

زنان معتاد بوشهر چگونه معتاد شدند؟ (یک مطالعه کیفی)

فاطمه اکبری زاده¹، سحرناز نجات²، احمد حاجبی³، فائزه جهانپور⁴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اعتیاد به مواد مخدر همواره به‌عنوان یک معضل اجتماعی و گسترده مطرح است. اگرچه مردان فرصت‌های بیشتری برای دستیابی و سوءمصرف مواد را دارند، ولی قابلیت دسترسی به مواد و اعتیاد زنان نیز افزایش یافته است.

روش: پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی بود؛ که در آن ۲۱ نفر از زنان معتاد شهر بوشهر بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته جمع‌آوری گردید. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و پیاده‌سازی شد و با روش آنالیز محتوای کیفی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مضامین حاصل از آنالیز داده‌ها شامل سه مضمون اصلی «بستر مهیای شخصی»، «بستر مهیا در خانواده»، «بستر مهیا در جامعه» ۱۷ درون‌مایه و ۵ عامل فرعی بود.

نتیجه‌گیری: بیشترین درون‌مایه به دست آمده بر اساس بستر مهیا در فرد و خانواده بود. ممکن است مداخلات جهت آگاه‌سازی افراد از عوامل مؤثر بر اعتیاد و آموزش خانواده‌ها در خصوص این عوامل بتواند در پیشگیری از اعتیاد زنان مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، زنان، بوشهر، پژوهش کیفی

ارجاع: اکبری زاده فاطمه، نجات سحرناز، حاجبی احمد، جهانپور فائزه. زنان معتاد بوشهر چگونه معتاد شدند؟ (یک مطالعه کیفی). مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۷؛ ۸(۱): ۳۳-۴۳.

تاریخ چاپ: ۹۸/۳/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۷/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۱

- ۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران
 - ۲- استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 - ۳- استاد، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
 - ۴- دانشیار، گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی، بوشهر، ایران
- نویسنده مسئول: فاطمه اکبری زاده
Email: fakbari1@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر و سوءمصرف مواد از مرزهای جسمانی و روانشناختی فراتر رفته؛ و به عنوان یک معضل اجتماعی و گسترده مطرح است؛ که همه ساله دهها هزار قربانی از مردم جهان می‌گیرد و صدها هزار میلیارد خسارت به افراد، خانواده‌ها و کل جامعه وارد می‌کند (۱،۲).

اگرچه مردان فرصت‌های بیشتری برای دستیابی به مواد و سوءمصرف آن را دارند، ولی قابلیت دسترسی به مواد و سوءمصرف آن برای زنان نیز افزایش یافته است (۳). آمار موجود حاکی از آن است که زنان ۹ درصد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در جامعه را تشکیل می‌دهند. گفته می‌شود وابستگی زنان به سوءمصرف مواد در طول یک دهه اخیر، به‌طور میانگین چهار برابر شده است (۴) و میزان مصرف نیکوتین و الکل توسط زنان در حال نزدیک شدن به نرخ مصرف مردان می‌باشد (۵). آمارها نشان می‌دهد در سال ۱۳۷۲ از کل مجرمین دستگیر شده بالغ بر ۴۵۹۹۹ نفر، تعداد ۴۷۰۱ نفر زن بودند (۶). مسئله مهم در ارتباط با اعتیاد زنان این است؛ که زنان سریع‌تر از مردان دچار پیامدها و عوارض جانبی ناشی از مصرف می‌شوند (۷)؛ به‌عنوان مثال فاصله زمانی اولین تجربه مصرف تا تزریق مواد در زنان به‌طور متوسط ۲ سال و در مردان حدود ۸ سال است؛ به این ترتیب زنان ۶ سال زودتر از مردان به ورطه وابستگی شدید کشیده می‌شوند (۸). علاوه بر این زنان به‌صورت معنی‌داری بیش از مردان داروهای تجویز شده مثل ضد دردهای مخدر و داروهای ضد اضطراب را سوءمصرف می‌کنند (۹). امکان ابتلا زنان معتاد به ایدز و دیگر بیماری‌های ناشی از روابط جنسی بیشتر از مردان می‌باشد و همچنین در مقایسه با زنان دیگر، احتمال بیشتری وجود دارد که به بیماری‌های زنانانه و معضلات آن دچار شوند (۱۰،۱۱). مطالعات نشان می‌دهد عواملی همچون دردهای جسمانی، مشوق‌های بیرونی، سابقه مصرف مواد در خانواده و ضعف در مهارت‌های فرزند پروری، شرایط خوب یا بد اقتصادی از عوامل مؤثر بر اعتیاد بوده است (۱۲،۱۳). از دیگر عوامل، فشارهای روانی بعد از وقایع آسیب‌زایی همچون تجاوز (۱۰،۱۴)، نقش همسران و همسن و سالان (۱۵،۱۶)، نقش تحصیلات به‌عنوان عامل پیشگیرانه

و متأهل بودن به‌عنوان عامل خطر (۱۷،۱۸) نابسامانی خانواده، پایگاه اقتصادی یا اجتماعی، اعتیاد اعضای خانواده (۱۹،۲۰)، نابرابری‌های اقتصادی و کمبود فرصت شغلی، کمبود مهارت‌های زندگی (۲)، روان رنجور خویی (۲۱)، نبود اعتماد از سوی خانواده و متهم کردن آن‌ها به مصرف دوباره مواد، دزدی و دیگر امور خلاف و افزایش مصرف (۲۲،۲۳)، دستیابی به احساسی شادمانی و دور شدن از پریشانی، ورود به روابط اجتماعی درهم شکسته، ناتوانی در برابر اعمال فشار جامعه و عدم توانمندی زنان برای روبرویی با شرایط می‌تواند از عوامل مهم گرایش به اعتیاد باشد (۲۴)؛ لذا با توجه به اهمیت شناخت جامع علل مؤثر بر اعتیاد، پیچیده بودن پدیده اعتیاد، ریشه داشتن در باورهای افراد و از آنجایی که مطالعه مشابهی در استان بوشهر جهت بررسی علل گرایش اعتیاد زنان به مصرف مواد انجام نگرفته بود، محققین را بر آن داشت که با استفاده از مطالعه کیفی که می‌تواند موجب کسب اطلاعات عمیق و غنی از مشارکت‌کنندگان گردد (۱۲)؛ به انجام این پژوهش بپردازند.

