

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر
دفتر تحقیقات و آموزش

عنوان طرح

بررسی شیوع و مصرف مواد در محیط های کار خاص
(مطالعه موردی سالن های زیبایی و اماکن ورزشی زنانه شهر اصفهان)

مجری طرح

دکتر محسن نیازی

همکاران طرح

میلاد نوروژی، دکتر مرجان زرندی، دکتر پری عطایی

ناظر طرح

دکتر رضا میرمهدی

زمستان

۱۳۹۶

شناسه طرح

عنوان طرح: بررسی مصرف و شیوع مواد در محیط های کار خاص (مطالعه موردی سالن های زیبایی و اماکن ورزشی بانوان در شهر اصفهان)

نام کارفرما: دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر

محل اجرا: شهر اصفهان

تاریخ عقد قرارداد طرح پژوهشی: ۱۳۹۵/۱۱/۰۲

شماره قرارداد طرح پژوهشی: ۳۸/۲۰۳۹۲۹۱

تاریخ شروع قرارداد: ۱۳۹۵/۱۱/۲۵

تاریخ خاتمه قرارداد: ۱۳۹۶/۱۱/۲۵

اعتبار مصوب طرح: ۸۲۵۰۰۰۰۰ ریال

مدت زمان انجام طرح: ۱۲ ماه

تشکر و سپاسگزاری

انجام این مطالعه با حمایت همه جانبه و مستقیم ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور و دبیرخانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان اصفهان میسر شده است. از این روز همه مدیران، کارشناسان و دست اندرکاران این دستگاه به ویژه دبیر آن جناب آقای مادی زاده و کارشناس محترم پژوهش و برنامه ریزی شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان جناب آقای شیرینی نهایت تشکر و امتنان به عمل می آید.

همچنین از دانشجویان محترم دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان در نیمسال اول تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ به خصوص سرکار خانم مایریم علیراده، افسانه عرفان زاده و الهه رئیس و جناب آقای معهود جدیدی که مشتاقانه و صادقانه در فرایند گردآوری و پیاده سازی و ورود اطلاعات بکاری داشتند قدردانی و سپاسگزاری می شود.

چکیده

زمینه و هدف: امروزه بحث اعتیاد زنان الگوهای جدیدی را به خود اختصاص داده است. در سال‌های اخیر الگو و تبلیغات جدید درباره مواد مخدر باعث شده میزان اعتیاد در زنان عموماً در موارد پرخطری چون مواد روان گردان و محرک مانند شیشه بالا رفته است. برخی توزیع و تبلیغ مواد مخدر صنعتی در باشگاه‌های ورزشی و آرایشگاه‌ها را از عوامل این افزایش دانسته‌اند. این مطالعه با دغدغه بررسی رابطه بین تصویر بدنی و گرایش به مصرف مواد مخدر در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی به واکاوی مصرف مواد و شیوع اعتیاد در سالن‌های زیبایی و ورزشی شهر اصفهان پرداخته است. **روش:** پژوهش حاضر به لحاظ نوع تحقیق توصیفی-تبیینی و از نظر زمانی مقطعی بوده که با استفاده از روش تحقیق آمیخته از نوع اکتشافی انجام شده است. جامعه آماری تحقیق زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی شهر اصفهان بوده‌اند که بنا به ماهیت شیوع شناسی تحقیق با استفاده از روش نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی ۹۷۱ نفر در مطالعه شرکت داده شدند و نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها در بین آن‌ها اقدام شد. ضریب روایی پرسشنامه ۰,۷۹، بدست آمد. در بخش کیفی تحقیق نیز با ۴۲ نفر از زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی که به واسطه محیط‌های نامبرده شده به مصرف مواد وابستگی پیدا کرده بودند مصاحبه شده است. برای اعتبار بخشی به یافته‌های کیفی دو معیار اعتماد پذیری و انتقال پذیری مد نظر قرار گرفته است. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات تحقیق در بخش کیفی از روش نظریه مبنایی و در بخش کمی از آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم افزار spss بهره برده شده است. **یافته‌ها:** یافته‌های توصیفی تحقیق نشان داد میانگین هر دو شاخص دسترسی و مصرف انواع مواد سبک، سستی‌زا، توهم‌زا و محرک در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی نسبت به باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی بیشتر است. نقش محیط‌های دوستی نسبت به نقش جمع‌های خانوادگی در وسوسه اولین بار مصرف افراد پررنگ‌تر است. اکثریت افراد هیچ واقعه مشخصی را دارای نقش تعیین کننده در تجربه اولین بار مصرف خود ندانسته‌اند. به عبارت دیگر برخلاف تصور رایج وجود مشکل و یا هیجانات روحی مثبت یا منفی عامل گرایش به مصرف در بسیاری از افراد محسوب نمی‌شود. رصد وضعیت مصرف مواد در دوره‌های مختلف زندگی فرد نشان داد اکثریت مصرف کنندگان تجارب چندمصرفی داشته‌اند. همچنین سن شروع مصرف سیگار، قلیان و ماده مخدر گل تا اوایل دوره نوجوانی کشیده شده است که این موضوع حاکی از سهولت دسترسی به مواد در این گروه از دختران است. بررسی وضعیت تغییرات مصرف مواد قبل و بعد از آغاز دوره سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی بیانگر افزایش مصرف مواد در زنان مراجعه کننده به این محیط‌هاست. به نحوی که درصد مصرف سیگار، الکل، قرص‌های آرام‌بخش و کوکائین دارای بالاترین رشد در بین مواد اعتیادآور بوده است. در مجموع بالاترین میزان افزایش مربوط به ماده محرک کوکائین بوده است. نتایج آزمون فرضیات تحقیق نشان داد بین متغیرهای مدیریت بدن ($r=0,218$ و $sig<0,01$)؛ انتظارات هنجاری ($r=-0,305$ و $sig<0,01$) و پذیرش اجتماعی

بدن ($r=0.312$ و $\text{sig}<0.01$) با گرایش به مصرف مواد رابطه معنادار وجود دارد. با این تفاوت که جهت رابطه در متغیرهای مدیریت بدن و پذیرش اجتماعی مثبت و در متغیر انتظارات هنجاری منفی بوده است. شدت رابطه نیز در هر سه متغیر نسبت به متغیر گرایش به مصرف مواد اعتیادآور ضعیف بوده است. همچنین بین تصویر بدنی و گرایش به مصرف مواد اعتیادآور رابطه معناداری وجود نداشته است ($r=0.09$ و $\text{sig}>0.05$). تحلیل داده‌های کیفی تحقیق نشان داد پاسخگویان به دلایل غلبه هنجارهای مردانه، اضطراب اجتماعی، دیدگاه ظاهرگرایانه نسبت به زنان، جامعه‌پذیری جنسیتی، پایگاه پایین‌تر زنان در جامعه و رسانه‌های جمعی به واسطه محیط‌های زنانه‌ای مانند آرایشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی به مصرف مواد مخدر گرایش پیدا کرده‌اند. در این میان جمع‌های زنانه و بازار پررونق به مثابه زمینه تسهیل‌گر و موانع و محدودیت‌های موجود به مثابه شرایط مداخله‌گر عمل کرده‌اند. راهبردهای دختران و زنان جوان در مصرف مواد بر دست کم گرفتن مواد، مصرف خودسرانه مواد، سهولت مصرف مواد و استفاده ابزاری از مواد دلالت دارد. براساس مطالعه حاضر گرایش به مصرف مواد به واسطه محیط‌های نامبرده شده تشدید و تغییر الگوی مصرف، طرد و بی‌اعتباری اجتماعی و احساس گناه را برای زنان در پی داشته است. **بحث و نتیجه‌گیری:** در مجموع نقش تسهیل‌کنندگی محیط‌های زنانه مانند سالن‌های زیبایی و باشگاه‌های ورزشی را در تشدید مصرف و انگیزه بخشی برای شروع مصرف و تجربه مواد نباید نادیده گرفت. بنابراین ضروری است جهت برون‌رفت از وضع موجود و کاهش مصرف مواد بین دختران و زنان جوان، نقش عوامل فرهنگی و اجتماعی از یک‌سو و همچنین نقش ارادی و گزینش انتخابی افراد را در برنامه‌ریزی‌ها در نظر داشت. این بدان معناست که جهت پیشگیری از مصرف مواد باید به اقدامات فرابخشی و بین‌ساختاری و به‌ویژه منطبق با شرایط فرهنگی جامعه توجه کرد. برای مثال توجه همزمان به امر فرهنگ‌سازی با تاکید بر نقش رسانه‌ها، کنترل ورود، توزیع و عرضه مواد، ایجاد اشتغال، ساماندهی اوقات فراغت، کاستن از محدودیت‌ها و ایجاد فضای بازتر برای زنان بسیار ضروری است.

کلیدواژه‌گان: مصرف مواد، مواد سبک، توهم‌زا، محرک، سستی‌زا، زنان، اعتیاد، سالن‌های زیبایی، باشگاه ورزشی

فهرست مطالب

کلیات تحقیق

۲	مقدمه
۳	۱-۱: بیان مسأله
۶	۱-۲: اهمیت و ضرورت تحقیق
۱۰	۱-۳: هدف اصلی
۱۰	۱-۳-۱: اهداف فرعی
۱۱	۱-۴: فرضیه اصلی
۱۱	۱-۴-۱: فرضیات فرعی
۱۲	۱-۵: پرسش‌های تحقیق
۱۲	۱-۶: تعریف مفاهیم و اصطلاحات
۱۲	۱-۶-۱: تعاریف مفهومی
۱۳	۱-۶-۲: تعاریف عملیاتی

ادبیات تحقیق

۱۶	مقدمه
۱۶	۲-۱: مبانی نظری
۱۶	۲-۱-۱: تصویر بدن
۲۰	۲-۱-۲: مدیریت بدن
۲۰	۲-۱-۲-۱: دیدگاه فوکو
۲۱	۲-۱-۲-۲: دیدگاه بوردیو
۲۲	۲-۱-۲-۳: دیدگاه مری داگلاس
۲۲	۲-۱-۲-۴: دیدگاه فدرستون
۲۳	۲-۱-۲-۵: دیدگاه گیدنز
۲۶	۲-۱-۳: سرمایه جنسی
۲۷	۲-۲: اعتیاد در محیط‌های آرایشی و ورزشی
۲۹	۲-۲-۱: زنانه شدن اعتیاد
۳۰	۲-۲-۲: تمایل بیشتر زنان به مواد جدید
۳۰	۲-۲-۳: الگوهای مصرف مواد
۳۱	۲-۲-۴: الگوهای جدید توزیع و مصرف مواد مخدر
۳۲	۲-۲-۵: باورهای غلط در مورد مصرف مواد
۳۲	۲-۲-۶: انگیزه‌های مصرف مواد
۳۳	۲-۲-۷: عوارض جانبی داروهای محرک
۳۳	۲-۳: پیشینه تحقیق
۳۵	۲-۴: چارچوب نظری و مفهومی تحقیق

