*, Vol 6, No. 4.
- Galanter, M (2006). Innorations : Alcohol and drug abuse :spirituality in alcoholics anonymousAvaluable adjunct to psychiatric services. *psychiatric services*, 57(3),307-309
- Gharousi, S. & mohammadi D. K. (2011). Explanation of lived experiences of drug dependent women from addiction phenomenon. *Quarterly Journal of sociology of Women*, Vol, 2 No, 1.
- Glaser, B., G. & A. L. Strauss, (1967). *The discovery of grounded theory, Sterategies for Qualitative Research* London, Weidenfeild and Nicolson.
- Hester, S., & Eglin, P. (1992). *A sociology of crime*. Psychology Press.
- Iman, M. T. (2012). *Methodology of qualitative research*, Ghom: Haowze va daneshgha.
- Joanne, Ross. (2007). Illicit drug use in Australia: Epidemidogy, use patterns and associated harm. 2nd Edition, *National drug & Alcohol research center paper-based publications*: Commonwealth of Australia.
- Kamali Ardakani, R. Nahanghi, H. yadeghari, M., & Sharifabadi, H. (2014). Effects of long term methamphetamine advice on cerebellum of male mice: A strategic study, *Shafaye Khatam*, Vol 2, No. 4.
- Khademian, T. & Ghanaatyan, Z. (2009). Study of effective social factors on addiction of addicted women in rehabilitation and reduction harm center of women in Tehran city (Tavalode Dobare and Khaneh Khorshid Centers), *Social Sciences Research Paper*, No. 4 P: 59-86.
- Mansourian, M. Solhi, M. Dehdari, T. taghdisi, M. & Zamani, F. (2014). Experience of illusion in drug users: A qualitative study, *Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*, Vol 13, No, 4.
- Moliter, Fred. Steven, R. Truax, Phd. Juan, D. Ruiz, Md, Mph. Richard, K. Sun, Md, Mph. (1998). Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behavior and HIV infection among Non-injection drug users. Department of Healt services California, *West J Med*; 168: 93-97.
- Nagai, T. & Yamada, K. (2010). Molecular Mechanism for Methamphetamine induced memory impairment Mihon Arukoru Yakubut: *Igakkaï Zasshi* ;45:81-91.
- Najafi, M. farhorian, A. Alivandivafa, M. Ekhtyari, H. & massah, A., (2013). level of excitement regulation in methamphetamine users with and without record of risky behavior, *Addiction studies*, Vol. 14, No. 5.
- Nakatani, Y. & Hava, T, (2001). Disturbance of consciousness due to methamephtamine abuse. *A study of 2 Patients Journal of psychiatric practice*, 11:137-41
- Newton, T. F., De La Garza, R., Kalechstein, A. D., Tziortzis, D., & Jacobsen, C. A.

- (2009). Theories of addiction: methamphetamine users' explanations for continuing drug use and relapse". *American Journal on Addictions*, 18(4), 294-300.
- Patton, M.Q. (1994). how to use Qualitative methods in evaluation. London :Sage.
- Rahimi Movaghar, A. (2006). Prevalence and patterns of drug use and addiction of women in Iran, *Social Welfare*, Vol. 3, No 12.
- Rahimi Movaghar, A., Malayerikhah, L. Z., delbarpour, A. S, & Amin Esmaeali, M. (2011). Qualitative study of women needs for addiction cure, *Psychiatry and Clinical Psychology*, Vol. 17, No. 2
- Rubington, E., & Weinberg, M. S. (2003). *The study of social problems: seven perspectives*. Oxford University Press, USA.
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1997). A life-course theory of cumulative disadvantage and the stability of delinquency. *Developmental theories of crime and delinquency*, 7, 133-161.
- Seyahjani, L. oraki, M. & Zare, H., (2013). Duration of methamphetamine misuse (Crystal) and permanent attention disorders among methamphetamine misusers, *Quarterly Journal of Research on Addiction*, Vol 7, No 27,
- Shaner J.W, Kimmes N, Saini T, & Edwards P.(2006). Meth Mouth" Rampant caries in methamphetamine abusers., *Aids Patient care and stds*, volume 20, number 3.
- Sommers, Ira & Deborah, Baskin (2006). Methamphetamine use and violence. *Journal of drug issues* , vol 36,no 1,77-96.
- Sommers, Ira & Deborah, Baskin, Arielle, Baskin-Sommers (2006). Methamphetamine useamong young adults: Healthand social consequences. *Adidictive behavious*, 31:1469-1476.
- Tanibuchi Y,Shimagami M, Fukami G , Sekine Y, Lyo M & Hashimoto K, (2010):"Acase of methamphetamine use disorder treated with theantibiotic drug minocycline." ,*General hospital psychiatry*;32:559-565.
- Veysi, H. & Mohammadinejad, S. (2016). Effect of drug smuggling on social security, case study: Kerman province, *Geography & Development*, No. 24, 107-126.



Consequences of Crystal (Methamphetamine) Consumption: qualitative Study of Addicted women in Kerman City

Elham Karamizadeh* & Dariush Boostani**

Abstract

This study aims to investigate the consequences of crystal (Methamphetamine) abuse among addicted women of kerman city. Methodology of the research is Grounded Theory which is a Qualitative methodology. The field of research is the city of Kerman. 12 addicted women were selected as participants through qualitative Purposive sampling and based on theoretical saturation criterion and their lived experiences were analyzed. In-depth open ended interview was used to collect data. Generally, data analyzing and data coding were culminated in 4 categories and 20 subcategories. Four general categories are: social challenges; damage to children; mental illness; and body amortization. Some of the subcategories are: stigma; exclusion; prostitution; illusion; being fired from work; separation from child; obsession; aggression; and becoming local drug dealer.

Key words: Crystal Abuse; Women; Social Challenges; Body Amortization; Stigma.

* M.A. student of sociology, Islamic Azad University, Kerman

** Associate prof. of Sociology, Chairman of Sociological Research Group of Urban-Rural Studies, Department of Social Sciences. Faculty of Literature and Humanity, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran.

DOI: 10.22051/jwfs.2016.11103.1200

Submit Date: 2016-08-02

Accept Date: 2017-02-12