روش

این مطالعه یک پژوهش کیفی از نوع تحلیل محتوای کیفی با تبیین علل اعتیاد در زنان معتاد شهر بوشهر بود. محیط پژوهش به دلخواه شرکت‌کنندگان انتخاب شد؛ که عمدتاً منازل آن‌ها، پارک و پاتوق‌ها بود. جامعه پژوهش را تمامی زنان معتاد ساکن شهر بوشهر تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود به این مطالعه، فرد مؤنث معتاد به یک یا چند نوع ماده اعتیادآور، با محدوده سنی بین ۱۵ تا ۵۰ سال و سکونت در شهر بوشهر به مدت حداقل ۵ سال؛ و تمایل به شرکت در مطالعه در نظر گرفته شد. معتاد در این مطالعه به کسی گفته می‌شد؛ که در ۱۲ ماه گذشته مصرف مواد (از هر نوعی) باعث ایجاد ناراحتی و اختلال در فرد گردیده و ملاک‌های عدم کنترل و تحمل را دارا باشد (۲۵). معیارهای خروج، جنسیت مذکر و ساکن نبودن در شهر بوشهر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود و تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. به‌طور کلی ۲۱ شرکت‌کننده با رده سنی بین ۲۴-۵۰ ساله در این مطالعه شرکت نمودند.

تفاوت‌ها طبقه‌بندی گردید. به تمامی شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که رازداری مطالبی که بازگو خواهند کرد حفظ خواهد گردید؛ و هر زمانی که احساس کردند مایل به ادامه مصاحبه نیستند، می‌توانند از شرکت در پژوهش انصراف دهند. تأیید پذیری داده‌ها با بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان، ناظرین و استفاده از نظرات اصلاحی آن‌ها انجام شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این تحقیق ۲۱ زن معتاد ساکن در بوشهر با میانگین سنی ۲۴ سال (با حداقل ۱۷ و حداکثر سن ۵۰ سال) بودند. ۶۴ درصد مصاحبه‌شوندگان در زمان مصاحبه مطلقه، ۱۴/۳ درصد مجرد و ۲۱/۷ درصد متأهل بودند. آخرین نوع ماده مصرفی شرکت‌کنندگان در هنگام مصاحبه ۲۸/۷ درصد هروئین، ۳۵/۷ درصد تریاک، ۲۸/۷ درصد شیشه، ۷ درصد ماری‌جوانا و LSD بود. از نظر تحصیلات نیز، ۵۷ درصد پنجم ابتدایی، ۱۴ درصد دیپلم، ۷ درصد فوق‌دیپلم ۲۱/۴ درصد بی‌سواد بودند. به‌طور کلی از نتایج مصاحبه‌ها ۱۷ درون‌مایه همراه با ۳ عامل اصلی و ۵ عامل فرعی استخراج شد که در ادامه توضیح داده می‌شود (جدول ۱).

برای انجام پژوهش، ابتدا اهداف تحقیق و روش انجام مصاحبه توضیح داده شد؛ و پس از دریافت رضایت آگاهانه کتبی از مشارکت‌کنندگان و با اجازه آن‌ها مصاحبه‌ها ضبط گردید. در مواردی که شرکت‌کنندگان راضی به ضبط مصاحبه نبودند سعی شد که تمام مطالب عنوان‌شده یادداشت شود. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختاریافته بود؛ این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق بودن داده‌ها برای پژوهش‌های کیفی مناسب‌تر است (۲۶). سؤالاتی که در حین مصاحبه مطرح گردید شامل این موارد بود: تجربه خود را از مصرف ... توصیف کنید؟ چه عواملی بر مصرف مواد بر شما تأثیر گذاشتند؟ و...

مصاحبه‌ها پس از ضبط بلافاصله بازنویسی و تحلیل می‌گردید. طول مدت مصاحبه‌ها بین ۴۰-۹۰ دقیقه بود که به‌صورت تک انفرادی انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها تمامی مصاحبه‌های ضبط شده به‌صورت دست‌نوشته درآمدند. مصاحبه‌ها چندین بار توسط پژوهشگر با دقت گوش داده شد؛ و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوای کیفی استفاده گردید. در این روش از طریق یک طبقه‌بندی سیستماتیک، کدها و درون‌مایه‌ها مورد شناسایی قرار می‌گیرند (۲۷)؛ کدها بر اساس واحدهای معنایی برگرفته از توصیفات مشارکت‌کنندگان استخراج شد و سپس بر اساس شباهت‌ها و

جدول ۱. عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد بوشهر بر اساس بستر مهیا

ردیف	طبقات اصلی	طبقات فرعی	درون‌مایه
۱	بستر مهیای شخصی	وضعیت روحی	گرایش مثبت نسبت به مواد افسردگی کنجکاوی رفع درد مصرف خودسرانه دارو
۲	بستر مهیای خانواده	وضعیت جسمی وضعیت شناختی عوامل قبل از ازدواج	ناآگاهی از عوارض مصرف وجود فرد مصرف‌کننده در خانواده فروشنده مواد در خانواده تشنج بودن روابط والدین طلاق والدین ازدواج اجباری
۳	بستر مهیای جامعه	عوامل بعد از ازدواج	کمبود عاطفه از طرف همسر زندگی در محلات آسیب‌خیز در دسترس بودن مواد شروع با مصرف سیگار و قلیان دوستان مصرف‌کننده تجویز داروهای مخدر به‌عنوان ضد درد توسط پزشکان

بستر مهیای شخصی

اولین عامل اصلی به دست آمده از داده‌ها عبارت بود از بستر مهیای شخصی با ۳ عامل فرعی که در ادامه توضیح داده می‌شود.