روش تحقیق

۳۸	مقدمه
۳۸	۳-۱: روش پژوهش
۳۸	۳-۲: تکنیک‌ها و ابزارهای گردآوری اطلاعات

۴۰	۳-۳: جامعه آماری، جمعیت نمونه و شیوه نمونه‌گیری
۴۰	۳-۴: روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۴۳	۳-۵: اعتبار و روایی

یافته‌ها

۴۶	مقدمه
۴۶	الف) توصیف یافته‌ها
۴۶	۴-۱. یافته‌های جمعیت شناختی
۴۶	۴-۱-۱. سن پاسخگویان
۴۷	۴-۱-۲. وضعیت تحصیلات
۴۸	۴-۱-۳. وضعیت تاهل
۴۹	۴-۱-۴. وضعیت اشتغال
۵۰	۴-۲. توصیف متغیرهای پژوهش
۵۱	۴-۲-۱. ارزیابی دسترسی در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی
۵۳	۴-۲-۲. ارزیابی مصرف در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی
۵۴	۴-۲-۳. ارزیابی دسترسی در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی
۵۶	۴-۲-۴. ارزیابی مصرف در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی
۵۸	۴-۲-۵. فرد یا افراد پیشنهاد دهنده برای اولین بار مصرف مواد
۵۹	۴-۲-۶. دلایل برای اولین بار مصرف مواد
۵۹	۴-۲-۷. موقعیت اولین شروع مصرف مواد
۶۰	۴-۲-۸. واقعه منجر به اولین بار مصرف مواد
۶۱	۴-۲-۹. حالات روحی منجر به اولین بار مصرف مواد
۶۲	۴-۲-۱۰. وضعیت مصرف مواد در طول عمر
۶۳	۴-۲-۱۱. وضعیت مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته
۶۴	۴-۲-۱۲. وضعیت مصرف مواد در یک ماه گذشته
۶۵	۴-۲-۱۳. وضعیت مصرف مواد قبل از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی
۶۶	۴-۲-۱۴. وضعیت تغییرات مصرف مواد بعد از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی
۶۷	۴-۲-۱۵. محل مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته
۶۹	۴-۲-۱۶. سن شروع مصرف مواد
۷۱	۴-۲-۱۷. پذیرش اجتماعی بدن
۷۴	۴-۲-۱۸. مدیریت بدن
۷۶	۴-۲-۱۹. انتظارات هنجاری
۷۹	۴-۲-۲۰. گرایش به مواد اعتیاد آور
۸۲	ب) یافته‌های استنباطی
۸۳	آزمون فرضیه اول
۸۴	آزمون فرضیه دوم
۸۶	آزمون فرضیه سوم
۸۸	آزمون فرضیه چهارم
۸۹	آزمون فرضیه پنجم
۹۱	آزمون فرضیه ششم
۹۲	ج) یافته‌های بخش کیفی

بحث و نتیجه گیری

۱۱۳	مقدمه
۱۱۳	۱-۵: خلاصه تحقیق
۱۲۱	۲-۵: جمع بندی و نتیجه گیری
۱۲۵	۳-۵: محدودیت ها
۱۲۶	۴-۵: پیشنهادات
۱۲۷	منابع و مأخذ
۱۳۲	پیوست ۱: فرم رضایت آگاهانه شرکت در تحقیق
۱۳۳	پیوست ۲: پرسشنامه تحقیق
۱۴۴	پیوست ۴: کاربست نتایج
۱۴۷	پیوست ۵: تعهد نامه مجری طرح
۱۴۸	چکیده لاتین

فهرست جداول و نمودارها

۴۶. ۱-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان بر حسب سن
۴۷. ۲-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان بر حسب میزان تحصیلات
۴۸. ۳-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان بر حسب وضعیت تاهل
۴۹. ۴-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان بر حسب وضعیت اشتغال
۵۱. ۵-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی ارزیابی پاسخگویان از دسترسی به مواد دخانی، افیونی و روان گردان در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی
۵۲. ۶-۴. ارزیابی پاسخگویان از دسترسی به مواد دخانی، افیونی و روان گردان در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی
۵۳. ۷-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی ارزیابی پاسخگویان از مصرف مواد دخانی، افیونی و روان گردان در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی
۵۴. ۸-۴. ارزیابی پاسخگویان از مصرف مواد دخانی، افیونی و روان گردان در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی
۵۵. ۹-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی ارزیابی پاسخگویان از دسترسی به مواد دخانی، افیونی و روان گردان در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی
۵۵. ۱۰-۴. ارزیابی پاسخگویان از دسترسی به مواد دخانی، افیونی و روان گردان در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی
۵۶. ۱۱-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی ارزیابی پاسخگویان از مصرف مواد دخانی، افیونی و روان گردان در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی
۵۷. ۱۲-۴. ارزیابی پاسخگویان از مصرف مواد دخانی، افیونی و روان گردان در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی
۵۸. ۱۳-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر فرد یا افراد پیشنهاد دهنده در اولین بار مصرف
۵۹. ۱۴-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر دلایل برای اولین بار مصرف مواد
۵۹. ۱۵-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر موقعیت اولین شروع مصرف مواد
۶۰. ۱۶-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر واقعه منجر به اولین بار مصرف مواد
۶۱. ۱۷-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی حالات روحی منجر به اولین بار مصرف مواد
۶۲. ۱۸-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی وضعیت مصرف مواد در طول عمر
۶۳. ۱۹-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی وضعیت مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته
۶۴. ۲۰-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی وضعیت مصرف مواد در یک ماه گذشته
۶۵. ۲۱-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی وضعیت مصرف مواد قبل از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی
۶۶. ۲۲-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی وضعیت مصرف مواد بعد از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی
۶۷. ۲۳-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر محل مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته
۶۸. ۲۴-۴. ادامه جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر محل مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته
۷۰. ۲۵-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر سن شروع مصرف مواد
۷۱. ۲۶-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌های پاسخگویان به گویه‌های طیف‌پذیرش اجتماعی بدن
۷۲. ۲۷-۴. آماره‌های قابل مقایسه شاخص پذیرش اجتماعی بدن
۷۳. ۲۸-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی میزان پذیرش اجتماعی بدن در پاسخگویان
۷۴. ۲۹-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌های پاسخگویان به گویه‌های طیف مدیریت بدن
۷۴. ۳۰-۴. آماره‌های قابل مقایسه شاخص مدیریت بدن

- ۳۱-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی میزان مدیریت بدن در پاسخگویان ۷۵
- ۳۲-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌های پاسخگویان به گویه‌های طیف انتظارات هنجاری ۷۶
- ۳۳-۴. آماره‌های قابل مقایسه شاخص انتظارات هنجاری ۷۸
- ۳۴-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی میزان انتظارات هنجاری در پاسخگویان ۷۹
- ۳۵-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌های پاسخگویان به گویه‌های طیف گرایش به اعتیاد به مواد اعتیاد آور ۷۹
- ۳۶-۴. آماره‌های قابل مقایسه شاخص گرایش به اعتیاد به مواد اعتیاد آور ۸۱
- ۳۷-۴. جدول توزیع فراوانی و درصدی میزان گرایش به اعتیاد به مواد اعتیاد آور در پاسخگویان ۸۲
- ۳۸-۴. جدول نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف برای متغیر مدیریت بدن ۸۳
- ۳۹-۴. جدول شدت رابطه بین مدیریت بدن و گرایش به اعتیاد در پاسخگویان ۸۴
- ۴۰-۴. جدول همبستگی بین مدیریت بدن و گرایش به اعتیاد در مشتریان ۸۴
- ۴۱-۴. جدول نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف برای متغیر انتظارات هنجاری ۸۴
- ۴۲-۴. جدول شدت رابطه بین انتظارات هنجاری و گرایش به اعتیاد در پاسخگویان ۸۵
- ۴۳-۴. جدول همبستگی بین انتظارات هنجاری و گرایش به اعتیاد در مشتریان ۸۶
- ۴۴-۴. جدول نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف برای متغیر پذیرش اجتماعی بدن ۸۶
- ۴۵-۴. جدول شدت رابطه بین پذیرش اجتماعی و گرایش به اعتیاد در پاسخگویان ۸۷
- ۴۶-۴. جدول همبستگی بین پذیرش اجتماعی و گرایش به اعتیاد در مشتریان ۸۷
- ۴۷-۴. جدول نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف برای متغیر تصویر بدنی ۸۸
- ۴۸-۴. جدول شدت رابطه بین تصویر بدن و گرایش به اعتیاد در پاسخگویان ۸۹
- ۴۹-۴. جدول همبستگی بین تصویر بدنی و گرایش به اعتیاد در مشتریان ۸۹
- ۵۰-۴. جدول نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف برای متغیرهای زمینه‌ای ۸۹
- ۵۱-۴. جدول همبستگی بین متغیرهای زمینه‌ای و گرایش به اعتیاد در مشتریان ۹۰
- ۵۲-۴. جدول همبستگی بین متغیرهای زمینه‌ای و تصویر بدنی مشتریان ۹۱
- ۵۳-۴. توصیف وضعیت برخی متغیرهای شرکت کنندگان در بخش کیفی پژوهش ۹۳
- ۵۴-۴. مقولات، زیر مقولات و مقوله هسته مستخرج از مصاحبه‌ها ۹۴
- ۱-۴. نمودار توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب بازه‌های سنی مختلف ۴۷
- ۲-۴. نمودار توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب میزان تحصیلات ۴۸
- ۳-۴. نمودار توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب وضعیت تاهل ۴۹
- ۴-۴. نمودار توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب وضعیت اشتغال ۵۰
- ۵-۴. نمودار توزیع پراکندگی شاخص پذیرش اجتماعی بدن ۷۲
- ۶-۴. نمودار میزان پذیرش اجتماعی بدن در پاسخگویان ۷۳
- ۷-۴. نمودار توزیع پراکندگی شاخص مدیریت بدن ۷۵
- ۸-۴. نمودار میزان مدیریت بدن در پاسخگویان ۷۶
- ۹-۴. نمودار توزیع پراکندگی شاخص انتظارات هنجاری ۷۸
- ۱۰-۴. نمودار میزان انتظارات هنجاری بدن در پاسخگویان ۷۹
- ۱۱-۴. نمودار توزیع پراکندگی شاخص گرایش به مواد اعتیادآور ۸۱
- ۱۲-۴. نمودار میزان گرایش به مواد اعتیاد آور در پاسخگویان ۸۲

