BIRJAND UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

Journal of Translational Medical Research

https://journal.bums.ac.ir

Original Article

Lived experiences of women in addiction recovery: barriers to and facilitators of relapse: An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) Study

Hossein Emamian[1], Zahra Jalili[1]*, Reza Tavakoli [1], Samaneh Zanjani[1], Ehsan Mousafarakhani[2]

[1] Department of Health Education and Health Promotion, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2] Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

***Corresponding author:** Zahra Jalili
Tel: +9821-37182612 E-mail: jalili403@iau.ac.ir

ABSTRACT

Background and Aims: Relapse is a central challenge after withdrawal from addiction, and substance use disorders are rising among women. This study explored the lived experience of relapse among women in recovery in Bardaskan, Iran.

Materials and Methods: This qualitative study used Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), following Smith's framework. In total, 12 women with a history of relapse were recruited through purposive sampling and interviewed using in-depth, semi-structured interviews until data saturation. Each transcript was analyzed idiographically before being compared across cases. Trustworthiness was appraised against Yardley's four criteria.

Results: Analysis of 381 initial codes yielded 17 categories and four Group Experiential Themes: "On the verge of relapse: living amid pain, pressure, and temptation"; "Being seen in the group: finding refuge on the path to recovery"; "Making it possible to stay on the path to recovery"; and "Fear of being seen: the invisible barriers to help-seeking." Bodily pain, emotional dysregulation, eroded self-worth, and environmental pressure converged as drivers of substance use; peer fellowship and restored family bonds strengthened relational connectedness; a changing spousal role, self-recognition, and economic and institutional supports helped sustain abstinence; and stigma fostered a profound fear of exposure.

Conclusion: Relapse among women in recovery is a multidimensional, relationally embedded process that is continually renegotiated within the marital relationship, rather than a static outcome determined by independent risk factors. Self-help groups, such as Narcotics Anonymous, and non-judgmental social support emerged as the most prominent protective factors. Interventions should therefore conceptualize spousal support as a dynamic process rather than a fixed variable.

Keywords: Qualitative Research, Recurrence, Self-Help Groups, Social Support, Substance-Related Disorders, Women

Citation: Emamian H, Jalili Z, Tavakoli R, Zanjani S, Mousafarakhani E. [Lived experiences of women in addiction recovery: barriers to and facilitators of relapse: An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) Study]. Journal of Translational Medical Research (J Transl Med Res). 2026; 33(3): ?????. [Persian]

DOI http://doi.org/10.61186/JBUMS.33.3????

OPEN ACCESS Crossref

Received: July 15, 2026 **Revised:** September 22, 2026 **Accepted:** October 04, 2026

Copyright © 2026, Journal of Translational Medical Research. This open-access article is available under the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 (CC BY-NC 4.0) International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which allows for the copying and redistribution of the material only for noncommercial purposes, provided that the original work is properly cited.

مقاله اصیل پژوهشی

تجارب زیسته زنان بهبودیافته از اعتیاد در رابطه با موانع و مشوق‌های عود: یک مطالعه پدیدارشناسی تفسیری

حسین امامیان [۱]، زهرا جلیلی [۱*]، رضا توکلی [۱]، سمانه زنجانی [۱]، احسان موسی فرخانی [۲]

چکیده

زمینه و هدف: عود به مصرف مواد از چالش‌های اصلی پس از ترک اعتیاد است و گرایش زنان به این اختلال رو به افزایش است. این مطالعه با هدف واکاوی تجربه زیسته زنان بهبودیافته از عود اعتیاد در شهرستان بردسکن انجام شد.

روش تحقیق: این پژوهش کیفی با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری (IPA) و بر پایه چارچوب Smith انجام شد. ۱۲ زن بهبودیافته باسابقه عود، با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و تا اشباع داده‌ها با مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته مورد مصاحبه قرار گرفتند. هر مصاحبه ابتدا به‌صورت ایدئوگرافیک تحلیل و سپس مضامین تجربی گروهی از مقایسه میان‌موردی استخراج شد. استحکام یافته‌ها بر پایه معیارهای چهارگانه Yardley ارزیابی شد.

یافته‌ها: تحلیل ۳۸۱ کد اولیه به ۱۷ مقوله و چهار مضمون تجربی گروهی انجامید: «در آستانه بازگشت: زیستن میان درد، فشار و وسوسه»؛ «دیده‌شدن در جمع: یافتن پناهگاه در مسیر بازیابی»؛ «فراهم‌شدن امکان ماندن در مسیر بازیابی»؛ و «ترس از دیده‌شدن: موانع نامرئی در مسیر کمک‌خواهی». درد جسمانی، هیجان‌های مهارنشده، فرسایش احساس ارزشمندی و فشار محیط، زمینه‌ساز بازگشت بودند؛ حضور همتایان و پیوند با خانواده، تکیه‌گاه رابطه‌ای را بازساخت؛ تحول نقش همسر، بازشناسی خود و پشتوانه‌های اقتصادی و نهادی، تداوم پاکی را ممکن کرد؛ و انگ اجتماعی بیش از نبود دسترسی، ترسی هستی‌شناختی از افشاشدن بود.

نتیجه‌گیری: عود در زنان بهبودیافته، فرایندی چندبُعدی و رابطه‌محور است که در بستر رابطه زناشویی پیوسته بازتعریف می‌شود. گروه‌های خودیار مانند انجمن معتادان گمنام و حمایت اجتماعی عاری از قضاوت، برجسته ترین عوامل محافظت‌کننده بودند. مداخلات پیشگیرانه باید حمایت همسر را متغیری پویا، نه ثابت، در نظر بگیرند.

واژه‌های کلیدی: پژوهش کیفی، عود، گروه‌های خودیار، حمایت اجتماعی، اختلال‌های مرتبط با مواد، زنان

مجله "تحقیقات پزشکی ترجمانی". ۱۴۰۵؛ ۳۳ (۳): در حال انتشار.

دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۲۴ ویرایش: ۱۴۰۵/۰۶/۳۱ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۱۲

[۱] گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

[۲] گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

***نویسنده مسئول: زهرا جلیلی**

آدرس: استان تهران- تهران- دانشگاه آزاد اسلامی- واحد علوم و تحقیقات- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

تلفن: ۰۲۱-۳۷۱۸۲۶۱۲ پست الکترونیکی: jalili403@iau.ac.ir

مقدمه

اختلال مصرف مواد یکی از بحران‌های سلامت عمومی است که جمعیت‌ها و مناطق گوناگون را تحت‌تأثیر قرار داده است. در سال ۲۰۲۴، تقریباً ۲۹۲ میلیون نفر در سطح جهان سابقه مصرف مواد داشتند که در ۶۴ میلیون نفر آنان، این مصرف در سطح اختلال تشخیصی گزارش شد؛ رقمی که نسبت به گزارش مشابه سال پیش از آن، افزایشی سه‌درصدی را نشان می‌دهد (۱). ایران نیز از این روند فزاینده مستثنی نبوده است؛ حدود ۴ میلیون نفر مصرف‌کننده مستمر و غیرمستمر مواد مخدر در کشور وجود دارد که از این میان، ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر مصرف مستمر دارند و با احتساب بُعد خانوار، حدود ۱۱ میلیون ایرانی به‌طور مستقیم با پدیده مخرب مواد مخدر درگیرند (۲).

اگرچه مردان همچنان فرصت بیشتری برای دسترسی به مواد و ابتلا به اختلال مصرف آن دارند، شیب افزایش اعتیاد در میان زنان نیز تندتر شده و قابلیت دسترسی زنان به مواد افزایش‌یافته است. آمار دقیقی از جمعیت زنان دارای اختلال مصرف مواد در ایران در دست نیست، اما بر پایه اعلام برخی مسئولان حوزه اجتماعی، حدود ۱۰ درصد از معتادان کشور را زنان تشکیل می‌دهند (۳). اختلال مصرف مواد در میان زنان، به‌احتمال زیاد به دلیل موانعی که آنان در مسیر تشخیص و درمان با آن مواجه‌اند، کمتر از میزان واقعی گزارش می‌شود؛ این موانع خاص عبارت‌اند از تجربه انگ اجتماعی شدیدتر نسبت به مردان، عوامل استرس‌زای مالی، حمایت اجتماعی کمتر و شیوع بیشتر بیماری روانی همراه با اعتیاد. زنانی که مادر نیز هستند، افزون بر این موانع، با ترس از دست‌دادن حضانت فرزند و نبود دسترسی به مراقبت از کودک برای ورود به درمان روبه‌رو می‌شوند (۴).

ترک مصرف مواد مخدر، همواره یکی از دغدغه‌های اصلی مصرف‌کنندگان، خانواده‌های آنان و مسئولان بوده است. ترک جسمانی مواد، از طریق درمان‌ها و روش‌های گوناگون میسر و چندان دشوار نیست؛ مسئله اصلی، بازگشت و مصرف مجدد پس از آن است. مطالعات نشان می‌دهند بازگشت به مصرف در افرادی که به‌صورت حضوری در جلسات درمانی شرکت می‌کنند، بین ۴۰ تا ۶۰ درصد گزارش شده است (۵). هرچند آمار دقیق و موثقی از درصد افراد ترک کرده و بهبودیافته‌ای که در ایران دوباره به مواد مخدر بازمی‌گردند وجود ندارد، روند روبه‌افزایش مصرف‌کنندگان مواد مخدر می‌تواند بیانگر این واقعیت باشد که روش‌های درمانی و راهکارهای موجود، تاکنون موفق یا جامع نبوده و نتوانسته‌اند مانعی مؤثر در برابر عود و مصرف مجدد باشند (۶). در گزارشی، سازمان بهزیستی اعلام کرده است که حدود ۹۰ درصد معتادان ترک کرده، دوباره به اعتیاد بازمی‌گردند و این قطع مصرف، بیش از چند هفته یا چند ماه دوام نمی‌یابد (۷).

درنتیجه، یکی از دغدغه‌های اصلی متخصصان حوزه درمان مصرف مواد، توسعه استراتژی‌ها و مداخلات مؤثر برای ارتقای بهبودی بوده است؛ زیرا آمارهای بین‌المللی نشان می‌دهند میزان عود مرتبط با سوءمصرف مواد همچنان بالاست و همین امر، به افزایش علاقه علمی به موضوع عود و بازگشت انجامیده است؛ افزایش آگاهی و دانش در این زمینه می‌تواند به شکل‌گیری استراتژی‌های مدیریت بازگشت و ارتقای بهبودی کمک کند (۷). Brophy و همکاران در تحلیل مفهومی خود از «بهبودی» در حوزه سوءمصرف مواد، این مفهوم را مشتمل بر چهار هسته اصلی دانسته‌اند: بهبودی به‌مثابه یک فرایند، بهبودی فراتر از مدیریت مصرف مواد، بهبودی به‌مثابه مصداق بهبود زندگی و بهبودی به‌مثابه مفهومی فردی و متمرکز بر فرد (۸).

باتوجه‌به آنچه گفته شد، اگرچه اعتیاد در هر قشری از جامعه دردناک است، اعتیاد زنان به دلیل اهمیت نقش همسری و مادری آنان، ناگوارتر و پیامدهای منفی آن شدیدتر است (۹)؛ سوءمصرف یا بازگشت مجدد پس از ترک، از مهم‌ترین تهدیدهای سلامت و بهبودی جامعه زنان به شمار می‌رود. برچسب اجتماعی «زن معتاد»، با سرایت به کل خانواده، به ازبین‌رفتن شبکه‌های ارتباطی درون خانواده می‌انجامد (۱۰). براین‌اساس، شناسایی بسترهای زمینه‌ساز عود و بازگشت دوباره به مصرف مواد در زنان، اهمیت بالایی دارد و بررسی عوامل زمینه‌ساز روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی آمادگی به اعتیاد در زنان و جوانان، ضروری است؛ زیرا شناسایی عواملی که به بازگشت‌های پیشین انجامیده‌اند، می‌تواند احتمال بازگشت‌های

بعدی را کاهش دهد – هدفی که جز از رهگذر بررسی تجربه‌های زیسته این زنان محقق نخواهد شد.