وضعیت روحی فرد

گرایش مثبت نسبت به مواد: از مواردی که در مصاحبه‌شوندگان به‌عنوان یکی عوامل مؤثر بر اعتیاد آن‌ها اشاره شد، گرایش مثبت نسبت به سیگار و استفاده از مواد بود. به نظر می‌آید مصاحبه‌شوندگانی متمایل به مصرف مواد بوده‌اند؛ که از ابتدا بوی سیگار و یا الکل برای آن‌ها خوشایند بوده است؛ به طوری که یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید: «وقتی بوی سیگار به دماغم می‌خورد خیلی خوشم می‌ومد. البته از بوی الکل هم خوشم می‌ومد. پدرم ته سیگارها رو که توی جاسیگاری می‌گذاشت برمی‌داشتم و می‌کشیدم. دیگه هر از چند گاهی سیگار می‌کشیدم حتی وقتی برای امتحانات نهایی پیش دوستانم می‌رفتم برای درس خوندن به اونا هم سیگار تعارف می‌کردم. البته یکیشون خوشش می‌ومد و می‌کشید ولی یکی دیگرشون حالش بد می‌شد» (م ۳).

افسردگی: تعدادی از مصاحبه‌شوندگان به روحیه افسرده خود در طول مصاحبه اشاره می‌کردند. به طوری که در مقایسه با مردان، زنان از لحاظ روحی در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی و اضطراب هستند و به تبع آن زنان معتاد نیز نسبت به زنان دیگر از روحیه افسرده‌تری برخوردار هستند. نتایج مصاحبه‌ها نشان داد که زنان معتاد در دوران کودکی و نوجوانی به افسردگی مبتلا بوده‌اند. یکی از مصاحبه‌شوندگان چنین می‌گوید: «افسردگی شدیدی پیدا کرده بودم؛ البته از همون بچگی خوشم نمی‌ومد با بچه‌های دیگ بازی کنم اصلاً حال و حوصله نداشتم از همون بچگی آدم گوشه‌گیر و تنهایی بودم خونه کسی نمی‌رفتم عروسی نمی‌رفتم الان هم جایی نمیرم» (م ۱۳).

کنجکاوی: اکثر مصاحبه‌شوندگان در خلال مصاحبه‌های خود به وضعیت روحی خود از جمله کنجکاوی بودن اشاره می‌کردند. یکی از خصوصیات دوران نوجوانی کنجکاوی است که می‌تواند فرد را به سمت رفتارهای پرخطر از جمله اعتیاد سوق دهد. یکی از مصاحبه‌شوندگان در مورد کنجکاوی خود

چنین می‌گوید: «دلم می‌خواست هر چیزی رو تجربه کنم. من همه نوع موادی رو استفاده کردم ماری جوانا از همه اش بهتر بود. هیچ چیزی نمی‌تونه مثل مواد بهم هیجان و حال خوب بده» (م ۲).

وضعیت جسمانی فرد

درون‌مایه فرعی دوم از عامل اصلی اول وضعیت جسمانی فرد با درون‌مایه رفع درد بود؛ که در ادامه توضیح داده می‌شود.

رفع درد: طبق اظهارات، مصاحبه‌شوندگان مصرف مواد را درمانی برای دردهای جسمی خود می‌دانستند؛ آن‌ها برای کاهش درد به مصرف مواد مخدر پناه می‌بردند و به دلیل اثر سریع آن و تسکین درد مصرف را ادامه می‌دادند. در این باره یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید: «کلیه‌هام درد می‌کرد. یه جایی رفتم می‌کشیدن. من هم یه دوتا دود گرفتم به خاطر کلیه‌هام که درد می‌کردن و کشیدم هی بهم می‌گفتن ساکت میشه وقتی می‌کشیدم ساکت می‌شد. دیگه همیشه می‌کشیدم» (م ۷).

وضعیت شناختی فرد

درون‌مایه فرعی سوم از بستر مهیای شخصی وضعیت شناختی فرد بود؛ که همراه با توضیحات در ادامه آورده شد.

مصرف خودسرانه دارو: یکی دیگر از عواملی که زنان معتاد در مصاحبه‌های خود به آن اشاره کردند، استفاده خودسرانه داروهای تجویز شده توسط پزشک بود؛ که بدون نظر پزشک مصرف می‌شده است و منجر به اعتیاد آن‌ها گردیده است. یکی از مصاحبه‌شوندگان در این رابطه می‌گوید: «از وقتی با دوست پسرم رابطه‌ام به هم خورد شب‌ها خوابم نمی‌برد. از یک دونه استامینوفن شروع کردم و کارم به جایی رسید که هر شب باید ۲۰ عدد استامینوفن می‌خوردم تا اثر کنه» (م ۱۵).

ناآگاهی از عوارض مصرف: پایین بودن سطح شناخت زنان نسبت به مواد مخدر و پیامدهای ناگوار مصرف آن؛ از جمله مواردی بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره داشتند. زنان مصاحبه‌شونده فکر می‌کردند که به مواد وابسته نخواهند شد؛ این ناآگاهی از عوارض و وابستگی در اکثر مصاحبه‌ها مشاهده گردید. مصاحبه‌شوندگان به این موضوع اشاره داشتند که وقتی برای اولین بار مواد را مصرف می‌کردند از وابستگی

به این موضوع اشاره داشتند که پدر و مادر رابطه عاطفی مناسبی با آنها و با همدیگر برقرار نمی‌کردند؛ نیازهای روحی آنها برآورده نمی‌شد و خانواده محل امنی برای آنها نبود. به گفته یکی از زنان معتاد: «خونه ما واقعاً زندان بود. وحشتناک بود نه تنها برای من برای برادرارم هم همین‌طور بود. یادمه برادرارم که دبیرستان بود خرجش رو خودش در می‌آورد. دیگه توی خونه هم نمی‌خوابید. یه مغازه گرفت هم خرجش رو درمی‌آورد هم همونجا می‌خوابید؛ یعنی مشکل تقریباً تو همه‌مون به وجود اومد. همین برادرارم هم معتاد شد. مامان با بابا اصلاً خوب تا نمی‌کرد. من توی همون بچگی می‌دونستم که آخر همه این مشکلات یه چیز بدی میشه».