۸۳	۱-۴. نمودار احتمال نرمال (Q-Q) مدیریت بدن
۸۵	۲-۴. نمودار احتمال نرمال (Q-Q) انتظارات هنجاری
۸۷	۳-۴. نمودار احتمال نرمال (Q-Q) پذیرش اجتماعی بدن
۸۸	۴-۴. نمودار احتمال نرمال (Q-Q) تصویر بدنی
۹۰	۵-۴. مجموعه نمودارهای احتمال نرمال (Q-Q) متغیرهای زمینه‌ای
۱۱۱	شکل ۱. مدل زمینه‌ای قرارگرفتن زنان در معرض مصرف مواد به‌واسطه سالن‌های آرایشی و ورزشی

فصل اول

کلیات تحقیق

مقدمه

امروزه چهره اعتیاد کاملاً دگرگون شده و با اولویت درگیر نمودن نوجوانان، جوانان و به خصوص اقشار زنان در کشور پا به عرصه جهانی گذاشته و سعی دارد تا با تبلیغات فریبنده و با روش‌هایی موجه موجبات گسترش سو مصرف مواد را در این گروه‌ها فراهم کند. بالغ بر ۹۰ درصد مردم اولین تهدید در عرصه مسائل اجتماعی را اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان‌ها مطرح کرده‌اند، به طوری که شاهد این واقعیت تلخ هستیم که موضوع اعتیاد در لایه‌های مختلف خانواده، محیط‌های آموزشی، محله‌ها و محیط‌های کاری رسوخ کرده است (صرامی و هندیانی، ۱۳۹۴). کشور ایران به دلیل جوان بودن جمعیت مشکلات عمده‌ای در زمینه سو مصرف مواد و اعتیاد دارد. این عارضه امروز در میان افراد جامعه شایع‌تر است و سن ابتلا به آن به نحو قابل توجهی کاهش یافته است. به نظر می‌رسد آمار معتادان به مراتب بیشتر از برآورد آماری ستاد مبارزه با مواد مخدر (حدود ۲ میلیون) باشد. بعضی از منابع غیر رسمی جمعیت معتاد کشور را حتی تا ۶ میلیون نفر تخمین می‌زنند، ولی متأسفانه به لحاظ این که هیچ‌یک از این آمارها به روش علمی برآورد نشده‌اند قابل استناد نیست (مهریار و جزایری، ۱۳۸۷: ۱۱).

بنا بر آمارهای رسمی شیوع اعتیاد زنان ایرانی نسبت به اکثر کشورهای جهان کمتر است (بیاتی، ۱۳۸۹). آمارهای موجود حاکی از آن است که زنان ۹ درصد از مصرف کنندگان مواد مخدر در جامعه را تشکیل می‌دهند و گفته می‌شود که وابستگی زنان به سو مصرف مواد در طول یک دهه اخیر به طور میانگین چهار برابر شده است (رشیدی نژاد، ۱۳۹۴). با این وجود آمارهای موجود از وضعیت اعتیاد زنان در جامعه ناقص و متناقض است و چندان قابل اتکا نیست. به نظر می‌رسد که اعتیاد زنان به مواد (بویژه در گروه روان گردان‌ها) با سرعت بسیار زیادی در حال رشد و رو به افزایش است. پژوهش‌های انجام شده در سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد به ازای هر ۱۲ مرد یک زن به کلینیک‌های درمان اعتیاد مراجعه می‌کند و بیشتر زنان معتاد به کلینیک‌های درمان اعتیاد مراجعه نمی‌کنند.

امروزه بحث اعتیاد زنان الگوهای جدیدی را به خود اختصاص داده است.^۱ در سال‌های اخیر الگو و تبلیغات جدید درباره مواد مخدر باعث شده میزان اعتیاد در زنان افزایش یابد. برخی محققان گرایش بانوان به سمت قرص‌های لاغری و استفاده از مواد مخدر صنعتی با تصور کاهش وزن و تناسب اندام را یکی از دلایل افزایش آمار اعتیاد در بین بانوان می‌دانند (اهدایی، ۱۳۹۱). باورهای غلط مبنی بر این که مواد محرک و روان گردان باعث اعتیاد نشده و لاغری، فرم دهندگی و شفاف سازی پوست را به دنبال دارد باعث گرایش شدید بانوان به استفاده از آن‌ها شده است. همچنین توزیع و تبلیغ مواد مخدر صنعتی

۱. هشدار معاون رئیس جمهوری در امور زنان و خانواده، نسبت به کاهش سن اعتیاد در زنان به ۱۳ سال و تغییر الگوی مصرف آن‌ها از سنتی به صنعتی و روان گردان (روزنامه نسل فردا، ۹۴/۱۷، ۰۶، سال ۲۵، شماره ۴۹۳۰، ص ۳).

در باشگاه‌های ورزشی و آرایشگاه‌ها را از دیگر عوامل این افزایش دانسته‌اند (قادری و همکاران، ۱۳۹۶). شواهد نشان می‌دهد آمار اعتیاد زنان ایرانی نسبت به سال‌های گذشته عموماً در موارد پرخطری چون مواد روان‌گردان و محرک مانند شیشه به دلیل تبلیغات اغواگرانه مافیای مواد مخدر درباره اثرات کوتاه مدت و ناپایدار مثل افزایش انرژی، افزایش فعالیت، کاهش خستگی و لاغری بالا رفته است (بوستانی و کرمی‌زاده، ۱۳۹۶). برخی دیگر از محققان عامل اصلی اعتیاد زنان را عواطف منفی ناشی از اضطراب و استرس و مشکلات بین فردی معرفی می‌کنند (قادری و همکاران، ۱۳۹۶). برخی آمارها نیز نشان می‌دهد ۲۳ درصد جامعه زنان بیماری استرسی و اضطرابی دارند که باید درمان شوند (بخشی، ۱۳۸۸). همچنین آمارها نشان می‌دهد استقبال دختران دانشجو به مواد مخدر در دانشگاه‌ها نسبت به پسران بیشتر است. طبق پژوهش‌های انجام شده (اما منتشر نشده) مصرف این دارو (ترامادول) در سال اخیر در میان گروه سنی ۲۰-۱۴ سال به ویژه در دبیرستان‌ها بیشتر شده است (اسمعیلی، ۱۳۹۱). مطالعه حاضر تلاش کرده تا به بررسی و مطالعه ادعای فوق مبنی بر نقش محیط‌های زنانه‌ای نظیر سالن‌های زیبایی و ورزشی در شیوع و گسترش اعتیاد در بین زنان بپردازد.

۱-۱: بیان مسأله

زنان جامعه به عنوان نیمی از جمعیت کشور به صورت بالقوه در معرض ابتلا به اعتیاد به مواد مخدر هستند. هر چند بر اساس شواهد اعتیاد مسئله‌ای مردانه تلقی شده و دامنه شیوع و گسترش مواد مخدر همواره و در همه جوامع بیشتر دامن گیر مردان بوده، اما به نظر می‌رسد در طول سال‌های اخیر دامنه آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر با وسعت بیشتری در میان جمعیت زنان کشور گسترش یافته است (صفری، ۱۳۹۲). اطلاعات محدود موجود در این حوزه نشان می‌دهد هر چند هنوز میزان اعتیاد زنان (حدود ۹ درصد) فاصله قابل توجهی با مردان دارد و همچنان می‌توان آن را پدیده‌ای مردانه تلقی کرد اما روند رو به رشد گرایش به سوءمصرف مواد مخدر در میان زنان (۴ برابر شدن طی یک دهه اخیر) را می‌توان هشدار برای ضرورت چاره‌اندیشی و سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در خصوص جلوگیری از ادامه این روند دانست.^۱ بویژه آنکه آسیب‌های ناشی از اعتیاد زنان را چه از نظر تأثیرات مخرب فیزیولوژیک جسمانی و روانی و چه به لحاظ اثرات اجتماعی و فرهنگی و همچنین نقش آنان در خانواده می‌توان مهم‌تر و اثرگذارتر تلقی کرد (کاکویی دینکی و قوامی، ۱۳۹۴).

۱. آمارهای موجود از وضعیت اعتیاد در جامعه هر چند ناقص و متناقض اند و قابلیت اتکای چندانی ندارند اما در این امر هم عقیده‌اند که افزایش اعتیاد به مواد مخدر و بویژه روان‌گردان‌ها در میان زنان جامعه با سرعت بسیار زیادی در حال رشد است. به طور کلی آمار موجود حاکی از آن است که زنان ۹ درصد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در جامعه را تشکیل می‌دهند و گفته می‌شود وابستگی زنان به سوء مصرف مواد در طول یک دهه اخیر به طور میانگین چهار برابر شده است (پورتال ستاد پیشگیری از مواد مخدر، ۱۳۹۳).

تغییر و تحولات اجتماعی دهه‌های اخیر در ایران و تحول نقش‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی که در کل جامعه و بویژه در میان زنان بروز کرده به طور مستقیم و یا غیر مستقیم به گسترش دامنه اعتیاد در میان زنان منجر شده است. برخی مطالعات در جمعیت‌های محدود زنان بویژه در شهرهای بزرگ اذعان دارند که الگوهای رایج اعتیاد زنان در حال دگرگونی است و نمودهای جدیدی از وابستگی به مواد در حال ظهور و بروز است. افزایش گرایش اقشاری از دختران و زنان جوان متعلق به طبقه متوسط دانشجویان دختر در ایام امتحانات به سوء مصرف مواد از جمله این نمودهای جدید است. برخی دیگر از پژوهش‌ها اماکن زنانه‌ای همچون آرایشگاه‌ها، سالن‌های ورزشی، مجامع هنری و مراکز تفریحی را مهم‌ترین مراکز تبلیغ و توزیع برخی مواد مخدر از جمله شیشه با توجیه درمان چاقی یا لاغری و رسیدن به اندام متناسب یا دستیابی به پوست شاداب، افزایش انرژی و ... معرفی کرده‌اند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰).