پژوهش‌های انجام‌شده در داخل کشور در این زمینه اندک‌اند و حتی آمار روشنی از میزان بازگشت مکرر زنان در کشور در دست نیست. ازسوی‌دیگر، جمعیت زنان دارای سوءمصرف مواد در شهرستان بردسکن (در جنوب خراسان رضوی با جمعیت ۸۵ هزارنفری و فاصله ۳۰۰ کیلومتری از مرکز استان) روندی روبه‌افزایش دارد و تنها در سایه واکاوی تجربه‌های زیسته این زنان می‌توان به راهکارهای کاربردی برای کاهش بازگشت به سوءمصرف مواد در آنان دست‌یافت. جست‌وجوهای پژوهشگر برای یافتن مطالعه‌ای که در آن، تجربه‌های زنان متأهل ایرانی دارای بازگشت به اعتیاد تبیین شده باشد، نتیجه‌ای در بر نداشت؛ و باتوجه‌به ضرورت انجام پژوهشی کیفی برای درک عمیق و تبیین تجربه‌های منحصربه‌فرد این زنان، پژوهش حاضر برای پرکردن این شکاف، باهدف واکاوی تجربه‌های زیسته بازگشت به اعتیاد در زنان بهبودیافته از سوءمصرف مواد شهرستان بردسکن، انجام شد. با ارائه نتایج این پژوهش، گامی در جهت ارتقای استراتژی‌های مدیریت بازگشت و بهبود کیفیت زندگی زنان دارای این تجربه برداشته می‌شود؛ افزون بر این، این پژوهش به یاری‌گران و متخصصان حوزه سلامت روان و اعتیاد، بینشی درباره ماهیت چندلایه و رابطه‌محور عود اعتیاد در زنان ارائه می‌دهد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و در چارچوب تحلیل پدیدارشناسی تفسیری (IPA[1]) بر پایه رویکرد smith انجام شد (۱۱). انتخاب این رویکرد نه صرفاً یک برچسب روش‌شناختی، بلکه انتخابی هدفمند بود؛ IPA بر سه التزام هم‌زمان استوار است: التزام پدیدارشناختی به فهم دقیق و نزدیک به تجربه از آنچه بر مشارکت‌کننده گذشته، التزام تفسیری به معنابخشی پژوهشگر به این تجارب در پرتو دانش نظری موجود و التزام ایدئوگرافیک به کندوکاو عمیق در تجربه هر فرد پیش از حرکت به‌سوی الگوهای مشترک میان افراد (۱۱). ماهیت پدیده موردمطالعه –بازگشت به مصرف مواد در زنان بهبودیافته– که تجربه‌ای عمیقاً شخصی، بارگذاری‌شده از احساس گناه و شرم و درهم‌تنیده با روایت هویتی فرد است، IPA را نسبت به رویکردهای صرفاً توصیفی یا رویکردهای مبتنی بر ساخت نظریه (نظیر نظریه زمینه‌ای) مناسب‌تر می‌ساخت؛ زیرا هدف پژوهش، کشف معنایی بود که خود این زنان به تجربه لغزش و بازگشت خود می‌دهند، نه صرفاً طبقه‌بندی علل بیرونی آن. مراحل تحلیل داده‌ها در جدول ۱ خلاصه شده است.

جامعه نمونه‌گیری و شرکت‌کنندگان

جامعه پژوهش را زنان دارای سابقه سوءمصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان بردسکن تشکیل می‌دادند که دست‌کم یک‌بار تجربه ترک و بازگشت مجدد به مصرف را داشتند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با تأکید بر همگونی نمونه – از دو منظر مفهومی نزدیکی تجربه به پرسش پژوهش و ملاحظات عملی دسترسی به این جمعیت پنهان – صورت گرفت (۱۱). معیارهای ورود عبارت بودند از: داشتن حداقل دو سال سابقه اعتیاد، تجربه دست‌کم یک دوره کامل ترک و گرایش مجدد، برخورداری از حداقل شش ماه دوره پاکی در سابقه، مصرف هر نوع ماده اعتیادآور سنّتی یا صنعتی، برخورداری از سلامت عمومی و توان کلامی کافی برای شرکت در مصاحبه عمیق و تمایل آگاهانه به مشارکت. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت؛ به این معنا که پس از مصاحبه یازدهم دیگر مضمون تازه‌ای استخراج نشد و مصاحبه دوازدهم برای اطمینان از این اشباع انجام و تحلیل شد. مشخصات جمعیت‌شناختی و بالینی ۱۲ شرکت‌کننده مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان بردسکن – شامل سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، شغل، سطح تحصیلات، نوع و مدت مصرف و طولانی‌ترین دوره پرهیز از مصرف – در جدول ۲ ارائه شده است.

گردآوری داده‌ها

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته و رودررو

[1] Interpretative Phenomenological Analysis

گردآوری شد. هر مصاحبه با یک سؤال باز محوری («لطفاً تجربه خود را از بازگشت به مصرف پس از دوره‌ای پاکی برایم بازگو کنید») آغاز و با پرسش‌های واکاوانه و پیگیرانه («ممکن است بیشتر توضیح دهید؟»، «در آن لحظه دقیقاً چه احساسی داشتید؟») عمیق‌تر می‌شد تا از تجربه زیسته مشارکت‌کننده، به‌جای فهرستی از علل، روایتی غنی به دست آید. مدت هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود. مصاحبه‌ها ضبط صوتی، کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی، و پیش از تحلیل به‌منظور اطمینان از صحت بازنویسی برای مشارکت‌کننده بازخوانی شد.

راهبرد تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها گام‌به‌گام و بر اساس رویه استاندارد شش‌مرحله‌ای IPA صورت گرفت که منطق آن، برخلاف کدگذاری مقایسه‌ای نظریه زمینه‌ای، حرکتی رفت‌وبرگشتی میان کلیت متن و اجزای آن (دور هرمنوتیکی) و حرکتی تدریجی از تحلیل موردی ژرف (ایدئوگرافیک) به‌سوی الگوهای مشترک میان موارد (نوموتتیک) است (۱۱):

۱) غوطه‌وری و خوانش مکرر هر مصاحبه به‌صورت مجزا و پیش از ورود به مصاحبه بعدی، همراه با گوش‌دادن مکرر به فایل صوتی برای بازیابی لحن، مکث‌ها و بار عاطفی گفتار؛ ۲) یادداشت‌برداری اکتشافی خط‌به‌خط در سه سطح توصیفی (آنچه گفته شده)، زبان‌شناختی (نحوه بیان، استعاره‌ها، تکرارها) و مفهومی (پرسش از معنای ضمنی و پیش‌فرض‌های نهفته در گفته‌ها)؛ ۳) شکل‌گیری مضامین نوظهور برای هر مصاحبه به‌طور مستقل، از طریق تلخیص یادداشت‌های اکتشافی به عبارت‌هایی که هم به زبان مشارکت‌کننده وفادار و هم دارای انتزاع مفهومی کافی باشند؛ ۴) جست‌وجوی پیوند میان مضامین نوظهور همان مصاحبه با به‌کارگیری راهبردهای انتزاع (خوشه‌بندی مضامین هم‌خانواده)، قطب‌بندی (شناسایی تضادها)، بافت نگر (توجه به بعد زمانی و روایی) و کارکردسنجی (پرسش از نقشی که هر مضمون در روایت فرد ایفا می‌کند)؛ ۵) تکرار مراحل یک تا چهار برای هر یک از ۱۲ مصاحبه به‌صورت مجزا، پیش از هرگونه مقایسه میان موردی، تا یکپارچگی تجربه هر فرد حفظ شود؛ ۶) جست‌وجوی الگوهای مشترک و واگرا میان موارد و تدوین مضامین تجربی گروهی [1] از طریق مقایسه مستمر مضامین فردی که در قالب چهار مضمون اصلی و ۱۷ مقوله فرعی در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

از میان ۳۸۱ کد اولیه استخراج‌شده از سطح یادداشت‌برداری اکتشافی، پس از ادغام کدهای همپوشان و انتزاع مفهومی، ۱۷ مقوله فرعی و در نهایت چهار مضمون اصلی («عوامل زمینه‌ساز عود»، «عوامل بازدارنده»، «راهبردهای مقابله‌ای و پیشگیرانه» و «موانع محیطی در کمک‌جویی») شکل گرفت. فرایند این تحلیل در جدول یک نشان‌داده‌شده است.

نکته‌ای که باید درباره منطق تفسیر در این پژوهش تصریح شود، مفهوم هرمنوتیک دوگانه[2] است: مشارکت‌کننده در حال معنابخشی به دنیای خویش است و پژوهشگر در حال معنابخشی به تلاش مشارکت‌کننده برای معنابخشی به دنیای خویش (۱۱). به بیان دیگر، آنچه در بخش یافته‌ها ارائه می‌شود، نه توصیفی خنثی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان، بلکه تفسیری دومرحله‌ای است که در آن پژوهشگر می‌کوشد فراتر از محتوای صریح گفته‌ها، ساختار معنایی و وجودی نهفته در آن‌ها را آشکار سازد؛ برای نمونه، تمایز میان «آنچه فرد می‌گوید» و «آنچه فرد در تلاش است بیان کند» در تحلیل موردتوجه قرار گرفت.

جایگاه پژوهشگر و بازتاب‌اندیشی

سازگار با مبانی هرمنوتیکی IPA – که برخلاف پدیدارشناسی توصیفی هوسرلی[3]، تعلیق کامل پیش‌فرض‌های پژوهشگر را نه ممکن و نه حتی مطلوب می‌داند – تلاش پژوهشگران معطوف به تعلیق داوری (نه انکار پیش فهم) بود. پیش فهم پژوهشگران، برخاسته از مطالعه پیشینه پژوهشی و آشنایی حرفه‌ای با حوزه سلامت و ارتقای سلامت، به‌جای کنار گذاشته شدن، به‌صورت آگاهانه و مکتوب (از طریق یادداشت‌های تحلیلی همزمان با کدگذاری) رصد شد تا نقش آن در شکل‌دهی به تفسیر، شفاف و

[1] Group Experiential Themes
2 Double hermeneutic
3 Husserl

قابل‌ردیابی باشد. تحلیل داده‌ها به‌طور مستقل توسط بیش از یک پژوهشگر انجام و مضامین استخراج‌شده در جلسات مشترک تیم پژوهشی بازبینی و درباره اختلاف‌های تفسیری گفت‌وگو شد تا از تسلط برداشت فردی بر داده‌ها پیشگیری شود.

استحکام و اعتبار یافته‌ها

برای تضمین استحکام یافته‌ها از معیارهای چهارگانه یاردلی استفاده شد که مبنای اصلی ارزیابی کیفیت در مطالعات IPA است (۱۲).

حساسیت به بافت

از طریق مرور نظام‌مند پیشینه پژوهشی، آشنایی پژوهشگران با بافت فرهنگی – اجتماعی شهرستان بردسکن و استناد مستقیم و گسترده به نقل‌قول‌های خود مشارکت‌کنندگان در ارائه یافته‌ها

تعهد و دقت

از طریق مصاحبه عمیق با نمونه همگون، غوطه‌وری طولانی‌مدت پژوهشگر در داده‌ها و پیگیری منظم رویه شش‌مرحله‌ای تحلیل برای تمامی ۱۲ مورد

شفافیت و انسجام

از طریق گزارش روشن مراحل تحلیل (جدول ۱)، ارجاع مکرر و آزمون‌پذیر یافته‌ها به داده خام (نقل‌قول‌ها) و بازبینی مضامین استخراج‌شده توسط دو نفر از مشارکت‌کنندگان (بازبینی مشارکت‌کننده) و پانل خبرگان تیم پژوهشی برای اطمینان از صحت تفسیر

تأثیر و اهمیت

از طریق پیوند صریح یافته‌ها با کاربردهای بالینی و سیاست‌گذارانه در بخش بحث.