طلاق والدین: طلاق والدین و ازهم‌گسیختگی خانواده یکی دیگر از عواملی بود که مصاحبه‌شوندگان در مصاحبه‌های خود به آن اشاره داشتند. ازهم‌گسیختگی خانواده و اجبار به زندگی با یکی از والدین از عوامل تأثیرگذار در اعتیاد زنان معتاد بود. به طوری که یکی از مصاحبه‌شوندگان در این باره می‌گوید: «موقعی که پدر و مادرم از هم جدا شدن من با مادرم زندگی می‌کردم، مادرم هم که زورش به من نمی‌رسید هر جا دلم می‌خواست می‌رفتم و هر کار دلم می‌خواست می‌کردم» (م ۱۴).

عوامل بعد از ازدواج

ازدواج اجباری: اکثر زنان معتاد به ازدواج‌های اجباری اشاره کردند که بدون رضایت آنان بوده است. یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید: «وقتی برام خواستگار اومد نظر منو نپرسیدن؛ خودشون بریدن و دوختن. برای ازدواج هیچ حق تصمیمی نداشتم، اولین خواستگارم که اومد مادرم گفت باید شوهرش بدیم. موقع ازدواج اصلاً نخندیدم. پدر و مادرم مثل مهمون اومدن تو عروسیم. اون روز، روز خیلی بدی بود، البته مراسم خوب بود ولی من خوشحال نبودم. احساس می‌کنم برام ارزشی قائل نبودن» (م ۱۸).

برطرف نشدن نیازهای عاطفی از طرف همسر: مصاحبه‌شوندگانی که به نظر می‌آید خلأ دریافت محبت از سمت افراد مهم زندگی را داشتند، وقتی از سمت همسر هم محبتی دریافت نمی‌کردند به سمت مصرف مواد گرایش پیدا می‌کردند. یکی از مصاحبه‌شوندگان چنین می‌گوید: «شوهرم

به آن اطلاعی نداشتند و به‌مرور زمان به آن وابسته شدند. آنها فکر می‌کردند که مواد هم مثل سیگار یا قلیان است و برای آنها مشکل وابستگی مثل مواد ایجاد نمی‌کند؛ یکی از آنان در این رابطه می‌گوید: «فکر می‌کردم مثل قلیونه نمی‌دونستم که اینقدر بهش وابسته می‌شم و اگه یه روز نکشم داغونم» (م ۱۷).

شروع با مصرف سیگار و قلیان: اکثر زنان معتاد به این موضوع اشاره کردند که اولین تجربه آنها از مصرف مواد، شروع با سیگار و یا قلیان بود. هیچ کدام اولین بار با ماده اعتیادآور چه سنتی و چه صنعتی شروع نکرده بودند. یکی از مصاحبه‌شوندگان چنین می‌گوید: «در سن ۲۵ سالگی شروع کردم اولش با یه نخ سیگار شروع کردم» (م ۱۶).

بستر مهیای خانواده

درون‌مایه دوم با عنوان بستر مهیای خانواده در این قسمت توضیح داده می‌شود.

عوامل قبل از دواج

وجود فرد مصرف‌کننده در خانواده: به گفته برخی از مصاحبه‌شوندگان وجود فرد مصرف‌کننده در خانواده یکی از عوامل آشنایی آنها با مواد مخدر بود. آنها با دیدن فرد مصرف‌کننده که عمدتاً پدر خانواده بود نحوه مصرف مواد مخدر را فرا گرفته‌اند؛ اما در تعدادی دیدن مصرف مواد از زمان کودکی در اعضا اصلی خانواده شروعی برای مصرف مواد آنها در بزرگسالی شده بود. یکی از مصاحبه‌شوندگان در این باره می‌گوید: «از بچگی مصرف می‌کردم دو ساله که بودم بابام بهم مشروب می‌داد، وقتی پدرم دو مصرف می‌کرد دودش رو می‌داد سمت من» (م ۱۱).

فروشنده مواد در خانواده: برخی از مصاحبه‌شوندگان در خلال مصاحبه‌های خود به این موضوع اشاره داشتند؛ که در خانواده‌های خود فروشنده مواد مخدر دارند و این افراد از فامیل‌های نزدیک آنها هستند. به طوری که آنها مواد خود را از آنها می‌گرفتند. در این باره یکی از مصاحبه‌شوندگان چنین می‌گوید: «شوهر خواهرم خودش فروشنده مواد بود اون برام می‌داد. از من پول هم نمی‌گرفت، بهم می‌گفت هر وقت تموم کردی بیا از خودم بگیر» (م ۹).

متشنج بودن روابط والدین: مصاحبه‌شوندگان به کرات

تأثیر را در شکل‌گیری شخصیت افراد دارد. اکثر مصاحبه‌شوندگان به حضور یک دوست نزدیک مصرف‌کننده در مصاحبه‌های خود اشاره داشتند. دوستی که خود مصرف‌کننده مواد بود و مصاحبه‌شوندگان مواد خود را از آن‌ها دریافت می‌کردند. یکی از مصاحبه‌شوندگان در این خصوص چنین می‌گوید: «یک دختر همسایه داشتیم که کسی رو نداشت، می‌رفتم پیشش اون یه مدت اومد خونمون زندگی کرد. هر روز می‌رفتم پیشش اون تریاک مصرف می‌کرد. منم ازش تریاک می‌گرفتم و می‌کشیدم» (م ۴).