بررسی اجمالی سیر تاریخی اعتیاد زنان در سه دهه اخیر نشان می‌دهد نسل اول زنان مصرف کننده مواد مخدر طبق باور غلط اعتیاد، به مصرف تریاک گرایش پیدا می‌کردند. نسل دوم زنان مصرف کننده مواد بیشتر به واسطه همراهان خود معتاد می‌شدند.^۱ آمارهای سال ۸۶ نشان می‌دهد حدود ۷۰ درصد زنان بواسطه مردان شان معتاد یا با اصطلاح «همپالگی» شدند. «نسل سوم» اعتیاد خودش را با مواد زنانه معرفی کرد و شیشه به عنوان ماده زنانه معرفی شد، چرا که این باور غلط وجود داشت که شیشه خماری و نشنگی ندارد و زنان گرایش شدیدی به این ماده پیدا کردند. نسل سوم اعتیاد زنان بواسطه توان اجتماعی شدن زنان اتفاق افتاده است. به عبارتی اضطراب، استرس و عواطف منفی باعث شده زنان به سمت اعتیاد روی بیاورند^۲ که به تبع آن برخی استفاده‌های ابزاری از زنان نیز روی داده است. با چنین تفکری زنان خوب زنان لاغر، دارای پوست زیبا و قدرت بیان بالا معرفی شدند. بر همین اساس چرخه قاچاق مانیفستی را طراحی کرد که متعاقب آن ماده‌ای را معرفی کرد که مصرف اولیه آن به شدت زنان را لاغرتر می‌کرد و زنان به واسطه مصرف آن می‌توانستند در مهمانی‌ها خوش بدرخشند و از همه مهم‌تر به خاطر تأثیرات اولیه پوست‌شان درخشان و شفاف می‌شد. بدین ترتیب بتدریج شیشه وارد سالن‌های

۱. مطالعات نشان می‌دهند زنان معتاد اغلب تحت تأثیر روابط و مصرف مواد در همسر یا افراد مهم زندگی خود با مواد آشنا شده و مصرف آن را شروع کرده‌اند و علی‌رغم اینکه کمتر از مردان مصرف مواد دارند اما سریع‌تر به سمت آن وابستگی پیدا می‌کنند.

۲. هم اکنون شاهد افسردگی در دختران به علت‌های مختلف و هم‌تر از همه بیکاری هستیم که موجب گرایش آن‌ها بسوی اعتیاد شده است. میانگین سن مصرف مواد مخدر به ۱۳ سال رسیده و بیشتر معتادان مواد صنعتی و روان گردان مصرف می‌کنند و این زنگ خطری برای جامعه زنان کشور محسوب می‌شود (سخنان ریاست جمهوری در آبان ماه ۹۴).

زیبایی و باشگاه‌های ورزشی شد و دختران به واسطه مصرف گل و شیشه از افسردگی و دلمردگی رها شدند و به تدریج اعتیاد بین دختران و زنان دو برابر شد.

بسیاری از زنان و دختران جوانی که مصرف این مواد را آغاز می‌کنند بر این باورند که مصرف تفننی مواد جدیدی مانند شیشه و یا قرص‌های شادی منجر به اعتیاد نمی‌شود و گمان می‌کنند می‌توانند سال‌ها مواد را مصرف کنند و خوب و سرحال باقی بمانند. تغییر شکل مواد اعتیاد آور و تبلیغات فریبنده درباره اثرات این داروها در درمان چاقی و ایجاد لاغری سریع، انرژی زایی، افزایش قدرت ذهن و تمرکز، نشاط و شادابی و حتی افزایش قوای جنسی از جمله ترفندهای تولیدکنندگان و قاچاقچیان مواد است که مواد خود را بی خطر، حتی گیاهی و مفید جلوه می‌دهند. عواطف منفی ناشی از اضطراب و استرس و مشکلات بین فردی، افسردگی بعد از زایمان، استرس ازدواج کردن، استرس فرزند آوری و ترس از مجرد ماندن از جمله درگیری‌های روانی ویژه زنان است که جامعه زنان را به عنوان یکی از مهم ترین گروه‌های هدف همواره مورد توجه مافیای بزرگ اعتیاد و مواد قرار داده است.

در حالی که در بسیاری موارد مصرف تفننی به مصرف دائمی منجر می‌شود؛ شیوع تجویز مواد در آرایشگاه‌ها و عرضه داروهای بدنسازی و قرص‌های لاغری در باشگاه‌های ورزشی که خطر بروز مصرف مواد محرک را به همراه دارد می‌تواند این خطر را تشدید کند. زنان در مقایسه با مردان نسبت به وضعیت زیبایی و ظاهری خود و آن چه به چشم می‌آید دقت بیشتری دارند و حساسیت و توجه افزون تری نشان می‌دهند. این توجه وافر آنان را وامی‌دارد تا رفتارهایی گاه افراطی را به منظور تطبیق ویژگی‌های بدن با الگوهای فرهنگی زیبایی چهره و اندام که در رسانه‌های جمعی و عوامل تبلیغات صنعت زیبایی تبلیغ می‌شود اتخاذ کنند. مطالعات نشان داده است نارضایتی از بدن و نگرانی‌های مرتبط با وزن در میان زنان در دوران نوجوانی و اوایل بزرگسالی یعنی سنینی که با افزایش مصرف تفریحی مواد همبستگی دارد رایج است (استوک و همکاران، ۲۰۰۲)؛ از طرف دیگر برخی از مطالعات حاکی از افزایش شیوع قابل توجه مصرف داروهای روان گردان بدون تجویز پزشک در زنان هستند (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱) که شاید شایع ترین مواد اعتیاد آور در زنان ایرانی باشد. همچنین پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که زنان با پیشینه‌های اجتماعی متفاوت ممکن است برای رسیدن به تاثیرات مطلوبی نظیر افزایش انرژی و کاهش وزن جذب متامفتامین شوند (راسون و همکاران، ۲۰۰۲). از آن جا که معمولاً ساده ترین و ارزان ترین روش برای رسیدن به هدف با استقبال بیشتری همراه می‌شود افراد سودجو و مافیای مواد مخدر با عناوین و بهانه‌هایی نظیر غیر اعتیاد آور، بی ضرر، کاهش دهنده سریع وزن اقدام به تبلیغ و ترویج این اقلام و مواد

در چنین محیط‌هایی می‌نمایند که لزوم توجه ویژه به این اماکن^۱ را بیشتر می‌کند چرا که در موارد زیادی ثابت شده که در چنین ترکیباتی از مواد محرک نیز استفاده شده است. اگر چه ممکن است میزان مواد محرک به کار رفته در این ترکیبات کم بوده باشد اما همین میزان کم راهی برای آشنایی و آمادگی بیولوژیکی افراد با مواد اعتیاد آور شده است که موجب افزایش گرایش و وابستگی افراد به مصرف مواد در آینده می‌شود. با عنایت به توصیف و توضیحات ارائه شده در بالا این پژوهش به بررسی وضعیت مصرف مواد و اعتیاد در سالن‌های آرایش و اماکن ورزشی زنانه شهر اصفهان می‌پردازد.

۱-۲: اهمیت و ضرورت تحقیق

جذابیت جسمانی از جمله موضوعاتی است که در دوران مدرن استانداردهای جدیدی پیدا کرده و از عوامل شکل دهنده روابط فرد محسوب می‌شود به طوری که مدیریت بدن در این دوران اهمیت بیشتری پیدا کرده و رفتارهای گوناگون بهداشتی نظیر بدن سازی، رژیم‌های غذایی، تجهیزات ورزشی و آرایشی مختلف برای مراقبت از بدن پدیدار شده است (فاضلی، ۱۳۸۲: ۱۴۹-۱۵۰). امروزه دگرگون شدن چهره اعتیاد با اولویت درگیر نمودن نوجوانان و جوانان و بخصوص اقشار مختلف زنان در کشور سبب شده تا موجبات گسترش سومصرف مواد در این گروه‌ها فراهم شود. به نحوی که دیگر نباید انتظار داشت خرده فروش‌ها را سر کوچه و خرابه‌های اطراف شهر جستجو کرد بلکه بازاریابی چهره به چهره مواد مخدر صنعتی در قالب داروهای کاهش وزن و اختلالات جنسی و ... از نمودهای این وضعیت جدید است.

گزارشی که توسط معاونت رفاه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و با کمک کارشناسان این حوزه در مورد مواد مخدر و جرائم مرتبط با آن انجام شده نشان می‌دهد که مصرف مواد صنعتی از نیم درصد در سال ۸۴ به ۲۶ درصد در سال ۹۴ رسیده است. اگر چه مردان فرصت‌های بیشتری برای دستیابی به مواد و سو مصرف آن دارند ولی قابلیت دسترسی به مواد برای زنان نیز افزایش یافته است تا جایی که احتمال تجربه مصرف مواد برای زنان نیز به سرعت در حال گسترش است.^۲ گزارش‌های رسمی بیانگر این است که تعداد زنان معتاد بین سال‌های ۸۶ تا ۹۲؛ ۷۳ درصد افزایش یافته است. تعداد زنانی که در اثر

۱. بنا به اظهارات مدیر بازرسی و نظارت اصناف استان اصفهان تعداد واحد‌های صنفی بدون پروانه در حوزه فعالیت زیبایی از آرایشگاه‌های دارای مجوز بیشتر است. اما با توجه به اینکه اغلب آن‌ها در منازل تشکیل شده‌اند واحد صنفی محسوب نمی‌شوند و اجازه عکس‌العمل و برخورد قانونی با آن‌ها وجود ندارد. به گفته وی در این آرایشگاه‌ها تخلفات بسیاری از نظر اخلاقی، پخش مواد مخدر و مسایل غیر شرعی رخ می‌دهد (روزنامه کیمیای وطن، ۹۴/۱۲/۲۰، سال دوم، شماره ۱۱۴، صفحه ۳).

۲. به گفته معتادان در حال حاضر در شهری همانند اصفهان در صورتی که مصرف کننده دائم مواد باشی ظرف مدت ۵ دقیقه و در غیر این صورت ظرف ۳۰ دقیقه می‌توان به مواد دست یافت.