جدول ۱- مراحل تحلیل داده‌ها بر اساس رویه شش‌مرحله‌ای پدیدارشناسی تفسیری (IPA)

گام	شرح اقدام تحلیلی
مرحله ۱	غوطه‌وری و خوانش/شنیدن مکرر هر مصاحبه به‌صورت مجزا (تحلیل ایدئوگرافیک)
مرحله ۲	یادداشت‌برداری اکتشافی خط‌به‌خط در سه سطح توصیفی، زبان‌شناختی و مفهومی
مرحله ۳	شکل‌گیری مضامین نوظهور برای هر مصاحبه به طور مستقل
مرحله ۴	جست‌وجوی پیوند میان مضامین نوظهور همان مصاحبه (انتزاع، قطب‌بندی، بافتمندسازی، کارکردسنجی)
مرحله ۵	تکرار مراحل ۱ تا ۴ برای هر یک از ۱۲ مصاحبه به‌صورت مستقل، پیش از مقایسه میان موردی
مرحله ۶	جست‌وجوی الگوهای همگرا و واگرا میان موارد و تدوین مضامین تجربی گروهی (نتیجه: ۳۸۱ کد اولیه ← ۱۷ مقوله ← ۴ مضمون اصلی)

IPA: Interpretative Phenomenological Analysis

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی و معرفی ۱۲ مشارکت‌کننده در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌گونه که در روش پژوهش شرح داده شد، تحلیل هر مصاحبه ابتدا به‌طور مستقل (تحلیل ایدئوگرافیک) و سپس در مقایسه با دیگر موارد صورت گرفت. از دل ۳۸۱ کد اولیه، ۱۷ مقوله فرعی و در نهایت چهار مضمون اصلی استخراج شد (جدول ۳) که در ادامه، هر یک همراه با تفسیر پژوهشگر از معنای نهفته در گفته‌های مشارکت‌کنندگان ارائه می‌شود. شایان‌ذکر است که این چهار مضمون، مجموعه‌ای از مقولات مجزا نیستند؛ بلکه چنان‌که در پایان هر بخش نشان داده خواهد شد، در تعامل با یکدیگر، روایتی واحد از تجربه لغزش و تلاش برای بازیابی را می‌سازند.

جدول ۲- مشخصات جمعیت‌شناختی و معرفی مشارکت‌کنندگان

کد	سن	وضعیت تأهل	فرزند	شغل	تحصیلات	مدت مصرف	نوع ماده مصرفی	طولانی‌ترین دوره پرهیز	دفعات ترک
۱	۲۱	متأهل	۱	نوازنده مهمانی‌ها	دیپلم	۶ سال	الکل، گل، شیره، تریاک	متفاوت در دوره‌های بهبودی	چندین بار
۲	۲۸	متأهل	۲	خانه‌دار	زیر دیپلم	۱۷ سال	شیشه، شیره، تریاک، متادون	چند ماه	چندین بار
۳	۵۲	بدون همسر (فوت)	۳	خانه‌دار	زیر دیپلم	بالای ۲۰ سال	شیشه، شیره، تریاک، متادون	دو سال (بیشترین دوره)	چندین بار
٤	۴۰	متأهل	۲	خانه‌دار	زیر دیپلم	۱۸ سال	شیره، تریاک، هروئین، شیشه، گل، متادون، الکل	دو ماه تا سه سال (متغیر)	چندین بار
۵	۴۴	متأهل	۲	خانه‌دار	زیر دیپلم	۱۵ سال	تریاک، شیره، متادون	یک سال	چندین بار
٦	۵۲	متأهل	۳	خانه‌دار	زیر دیپلم	۲۰ سال	شیره، تریاک، شیشه، هروئین، متادون	سه سال (بیشترین دوره)	چندین بار
۷	۳۶	متأهل	۳	خانه‌دار	زیر دیپلم	۱۵ سال	شیره، تریاک، شیشه، متادون	۹ ماه	چندین بار
۸	۲۸	متأهل	۱	خانه‌دار	زیر دیپلم	۴ سال	شیره، تریاک، متادون	۸ ماه (بیشترین دوره)	چندین بار
۹	۴۸	متأهل	۳	خانه‌دار	زیر دیپلم	۱۷ سال	شیره، تریاک	۶ ماه و بیشتر (متغیر)	چندین بار
۱۰	۳۰	متأهل	ندارد	فروشنده لوازم آشپزخانه	زیر دیپلم	۱۰ سال	شیره، تریاک، متادون	دو سال (بیشترین دوره)	چندین بار
۱۱	۳۵	متأهل	۲	خانه‌دار	دیپلم	۱۸ سال	شیره، تریاک، متادون	سه سال	چندین بار
۱۲	۲۸	متأهل	۲	خانه‌دار	زیر دیپلم	۶ سال	تریاک، شیره، شیشه، متادون	دو سال	چندین بار

جدول ۳- مضامین اصلی، مضامین فرعی و نمونه کدهای اولیه (نمونه اصلاح شده)

نمونه کدهای اولیه	مضمون فرعی	مضمون اصلی
درگیرشدن روزمره با دردهای جسمانی	تنِ خسته در جست‌وجوی تسکین	در آستانه بازگشت: زیستن میان درد، فشار و وسوسه
تجربه درد پا		
تجربه بی‌خوابی و ناآرامی جسمی		
فرسوده‌شدن در پی دردهای مزمن		
ناتوانی در تحمل درد		
جست‌وجوی تسکین فوری درد		
روی‌آوردن به خوددرمانی برای کاهش دردهای مزمن		
تجربه مصرف به‌عنوان راهی برای مواجهه با مشکلات جسمانی		
تجربه انرژی کاذب در برابر مشکلات ناشی از مصرف		
جست‌وجوی انرژی برای ادامه‌دادن در شرایط دشوار		
درگیری با کشمکش‌های عاطفی	کشمکش با خود و هیجان‌های مهارنشده	
تجربه خشم و میل به انتقام		
جست‌وجوی لذت از طریق مصرف		
دشواری در مهار هیجان‌های ناخوشایند		
ناتوانی در مقاومت در برابر وسوسه		
روی‌آوردن به راهبردهای هیجان‌مدار برای مواجهه با مشکلات		
انکار مسئله اعتیاد		
فرسایش انگیزه برای ادامه مسیر بهبودی		
دشواری در یافتن راه‌حل برای چالش‌های پیش‌رو		
ناآگاهی از شیوه‌های مواجهه با موقعیت‌های دشوار		
تجربه تنهایی و بی‌کسی	فرسایش احساس ارزشمندی در سایه تنهایی و ناکامی	
احساس بی‌ارزشی		
تجربه یأس و ناامیدی		
تضعیف اعتمادبه‌نفس		
تجربه عذاب وجدان		
احساس تحقیر		
سرخوردگی از لغزش‌های مکرر		
تجربه دشواری در بازسازی اعتماد به خود		
ترس از افشا و شناسایی‌شدن		
اجتناب از تماس چشمی به دلیل هراس از افشا		
زندگی در کنار افراد مصرف‌کننده	وقتی جهان پیرامون، راه بازگشت را نزدیک می‌کند	
عادی‌شدن مصرف در فضای خانواده		
تجربه فقدان حمایت خانواده		
تجربه طردشدن از سوی خانواده		
مواجهه با تشویق خانواده به مصرف		
قرارگرفتن در مسئولیت مراقبت از فرزندان		
تجربه ازدواج زودهنگام و بدون رضایت خانواده		
زندگی با همسر مصرف‌کننده		
تجربه درگیری‌های مکرر با همسر		
تجربه فقر مالی		
مواجهه با بیکاری		
ناتوانی در تأمین هزینه‌های درمان		
تجربه بی‌سرپناهی		

ادامه جدول ۳- مضامین اصلی، مضامین فرعی و نمونه کدهای اولیه (نمونه اصلاح شده)

نمونه کدهای اولیه	مضمون فرعی	مضمون اصلی
فرسودگی ناشی از کار نزدیک‌بودن و دسترسی آسان به مواد نبود کمپ ویژه بانوان تجربه غلبه رویکرد جسمانی بر نیازهای روانی در کمپ‌ها مواجهه با برچسب‌زنی درگیرشدن با روابط دوستانه ناسالم		
انجمن معتادان گمنام (N.A)[1] ارتباط با اعضای انجمن ارتباط مداوم با راهنما شبکه حمایتی ویژه زنان حمایت بهزیستی تخلیه هیجانی گروهی حس امنیت پذیرفته‌شدن امید ناشی از حضور در جلسات احساس تعلق به گروه فقدان قضاوت دوستان تماس فوری با دوستان هنگام وسوسه جایگزینی دوستان مصرف‌کننده با افراد در حال بهبودی	یافتن جایی برای دیده‌شدن و پذیرفته‌شدن	دیده‌شدن در جمع: یافتن پناهگاه در مسیر بازیابی
اعتماد خانواده تجربه همراهی خانواده همدلی و عشق همسر حمایت مالی خانواده مادر بودن پاکی همسر به‌مثابه انگیزه آرامش و حمایت عاطفی همسر بارداری شیردهی احساس مفیدبودن	بازگشت آرامش و انگیزه در پیوند با خانواده و زندگی	
خودشناسی حس کنترل بر زندگی آگاهی نسبت به موقعیت‌های پرخطر احترام به تفاوت‌های فردی کارکردن روی قدم‌ها ریشه‌یابی مشکلات به‌جای سرزنش خود	بازشناسی خود و آموختن زیستن در مسیر بهبودی	
تجربه حضور همسر در مسیر بازیابی تجربه تغییر نقش همسر در طول زمان تجربه دوگانگی در نقش همسر به‌عنوان تکیه‌گاه	همسر؛ تکیه‌گاهی که در طول مسیر تغییر می‌کند	فراهم‌شدن امکان ماندن در مسیر بازیابی
خودشناسی حس کنترل بر زندگی آگاهی نسبت به موقعیت‌های پرخطر	بازشناسی خود و آموختن مواجهه با مسیر بازگشت	

[1] Narcotics Anonymous

ادامه جدول ۳- مضامین اصلی، مضامین فرعی و نمونه کدهای اولیه (نمونه اصلاح شده)

نمونه کدهای اولیه	مضمون فرعی	مضمون اصلی
احترام به تفاوت‌های فردی کارکردن روی قدم‌ها دوازده‌گانه N.A شناخت دوست و مکان مصرف اسناد علّی از بیرونی به درونی احترام به تفاوت‌های فردی ریشه‌یابی مشکلات به‌جای سرزنش خود		
وام‌های کم‌بهره زمینه‌سازی اشتغال اعطای مستمری	پشتوانه‌هایی برای دوباره ساختن زندگی	
افزایش شعب زنانه N.A اقامتگاه موقت برای افراد بی‌سرپناه مشاور دائمی آموزش خانواده‌های دارای عضو معتاد	پناه‌گرفتن در حمایت‌های نهادی	
ترس ازدست‌دادن جایگاه خانوادگی ترس از آشکارشدن سابقه مصرف برای اعضای خانواده هراس از دست دادن اعتماد خانواده نگرانی از تغییر نگاه همسر یا فرزندان ترس از طردشدن پس از افشای لغزش پنهان‌کردن مشکل برای حفظ جایگاه خانوادگی	ترس از فروریختن جایگاه در خانواده	ترس از دیده‌شدن: موانع نامرئی در مسیر کمک‌خواهی
برچسب خوردن سرزنش شدن توسط دیگران زیر ذره‌بین بودن بیزاری از ترحم دیگران ترس از شناخته‌شدن، به‌ویژه در محیط‌های کوچک ترس از قضاوت	زیستن زیر نگاه قضاوتگر دیگران	
نداشتن حق خطا احساس تنهایی و بی‌ارزشی پس از لغزش سرخوردگی ناشی از لغزش‌های مکرر	وقتی لغزش، حقِ دوباره تلاش‌کردن را از زن می‌گیرد.	

مضمون اول: در آستانه بازگشت؛ زیستن میان درد، فشار و وسوسه

کشمکش با خود و هیجان‌های مهارنشده

نخستین لایهٔ زمینه‌ساز عود، به تجربه فردی و جسمانی زنان بازمی‌گشت. کدهای این مقوله – درگیری‌های عاطفی، شرطی‌شدن به دلیل شکست‌های مکرر پیشین، خشم و انتقام، لذت‌جویی، انکار اعتیاد، و ترس از تماس چشمی با دیگران به دلیل هراس از افشاشدن – تصویری از فردی را ترسیم می‌کند که در تنهایی با تجربه‌ای دست‌وپنجه نرم می‌کند که زبان گفتن ندارد. مشارکت‌کننده شماره ۱۰ در توصیف این تنهایی می‌گوید:

«غم ازدست‌دادن مادرم، اذیت‌هایی که زن بابام می‌کرد، اعتیاد همسرم، مشکلات مالی، زندگی در شهر غربت و... مهم‌تر از همه نداشتن بچه انگیزه و امیدم رو گرفته بود و همه این‌ها هم باعث تداوم مصرف وسوسه‌ها و لغزش‌های بعد شدند.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰)

آنچه در این گفته برجسته می‌نماید، توالی فقدان‌هاست: مرگ مادر، نبود فرزند، غربت. مصرف مواد در این روایت، نه انتخابی مجزا و مقطعی، بلکه واکنشی به انباشت تدریجی از – دست‌دادن است؛ فردی که تکیه‌گاه‌های رابطه‌ای خود را یکی پس از دیگری ازدست‌داده است.