تجویز داروهای مخدر به‌عنوان ضد درد توسط پزشکان: در این خصوص یکی از مصاحبه‌شوندگان چنین اظهار می‌دارد: «برای درد دستم رفتم پیش دکتر عمومی، برام ترامادول نوشت خیلی بهم آرامش می‌داد، هر وقت دارو هام تموم می‌شد میرفتم پیش دکتر و التماسش می‌کردم برام دارو بنویسه و همش می‌گفتم دردم زیاده و اون هم می‌نوشت» (م ۱۵).

بحث

این مطالعه به عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان از دیدگاه زنان معتاد شهر بوشهر پرداخت. بر طبق مصاحبه‌های انجام شده با زنان معتاد عوامل مؤثر بر اعتیاد آن‌ها به عوامل اصلی و فرعی و تم‌های متعدد تقسیم‌بندی شد که در ادامه به بحث در مورد آن‌ها پرداخته می‌شود.

۱- بستر مهیای فردی

بیشتر شرکت‌کنندگان در این پژوهش، یکی از عوامل مؤثر بر اعتیاد خود را وضعیت روحی خویش؛ یعنی افسردگی، کنجکاو و گرایش مثبت نسبت به مواد می‌دانستند. این یافته با یافته‌های پژوهش قادری و همکاران همسو بود؛ در مطالعه آنان افزایش تمرکز، کنجکاو، افزایش قدرت جنسی از دلایل گرایش زنان به اعتیاد بود؛ همچنین در پژوهش آن‌ها، ترک سایر مواد مخدر، افسردگی، شادابی پوست، اضطراب از دیگر دلایل آغاز مصرف ذکر شد (۲۱). قربانی و همکاران (۱۳)، همچنین پیرصالح (۲۲) در تحقیق خود به این موضوع اشاره کرده‌اند؛ که زنان معتاد قبل از اعتیاد، افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کردند. مطالعه مدبرنیا و

هیچ وقت منو کنترل نمی‌کرد، مثلاً اگر شب می‌ومدم خونه نمی‌گفت با کی بودی؟ کجا بودی؟ هرکسی برای خودش بود؛ اون جدا غذا می‌خورد من هم جدا» (م ۱).

بستر مهیای جامعه

درون‌مایه اصلی سوم بستر مهیای جامعه می‌باشد که در ادامه بیان می‌شود:

زندگی در محله‌های آسیب‌خیز: یکی از عواملی که زنان معتاد به آن اشاره کردند، زندگی در محلات فقیرنشین و آسیب‌خیز بود؛ که به دلایل نداشتن تمکن مالی مجبور بودند در این محلات زندگی کنند. یکی از مصاحبه‌شوندگان در این رابطه می‌گوید:

«از وقتی اومدم بوشهر کار پیدا کردم و توی خیابون سنگی (خیابان اصلی شهر) خونه گرفتم، همه چیز خوب بود روحیه‌ام خیلی بالا بود، درآمد داشتم تا این‌که صاحب‌خونه جوامم کرد، مجبور شدم برم محله جفره (از محله‌های آسیب‌خیز بوشهر) و ساکن خونه دخترخاله شوهرم شدم، البته اون موقع من هنوز با شوهرم ازدواج نکرده بودم ولی دخترخاله‌اش شیشه می‌کشید» (م ۴).

در دسترس بودن مواد: نتایج مصاحبه‌ها نشان داد، امکان دسترسی به مواد اعتیادآور چه در محل سکونت و چه در خانواده، هر دو می‌تواند در ابتلا به اعتیاد نقش داشته باشد. در دسترس بودن مواد اعتیادآور حتی در فضاها و جاهای محافظت شده، همانند زندان از دید برخی از مصاحبه‌شوندگان می‌تواند شروعی برای مصرف مواد اعتیادآور باشد. یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید: «اونجا (زندان) تریاک و هروئینی نبودم مشروب و الکل می‌خوردم ولی تریاک و هروئینی از زندان اومدم بیرون. اونجا توی زندان هروئین می‌فروختن و من مصرف می‌کردم» (م ۱۸).

به گفته یکی از مصاحبه‌شوندگان موجود بودن مواد در خانه شروعی برای مصرف وی بود. این مصاحبه‌شونده چنین می‌گوید: «تو خونه مواد بود پدرم تریاکاشو تو خونه قایم می‌کرد و من پیداش کرده بودم که کجا می‌ذاره. مقدارش هم زیاد بود. هر دفعه یه مقداری از تریاکاشو برمی‌داشتم و یواشکی مصرف می‌کردم» (م ۱۶).

دوستان مصرف‌کننده: گروه دوستان بعد از خانواده بیشترین

گسیختگی خانوادگی، مشکلات روحی و روانی، احساس ناکامی، ضعف اراده و جنبه درمانی در گرایش زنان به اعتیاد مؤثر می‌باشد (۱۸).