سومصرف مواد جان خود را از دست داده‌اند سال گذشته نسبت به سال قبل از آن ۱۵ درصد رشد داشته است و از سوی دیگر بیشترین زنان معتاد در رده سنی ۲۰ تا ۳۶ سال هستند که اغلب آن‌ها از مواد مخدر تریاک، شیشه، الکل و کراک استفاده می‌کنند.^۱ در جدیدترین آمار ارائه شده از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز تعداد زنان معتاد بیشتر شده است. در سال‌های اخیر چند الگوی خطرناک در خصوص اعتیاد زنان مشاهده می‌شود. اول اینکه سن اعتیاد در زنان پایین آمده و این کاهش به نسبت مردان بسیار بیشتر بوده است.^۲ دومین الگوی مضر شروع خطرناک است. مردانی که به مواد مخدر روی می‌آورند اول از سیگار و قلیان و تریاک شروع می‌کنند و بعد به مصرف شیشه و کراک و مواد مخدر خطرناک می‌رسند، ولی در زنان شروع اعتیاد با مواد خطرناکی مثل شیشه و مشروب آغاز می‌شود و ممکن است زنی که در تمام عمرش حتی لب به قلیان و سیگار هم نزده به شیشه معتاد شود. این دو الگوی فوق العاده خطرناک طی سال‌های اخیر در خصوص زنان و تماسشان با مواد مخدر مشهودتر است. همچنین تغییر الگو به سمت مواد روان گردان و مصرف چند ماده‌ای نیز زیاده‌تر شده^۳ و شکاف جنسیتی از نظر مصرف مواد بین زنان و مردان خصوصاً از نظر مصرف مواد جدید مثل محرک‌های شبه آمفتامینی کاهش یافته است. آمارها نشان می‌دهد از مجموع ۱۰ هزار زن معتاد در استان اصفهان تنها ۱۰ درصد تحت درمان هستند.^۴ همچنین بیشترین نوع اعتیاد در بین آن‌ها مواد مخدر صنعتی است. مطابق آمار اعلام شده از سوی مراجع ذی صلاح ۱,۹ درصد جمعیت اصفهان مبتلا به اعتیاد هستند. در صورتی که جمعیت اصفهان حدود ۵ میلیون نفر در نظر گرفته شود، تعداد افراد معتاد حدود ۹۵ هزار نفر خواهد شد که ۱۰ درصد این جمعیت که بیانگر تعداد زنان معتاد اصفهانی است رقمی حدود ۹ هزار و ۵۰۰ نفر خواهد بود.^۵ البته آمارهای رسمی اعلام شده به نظر عدد خوشبینانه‌ای است چرا که هر چند میزان اعتیاد

۱. روزنامه رسالت، ۹۴/۰۱/۱۷، شماره ۸۳۴۹، صفحه جامعه

۲. در حال حاضر سن شیوع اعتیاد در خانم‌ها ۱۳ سال است و طبق آمار ۷۳ درصد زنان معتاد بین ۱۸ تا ۲۹ ساله هستند (به نقل از کارشناس مسئول پیشگیری و امور اعتیاد اداره کل بهزیستی استان اصفهان؛ روزنامه اصفهان زیبا، ۹۴/۰۴/۲۳، شماره ۲۴۱۵، صفحه جامعه)

۳. روزنامه ایران، ۹۵/۰۳/۲۵، شماره ۶۲۳۷، صفحه جامعه

۴. با وجود قابل توجه بودن آمار تعداد زنان معتاد در استان اصفهان، اما امکان ارائه خدمات درمانی برای آن‌ها ناچیز است. از مجموع ۳۶ کمپ ترک اعتیاد در استان، ۳۳ کمپ مخصوص آقایان و ۶۷ مرکز درمان سرپایی اعتیاد همگی مردانه هستند. به گفته‌ی کارشناس مسئول بهزیستی اداره کل بهزیستی استان اصفهان متقاضی برای تأسیس مراکز ترک اعتیاد مردان بیشتر از حد نیاز است اما در مورد زنان به دلیل حساسیت‌هایی که در مورد ایشان وجود دارد درخواستی نیست (روزنامه اصفهان زیبا، ۹۴/۰۴/۲۳، شماره ۲۴۱۵، صفحه ۱۰).

۵. روزنامه اصفهان زیبا، ۹۴/۰۴/۲۳، شماره ۲۴۱۵، صفحه جامعه

در اصفهان نسبت به متوسط کشوری رقم کمتری را نشان می‌دهد اما میزان اعتیاد زنان در اصفهان نسبت به متوسط کشوری رقم بالاتری است.

عوامل عاطفی یک عامل تعیین کننده برای مصرف مواد در بین زنان و دختران جوان است. دختران جوان ممکن است بیشتر به پاسخ‌های کلیشه‌ای به فشارهای روانی در استفاده از مواد مخدر متمایل و مستعد باشند تا حدی که آن‌ها تمایل بیشتری در استفاده از داروها و مواد برای فرار عاطفی نشان می‌دهند. عوامل دیگری نظیر هیجان طلبی، افسردگی، اعتماد به نفس پایین، انواع اختلالات جنسی و دشواری در تنظیم خلق از جمله عوامل مساعد کننده مصرف مواد برای زنان می‌باشند. همچنین عوامل فرهنگی علاوه بر شکل دادن به الگوهای مصرف و سوء مصرف می‌توانند در شروع مصرف مواد در زنان مؤثر باشند. زنان به احتمال زیاد ممکن است تحت تأثیر وظایف و نقش‌های خود در خانواده الگوی مصرف خود را تغییر دهند.

امروزه فشار اجتماعی بر زنان برای داشتن اندام متناسب، بیش از مردان است. تغییر نوع الگوی مصرف مواد و دگرگون شدن شرایط اجتماعی در طی سالیان اخیر سبب شده مصرف مواد مخدر صنعتی نوعی کلاس اجتماعی تلقی شود و زنان اعتیادشان را بیشتر نشان دهند. مطالعات داخلی و خارجی تقریباً این را ثابت کرده که در بحث گرایش و کشیده شدن به مواد مخدر و همین طور در بحث ترک مواد، وضعیت زنان به مراتب خطرناک تر و سخت تر از مردان است. با توجه به این که مواد مخدر و اعتیاد با هورمون‌های زنان سازگاری و همزیستی بیشتری نسبت به هورمون‌های مردان دارد همین مسأله احتمال کشیده شدن زنان به دام اعتیاد را در شرایط یکسان ۱۹ برابر بیش از مردان کرده است. همچنین احتمال برگشت و شکست ترک اعتیاد در زنان ۱۹ برابر بیشتر از مردان است. به عبارت دیگر در هر دو سو مشکلات برای زنان به مراتب بیشتر از مردان است. به عنوان مثال مصرف شیشه در زنان علاوه بر این که تا حدودی لاغر می‌کند^۱ و برای مدت کوتاهی موجب بهبود عملکرد جنسی می‌شود موجب می‌شود افراد مقداری بی‌پروا تر شوند. به عبارت دیگر استفاده از کریستال می‌تواند نیاز و فعالیت جنسی فرد را به طور غیر عادی افزایش دهد. این نیاز به همراه دیگر تأثیرات استعمال این ماده ممکن است فرد

۱. به گفته کارشناسان اگر خانمی که مثلاً هشتاد کیلو وزن دارد بخواهد با مصرف شیشه خودش را لاغر کند باید یک ماه و نیم تا دو ماه شیشه مصرف کند تا ۵ کیلو لاغر شود. پس از این دو ماه دیگر زمان اعتیاد روانی به این دو ماده فرا رسیده و فرد نه تنها معتاد به مصرف شیشه می‌شود بلکه رفته رفته عوارض مصرف نیز خودش را نشان می‌دهد. تشنج، تب و لرز، توهم و هذیان، اضطراب، افسردگی، اختلال شخصیتی، تغییرات پوستی، جمع شدن لب‌ها و تخریب دندان‌ها بخشی از تاوانی است که فرد به امید کاهش یافتن وزنش باید بپردازد. این در صورتی است که روش‌های علمی کم خطرتر و کم هزینه‌تری هم برای لاغر شدن در کنار حفظ سلامتی وجود دارد.

را به قدری بی‌توجه و از خود بیخود کند که استفاده از وسایل حفاظتی پیشگیری را فراموش کند. همچنین شخص وادار به افراط در فعالیت‌های جنسی شود که قطعاً آسیب‌های غیر قابل جبرانی به همراه دارد و امکان ابتلا به ویروس و دیگر بیماری‌های مقاربتی را افزایش می‌دهد (شعاع کاظمی، ۱۳۹۰). علاوه بر این کسانی که مواد محرک استفاده می‌کنند خیلی زود مهارت هایشان و در واقع کارایی شان را از دست می‌دهند. چرا که اگر مواد سنتی ۸ تا ۱۰ سال زمان می‌برد تا فرد معتاد را به آخر خط برساند، مواد محرک این زمان را به ۲ تا ۴ سال کاهش می‌دهند.

نتایج مطالعات و تحقیقات فراوانی نشان می‌دهد که سرخ اصلی اعتیاد در زنان محیط‌های بیرون از خانه است. بصورتی که اگر یک سوم زنان در داخل خانه از طریق شوهر و فرزند و یا پدر خود و دوستان خاصشان به اعتیاد مبتلا می‌شوند ولی نکته قابل توجه و تأمل این است که دو سوم زنان از طریق محیط‌های بیرونی مثل آرایشگاه‌های زنانه، باشگاه‌ها، استخر و جمع‌های زنانه به مصرف مواد دچار می‌شوند. افزایش حضور زنان در این اماکن موجب شده زمینه حضور افرادی که از آنان به عنوان مافیای اعتیاد یاد می‌شود در این اماکن بیش از پیش فراهم شود^۲ تا از این مجرا برای مواد محرک خود که علیرغم ظاهر و هدف ظاهری فریبنده آثار اعتیاد آور بسیار سنگینی را در پی دارد، مشتریانی جلب کنند. از آن جا که مصرف این مواد در مراحل ابتدایی اثرات زود گذری مانند کاهش وزن و شفافیت پوست ایجاد می‌کند به همین دلیل در محیط‌های زنانه مانند آرایشگاه‌ها و استخر که امکان مقایسه افراد با یکدیگر وجود دارد اشتیاق زنان به مصرف این نوع مواد بیشتر می‌شود^۳.