تنِ خسته در جست‌وجوی تسکین

در کنار این لایه فردی، عامل جسمی نیز نمود قابل‌توجهی داشت. هرچند تنها سه تن از مشارکت‌کنندگان به‌صراحت درد جسمانی مزمن را دلیل بازگشت خود عنوان کردند، بررسی دقیق‌تر گفته‌های آنان نشان می‌دهد که مرز میان «درد جسمی» و «درد وجودی» در روایت این زنان چندان روشن نیست. مشارکت‌کننده شماره ۷ می‌گوید:

«بعد از زایمانم تصمیم به ترک گرفتم، چند ماه نکشیدم؛ ولی باز لغزش کردم. همسر، مادر و خواهرانم تو این مدت خیلی مشوقم بودند. ولی نتونستم و همش به بهانه درد پاها دوباره مصرف رو شروع می‌کردم.» (مشارکت‌کننده شماره ۷)

استفاده از واژه «بهانه» توسط خود مشارکت‌کننده گویاست: او خود نیز میان درد راستین و کارکرد توجیه‌گر آن تردید دارد. این ابهام در گفته مشارکت‌کننده شماره ۱۰ به‌روشنی بیشتری بیان می‌شود؛ او مسیر شکل‌گیری وابستگی خود را این‌گونه بازمی‌گوید:

«من واقعاً اوایل برای عفونت و درد گوشم مصرف کردم؛ ولی کم‌کم شدم مصرف‌کننده دائمی. هر وقت همسرم می‌کشید منم می‌کشیدم. یه جورایی برام شد مُسَکِّن چیزهایی که تو زندگی نداشتم؛ مسکن درد.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰)

این جمله – «مُسَکِّن چیزهایی که تو زندگی نداشتم» – را می‌توان کانونی‌ترین بیان این مضمون دانست. در اینجا واژه «مُسَکِّن» از کارکرد دارویی و فیزیولوژیک خود فراتر می‌رود و به استعاره‌ای برای جبران کمبودهای بی‌نام‌ونشان زندگی بدل می‌شود. برای این زنان، تن، رسانه‌ای است که تجربه‌های ناگفتنی فقدان، تنهایی و بی‌عدالتی از طریق آن بیان می‌شود؛ مصرف مواد بر بدن آغاز می‌شود؛ اما در سطحی وجودی معنا می‌یابد. این یافته با آنچه در ادبیات پدیدارشناسانه از «تجسد رنج روانی»[1] گزارش شده همسوست و نشان می‌دهد که تفکیک رایج میان عوامل «جسمی» و «روانی» در فرم‌های کدگذاری رایج، ممکن است تجربه یکپارچه این زنان از رنج را تکه‌تکه و ساده‌انگارانه بازنمایی کند.

وقتی جهان پیرامون، راه بازگشت را نزدیک می‌کند

بافت خانواده، پرتکرارترین و پرمایه‌ترین منبع گفته‌های مشارکت‌کنندگان درباره زمینه‌های بازگشت بود. زندگی در کنار افراد مصرف‌کننده (پدر، خواهر، همسر، برادرهمسر)، عادی‌انگاری مصرف در خانواده، طردشدن، تشویق خانواده به مصرف، کنترل و شک مداوم اطرافیان، مسئولیت سنگین نگهداری از فرزندان، ازدواج در سنین پایین و بدون رضایت خانواده، همسر مصرف‌کننده، و احساس نبود فضایی امن برای گفت‌وگو، از جمله کدهای این مقوله بودند:

«ازدواج تو سن کم و بدون رضایت خانواده‌ام، همسر مصرف‌کننده، طرد از طرف خانواده، رابطه با دوستان ناسالم و مصرف‌کننده و استرس‌های مداوم تو زندگی و... همه‌وهمه باعث مصرف متعدد و بهبودی‌ها و لغزش‌های متعدد شد.» (مشارکت‌کننده شماره ۴)

«همسرم مصرف‌کننده بود، خونمون پاتوق مصرف‌کننده‌ها بود، مسائل مالی خونه رو همش من باید با کارکردن تأمین می‌کردم، دعواهای مداوم با همسرم، نبودن بچه‌ها کنار خودم و... باعث شد تا چندین بار لغزش داشته باشم.» (مشارکت‌کننده شماره ۶)

«خوب من حمایت خانواده‌ام رو نداشتم، همسرم هم مصرف‌کننده بود، مشکلات مالی زیادی داشتیم، احساس تنهایی شدیدی داشتم؛ برای همین با اینکه ترک می‌کردم؛ ولی برای فرار از این مشکلات دوباره به سمت مصرف می‌رفتم.» (مشارکت‌کننده شماره ۵)

فرسایش احساس ارزشمندی در سایه تنهایی و ناکامی

مقوله عوامل روانی – احساس تنهایی، بی‌کسی و بی‌ارزشی، یأس، فقدان اعتمادبه‌نفس، عذاب وجدان، احساس تحقیر و قضاوت‌های نابجا، سرخوردگی ناشی از لغزش‌های مکرر، و تحمل مداوم زیر ذره‌بین بودن – را می‌توان پیامد روانی شدهٔ همین بافت خانوادگی و اجتماعی دانست، نه مقوله‌ای مستقل از آن:

«در مقابل، فشارهای روحی، دعواهای خانوادگی و دیدن مصرف همسرم با دوستانش مخصوصاً خانم‌ها، تصمیم به بازگشت رو در من قوی‌تر می‌کرد.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۲)

در کنار این لایه رابطه‌ای، مقوله عوامل شناختی نشان‌دهنده فقدان

[1] Embodiment of psychological distress

الگویی روایی برای فهم خویشتن بود. مشارکت‌کننده شماره ۱ این بی‌معنایی را چنین توصیف می‌کند:

«من اصلاً درک درستی از اعتیاد نداشتم. اصلاً نمی‌دانستم چه چیزی می‌خواهم. وقتی مصرف می‌کردم، بیشتر از اینکه به چیزهای دیگر فکر کنم، فقط دنبال تسکین بودم. فقط حس می‌کردم که در اون لحظه هیچ‌چیزی دردناک نیست و همین من را دوباره به سمت مصرف می‌برد. نمی‌دانستم که این کار را به چه دلیلی انجام می‌دهم، فقط در لحظه به دنبال آرامش بودم.» (مشارکت‌کننده شماره ۱)

این گفته، بُعد زمانمندی[1] تجربه لغزش را آشکار می‌سازد: زندگی این مشارکت‌کننده، پیش از ورود به بهبودی، فاقد افقی از گذشته و آینده بود و صرفاً در «همین لحظه» خلاصه می‌شد. غیبت یک روایت منسجم از خود – که بتواند رنج گذشته را در چشم‌انداز آینده‌ای امیدبخش معنا کند – به‌خودی‌خود بستری برای بازگشت فراهم می‌آورد؛ نه از سر ضعف اراده، بلکه از سر نبود ابزاری مفهومی برای فهم تجربه.

سرانجام، فشارهای اقتصادی (فقر، بیکاری، نبود توان مالی برای درمان یا جایگزین‌سازی، بی‌سرپناهی) و عوامل محیطی – اجتماعی (دسترسی آسان به مواد، نبود کمپ ویژه زنان، برچسب اجتماعی، رابطه با دوستان مصرف‌کننده) این بستر را تکمیل می‌کردند. مشارکت‌کننده شماره ۳ که پس از مرگ همسرش بار تأمین معاش خانواده را به‌تنهایی بر دوش کشید، این تلاقی عوامل را چنین بازمی‌گوید:

«بعد از مرگ همسرم خیلی اوضاع خراب شد. حال روحیم خراب بود. خیلی دربه‌دری کشیدم... هزینه‌های زندگی همه رو دوشم بود... بعد از چند سال که مصرف نداشتم شروع به مصرف کردم؛ ولی این بار شیشه. برای تأمین مخارج زندگی هم رفتم تو کار خریدوفروش مواد.» (مشارکت‌کننده شماره ۳)

تفسیر تلفیقی مضمون اول. آنچه هفت مقوله فرعی این مضمون را در سطحی عمیق‌تر از هم به یکدیگر پیوند می‌دهد، نه فهرستی از «علل» مجزا، بلکه یک ساختار معنایی واحد است: تجربه گسست رابطه‌ای[2] که در بدن، در خانواده، در اقتصاد و در روایت فرد از خویشتن، هم‌زمان بازتاب می‌یابد. هر یک از مشارکت‌کنندگان، پیش از لغزش، یک یا چند تکیه‌گاه رابطه‌ای خود – مادر، همسر، فرزند، جایگاه اجتماعی – را ازدست‌داده یا هرگز در اختیار نداشته است؛ و مصرف مواد، در غیاب زبانی دیگر برای بیان این فقدان، نقش زبان بدن را ایفا می‌کند. این خوانش، با چارچوب نظری مورداستفاده در ادامه این نوشتار به‌ویژه الگوی پیشگیری از بازگشت Marlatt, Gordon (۱۳) که موقعیت‌های پرخطر را نقطه آغاز فرایند لغزش می‌داند همسوست، اما یک گام از آن فراتر می‌رود: در روایت این زنان، «موقعیت پرخطر» صرفاً رویدادی بیرونی و لحظه‌ای نیست، بلکه بازتولید مزمن یک الگوی رابطه‌ای آسیب‌دیده در طول زندگی است.

مضمون دوم: دیده‌شدن در جمع؛ یافتن پناهگاه در مسیر بازیابی

اگر مضمون نخست، تجربهٔ گسست رابطه‌ای را در مرکز روایت لغزش قرار می‌داد، مضمون دوم دقیقاً تصویر آینه‌ای آن است: تجربهٔ بازیابی حضور در کنار دیگری. تمامی ۱۲ مشارکت‌کننده، بدون استثنا، به نیاز خود به درک و حمایت دیگران در دوره‌های بحرانی اشاره کردند؛ اما آنچه در گفته‌های آنان جلب‌توجه می‌کند، ماهیت این حمایت است: نه صرفاً کمک مادی یا آموزشی، بلکه تجربهٔ «دیده‌شدن» در جمعی که در آن، هویت آسیب‌دیدهٔ فرد به رسمیت شناخته و پذیرفته می‌شود.

مشارکت‌کننده شماره ۱ که در سراسر مصاحبه بارها بر اهمیت جلسات گروهی تأکید داشت، این کارکرد را چنین توضیح می‌دهد:

«من شرکت در انجمن را پیشنهاد می‌کنم؛ حالا هر انجمنی که به فرد جواب می‌ده، کنگره ۶۰، AA، Na و... درمان‌های گروهی و انفرادی که در این انجمن‌ها انجام میشه به زنان مصرف‌کننده کمک میکنه ریشه‌های اعتیاد خودشون رو بشناسند. الگوهای فکری و رفتاری ناسالم‌شان رو اصلاح کنند و مهارت‌های مقابله‌ای

[1] Temporality

[2] Relational Rupture

مؤثرتری را در برابر چالش‌ها یاد بگیرند.» (مشارکت‌کننده شماره ۱)

آنچه در توصیف او (و در گفته‌های مشابه سایر مشارکت‌کنندگان) نمایان است، فراتر از کارکرد آموزشی انجمن است. مشارکت‌کننده شماره ۵ این بُعد وجودی حضور در جمع را بادقت بیشتری بیان می‌کند:

«وقتی حمایتی داشتم و کسی همراهم بود، خیلی راحت‌تر می‌توانستم پاک بمانم. مثلاً وقتی همسرم به کمپ رفته بود و من با دوستان انجمن Na بانوان یزد در تماس بودم، یا با راهنما حرف می‌زدم، احساس می‌کردم تنها نیستم و انگیزه‌ام بیشتر می‌شد.» (مشارکت‌کننده شماره ۵)

عبارت «احساس می‌کردم تنها نیستم» را می‌توان در برابر «احساس تنهایی، بی‌کسی و بی‌ارزشی» مضمون نخست قرارداد: انجمن، دقیقاً همان خلأ رابطه‌ای را پر می‌کند که در مضمون اول، زمینه‌ساز عود شناخته شد. به بیان دیگر، عامل بازدارنده، آینهٔ وارونهٔ عامل زمینه‌ساز است؛ آنچه در غیابش فرد را به سمت مصرف می‌راند، در حضورش او را از مصرف بازمی‌دارد.