مدیر نیا و همکاران نیز در تحقیق خود به تأثیر خانواده بر اعتیاد زنان اشاره کرده‌اند (۱۲). نتیجه تحقیق جمشیدی منش و همکاران که با شرکت زنان زندانی و به صورت توصیفی انجام شد، نشان داد که ۴۸ درصد افراد، خانه را اولین مکان آشنایی با مواد مخدر اعلام کردند (۸). پیر صالح در نتایج تحقیق خود اشاره کرده است که همیشه رد پای یک مرد در اعتیاد زنان وجود داشته است (۲۲). در مطالعه حاضر هیچ کدام از شرکت‌کنندگان به این موضوع اشاره مستقیم نداشتند که پدر، برادر و یا همسر به آن‌ها مستقیماً مواد تعارف کرده است؛ یا آن‌ها را به استفاده از مواد مجبور کرده باشد؛ بلکه طبق گفته مصاحبه‌شوندگان آن‌ها خود به دلایلی که در متن به آن پرداخته شد داوطلب مصرف بودند. از دیگر داده‌های به دست آمده ناامنی در محیط خانواده و متشنج بودن رابطه بین والدین بود؛ که اکثر شرکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند. این یافته با یافته‌های سایر محققین همسو بود. Hansen و Graham نیز در خصوص تأثیر خانواده بر اعتیاد دختران نشان دادند، سوء مصرف مواد می‌تواند ناشی از نیاز به تطابق مشکلات دوران کودکی و نظارت ناکافی والدین باشد که روی سوء مصرف دختران تأثیر می‌گذارد (۲۸). تحقیق شالچی و همکاران نیز نشان داد که کارکرد خانواده با اعتیاد ارتباط معنادار و معکوسی دارد. با توجه به یافته‌های آن‌ها روابط گرم والدین و فرزندان، می‌تواند به عنوان عامل محافظت‌کننده برای سوء مصرف مواد عمل کند (۲۸). روابط گرم و حمایت‌گر والدین و فرزندان، باعث بهبود شاخص‌های سلامت روان فرزندان می‌گردد و موجب رشد سالم شخصیت آن‌ها می‌شود. این محققین در تحقیق خود به این موضوع اشاره دارند؛ که کارکرد کلی خانواده ارتباط قوی تری با مؤلفه‌های آسیب‌پذیری اعتیاد دارد (۲۹). کارکرد کلی خانواده به چگونگی روابط بین اعضا خانواده، تعامل و حفظ روابط، چگونگی تصمیم‌گیری‌ها و حل مشکلات اعضا خانواده مربوط می‌شود (۱۷). یافته‌های پژوهش‌های دیگر نیز نشان داد؛ که فرایند محتوای خانواده می‌تواند پیش‌بینی کننده گرایش به

همکاران (۱۲) به کسب آسان منفعت‌های روانی و جسمی، نداشتن مهارت‌های زندگی، برخورداری از روحیه کنج‌کاو در یافته‌های تحقیق خود اشاره کرده‌اند؛ که با یافته‌های تحقیق حاضر همسو بود. کنج‌کاو یکی از خصوصیات دوران نوجوانی می‌باشد. افراد در سنین نوجوانی خود را در مقابل خطرات محافظت شده می‌دانند؛ و به دلیل نوع تفکر مخصوص به این مرحله از رشد، فکر می‌کنند که هیچ‌گاه آسیبی متوجه آن‌ها نخواهد بود و اگر مواد مصرف کنند آسیب نخواهند دید (۲۰)؛ بنابراین کنج‌کاو آن‌ها در کنار سایر موارد از جمله در دسترس بودن مواد و زندگی در خانواده‌ای که افراد مصرف‌کننده در آن حضور دارد، آن‌ها را ممکن است به سمت و سوی استفاده از مواد اعتیادآور سوق دهد. از دیگر مواردی که مصاحبه‌کنندگان به آن اشاره کردند مصرف مواد برای رفع دردهای بدنی بود. خادمان نیز در مطالعه خود به این موضوع اشاره دارد که دردهای جسمانی و استفاده از مواد برای کاهش درد، یکی از علل گرایش زنان به اعتیاد می‌باشد (۱۶). به نظر می‌رسد استفاده از مواد مخدر جهت کاهش دردهای جسمانی در کنار ناآگاهی از عوارض مصرف مواد آن‌ها را به سمت مصرف سوق داده است. میزان مصرف قلیان در زنان بوشهری از مردان بالاتر است (۲۶). ممکن است به دلیل مشابه فرض کردن قلیان با سایر مواد اعتیادآور به سمت استفاده از مواد رفته و در دام اعتیاد گرفتار شوند. همان‌طور که زنان شرکت‌کننده در این پژوهش به آن اشاره کردند؛ آن‌ها قبل از این که مواد را شروع کنند؛ از سیگار و قلیان استفاده می‌کردند. سایر محققین از جمله خادمان و قناتیان به سیگار به عنوان بزرگترین مانع سلامت و عامل شروع مصرف مخدرها در تحقیق خود اشاره داشته‌اند (۱۶).

۲- بستر مهبیای خانواده

یکی از مواردی که اکثر شرکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند، حضور فرد مصرف‌کننده در خانواده بود؛ که بعضاً از دوران کودکی شاهد مصرف مواد در خانواده بودند. اکثر مطالعات از این موضوع حمایت کرده‌اند که حضور فرد معتاد در خانواده، می‌تواند در گرایش افراد به سمت اعتیاد مؤثر باشد. پژوهش گروسی و محمدی دولت‌آبادی به این موضوع اشاره دارد که تم‌های مفهومی روابط خانوادگی، از هم

اندک، محل سکونت، معاشرت نامناسب، به‌عنوان عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان اشاره کرده است. یافته‌های تحقیق سایر محققین نیز نشان داد که سابقه مصرف مواد در خانواده، نوع منطقه محل سکونت، تنش در زندگی و ارتباط با دوستان معتاد از شرایط تأثیرگذار در گرایش افراد به سمت مصرف مواد بوده است (۱۷،۳۱). محققین دیگر نیز در پژوهش خود به این یافته‌ها اشاره کرده‌اند؛ که علت شروع مصرف مواد مخدر به ترتیب کنجکاو، کسب لذت، مشکلات خانوادگی، فشار دوستان، در دسترس بودن مواد مخدر، کمبود عاطفی، درمان دردهای جسمانی، عدم کنترل خانواده، بیکاری و شکست عشقی بوده است (۹،۳۲،۳۳).