اصفهان از جمله مهم‌ترین کلان شهرهای ایران است که از دگرگونی‌های توسعه تاثیر پذیرفته و تاثیر مهمی بر توسعه یافتگی کشور دارد. به لحاظ پیشینه تاریخی دارای بافت فرهنگی، سنتی و مذهبی بوده و دارای جاذبه‌های فرهنگی، تاریخی، اجتماعی، صنعتی و ... است و به لحاظ کلان شهر و صنعتی بودن دارای ساختاری مدرن است که همواره کانون توجه اقلیت‌ها و اقوام مختلف بوده است. در کنار این ویژگی‌ها شهرنشینی، تغییرات اجتماعی گسترده، بافت مذهبی سنتی، تغییر ساختار الگوی زندگی، افزایش

۱. مواد محرک به شکل‌های مختلف از جمله قرص اکستازی، قرص لاغری، چای، پودر قهوه، میو میو، پان و شیشه و ... در کشور به صورت غیر قانونی توزیع و مصرف می‌شوند و معمولاً به عنوان مواد فروخته نمی‌شوند.

۲. معمولاً عرضه مواد نیز توسط زنانی با ظاهری فریبنده خواهد بود. به طوری که با حضور در مکان‌هایی نظیر سالن‌های ورزشی و آرایشی سعی دارند خود را به عنوان الگو نشان داده و از این طریق اعتماد افراد برای خرید محصولاتشان را جلب کنند.

۳. در تبلیغات فریبنده‌ای که در این محیط‌ها صورت می‌گیرد مصرف این مواد به منظور رفع افسردگی، لاغری و حفظ تناسب اندام، تقویت عضلانی، آماده سازی بدن برای پذیرش انواع ورزش‌های مناسب بدن سازی، ایجاد انرژی و مقابله با چین و چروک پوست به زنان و دختران توصیه می‌گردد.

جمعیت، افزایش مهاجرت، شهرک‌های صنعتی، افزایش مراکز آموزش عالی، افزایش حضور زنان در فعالیت‌های اجتماعی و ... اصفهان را برجسته ساخته است. در این شهر مانند تمام کلان شهرها و با توجه به پیشینه صنعتی، مذهبی و ... دستیابی به سرمایه اجتماعی در بین همه افراد به خصوص زنان مهم است. اما در فقدان بستر مناسب و امن برای کسب و بهره برداری از سرمایه اجتماعی، استفاده از سرمایه جنسی برای زنان ایرانی یکی از راه‌هایی است که آنان برای کسب سرمایه فرهنگی، سرمایه اجتماعی و بهبود جایگاه طبقاتی‌شان از آن بهره می‌گیرند. در واقع زنان با استفاده از سرمایه جنسی سعی در نشان دادن سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی و سرمایه اجتماعی خود و تمایز بخشی به خود دارند. سرمایه جنسی می‌تواند ابزاری در دست زن ایرانی باشد تا در طول زمان سرمایه اجتماعی خود را شکل دهد و یا میزان آن را بهبود بخشد. بنابراین زنان به طور اجتماعی برای درگیر شدن در سرمایه جنسی تشویق می‌شوند و از آن‌ها انتظار می‌رود در سرمایه جنسی خود دستکاری کنند. همچنین در حوزه عمومی، فرصت و شانس دستیابی به شیوه‌های متنوع و برقراری ارتباط با افراد مختلف را از زنان می‌گیرد و یا برای گروهی از زنان افزایش می‌دهد.

آمارهای غیر رسمی موجود حاکی از گرایش روزافزون زنان ایرانی به استفاده از سرمایه جنسی دارد. تا جایی که سرمایه جنسی زنان در ایران تبدیل به معضل شده است. اکثر زنان توجه به ظاهر را در اولویت‌های اولیه زندگی خود قرار می‌دهند و دغدغه بسیاری از آنان در طول روز در روابط اجتماعی به سرمایه جنسی آن‌ها برمی‌گردد. سرمایه جنسی برای بسیاری از زنان نماینده بسیاری از چیزها نظیر پایگاه اجتماعی، درآمد، اعتماد اجتماعی، دریافت کمک از نامحرم، بازتولید مطلوبیت و سرمایه اجتماعی شده است. از همین رو علاقه و اشتیاق زنان برای دستیابی و بهبود این مهم در خود سبب شده تا بازار بزرگ و سودآوری در این حوزه شکل بگیرد که بعضا پیامدها و مخاطرات جبران ناپذیری برای زنان به همراه داشته است. از جمله این که سوداگران مواد مخدر با انواع و اقسام تبلیغات فریبنده زنان را تشویق به استفاده از اقلامی می‌کنند که پایان آن در بهترین حالت تجربه ناآگاهانه یکبار مصرف مواد و در بدترین حالت وابستگی به مواد است. مطالعه پیش رو با دغدغه بررسی رابطه بین تصویر بدنی زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی و گرایش آن‌ها به اعتیاد به واکاوی مصرف مواد و شیوع اعتیاد در سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه شهر اصفهان پرداخته است. در ادامه به ترتیب به مرور اهداف اصلی، فرعی و پرسش‌ها و فرضیات تحقیق پرداخته شده است.

۳-۱: هدف اصلی

هدف اصلی این مطالعه بررسی وضعیت مصرف مواد اعتیاد آور و شیوع اعتیاد در سالن‌های زیبایی و اماکن ورزشی زنانه شهر اصفهان بوده است. همچنین این مطالعه به بررسی رابطه بین تصویر بدنی و تمایل به مصرف مواد در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی شهر اصفهان پرداخته است.

۳-۱: اهداف فرعی

۱- بررسی میزان شیوع و مصرف مواد اعتیاد آور در سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه

- ۲- بررسی فرایند آشنایی، دسترسی، الگوی مصرف، تجارب زیسته مرتبط با مواد و پیامدهای مصرف مواد اعتیاد آور مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه
- ۳- تعیین رابطه بین تصویر بدنی و تمایل به مصرف مواد اعتیاد آور در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی
- ۴- تعیین رابطه بین گرایش به مدیریت بدن و تمایل به مصرف مواد اعتیاد آور در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی
- ۵- تعیین رابطه بین انتظارات هنجاری جامعه و تمایل به مصرف مواد اعتیاد آور در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی
- ۶- تعیین رابطه بین پذیرش اجتماعی بدن و تمایل به مصرف مواد اعتیاد آور در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی
- ۷- تعیین رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال) و تصویر بدنی زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی
- ۸- تعیین رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال) و تمایل به مصرف مواد اعتیاد آور در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی
- ۹- بررسی جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال) زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی

۱-۴: فرضیه اصلی

- ۱- بین تصویر بدنی و تمایل به مصرف مواد در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی رابطه وجود دارد.
- ۱-۴-۱: فرضیات فرعی
- ۱- بین مدیریت بدن و تمایل به مصرف مواد اعتیاد آور در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی رابطه وجود دارد.
- ۲- بین گرایش به انتظارات هنجاری و تمایل به مصرف مواد اعتیاد آور در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی رابطه وجود دارد.
- ۳- بین پذیرش اجتماعی بدن و تمایل به مصرف مواد اعتیاد آور در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی رابطه وجود دارد.
- ۴- بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، پایگاه اجتماعی و اقتصادی) و تمایل به مصرف مواد اعتیاد آور در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی رابطه وجود دارد.
- ۵- بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، پایگاه اجتماعی و اقتصادی) و تصویر بدنی زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی رابطه وجود دارد.

۵-۱: پرسش‌های تحقیق

- ۱- شیوع و مصرف مواد اعتیاد آور در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی چگونه است؟
- ۲- فرایند آشنایی، دسترسی، الگوی مصرف، تجارب زیسته مرتبط با مواد و پیامدهای مصرف مواد اعتیاد آور در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی چگونه است؟

۶-۱: تعریف مفاهیم و اصطلاحات

در این بخش مهم‌ترین مفاهیم و اصطلاحات تحقیق به صورت مفهومی (نظری) و عملیاتی تعریف شده است. در ابتدا تعاریف نظری مفاهیم و اصطلاحات گزارش شده و سپس تعاریف عملیاتی برخی از متغیرها که قابلیت اندازه گیری آن‌ها را مشخص می‌کند ارائه شده است.

۱-۶-۱: تعاریف مفهومی

در این بخش تعاریف مفهومی مهم‌ترین اصطلاحات، مفاهیم و متغیرهای تحقیق ارائه شده است. اعتیاد: واژه اعتیاد به معین مصرف مکرر و افزایش یافته ماده‌ای است که محرومیت از آن سبب بروز علائم ناراحتی و میل غیر قابل کنترل برای مصرف مجدد آن ماده می‌شود و این روند به تباهی روانی و جسمی منجر می‌گردد. این اصطلاح از طبقه اصطلاحات رسمی حذف شده و اصطلاح وابستگی جایگزین آن شده است اما هنوز هم در زبان متداول به کار می‌رود و اصطلاح گویایی است. اصطلاح سو مصرف به تلقی استفاده از هر ماده‌ای به شیوه‌ای که خارج از الگوهای مورد تایید اجتماعی یا طبی باشد در ارتباط تنگانی با مفهوم اعتیاد است (باقری، ۱۳۸۹).

پژوهش روش‌های آمیخته: رویکردی در پژوهش اجتماعی، رفتاری و علوم سلامت است که محقق داده‌های کمی (بسته پاسخ) و کیفی (باز پاسخ) را گردآوری و یکپارچه می‌سازد و سپس تفسیرهایی را بر مبنای ترکیب نقاط قوت در مجموعه‌ی داده‌ها ارائه می‌دهد تا مسئله پژوهش درک شود (کرسول، ۱۳۹۵: ۱۴۷).

طرح متوالی اکتشافی: این طرح از طرح‌های مقدماتی پژوهش روش‌های آمیخته است که به طور رایج شامل سه مرحله است: محقق مرحله‌ی اول را با گردآوری داده‌های کیفی برای کشف یک موضوع آغاز می‌کند. سپس داده‌های کیفی تحلیل می‌شوند و از نتایج آن در مرحله‌ی دوم جهت ساخت یک روند گردآوری داده‌های کمی استفاده می‌شود. ممکن است که این روند طراحی یک ابزار کمی، روند مداخله یا توسعه‌ی متغیرهای کمی باشد. پس از آن، مرحله‌ی سوم ادامه می‌یابد که ابزار کمی مداخله یا متغیرها در روند گردآوری و تحلیل داده‌ها به کار گرفته می‌شوند (کرسول، ۱۳۹۵: ۱۴۹).