مشارکت‌کننده شماره ۱۱ نیز نقش همسر را در همین چارچوب توصیف می‌کند:

«آرامش، محبت و حمایت عاطفی از طرف همسرم؛ وجودشان مسیر پاکی رو برای من هموارتر می‌کرد و نبودشان، ترک رو سخت‌تر [می‌کرد].» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱)

تفسیر تلفیقی مضمون دوم. آنچه انجمن‌های خودیار را از دیگر منابع حمایتی (نظیر کمک مالی صرف یا مشاوره فردی) متمایز می‌سازد، به گفته مشارکت‌کنندگان، تجربهٔ هم‌رنجی متقابل است: دیدن دیگرانی که همان مسیر را طی کرده‌اند، به فرد این امکان را می‌دهد که رنج خود را در بستری اجتماعی و قابل‌فهم بازتعریف کند، نه در انزوای شرم‌آلودی که مضمون چهارم آن را با عنوان «ترس از دیده‌شدن» توصیف خواهد کرد. به بیان دیگر، انجمن معتادان گمنام برای این زنان، پیش از آنکه منبعی آموزشی یا حتی درمانی باشد، فضایی است که در آن، برای نخستین‌بار پس از مدت‌ها، امکان حضور اصیل در کنار دیگری – بدون الزام به پنهان‌کاری – فراهم می‌شود. این یافته، تبیینی محتمل برای چرایی اثربخشی برجستهٔ گروه‌های خودیار در گزارش تمامی مشارکت‌کنندگان به دست می‌دهد که در بخش بحث با پیشینه پژوهشی مرتبط پیوند داده خواهد شد.

مضمون سوم: فراهم‌شدن امکان ماندن در مسیر بازیابی

پشتوانه‌هایی برای دوباره ساختن زندگی و پناه‌گرفتن در حمایت‌های نهادی

مشارکت‌کنندگان، در کنار تکیه بر انجمن‌های خودیار، نیازهای نهادی مشخصی را نیز برای تداوم پاکی برشمردند؛ از جمله دسترسی به وام‌های کم‌بهره، گسترش شعب زنانه انجمن معتادان گمنام در روستاها و ایجاد اقامتگاه‌های موقت برای زنان بی‌سرپناه:

«فرصت اشتغال رو برای ما فراهم کنند با دادن وام‌های کم‌سود، زیادشدن انجمن معتادان گمنام بانوان در شهرستان مخصوصاً در بعضی از روستاها که تعداد زنان معتاد بیشتر است. اینکه یک اقامتگاه موقت برای افرادی که سرپناهی ندارند فراهم کنند تا مجبور نشوند تن به هر کاری بدهند.» (مشارکت‌کننده شماره ۴)

حلقه دوستان، از منظر مشارکت‌کنندگان، راهبردی دوسویه بود: منبعی برای مقاومت در برابر وسوسه درصورتی‌که از افراد سالم تشکیل شده باشد و عاملی برای تشدید خطر درصورتی‌که به محیط مصرف گره‌خورده باشد. مدیریت آگاهانهٔ این حلقه – جایگزینی دوستان مصرف‌کننده با افراد در حال بهبودی – خود یک راهبرد فعال بود که مشارکت‌کننده شماره ۵ آن را چنین توصیف می‌کند:

«یادگرفتن روش‌های سالم برای مقابله با مشکلات و اینکه بدانم تنها نیستم، خیلی بهم کمک کرد. [اما] نداشتن مهارت برای حل مشکلات زندگی از راه درست و سالم، مثل کنارآمدن با فشارها، تنهایی و مشکلات مالی، باعث می‌شد بعد از ترک دوباره به همان راه قبلی برگردم؛ چون راه سالم دیگری بلد نبودم و مصرف، ساده‌ترین و دردسترس‌ترین راه فرار از مشکلاتم بود.» (مشارکت‌کننده شماره ۵)

این گفته به‌خوبی نشان می‌دهد که راهبردهای مقابله‌ای، فرایندی

است در حال ساخته‌شدن، نه دارایی‌ای ثابت که فرد از ابتدا در اختیار دارد؛ مشارکت‌کننده شماره ۵ در زمانی که مهارت مقابله‌ای سالم نداشت، به مصرف بازمی‌گشت و در همان مسیر، به‌تدریج این مهارت‌ها را در دل ارتباط با انجمن آموخت.

همسر؛ تکیه‌گاهی که در طول مسیر تغییر می‌کند.

شاید مهم‌ترین یافتهٔ این پژوهش – که در عین سادگی ظاهری، تنش نظری درخور توجهی را آشکار می‌سازد – تناقض آشکار در تجربهٔ مشارکت‌کنندگان از نقش همسر است. درحالی‌که در سراسر داده‌ها همسر گاه در جایگاه مهم‌ترین عامل بازدارنده (مضمون دوم) و گاه در جایگاه مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز (مضمون اول) ظاهر می‌شود، مقایسهٔ موردی[1] دو مشارکت‌کننده – شماره ۴ و شماره ۱۰– نشان می‌دهد که این ناهمخوانی، تصادفی یا ناشی از خطای گزارش‌دهی نیست، بلکه ساختاری معنادار و قابل‌تفسیر دارد.

مشارکت‌کننده شماره ۴، همسر خود را عامل مستقیم تحمیل مصرف توصیف می‌کند:

«همسرم منو می‌زد و مجبور می‌کرد که هروئین بکشم. منم مقاومت می‌کردم. دید نمی‌تونه منو به سمت هروئین ببره، بردَم به سمت مشروب، تریاک، شیره و شیشه...» (مشارکت‌کننده شماره ۴)

در نقطهٔ مقابل، مشارکت‌کننده شماره ۱۰ که همسرش نیز خود مصرف‌کننده بوده، مسیری کاملاً متفاوت را روایت می‌کند؛ مسیری که در آن، تحول همسر، نقطهٔ عطف روایت اوست:

«همسرم خودش مصرف‌کننده بود و تا وقتی مصرف می‌کرد، واکنشی نسبت به مصرف من نداشت. اما بعد از اینکه خودش ترک کرد، رفتار و نگاهش تغییر کرد و سعی می‌کرد منو هم به ترک تشویق کنه. این تغییر رفتار او، روی تصمیم من برای ترک تأثیر گذاشت.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰)

خوانش سطحی و توصیفی این دو گفته، احتمالاً به این نتیجه بسنده می‌کند که «حمایت همسر، عامل بازدارنده و عدم حمایت او، عامل تسهیل‌کننده است» – نتیجه‌ای درست اما کم‌عمق که تفاوت اصلی میان این دو روایت را نادیده می‌گیرد. تحلیل دقیق‌تر نشان می‌دهد متغیر تعیین‌کننده، نه صرف حضور یا غیاب همسر، بلکه جایگاه همسر در نسبت با خودمصرف است؛ به‌عبارت‌دیگر، آنچه سرنوشت این دو زن را از هم متمایز می‌کند، ماهیت پویا و متحول‌شونده‌ی هویت همسر در طول زمان است، نه یک ویژگی ثابت شخصیتی. در روایت مشارکت‌کننده شماره ۴، همسر در جایگاه عامل فعال تحمیل اعتیاد باقی می‌ماند و مقاومت خود او (در برابر هروئین) صرفاً منجر به جابه‌جایی نوع ماده مصرفی می‌شود، نه توقف الگو. در روایت مشارکت‌کننده شماره ۱۰، اما، همسر خود مسیر بهبودی را طی می‌کند و این تحول در هویت رابطه‌ای همسر است – نه صرفاً رفتار او – که بستر تازه‌ای برای تصمیم مشارکت‌کننده فراهم می‌آورد.

این یافته پیامدی مهم برای بازاندیشی نظری در حوزه سوءمصرف مواد در زنان دارد: متغیر «حمایت همسر» را نمی‌توان به‌صورت یک شاخص ایستا در پرسش‌نامه‌ها یا مدل‌های علّی سنجید؛ این متغیر، در طول زمان زندگی زناشویی، به‌موازات مسیر مصرف یا بهبودی خود همسر، دستخوش تحول است. زوجی که هر دو در دام مصرف گرفتارند، ممکن است در یک مقطع، عامل تشدید متقابل یکدیگر باشند و در مقطعی دیگر – به‌محض آنکه یکی از آن دو مسیر بهبودی را آغاز کند – به عامل بازدارندهٔ یکدیگر بدل شوند. مشارکت‌کننده شماره ۲، در توصیف دقیقاً همین پویایی دربارهٔ خود و همسرش، می‌گوید:

«... یاد گرفتم شدت بیماری و سرعت بهبودی هر فردی فرق می‌کند؛ مثلاً من و شوهرم هر دو بیماریم، ولی با روحیات متفاوت.» (مشارکت‌کننده شماره ۲)

بازشناسی خود و آموختن مواجهه با مسیر بازگشت

این گفته که در ادامهٔ روایت او از دستاورد کارکردن برنامهٔ دوازده‌قدمی می‌آید، اهمیت راهبرد شناختی اسناد علّی را نشان می‌دهد. مشارکت‌کننده شماره ۲ این تحول را چنین توصیف می‌کند:

«من همیشه شناختی از خودم نداشتم و برایم مهم نبود چه اتفاقی برام می‌خواهد بیفتد، چه چیزی را قراره از دست بدهم یا ندهم...

[1] Idiographic

ولی الان می‌دانم چه محسنات و بدی‌هایی دارم. یاد گرفتم که غرور نداشته باشم... دیگران رو قضاوت نکنم... پذیرشم رو بالا ببرم.» (مشارکت‌کننده شماره ۲)

در این گفته می‌توان حرکت روایت خود از یک «خود پراکنده و واکنشی» (به تعبیر خود او: «برایم مهم نبود چه اتفاقی برام بیفتد») به‌سوی یک «خود بازتابی و آگاه» را دنبال کرد؛ حرکتی که در آموزه‌های انجمن، تحت عنوان تغییر اسناد علّی از بیرونی و غیرقابل‌کنترل به درونی و قابل‌کنترل صورت‌بندی می‌شود. این خط روایی، بازتاب دقیق همان گسست شناختی است که در مضمون نخست (نبود درک درست از اعتیاد نزد مشارکت‌کننده شماره ۱) شناسایی شد؛ اما اینجا، همان گسست، نه در جایگاه عامل زمینه‌ساز، بلکه در جایگاه هدف راهبرد درمانی – یعنی بازسازی یک روایت منسجم از خود – قرار می‌گیرد.

تفسیر تلفیقی مضمون سوم. آنچه این مضمون آشکار می‌سازد، محدودیت الگوهای علّی ساده و تک‌بُعدی در تبیین تجربهٔ زیستهٔ این زنان است. راهبرد مقابله‌ای مؤثر، نه صرفاً افزودن یک عامل حمایتی جدید (نظیر «حمایت همسر») به فهرست عوامل محافظت‌کننده، بلکه بازتعریف فعالانهٔ رابطهٔ فرد با تاریخچهٔ خود، با همسر و با روایت علّی اعتیاد است. این یافته زمینه را برای بحث نظری عمیق‌تر دربارهٔ الگوهای بوم‌شناختی و شناختی – رفتاری اعتیاد در بخش بحث فراهم می‌آورد.

مضمون چهارم: ترس از دیده‌شدن؛ موانع نامرئی در مسیر کمک‌خواهی

اگر مضمون دوم، «دیده‌شدن» را در فضای امن انجمن به تجربه‌ای بازدارنده از عود بدل می‌کرد، مضمون چهارم نشان می‌دهد که همان دیده‌شدن، در بستر اجتماعی بیرون از این فضای امن، به بزرگ‌ترین مانع کمک‌خواهی بدل می‌شود. مشارکت‌کنندگان، عوامل بازدارنده از مراجعه به نهادهای حمایتی (بهزیستی، کمیته امداد، انجمن‌های گمنامان) را در سه سطح خانوادگی (ازدست‌دادن جایگاه خانوادگی)، اجتماعی (برچسب خوردن، سرزنش، تحمل مداوم زیر ذره‌بین بودن، بیزاری از احساس ترحم دیگران، ترس از شناخته‌شدن) و فردی (ترس از قضاوت، نداشتن حق خطا، احساس تنهایی و بی‌ارزشی، سرخوردگی ناشی از لغزش‌های مکرر) بازگو کردند.