نتیجه‌گیری

با توجه به داده‌های به دست آمده از پژوهش حاضر از جمله در دسترس بودن مواد، وجود فرد مصرف‌کننده در خانواده و عدم رابطه عاطفی والدین به خصوص مادر با فرزندان و نقش آن‌ها در اعتیاد شرکت‌کنندگان، ممکن است گروهی که در آینده به اعتیاد مبتلا شوند فرزندان و یا افراد نزدیک خانواده همین زنان معتادی باشند؛ که در حال حاضر به بیماری اعتیاد مبتلا هستند. مادری که در مقابل چشمان فرزند خود مواد مصرف می‌کند و درگیر مصرف و تهیه مواد است، چگونه می‌تواند نیازهای عاطفی فرزند خود را رفع و یک الگوی مناسب برای فرزندان خود باشد. با آموزش عموم جامعه در خصوص شناسایی علائم افسردگی کودکان، نوجوانان و بزرگسالان، همچنین درمان دارویی به موقع و افزایش سطح آگاهی عموم جامعه؛ به‌خصوص زنان نسبت به مضرات مصرف مواد؛ و همچنین آموزش‌های مهارت‌های فرزند پروری ویژه خانواده افراد معتاد و سالم ممکن است بتواند از گرایش اعتیاد زنان در آینده پیشگیری کند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه دوره MPH مدیریت پیشگیری از اعتیاد نویسنده مسؤل و مصوب شده شماره ۲۴۰/۱۷۷ دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. پژوهشگران

اعتیاد باشد. خانواده محل آرامش و آسایش گرفتن است؛ لذا هنگامی که این جایگاه و این مکان آرامش‌بخش به هر دلیلی با خللی مواجه گردد، ممکن است فرد برای تسکین آلام و به‌دست آوردن آسایش خود به سمت اعتیاد روی آورد (۱۶).

قمری نیز اشاره دارد در خانواده‌هایی که تحقیر، تهدید و سرزنش وجود دارد، ارتباط مناسب و توأم با اعتماد بین اعضا وجود ندارد و مرزهای بین اعضای خانواده روشن و واضح نیست؛ نقش‌ها و وظایف اعضا مناسب با سطح رشدی آن‌ها نیست؛ حل مسئله به‌طور مناسب اتفاق نمی‌افتد؛ همراهی عاطفی وجود ندارد؛ تعارض‌ها به‌طور مناسب حل و فصل نمی‌شود و احتمال گرایش به اعتیاد در این افراد بیشتر است (۳۰). یکی دیگر از علل مؤثر در اعتیاد در یافته‌های پژوهش حاضر، ازدواج‌های اجباری بود. گرچه سایر محققین به‌صورت مستقیم به ازدواج‌های اجباری در تحقیقات خود اشاره نکرده‌اند؛ اما مطالعه خادیمان نشان داد که از هم‌گسختگی خانواده پدر و مادری، نابسامانی خانواده زن و شوهری، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، در دسترس بودن مواد و اعتیاد اعضا خانواده، می‌تواند در اعتیاد زنان مؤثر باشد (۱۶). از دیگر یافته‌های به دست آمده در این پژوهش، حضور فرد فروشنده مواد در خانواده و فامیل بود. افرادی که خود فروشنده مواد هستند ممکن است معتاد نباشند و فقط در پی سودجویی خود، سایر افراد حتی نزدیکان و فامیل خود را نیز به سمت اعتیاد سوق دهند. از دیگر یافته‌های به دست آمده در پژوهش حاضر، نقش حضور یک دوست معتاد در گرایش شرکت‌کنندگان در پژوهش به سمت اعتیاد بود. گروسی نیز در یکی از یافته‌های تحقیق خود به این موضوع اشاره دارد که دوستان معتاد از عوامل تأثیرگذار در اعتیاد زنان معتاد می‌باشند (۱۸).

۳- بستر مهیای جامعه

درنمایه اصلی دیگر که بر اساس مصاحبه شرکت‌کنندگان به دست آمد؛ بستر مهیای جامعه بود. در دسترس بودن مواد و زندگی در محله‌های آسیب‌خیز می‌تواند در شروع مصرف اعتیاد زنان مؤثر باشد. این یافته با یافته‌های تحقیقات سایر محققین از جمله پیرصالح همسو بود (۲۲)؛ این محقق در تحقیق خود به خانواده از هم‌پاشیده، فقر مالی، سود

در انجام مطالعه حاضر نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

این تحقیق بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در این تحقیق صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.