1. Mixed Methods Research
2. Exploratory Sequential Design

پذیرش اجتماعی بدن: پذیرش اجتماعی بدن به ویژگی روان شناسانه انسان‌ها اطلاق می‌شود که متأثر از نگرش‌های محیط و اطرافیان فرد است، به طوری که این تأثیرات می‌تواند در پنداره فرد اثر مثبت یا اثر منفی داشته باشند، به نحوی که فرد به تلاش برای جلب نظر دیگران به هر طریقی که امکان دارد می‌پردازد (لطف آبادی، ۱۳۷۸: ۳۷). به عبارت دیگر منظور از پذیرش اجتماعی بدن، اشکال و تظاهرات خاص تن از حیث وضعیت ظاهری، آرایشی و پوششی می‌باشد که در نظام اجتماعی مورد پذیرش واقع می‌گردد.

مدیریت بدن: مدیریت بدن به معنای نظارت و تغییر مستمر ویژگی‌های ظاهری و مرئی بدن است. این مفهوم به کمک معرف‌هایی همچون کنترل وزن، جراحی پزشکی، میزان اهمیت دادن به مراقبت‌های آرایشی و بهداشتی سنجیده می‌شود (آزاد و چاوشیان، ۱۳۸۱: ۶۸).

تصویر بدنی: تصویر بدنی عبارت است از نگرش ذهنی که هر فرد از ظاهر توانایی‌های خود دارد. تصویر بدنی بازنمایی درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی ابعاد جسمانی و ادراکی و نگرش نسبت به آن‌ها را در بر می‌گیرد (بروزکوسکی و بایر، ۲۰۰۵).

سرمایه جنسی: سرمایه جنسی عبارت است از ترکیب فریبندگی‌های زیبایی شناختی، بصری، بدنی، اجتماعی و جنسی برای دیگر اعضای جامعه به خصوص جنس مخالف در همه زمینه‌ها که هم شامل ویژگی‌هایی که در زمان تولد تعیین می‌شوند و هم شامل مهارت‌هایی که می‌توانند آموخته و یا تقویت شوند می‌شود. سرمایه جنسی همچنین نشانه‌ای از عوامل اجتماعی، فرهنگی و ساختاری است که در طی جریان جامعه پذیری و در طول دوره زندگی همواره منجر به جدا شدن جهان اجتماعی مردان و زنان می‌شود و برای اکثر افراد جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است (رضایی، ۱۳۹۶) و بیشتر شامل استفاده از زیبایی‌های ظاهری و توانمندی‌های جنسی و رفتاری افراد در تعامل با دیگر افراد جامعه است و در یک معنای عام نوعی سرمایه گذاری بر اساس ویژگی‌های جنسی و جنسیت است که با بازده مورد انتظار در بازار تعریف می‌شود. سرمایه جنسی موضوعاتی نظیر زیبایی، جذابیت، سرزندگی، ذکاوت، خوش پوشی، دلربایی، مهارت‌های اجتماعی و ... را در بر می‌گیرد (زرندی، ۱۳۸۶).

متغیرهای جمعیت شناختی: منظور از متغیرهای جمعیت شناختی در این مطالعه متغیرهایی هستند که در مقایسه با متغیرهای تبیین گر اصلی، نقش زمینه ساز را ایفا می‌کنند. در پژوهش حاضر متغیرهای «سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال» به عنوان متغیرهای مهم جمعیت شناختی مورد آزمون قرار می‌گیرند.

۱-۶-۲: تعاریف عملیاتی

در این بخش تعریف عملیاتی متغیرهایی که در بخش کمی تحقیق بواسطه پرسشنامه اندازه گیری و سنجش شده‌اند ارائه شده است.

پذیرش اجتماعی بدن: سوالات ۱ تا ۱۴ پرسشنامه این متغیر را مورد سنجش قرار می‌دهد.

مدیریت بدن: سوالات ۱۵ تا ۱۸ پرسشنامه این متغیر را مورد سنجش قرار می‌دهد.

هنجارهای اجتماعی بدن: سوالات ۱۹ تا ۳۸ پرسشنامه این متغیر را مورد سنجش قرار می‌دهد.
گرایش به اعتیاد: سوالات ۳۹ تا ۴۳ پرسشنامه این متغیر را مورد سنجش قرار می‌دهد.
تصویر بدنی: تصویر بدنی در این تحقیق از سه شاخص پذیرش اجتماعی، انتظارات هنجاری و مدیریت بدن ساخته شده است

فصل دوم

ادبیات تحقیق

مقدمه

در این فصل به مرور برخی مبانی نظری و پژوهش‌های پیشین صورت گرفته در حوزه موضوع تحقیق پرداخته شده است. به طور کلی این فصل شامل چهار بخش می‌شود. در بخش اول به مرور مبانی نظری تحقیق پرداخته شده و با ارائه دیدگاه‌های نظری موجود پیرامون سه مفهوم تصویر بدن، مدیریت بدن و سرمایه جنسی؛ آرای پنج تن از نظریه پردازان در حوزه مدیریت بدن ارایه و بررسی شده است. در بخش دوم اعتیاد در محیط‌های ورزشی و سالن‌های زیبایی، زنانه شدن اعتیاد، تغییرات الگوی مصرف مواد در زنان و باورها و انگیزه‌های مصرف مواد در زنان به بحث گذاشته شده است. در بخش سوم به مرور تحقیقات صورت گرفته در حوزه موضوع تحقیق پرداخته شده و در آخرین بخش نیز به خاطر ماهیت تلفیقی تحقیق از حیث روش شناختی، چارچوب مفهومی و نظری تحقیق ارایه و مورد بحث قرار گرفته است.

۱-۲: مبانی نظری

مطالعات انجام شده در رابطه با موضوع مدیریت بدن بطور کلی رفتارهای بدنی را در چهار محور مورد بررسی قرار داده‌اند که عبارتند از: جراحی زیبایی، آرایش، تناسب اندام و مدیریت بدن که خود شامل هر سه محور نیز است (اینانلو، ۱۳۹۵: ۲۳). بدنی شدن روابط میان کنشگران و اهمیت یافتن آن در تعامل و شکل گیری هویت‌های مبتنی بر جنبه جسمانی و ظاهری سبب شده که بدن نقش مهمی در زندگی و تعاملات روزمره ایفا کند. از آن جایی که هویت‌ها در تعامل میان خود و جامعه شکل می‌گیرند و در جریان رویارویی با دیگران تکوین می‌یابند؛ لذا بدن و پرداختن به خصوصیات و ویژگی‌های ظاهری آن به عملی برای کسب هویت تبدیل می‌شود که می‌تواند حتی خصوصیات درونی و شخصیتی فرد را آشکار کند و آن را از گروه پدیده‌های زیست شناختی خارج و در زمره پدیده‌های اجتماعی و فرهنگی قرار دهد (اینانلو، ۱۳۹۵: ۱۴).

کنترل بر بدن و توجه به ترکیب، تزئین و هیبت ظاهری و بیرونی آن ابزاری است که به جوانان امکان می‌بخشد روایت مشخصی از هویت شخصی را حفظ کنند و آن را در معرض تماشای دیگران قرار دهند. بطوری که معیارها و استانداردهای جامعه و ایده‌آل‌های معرفی شده در رسانه‌ها و یا دیگر عوامل اجتماعی کننده تصویر ذهنی از وضعیت جسمانی افراد به آن‌ها می‌بخشد. ارزیابی افراد از قضاوت‌های هنجاری نسبت به ویژگی و شاخص‌های فیزیکی بدنشان بر رضایت یا نارضایتی آن‌ها نسبت به آن تاثیر می‌گذارد. بدین ترتیب فرهنگ بدن بیانگر اهمیت فزاینده‌ای است که بدن به مثابه کانونی برای تعامل و بازاندیشی فرد نسبت به خویشتن یافته است (آزاد ارمکی و چاوشیان، ۱۳۸۱: ۵۹).

۱-۱-۲: تصویر بدن

با استفاده از این مفهوم می‌توان ارتباطی که فرد با بدنش دارد را به بهترین نحو تبیین کرد. بدین شکل که می‌توان گفت تصور ذهنی از بدن که به شدت تحت تاثیر مولفه‌های فرهنگی، اجتماعی و روان شناختی است به تصویر و برداشتی که در ذهن و فکر فرد نسبت به بدن خود وجود دارد اطلاق می‌شود و

شکل گیری و تداوم آن در طول سالیان و در ارتباط با دیگران و به تدریج شکل می‌گیرد (اینالو، ۱۳۹۵: ۳۳). کلب^۱ تصویر بدن را به دو مولفه تقسیم بندی کرده است. دریافت ادراکی بدن و برداشت ذهنی از آن. به اعتقاد وی شخص از طریق یکپارچه ساختن دریافت‌های ادراکی مربوط به جسم خود، دریافت ادراکی بدن را شکل می‌دهد. حال آن‌که برداشت ذهنی از بدن به فرایندهای روانی اطلاق می‌شود و به احساساتی که از درون سر چشمه می‌گیرد بستگی دارد (اسکانفلند، ۱۳۷۳: ۵۰). فاوست و فرای^۳ تصور از بدن را دارای سه مولفه می‌دانند:

الف) واقعیت جسم: که شامل آن چیزی است که بطور واقعی وجود داشته و تحت تاثیر محیط خارجی و ژنتیک انسانی است که تغییرات واقعی در واقعیت جسم در ارتباط با ضربه، عفونت، بدخیمی و سو تغذیه اتفاق می‌افتد.

ب) جسم ایده‌آل: این جز به تعریف ذهنی کلاسیک تصویر ذهنی از جسم نزدیک‌تر است. تغییر در واقعیت جسم، جسم ایده‌آل را مورد تهدید قرار می‌دهد. در واقع تحت تأثیر هنجارهای فردی، فرهنگی و اجتماعی است.

ج) نمایش جسم: استانداردهای جسم ایده‌آل به طور نادر توسط واقعیت جسم تأمین می‌شوند. در کوشش جهت تعادل بین این دو، نمایش جسم اتفاق می‌افتد که در محیط بیرون بر نحوه پوشیدن، آرایش کردن، صحبت کردن و ... موثر است (رشیدی زاویه، ۱۳۷۲: ۱۸).