مشارکت‌کننده شماره ۱۲، در تعبیری که می‌توان آن را فشرده‌ترین بیان این مضمون دانست، می‌گوید:

«ترس از قضاوت، ازدست‌دادن جایگاه خانوادگی، یا برچسب خوردن، باعث می‌شه خیلی از زنان دیرتر کمک بگیرند یا دردشان را پنهان کنند. برای من، دیده‌شدن و شنیده‌شدن بدون قضاوت، یکی از چیزهایی بود که می‌توانست خیلی زودتر کمک‌کننده باشد.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۲)

این جمله – «دیده‌شدن و شنیده‌شدن بدون قضاوت» – را باید در کنار جملهٔ مشارکت‌کننده شماره ۵ در مضمون دوم («احساس می‌کردم تنها نیستم») خواند. هر دو گفته، از یک نیاز واحد سخن می‌گویند: نیاز به باز شناخته‌شدن به‌مثابهٔ یک انسان در رنج، نه یک «مصرف‌کنندهٔ مواد» که هویتش به یک برچسب اخلاقی فروکاسته شده است. تفاوت میان دو مضمون، در محل برآورده‌شدن یا برآورده‌نشدن این نیاز است: در فضای انجمن (مضمون دوم)، این نیاز پاسخ می‌گیرد؛ در فضای عمومی جامعه و حتی نظام رسمی درمان (مضمون چهارم)، برآورده نمی‌شود و به‌جای آن، خطر افشا و قضاوت را در پی دارد. به‌این‌ترتیب، مانع اصلی کمک‌خواهی، صرفاً نبود دسترسی یا آگاهی نیست، بلکه ترسی هستی‌شناختی از افشاشدن است – ترسی که برای زنی که هویت اجتماعی و جایگاه خانوادگی خود را همین حالا هم شکننده می‌بیند، به معنای خطر ازدست‌دادن آخرین تکیه‌گاه‌های باقی‌مانده است.

مشارکت‌کننده شماره ۱۱ که در محیط‌درمانی مشغول به کار بود، این تنش میان نیاز به کمک و ترس از افشا را به‌روشنی توصیف می‌کند:

«من هیچ‌وقت برای مشاوره اعتیاد به مرکز بهداشت مراجعه نکردم، چون در بیمارستان کار می‌کردم و می‌ترسیدم من را بشناسند و برای من بد بشه. خدماتی که من از مراکز درمانی دریافت کردم، بیشتر مربوط به دوره‌های بستری تو کمپ‌های بانوان تو مشهد بود.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱)

این گفته نکته‌ای ظریف را آشکار می‌کند: هرچه فرد در شبکهٔ اجتماعی محلی، جایگاه اجتماعی حفظ‌شدنی‌تری داشته باشد (در این مورد، جایگاه شغلی او در نظام سلامت)، فشار پنهان‌کاری و در نتیجه، احتمال تأخیر در کمک‌خواهی، افزایش می‌یابد؛ او ترجیح داد برای دریافت خدمت، به شهر دیگری (مشهد) سفر کند تا در معرض دید آشنایان قرار نگیرد. مشارکت‌کننده شماره ۱، در تحلیل خود از این پدیده، بر بُعد جنسیتی شدهٔ این انگ تأکید می‌کند:

«به نظرم یکی از دلایل اصلی که خانم‌های مصرف‌کننده به انجمن نمیان، ترس از انگ اجتماعی و تبعیض هست.» (مشارکت‌کننده شماره ۱)

سرانجام، تجربهٔ تکرار لغزش، خود به مانعی درونی برای کمک‌خواهی مجدد بدل می‌شد. مشارکت‌کننده شماره ۵ این فرسایش تدریجی امید را چنین بازمی‌گوید:

«ترک‌ها و لغزش‌های مکرر باعث شد احساس سرخوردگی داشته باشم و به خودم بگویم که من دیگر نمی‌توانم ترک کنم؛ بنابراین تسلیم می‌شدم و دوباره به سمت مصرف می‌رفتم.» (مشارکت‌کننده شماره ۵)

تفسیر تلفیقی مضمون چهارم. بازگشت نام مشارکت‌کننده شماره ۵ در این نقطه از تحلیل – پس از حضور او در مضمون اول (نبود حمایت خانواده)، مضمون دوم (اثربخش ارتباط با انجمن) و اکنون در مضمون چهارم (فرسایش امید در پی لغزش‌های مکرر)– نمونه‌ای گویا از ماهیت چرخه‌ای و غیرخطی تجربهٔ بهبودی در این زنان است: مسیر بازیابی، خطی مستقیم از «بیماری» به «سلامت» نیست، بلکه رفت‌وبرگشتی مکرر میان گسست و پیوند، میان انزوا و همراهی است. مضمون چهارم، در کنار مضمون دوم، نشان می‌دهد که کیفیت نظام حمایتی پیرامون این زنان – فراتر از صرف دردسترس‌بودن – باید بر پایهٔ امنیت روانی عاری از قضاوت طراحی شود؛ در غیر این صورت، حتی وجود نهادهای حمایتی نیز به دلیل ترس از افشا، ناکارآمد باقی می‌ماند.

جدول ٤- الگوی مفهومی فرایند عود و بازیابی در زنان بهبودیافته از سوءمصرف مواد

مضمون مرتبط	مرحله	توصیف فرایند
مضمون ۱	**بستر زمینه‌ساز**	تراکم فقدان‌های فردی، جسمی، خانوادگی، روانی، شناختی، اقتصادی و اجتماعی
مضمون ٤	**مسیر نزولی (در غیاب حمایت)**	نبود حمایت همسر/خانواده و موانع کمک‌خواهی ← تشدید انزوا
مضمون ۱ و ۳	**نقطه بازگشت (لغزش)**	مصرف مجدد به‌مثابه واکنشی به گسست رابطه‌ای و فقدان راهبرد مقابله‌ای
مضمون ۲ و ۳	**مسیر صعودی (در حضور حمایت)**	حضور فعال انجمن/همسر در حال بهبودی و یادگیری راهبردهای مقابله‌ای
مضمون ۲ و ۳	**بازیابی پایدار**	بازسازی حس تعلق، اسناد علّی و پیوند رابطه‌ای دوسویه با همسر/انجمن

بحث

اختلال مصرف مواد مخدر و روان‌گردان همچنان یک آسیب اجتماعی فراگیر در سطح جهان است (۱). این پدیده در ایران نیز به دلایل مختلف از شیوع بالایی برخوردار است و به دلیل تأثیرگذاری مستقیم و غیرمستقیم بر دیگر آسیب‌های اجتماعی، از آن با عنوان «مادر آسیب‌های اجتماعی» یاد می‌شود. بر پایه آمارهای جهانی، بیش از ۹۳ درصد از افرادی که مصرف مواد مخدر را کنار می‌گذارند، ظرف یک سال به مصرف مجدد بازمی‌گردند؛ این آمار در ایران میان ۸۰ تا ۹۷ درصد برآورد می‌شود (۱۴)، رقمی که ناتوانی در حفظ پرهیز پایدار را به یک مسئله حاد سلامت عمومی بدل می‌سازد.

پژوهش حاضر، با به‌کارگیری رویکرد پدیدارشناسی تفسیری، کوشید نه صرفاً «چرایی» بازگشت زنان بهبودیافته به مصرف مواد را فهرست کند، بلکه معنایی را که این زنان خود به تجربهٔ لغزش و تلاش برای بازیابی می‌دهند، آشکار سازد. یافته‌ها نشان داد که از

میان چهار زیرمضمون مضمون نخست («در آستانه بازگشت: زیستن میان درد، فشار و وسوسه»)، زیرمضمون «وقتی جهان پیرامون، راه بازگشت را نزدیک می‌کند» – که زندگی در کنار اعضای مصرف‌کنندهٔ خانواده، همسر مصرف‌کننده، طردشدن، فقر، بی‌سرپناهی و دسترسی آسان به مواد را در بر می‌گرفت – قوی‌ترین جایگاه را در عود مجدد زنان داشت؛ اما شاید یافتهٔ محوری‌تر این پژوهش که در زیرمضمون «همسر؛ تکیه‌گاهی که در طول مسیر تغییر می‌کند» از مضمون سوم («فراهم‌شدن امکان ماندن در مسیر بازیابی») آشکار شد، این باشد که این عوامل، مجموعه‌ای از متغیرهای ایستا و مستقل از یکدیگر نیستند، بلکه در تعامل پویا با یکدیگر، و به‌ویژه در بستر زمانمند رابطهٔ زناشویی، معنا می‌یابند. این یافته را می‌توان در پرتو الگوی بوم‌شناختی سوءمصرف مواد تبیین کرد؛ بر پایهٔ این الگو، فضای خانواده، محیط کار، شیوهٔ زندگی و پیوستن فرد به گروه دوستان سابق، در مصرف مجدد مواد مؤثر است و فردی که استرس‌های محیطی واردشده بر او از قابلیت‌های سازگاری وی فزونی یابد، در معرض خطر مصرف مجدد قرار می‌گیرد؛ یافته‌ای که با نتایج مطالعات حاجی‌ها و بهرامی احسان (۱۵) و Witkiewitz, Tucker (۱۶) همسو است. خسروآبادی و عنایت نیز در مطالعه‌ای با محوریت تجربهٔ زیستهٔ زنان از خانوادهٔ ناکارآمد در فرایند اعتیاد، بر همین نقش‌محوری بافت خانوادگی تأکید کرده‌اند (۱۷)؛ یافته‌ای که با زیرمضمون «وقتی جهان پیرامون، راه بازگشت را نزدیک می‌کند» از مضمون نخست پژوهش حاضر همخوانی نزدیکی دارد. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با نظریهٔ پیوند اجتماعی Hirschi (۱۸) هم‌خوانی دارد؛ بر پایهٔ این نظریه، اختلال مصرف مواد – مانند دیگر اشکال بزهکاری – معلول کاهش یا فقدان نظارت و پیوند اجتماعی است؛ زمانی که کنترل اجتماعی تضعیف می‌شود، یکپارچگی اجتماعی و تعهد متقابل افراد نیز دستخوش زوال می‌شود و احتمال انحرافاتی نظیر اختلال مصرف مواد افزایش می‌یابد. تحلیل ایدئوگرافیک زیرمضمون «همسر؛ تکیه‌گاهی که در طول مسیر تغییر می‌کند» در مضمون سوم پژوهش حاضر – به‌ویژه تناقض مشاهده‌شده در نقش همسر میان مشارکت‌کننده شماره ۴ و شماره ۱۰– تبیینی دقیق‌تر برای این نظریه به دست می‌دهد: پیوند اجتماعی، شاخصی ایستا نیست، بلکه در بستر رابطهٔ زناشویی، به‌موازات مسیر بهبودی یا تداوم مصرف همسر، دستخوش بازتعریف مداوم است.

در تبیین نقش عوامل روانی و شناختی نیز می‌توان به دیدگاه Marlatt, Gordon مبدعان برنامهٔ رفتاری – شناختی پیشگیری از بازگشت – اشاره کرد (۱۳)؛ بر پایهٔ این الگو، نقطهٔ آغاز لغزش، زمانی است که فرد در موقعیتی پرخطر قرار می‌گیرد و پاسخ مقابله‌ای کارآمدی برای آن موقعیت ندارد یا نمی‌تواند آن پاسخ را اجرا کند؛ در چنین شرایطی، اگر فرد نسبت به اثر مثبت مصرف مواد انتظار مثبت داشته باشد، احتمال لغزش افزایش می‌یابد. Marlatt این فرایند را با «اثر نقض پرهیز»[1] تبیین می‌کند: لغزش با خودپندارهٔ فرد در تناقض قرار می‌گیرد و این ناپایداری درونی به ناهماهنگی شناختی می‌انجامد که فرد آن را به‌صورت احساس گناه، شرم و آشفتگی تجربه می‌کند؛ در نتیجه، فرد به‌منظور کاستن از این احساسات ناخوشایند، به مصرف مجدد روی می‌آورد. این سازوکار در زیرمضمون «وقتی لغزش، حقِ دوباره تلاش‌کردن را از زن می‌گیرد» از مضمون چهارم به‌روشنی بازتاب یافت؛ جایی که سرخوردگی ناشی از لغزش‌های مکرر، مشارکت‌کنندگان را به این باور می‌رساند که «دیگر نمی‌توانند ترک کنند» و آنان را دوباره به‌سوی مصرف می‌راند. آنچه در زیرمضمون‌های «کشمکش با خود و هیجان‌های مهارنشده» و «فرسایش احساس ارزشمندی در سایه تنهایی و ناکامی» از مضمون نخست پژوهش حاضر («در آستانه بازگشت: زیستن میان درد، فشار و وسوسه») صورت‌بندی شد – پدیده‌ای که در آن، مصرف به‌جای رفع یک محرک لحظه‌ای، به تسکین فقدان‌های انباشته‌شدهٔ زندگی بدل می‌شود – می‌تواند بسطی از همین چارچوب نظری به سطح تجربهٔ زیسته باشد. این تبیین با یافته‌های راطق و فرهادی که در مطالعهٔ کیفی خود از علل بازگشت مصرف‌کنندگان، نقش‌محوری عوامل روانی حل‌نشده را برجسته کردند، نیز همسوست (۱۹).