تضاد منافع

References

1. Davis TM, Carpenter KM, Malte CA, Carney M, Chambers S, Saxon AJ. Women in addictions treatment: Comparing VA and community samples. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23(1): 41-8.
2. Kakoei Dinaki I, Qavami NA. A study on gender features and consequences of women's tendency to drug abuse. *Social Health and Addiction* 2014; 1(4): 9-32. [In Persian].
3. Sharifi V, Amin-Esmaili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian mental health survey, 2011. *Arch Iran Med* 2015; 18(2):76-84.
4. Rahimi movaghar A, Sharifi V, Mohammadi MR, Farhoudian A, Sahimi Izadian E, Radgoodarzi R, et al. Researches on substance use in Iran 3 decades evaluation. *Hakim* 2006; 8(4): 37-44. [In Persian].
5. Yousefi F, Darabi H, Nabipour I, Assadi M, Vahdat K, Kardeh E, et al. Prevalence of tobacco smoking in bushehr province: comparison of two phases of the Persian Gulf healthy heart study. *Iranian South Medical Journal* 2014; 17(3): 487-95. [In Persian].
6. Safari F. Addiction and women gender differences concerning drug abuse and its treatment. *J Research of Addiction* 2004; 1(2): 119-39. [In Persian].
7. Afrasiabi H, Farhani N. Qualitative study of a background of drug use among women in Yazd. *Social Behavior Research and Health* 2017; 1(1): 27-35.
8. Jamshidi Manesh M, Soleymanifar P, Hosseini F. Personal, Familial, Social and Economical characteristics of jailed Addiction women. *Iran Journal of Nursing* 2005; 17(40): 47-54. [In Persian].
9. Rahmati MM. The factors affecting drug abuse among addicted women. *Journal of Research on Addiction* 2002; 1(1): 1381-87. [In Persian].
10. Noruzi A, Gilanipoor M, Saberi Zafarghandi M, Nasehi A, Nikfarjam A, Jafari F, et al. Management Guide drug in pregnancy and breastfeeding. [cited 2019 May 10] Available from: https://treatment.sbmu.ac.ir/uploads/Dependency_Management_Guide.pdf. [In Persian].
11. Werner MJ. Adolescent substance abuse: Risk factors and prevention strategies. *Maternal & child health technical information bulletin. National Center for Education in Maternal and ChildHealth*; 1991.
12. Modaberniya MJ, Mirhosseini SK, Tabari R, Atrkar Roushan Z. Factors influencing addiction in people of 15 to 30 years of age: A qualitative study. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2013; 22(87): 70-7. [In Persian].
13. Ghorbani M. An overview of the variables of women's tendency to abuse their substance and its effects. *Social Health and Addiction* 2015; 2(7): 151-75. [In Persian].
14. Ghorbani M, Ansari Talebi S. A review of two decades of research on studies of the prevalence of women's addiction in Iran. *Social Health and Addiction* 2016; 3(9): 61-90. [In Persian].
15. Heydari H, Malmir MS, Kamran A, Biravand N. Comparison of causes of drug abuse from the viewpoint of addicted patients and their families. *J of Health System Research* 2013; 8(6): 1017-26. [In Persian].
16. Khademiyan T, Ghanaatiyan Z. Investigating the social factors affecting the addiction of addicted women to rehabilitation centers and reducing the damage of women in Tehran Rehabilitation Khane Khorshid Centers. *Journal of Social Sciences* 2009; 2(4): 59-84. [In Persian].
17. Danesh P, Maleki A, Niyazi Z. Grounded theory about factors of addict women in women's prisoners in Esfahan. *Quarterly Journal of Socio - Cultural Development Studies* 2013; 1(4): 125-45. [In Persian].
18. Garousi S, Mohammadi Dolatabad K. Delineation of the lived experiences of drug dependent women. *Quarterly Journal of Women and Society* 2011; 2(5): 55-74. [In Persian].
19. Lally MA, Montstream-Quas SA, Tanaka S, Tedeschi SK, Morrow KM. A qualitative study among injection drug using women in Rhode Island: Attitudes toward testing, treatment, and vaccination for hepatitis and HIV. *AIDS Patient Care STDS* 2008; 22(1): 53-64.
20. Abasi I, Mohammadkhani P. Family risk factors among women with addiction-related problems: An integrative review. *Int J High Risk Behav Addict* 2016; 5(2): e2707.
21. Ghaderi S, Nouri R, Karimi J, Morovar B. Etiology of women's addiction (a comparative study). *Iranian Journal of Social Problems* 2017; 8(1): 139-62. [In Persian].
22. Pirsaleh M. Assessment of factor's the causes of the economic, social and psychological tendency to addiction among the group of women in family-like of Shafagh association [dissertation]. Tehran: University of Tehran; 2008. [In Persian].
23. Arévalo S, Prado G, Amaro H. Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Eval Program Plann* 2008; 31(1): 113-23.
24. Adib Hajbageri M, Parvizi S, Salsali M. *Qualitative Reseach Methods*. Tehran: Boshra; 2006. [In Persian].

25. Deberah S. ET all, Dsm-5 Criteria for substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. Am J Psychiatry 2013; 170(8): 834-851.
26. Delavar A. Qualitative Methodology. Rahbord of Journal.2010; 19(54): 307-329 [In Persian].
27. Najafi F, Monjazebi F, Nikpeyma N. Meta-Synthesis of Qualitative Research in Nursing: A literature review. Quarterly Journal of Research in Health Science Qualitative 2014; 2(4):320-335.
28. Hansen WB, Graham JW. Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. Prev Med 1991; 20(3): 414-30.
29. Shalchi B, Dadkhah M, Yaghutiaazari S. The role of family function, generation gap and socioeconomic status in addictibility of young people. Quarterly Journal of Research on Addiction 2015; 9(33): 37-52. [In Persian].
30. Ghamari M. The comparison of family functioning dimensions and quality of life and their relationships among addicted and non-addicted persons. Quarterly Journal of Research on Addiction 2011; 5(18): 55-68. [In Persian].
31. Iran Drug Control Headquarters. Proceedings of the 30th Congress of the Provincial Chiches of Addiction. Tehran: Iran Drug Control Headquarters; 2011. [In Persian].
32. Fallhi Z, Khayatan F. On the comparison of lay theories regarding drug addiction causes between Iranian and British people. Quarterly Journal of Research on Addiction 2016; (10)38: 41-54. [In Persian].
33. Akbarizadeh F, Jahnpour F, Hajivandi A. The relationship of general health, hardiness and happiness relationship in Iranian nurses. Iran J Psychiatry 2013;8(4):165-7.

Evaluation of the Reasons of Drug abuse in Women in Bushehr: A Qualitative Study

Fatemeh Akbarizadeh¹ , Saharnaz Nejat², Ahmad Hajebi³, Faezeh Jahanpour⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Drug addiction has always been considered as one of the most pervasive social problems. Although the risk of drug addiction is high in men, but this risk has been increased in women as well.

Method: This qualitative study was conducted on 21 addicted women in Bushehr who were selected using purposive sampling method. Data were collected using semi-structured in-depth interview. All interview were recorded, immediately written, and analyzed using qualitative content analysis.

Results: After data analysis, 3 main themes including personal, family, and social factors with 17 items were obtained.

Conclusion: The main factors affecting drug addiction in women in Bushehr were personal and family factors. Some interventions such as increasing the knowledge of people about factors affecting drug addiction and family education can be effective in the prevention of drug addiction in women.

Keywords: Addiction, Women, Bushehr, Qualitative study

Citation: Akbarizadeh F, Nejat S, Hajebi A, Jahanpour F. **Evaluation of the Reasons of Drug abuse in Women in Bushehr: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2019; 8(1): 33-43. [In Persian]

Received date: 22.05.2017

Accept date: 16.10.2017

Published: 20.06.2019

1- PhD Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran

2- Professor, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Professor, School of Medicine, Research Center for Addiction Research and Risky Behavior, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

Corresponding Author: Fatemeh Akbarizadeh, Email: fakbari1@yahoo.com