عامل روان‌شناختی دیگری که در تبیین عود اعتیاد اهمیت دارد، نیاز اساسی انسان به احساس تعلق و پذیرفته‌شدن است. این نیاز،

[1] Abstinence Violation Effect

هم در خانواده و هم در دوستان می‌تواند برآورده شود؛ و به دلیل ماهیت تأثیرپذیری انسان از محیط، سلامت روانی و اجتماعی اطرافیان بر فرد بهبودیافته اثرگذاری جدی دارد. یافته‌های مضمون دوم پژوهش حاضر («دیده‌شدن در جمع: یافتن پناهگاه در مسیر بازیابی»)، به‌ویژه زیرمضمون «یافتن جایی برای دیده‌شدن و پذیرفته‌شدن»، را می‌توان تجلی دقیق همین نیاز بنیادین در سطح تجربهٔ زیسته دانست: آنچه انجمن معتادان گمنام برای این زنان فراهم می‌آورد، در وهلهٔ نخست، نه آموزش یا نظارت، بلکه بازسازی حس تعلق است.

قابل‌ذکر است که یافته‌های پژوهش حاضر با مفهوم چهارگانهٔ بهبودی – بهبودی به‌مثابهٔ یک فرایند، بهبودی فراتر از مدیریت مصرف مواد، بهبودی به‌مثابهٔ مصداق بهبود زندگی و بهبودی به‌مثابهٔ مفهومی فردی و متمرکز بر فرد که Brophy, DysonKatherine در تحلیل مفهومی خود از بهبودی ارائه کرده‌اند، همسوست (۸)؛ مضامین استخراج‌شده در پژوهش حاضر (به‌ویژه زیرمضمون «بازشناسی خود و آموختن مواجهه با مسیر بازگشت» در مضمون سوم که راهبردهای مقابله‌ای را نه پایان مسیر بلکه فرایندی روبه‌رشد نشان می‌دهد) این تصور فرایندی و چندبُعدی از بهبودی را در بافت فرهنگی ایرانی تأیید می‌کند. این یافته همچنین با مفهوم «سرمایهٔ بهبودی» یعنی مجموعهٔ منابع فردی، خانوادگی و اجتماعی در دسترس فرد برای آغاز و تداوم بهبودی که Cloud, Granfield آن را بسط داده و بر نقش منابع مادی و مالی در کنار منابع اجتماعی و انسانی در آغاز و تداوم بهبودی تأکید کرده‌اند، هم‌راستاست (۲۰)؛ آنچه در مضمون دوم پژوهش حاضر با عنوان «دیده‌شدن در جمع» صورت‌بندی شد، در واقع، توصیف تجربی همین سرمایهٔ رابطه‌ای بهبودی از منظر خود زنان مشارکت‌کننده است. به همین ترتیب، نیازهایی که در زیرمضمون‌های «پشتوانه‌هایی برای دوباره ساختن زندگی» (وام‌های کم‌بهره، زمینه‌سازی اشتغال و اعطای مستمری) و «پناه‌گرفتن در حمایت‌های نهادی» (گسترش شعب زنانهٔ انجمن، اقامتگاه موقت برای زنان بی‌سرپناه، مشاور دائمی و آموزش خانواده‌ها) از مضمون سوم برشمرده شد، مصداق ابعاد مادی و نهادی همین سرمایهٔ بهبودی است.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که پیوندهای بین‌فردی – که در زیرمضمون‌های «یافتن جایی برای دیده‌شدن و پذیرفته‌شدن» و «بازگشت آرامش و انگیزه در پیوند با خانواده و زندگی» از مضمون دوم صورت‌بندی شد – و بازسازی شناختی خود – که در زیرمضمون «بازشناسی خود و آموختن مواجهه با مسیر بازگشت» از مضمون سوم نمود یافت – از مهم‌ترین عوامل بازدارنده از عود مجدد بودند؛ یافته‌ای که با نتایج تحقیقات علی‌پور اسدآبادی و نامدارپور (۲۱) و Pettersen و همکاران (۲۲) همسو بود. حمایت اجتماعی در مصاحبه‌های انجام‌شده از سوی دو گروه به‌صورت مثبت و منفی موردتوجه قرار گرفته بود: گروهی که تجربهٔ ترک موفق‌تری داشتند، از حمایت خانواده به‌شدت یاد کرده و تأثیر آن را در بهبودی و استمرارش بالا ارزیابی می‌کردند؛ درحالی‌که گروه دارای تجربهٔ عود مکرر، عدم توجه، رهاشدگی و انزوای اجتماعی را به‌عنوان مضمون اصلی مسائل خود بیان می‌کردند. مشکین، بلوچی و اکبری نیز در پژوهشی نشان دادند که میان افراد بدون بازگشت و دارای بازگشت، در زمینهٔ حمایت اجتماعی و عاطفهٔ مثبت تفاوت معناداری وجود دارد و این دو متغیر، پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای بازگشت به اعتیاد بودند (۲۳). این یافته با نتایج Blount و همکاران (۲۴) نیز همسو بود. افزون بر این، مرور نظام‌مند Kelly و همکاران نشان داد که مداخلات مبتنی بر برنامه‌های دوازده‌قدمی – دست‌کم در اختلال مصرف الکل – در افزایش پرهیز مستمر، هم‌تراز و در برخی مقایسه‌ها مؤثرتر از درمان‌های رایجی چون درمان شناختی – رفتاری بوده‌اند (۲۵)؛ یافته‌ای که با جایگاه محوری انجمن معتادان گمنام و «کارکردن روی قدم‌ها» در زیرمضمون‌های «یافتن جایی برای دیده‌شدن و پذیرفته‌شدن» و «بازشناسی خود و آموختن مواجهه با مسیر بازگشت» همسوست. همچنین فراتحلیل Powers و همکاران نشان داد که زوج‌درمانی رفتاری در مقایسه با درمان فردی، هم به کاهش مصرف مواد و هم به افزایش رضایت از رابطهٔ زناشویی می‌انجامد (۲۶)؛ شاهدی که از یافتهٔ زیرمضمون «همسر؛ تکیه‌گاهی که در طول مسیر تغییر می‌کند» و ضرورت نگاه پویا و زوج‌محور به حمایت همسر پشتیبانی می‌کند.

یافتهٔ درخور توجه دیگر، زیرمضمون «تنِ خسته در جست‌وجوی تسکین» از مضمون نخست بود که در آن، دردهای جسمانی مزمن (نظیر درد پا و درد گوش)، بی‌خوابی و فرسودگی جسمی، هم‌زمان در جایگاه علت و «بهانهٔ» بازگشت ظاهر می‌شدند. این یافته با الگوی «مارپیچ نزولی» Garland و همکاران همسوست که نشان می‌دهد درد مزمن، عاطفهٔ منفی و مصرف نادرست مواد افیونی در چرخه‌ای خودتقویت‌کننده یکدیگر را تشدید می‌کنند (۲۷) و نیز با مرور Sinha که استرس مزمن و هیجان‌های منفی را از مهم‌ترین عوامل آسیب‌پذیری در برابر مصرف و بازگشت به آن معرفی کرده است (۲۸). این دو تبیین، درهم‌تنیدگی زیرمضمون «تنِ خسته در جست‌وجوی تسکین» با زیرمضمون «کشمکش با خود و هیجان‌های مهارنشده» را در روایت مشارکت‌کنندگان توضیح می‌دهند و نشان می‌دهند که مدیریت درد و بی‌خوابی در زنان در حال بهبودی، باید بخشی از برنامه‌های پیشگیری از عود باشد.

آخرین یافتهٔ پژوهش حاضرکه در مضمون چهارم با عنوان «ترس از دیده‌شدن» صورت‌بندی شد حاکی از موانع چندلایهٔ کمک‌خواهی بود که در سه زیرمضمون «ترس از فروریختن جایگاه در خانواده»، «زیستن زیر نگاه قضاوتگر دیگران» و «وقتی لغزش، حقِ دوباره تلاش‌کردن را از زن می‌گیرد» نمود یافت. این یافته با مرور Granfield و همکاران همسوست که انگ اجتماعی، نقش‌های مراقبتی و ترس از پیامدهای خانوادگی افشای مصرف را از موانع اختصاصی زنان در ورود به درمان و ماندن در آن برشمرده‌اند (۲۹)؛ و نیز با Tuchman که بر شدیدتر بودن انگ اعتیاد برای زنان نسبت به مردان و ضرورت توجه به ملاحظات جنسیتی در پژوهش و درمان اعتیاد تأکید کرده است (۳۰). افزون بر این، می‌توان چنین استدلال کرد که به دلیل ماهیت مردسالارانهٔ نسبی جامعه و پایگاه طبقاتی نسبتاً پایین زنان مورد مصاحبه، فشار اجتماعی بر زنان مصرف‌کنندهٔ مواد چندبرابر مردان است؛ و این فشار در محیط‌های کوچک‌تر (نظیر شهرستان بردسکن) دوچندان می‌شود. این یافته با آنچه در زیرمضمون «وقتی جهان پیرامون، راه بازگشت را نزدیک می‌کند» از مضمون اول دربارهٔ طردشدن از سوی خانواده و در زیرمضمون «یافتن جایی برای دیده‌شدن و پذیرفته‌شدن» از مضمون دوم دربارهٔ نقش محافظتی فضاهای عاری از قضاوت گزارش شد، در امتداد یک خط تفسیری واحد قرار می‌گیرد: هر جا که پذیرش و دیده‌شدن بدون داوری در دسترس نبوده، احتمال کمک نخواستن یا بازگشت افزایش‌یافته است.

محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش با چند محدودیت روش‌شناختی همراه بود که در تفسیر یافته‌ها باید مدنظر قرار گیرد. نخست، همکاری مشارکت‌کنندگان، به دلیل کوچک بودن محیط زندگی و ترس از شناسایی، باوجود تلاش پژوهشگر برای اعتمادسازی، گاه محدود و محتاطانه بود؛ این امر می‌تواند بر میزان خود افشاگری مشارکت‌کنندگان و در نتیجه، بر غنای برخی داده‌ها اثر گذاشته باشد. دوم، ازآنجاکه مطالعه منحصراً در شهرستان بردسکن انجام شد، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جوامع شهری بزرگ‌تر با ویژگی‌های فرهنگی متفاوت باید بااحتیاط صورت گیرد؛ اگرچه هدف پژوهش پدیدارشناختی، تعمیم‌پذیری آماری نیست، بلکه انتقال‌پذیری مفهومی یافته‌ها به بافت‌های مشابه است. سوم، تحلیل ارائه‌شده در این مقاله، در عین تلاش برای پایبندی به منطق ایدئوگرافیک IPA، به دلیل محدودیت حجم مقاله، امکان ارائهٔ «تصویر موردی» کاملی از هر ۱۲ مشارکت‌کننده را نداشت و ناگزیر بر چند مورد به‌ویژه مشارکت‌کنندگان شماره ۴، ۵ و ۱۰ تمرکز بیشتری کرد؛ پژوهش‌های آتی می‌توانند با ارائهٔ تصاویر موردی مستقل برای هر مشارکت‌کننده، عمق ایدئوگرافیک تحلیل را بیشتر کنند.

پیشنهادهای کاربردی و پژوهشی

یافته‌های پژوهش حاضر، به‌ویژه نقش‌محوری گروه‌های خودیار در بازدارندگی از عود، چند پیشنهاد کاربردی را پیشرو می‌گذارد. ازآنجاکه بسیاری از زنان، ناکارآمدی کمپ‌های زنانه را در دغدغهٔ سرگردانی فرزندانشان می‌دانستند، پیشنهاد می‌شود مکان‌های امنی نظیر مهدهای کودک شبانه‌روزی برای نگهداری کودکان، به کمپ‌های زنانه اختصاص یابد. در سطح سیاست‌گذاری (ستاد مبارزه با مواد مخدر)، سطح سازمانی (مراکز بهداشت و ترک اعتیاد) و سطح

جامعه (سازمان‌های مردم‌نهاد)، شایسته است ارتقای کیفی خدمات انجمن‌های خودیار و نظارت متخصصان ذی‌ربط بر این خدمات در دستور کار قرار گیرد؛ همچنین حضور فعال‌تر روان‌شناسان و مشاوران متخصص در جلسات این انجمن‌ها می‌تواند به تسریع، ارتقای کیفیت و تداوم بیشتر فرایند بهبودی کمک کند. باتوجه‌به یافتهٔ زیرمضمون «همسر؛ تکیه‌گاهی که در طول مسیر تغییر می‌کند» در مضمون سوم، برنامه‌های مداخله‌ای خانواده‌محور نیز باید به‌جای درنظرگرفتن «حمایت همسر» به‌عنوان یک متغیر ثابت، بر توانمندسازی هم‌زمان زوج‌هایی تمرکز کنند که هر دو عضو با اختلال مصرف مواد درگیرند، تا مسیر بهبودی یکی، به‌جای تنش، زمینه‌ساز بهبودی طرف دیگر شود. در سطح انتظامی و اجتماعی نیز، نظارت دقیق‌تر نیروی انتظامی و اهالی محل بر اماکن توزیع مواد مخدر و پیشگیری از تردد زنان در حال ترک در محل‌های سابق مصرف، توصیه می‌شود.

نوآوری این پژوهش، در کنار تبیین نقش حیاتی انجمن‌های خودجوش (NA) به‌عنوان اصلی‌ترین عامل بازدارنده در بافت سنتی موردمطالعه، در ارائهٔ خوانشی تفسیری از پویایی نقش همسر و از کارکرد وجودی «دیده‌شدن» در تجربهٔ این زنان است؛ خوانشی که فراتر از فهرست‌کردن عوامل خطر و محافظت، می‌کوشد ساختار معنایی نهفته در تجربهٔ زیستهٔ بازگشت و بازیابی را آشکار سازد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که عود اعتیاد در زنان بهبودیافته، پیامدی چندبُعدی از تعامل عوامل فردی، خانوادگی و محیطی است که در طول زمان و در بستر روابط – به‌ویژه رابطهٔ زناشویی – بازتعریف می‌شود، نه مجموعه‌ای از علت‌های ایستا و مستقل. مشارکت در گروه‌های خودیار مانند انجمن معتادان گمنام و برخورداری از حمایت اجتماعی عاری از قضاوت، قوی‌ترین عوامل محافظت‌کننده در برابر عود به شمار می‌روند؛ زیرا این منابع، دقیقاً همان نیاز بنیادین به دیده‌شدن و تعلق را برآورده می‌کنند که غیاب آن، در مضمون نخست، به‌عنوان زمینه‌ساز اصلی عود شناسایی شد. طراحی مداخلات پیشگیرانه و آموزشی مبتنی بر این تجربه‌های زیسته – به‌ویژه مداخلاتی که به‌جای نگاه ایستا به «حمایت همسر»، پویایی رابطهٔ زناشویی را در طول مسیر بهبودی مدنظر قرار دهند – می‌تواند اثربخشی برنامه‌های توانمندسازی این قشر را به طور معناداری افزایش دهد.

تقدیر و تشکّر

این مقاله حاصل پایان‌نامه/طرح تحقیقاتی تحت عنوان «تبیین تجارب زیسته بازگشت به اعتیاد زنان معتاد بهبودیافته از سوءمصرف مواد، شهرستان بردسکن و ارائه الگوی آموزشی» در مقطع دکتری، در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ با کد پروپوزال ۱۲۳۹۲۷۰۰۴۹۴۱۰۲۰۲۲۰۳۷۱۶۳۰۷۲۴۷۷ می‌باشد که با حمایت دانشگاه آزاد علوم تحقیقات تهران اجرا شده است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش پس از تأیید شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات و کمیته اخلاق در پژوهش (کد اخلاق: IR.IAU.SRB.REC.1404.442) انجام شد. پیش از مصاحبه، اطلاعات جامع درباره اهداف، روند و اهمیت پژوهش در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و رضایت آگاهانه کتبی از تمامی آنان اخذ گردید. محرمانگی اطلاعات فردی در سراسر پژوهش رعایت شد و فایل‌های صوتی مصاحبه، پس از تکمیل پیاده‌سازی و یادداشت‌برداری، حذف گردید. به مشارکت‌کنندگان تصریح شد که در هر مرحله از پژوهش، آزاد به انصراف از شرکت هستند.

حمایت مالی

این مطالعه با هزینه شخصی پژوهشگران انجام شده و در هیچ‌یک از مراحل اجرای آن، هیچ‌گونه منبع مالی حمایتی از سازمان یا نهادی دریافت نشده است.

مشارکت نویسندگان

حسین امامیان: گردآوری داده‌ها، مصاحبه با مشارکت‌کنندگان و نگارش پیش‌نویس اولیه مقاله؛ زهرا جلیلی: طراحی و مفهوم‌سازی

مطالعه، نظارت کلی و بازنگری نهایی مقاله؛ رضا توکلی و سمانه زنجانی: مشارکت در تحلیل کیفی داده‌ها و بازبینی مضامین؛ احسان موسی فرخانی: مشاوره روش‌شناختی و بازنگری علمی مقاله. تمامی نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید کردند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در ارتباط با انجام، تألیف و انتشار این مقاله وجود ندارد.

منابع

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024. Vienna: UNODC; 2024. Print ISBN: 9789210031875.
2. Babaie E, Rabbani H, Rashid K, Hasanvand F. Developing a model for Women Returning to drug use based on family functioning and family emotional climate mediated by social health in rehabilitated women in Mashhad City. Women and Families Cultural-Educational Journal. 2023;18(65):185-206. [Persian]. URL: https://cwfs.ihu.ac.ir/article_208469.html?lang=en
3. Sadeghi Fasaei S, Jahandar Lashaki Z. A Qualitative Study of Addiction in Women. Journal of Policing and Social Studies of Women and Family. 2020;8(1):24-43. [Persian]. URL: http://pssw.jrl.police.ir/article_93826.html
4. Choi S, Rosenbloom D, Stein MD, Raifman J, Clark JA. Differential gateways, facilitators, and barriers to substance use disorder treatment for pregnant women and mothers. J Addict Med. 2022;16(3):e185-e196. DOI: 10.1097/ADM.0000000000000909
5. Kabisa E, Biracyaza E, Habagusenga JD, Umubyeyi A. Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of Icyizere Psychotherapeutic Centre. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2021;16(1):1-12. DOI: 10.1186/s13011-021-00347-0
6. Nemati Sogoli Tappeh F, Khaledian M. Qualitative study of factors affecting relapse: a grounded theory approach. J Addict Res. 2022;16(64):279-307. [Persian]. DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.64.279
7. Klein M. Relapse into opiate and crack cocaine misuse: a scoping review. Addict Res Theory. 2021;29(2):129-147. DOI: 10.1080/16066359.2020.1724972
8. Brophy H, Dyson M, Katherine RK. Concept analysis of recovery from substance use. Int J Ment Health Nurs. 2023;32(1):117-27. DOI: 10.1111/inm.13066
9. Ghorbani E. A review of the women tendency variables to drug abuse and its consequences. Soc Health Addict. 2015;2(7):151-75. [Persian] URL: magiran.com/p1519317
10. Van Hout MC, Al-Afifi MF, Abushams L, Kewley S, Quigg Z, Whitfield M, et al. Palestinian children's experiences of drug abuse in the home in the Occupied Territories of Palestine: a scoping review of extant literature. Int J Ment Health Addict. 2020;18(6):1572-85. DOI: 10.1007/s11469-019-00085-2
11. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. 2nd ed. London: SAGE Publications; 2022. URL: https://books.google.com/books?id=_-46EAAAQBAJ
12. Yardley L. Dilemmas in qualitative health research. Psychol Health. 2000;15(2):215-28. DOI: 10.1080/08870440008400302
13. Marlatt GA, Gordon JR, editors. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford Press; 1985. URL: https://books.google.com/books?id=EtXcwAEACAAJ
14. Momeni E. Annual Report of the Drug Control Headquarters. Tehran: Drug Control Headquarters; 2021. [Persian]
15. Hajiha Z, Bahrami Ehsan H. Perpetuating factors of temptation, realizing factors of relapse, and suppressive factors of relapse in substance abuser women in Tehran: A grounded theory study. Rooyesh. 12(3), 1-10. [Persian] URL: http://frooyesh.ir/article-1-4396-en.html

16. Witkiewitz K, Tucker JA. Whole person recovery from substance use disorder: A call for research examining a dynamic behavioral ecological model of contexts supportive of recovery. Addict Res Theory. 2025; 33(1): 1-12. DOI: 10.1080/16066359.2024.2329580

17. Gholami Abiz M, Enayat H, khosravi R. Women's Life Experience of a Disordered Family in the Process of Addiction. Research on Addiction 2021; 14 (58) :113-42. [Persian] URL: http://etiadpajohi.ir/article-1-2462-en.html

18. Hirschi T. Causes of Delinquency. Berkeley: University of California Press; 1969. URL: https://archive.org/details/causesofdelinque0000hirs

19. Rategh M, Farhadi H. A Qualitative Study of the Causes of Drugs Relapse in Addicts. Research on Addiction 2019; 13 (53) :197-216. [Persian] URL: http://etiadpajohi.ir/article-1-1969-en.html

20. Cloud W, Granfield R. Conceptualizing recovery capital: expansion of a theoretical construct. Subst Use Misuse. 2008;43(12-13):1971-86. DOI: 10.1080/10826080802289762

21. Alipourasadabadi F, Namdarpour F. Identification of Factors Influencing the Relapse of Women Recovered from Substance Addiction: A Qualitative Study. Research on Addiction 2023; 17 (68) :47-68. [Persian] URL: http://etiadpajohi.ir/article-1-2844-en.html

22. Pettersen G,Bjerke T, Hoxmark EM, Eikeng Sterri NH, Rosenvinge JH. From existing to living: exploring the meaning of recovery. Nord Stud Alcohol Drugs. 2023;40(6):577-589. DOI: 10.1177/14550725231170454

23. Nikmanesh Z, Baluchi MH, Pirasteh Motlagh AA. The Role of Social Support and Positive Affect on Prediction of Addiction Relapse. Ann Mil Health Sci Res. 2015;13(3):e58240. [Persian] URL: https://brieflands.com/journals/amhsr/articles/58240

24. Blount TN, Prosek EA, King K, Brookins C, Fitzpatrick DC. The lived experiences of African American women in natural recovery: re-envisioning the role of counselors. Int J Adv Couns. 2024;46(3):567-85. DOI: 10.1007/s10447-024-09553-4

25. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2020;3(3):CD012880. DOI: 10.1002/14651858.CD012880.pub2

26. Powers MB, Vedel E, Emmelkamp PMG. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2008;28(6):952-62. DOI: 10.1016/j.cpr.2008.02.002

27. Garland EL, Froeliger B, Zeidan F, Partin K, Howard MO. The downward spiral of chronic pain, prescription opioid misuse, and addiction: cognitive, affective, and neuropsychopharmacologic pathways. Neurosci Biobehav Rev. 2013;37(10 Pt 2):2597-607. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2013.08.006

28. Sinha R. Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. Ann N Y Acad Sci. 2008;1141:105-30. DOI: 10.1196/annals.1441.030

29. Greenfield SF, Back SE, Lawson K, Brady KT. Substance abuse in women. Psychiatr Clin North Am. 2010;33(2):339-55. DOI: 10.1016/j.psc.2010.01.004

30. Tuchman E. Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. J Addict Dis. 2010;29(2):127-38. DOI: 10.1080/10550881003684582