بنابراین می‌توان چنین انگاشت که تصور ذهنی که در تجربیات و آموخته‌ها، دیده‌ها و شنیده‌های ما در طی زندگی به تدریج شکل می‌گیرد؛ در روابط پویاست که به مرور اصلاح می‌شود و این مفهوم در مدیریت بدن، بیش‌تر حول دو مولفه شکل می‌گیرد که عبارتند از زیبایی و وزن بدنی (اندام). هنگامی که از این مفهوم صحبت می‌شود بیش‌تر به ناخشنودی افراد از وضعیت جسمانی‌شان توجه می‌شود. بنابراین کمتر به توصیف افرادی پرداخته می‌شود که از وضعیت جسمانی خود رضایت دارند. هم چنین بیش‌تر بر جوانان و زنانی تمرکز می‌شود که از وضعیت جسمانی خود رضایت ندارند و مستعد در تغییر تمام یا برخی از قسمت‌های اندام خود هستند. از این رو می‌توان اشکال مختلف مدیریت بدن را به عنوان تقویت کننده و یا گسترش دهنده تصور ذهنی مطلوب و مثبت از بدن نام برد که عمدتاً با تصور ذهنی مطلوب از خود همراه است، چرا که این اشکال مدیریت بدنی عیوب صورت و اندام را از بین برده و آن را به معیارها و استانداردهای مطلوب و تعریف شده نزدیک می‌سازد (اینالو، ۱۳۹۵: ۳۵).

1 Kebb
2 Sanfleund
3 Fouest & friey

با توجه به پیوند نزدیک جنسیت و زیبایی در جوامع معاصر و در نظر داشتن این که ظاهر افراد و احساسی که نسبت به آن دارند، در شکل گیری عزت نفس آنان نقش دارد. افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند معمولاً احساس خوبی نیز به زندگی خواهند داشت (باللی و افشار کهن، ۱۳۸۹). تصویر ذهنی که مورد پذیرش فرد نباشد، منجر به تغییراتی در احساس خود ارزشمندی می‌شود. عواملی مثل ارزش‌های اجتماعی-فرهنگی، مقایسه‌های اجتماعی، تایید جامعه بر جذابیت ظاهری و تجارب منفی در تعامل با همسالان، این گونه نگرانی‌ها را تشدید کرده و به تداوم آن کمک می‌کند (گروسی و همکاران، ۱۳۹۲).

آنچه در اشاعه زیبا شناسی ظاهر انسانی در تبلیغات بین المللی مورد توافق است، باریک اندامی است (احمد نیا و همکاران، ۱۳۸۷) و الگوهای ارائه شده با اندام‌های طبیعی زنان در جامعه فاصله دارد (نظری، ۱۳۹۳). تحقیقات نشان داده مقایسه بین الگوهایی که با خود واقعی فاصله دارند و برترند موجب ناراضی از خود می‌گردد و بر عزت نفس و احساس خود ارزشمندی تاثیر منفی می‌گذارد (احمدی، ۱۳۸۲). آرایش کردن می‌تواند رفتاری تلقی شود که هیجانات منفی حاصل از تصور نقص خود مانند احساس نازیبایی را می‌پوشاند و به فرد ظاهر قابل قبول‌تری می‌بخشد. لازم به ذکر است که آرایش کردن همیشه برای جبران احساس نقص نیست بلکه به طور متداول می‌تواند کوششی برای تعالی ظاهر و بهتر کردن آن چه هست باشد (روحانی و امیری مجد، ۱۳۹۵).

تصویر بدن بیش از آن که مربوط به شکل ظاهری فرد باشد، به باورها، ادراکات، افکار، احساسات و ارتباط ویژه فرد با بدنش مربوط است (کش، ۲۰۱۲). این مفهوم به صورت تجسم‌های درونی از جنبه‌های ظاهری بدن تعریف شده است. تصویر بدن آرمانی فرد در اثر متغیرهایی مانند بازنمایی رسانه‌ها، رسوم فرهنگی و نگرش‌های دوستان تغییر می‌کند. این تغییر دیدگاه‌ها به طور معمول با تغییر احساس و افکار همراه است و حتی در موقعیت‌های مشخص به تغییر رفتار می‌انجامد (پکوراری^۲ و همکاران، ۲۰۱۰ به نقل از اسدی و همکاران، ۱۳۹۲).

تصویر بدن علاوه بر ناراضی از بدن با ادراک هیجانی و شناختی از بدن مرتبط است و در شکل گیری احساس فرد به خودش نقش دارد (لواين و پیران، ۲۰۰۴؛ کش، ۲۰۱۱). پژوهش‌ها حاکی از افزایش همزمان استفاده از لوازم آرایش و میزان ناراضی از بدن در قرن ۲۱ هستند (مارسلو، ۲۰۰۴). پژوهشگران

1 Gash
2 Rkuary
3 Luien & Piran
4 Mselue

معتقدند ویژگی‌های ایده‌آل شده بدن در رسانه‌ها، بر تصویر بدن و بر عزت نفس افراد تاثیر می‌گذارد (چوچناکی^۱ و همکاران، ۲۰۰۵) و فاصله بین خود و خود آرمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مقایسه اجتماعی خودکار با تصاویر زنان ارائه شده در رسانه‌های جمعی به دلیل بیش از حد لاغر یا زیبا به نظر رسیدن آن‌ها می‌تواند با نوعی احساس منفی آسیب‌گون در زنان همراه باشد. پرورش^۲ (۲۰۰۶) نیز بر نقش رسانه‌ها در شکل دهی به بدن تاکید می‌کند. متخصصان معتقدند تصویر بدن و ادراکات مرتبط با آن از طریق ارزیابی فرد از خود طی فرایند مقایسه با دیگران مانند اعضای خانواده و گروه همسالان و مهم‌تر از همه تصاویر متکی به رسانه‌ها شکل گرفته و تقویت می‌شود (تامپسون و استیک، ۲۰۰۱؛ به نقل از موحد و همکاران، ۱۳۹۰). پژوهش‌های هریسون^۳ (۲۰۰۳) نیز پیش‌بینی کننده تمایل روزافزون زنان به داشتن بدن‌هایی ایده‌آل شبیه آن‌چه در رسانه‌ها ارائه می‌شود بود. تیگمن^۴ و مک‌گیل^۵ (۲۰۰۴) نشان دادند افرادی که در معرض تماشای چنین تصاویر استاندارد شده‌ای از زیبایی و لاغری قرار می‌گیرند، احساس بسیار منفی و نارضایتی از بدن را تجربه می‌کنند که البته این نتایج به واسطه مقایسه اجتماعی حاصل می‌شود. پژوهش‌های انجام شده نیز به رابطه مستقیم نارضایتی از بدن و انواع دست کاری در آن مانند رژیم گرفتن، تمایل به لاغری، اختلالات خوردن، جراحی‌های زیبایی، آرایش و اعمالی مانند آن اذعان داشته‌اند (مارسلو، ۲۰۰۰؛ گرنر، ۲۰۰۵).

تحقیقات نشان داده که اهمیت تصویر بدنی و جذابیت ظاهری در بین زنان و نوجوانان بیشتر از سایر اقشار جامعه است (محمدی و سجادی نژاد، ۲۰۰۸؛ زمانی و فضیلت پور، ۲۰۰۳). بنابراین زنان و نوجوانان به طور اجتماعی برای درگیر شدن در طرح‌های بدنی تشویق می‌شوند و از آن‌ها انتظار می‌رود در بدن‌های خود دست کاری کنند (نوغانی و مظلوم خراسانی، ۲۰۱۱).

تقریباً همه زنان حداقل یک بار در زندگی خود دچار احساس شرم و نارضایتی از ظاهر خود بوده‌اند و این امر مختص قشر، طبقه اجتماعی و سطح تحصیلات خاصی نمی‌شود (براون، ۲۰۰۱). در جامعه ایرانی زنان و دختران برای برطرف کردن نیاز به خودآرایی یا در فکر به دست آوردن ظاهری ایده‌آل به مصرف مقدار زیادی مواد آرایشی می‌پردازند. گزارش‌ها نشان می‌دهد ایران هفتمین مصرف کننده بزرگ محصولات آرایشی در جهان است و در خاورمیانه بعد از عربستان در مقام دوم قرار دارد، در حالی که

-
- 1 Chojnaki
 - 2 Prush
 - 3 Tampooson & Steek
 - 4 Hrisuon
 - 5 Tgman
 - 6 Mkgil
 - 7 Geurnur
 - 8 Bown

جمعیت زنان ایران یک پنجم جمعیت زنان خاورمیانه را تشکیل می‌دهد؛ با این حال خریدار تقریباً ۳۰ درصد از لوازم آرایشی در خاورمیانه زنان ایرانی هستند (موحد و همکاران، ۲۰۰۹).

بررسی‌های علمی و پژوهش‌های انجام گرفته نشان دهنده این واقعیت هستند که در ۶۵ درصد موارد، منابع ترویج الگوهای بدن و ظاهر را ماهواره و تبلیغات تشکیل می‌دهند. در واقع در این شرایط برداشتی که افراد به طور خاص از بدن دارند ناشی از تبلیغات رسانه‌ها در الگو سازی وسایل ارتباط جمعی است (ذکایی، ۲۰۰۶). علاوه بر رسانه‌ها تصور فرد از بدن نیز از عوامل موثر بر آرایش زنان است. نکته قابل اهمیت تر نقش جنسیت در توجه به بدن است. زنان همواره در مقایسه با مردان توجه بیشتری به بدن و ظاهر فیزیکی خود داشته‌اند. آنان پول، زمان و انرژی زیادی را مصرف می‌کنند تا ظاهرشان را از طریق فعالیت‌های مختلف به شکل آرمانی درآورند.

جراحی‌های زیبایی و لیزر در کشور هر سال بین ۲۰ تا ۳۰ درصد افزایش می‌یابد و ۶۰ درصد متقاضیان جراحی پلاستیک از نظر علمی و زیبایی شناسی نیازی به این جراحی‌ها ندارند. بر اساس آمار جراحی بینی در رتبه اول، جراحی اندام در رتبه دوم و حذف چین و چروک صورت در رتبه سوم جراحی‌های معمول در ایران قرار دارد (احمدنیا، ۱۳۸۴: ۱؛ گلشنی، ۱۳۸۹: ۴۱).

۲-۱-۲: مدیریت بدن

مدیریت بدن به انواع دست‌کاری‌ها و مداخلات انسان‌ها بر بدن‌هایشان اطلاق می‌شود که بر اساس آن یا هویت راستین خود را برای دیگران تعریف می‌نمایند و یا از طریق آن هویت دلخواه و نه واقعی خود را به نمایش درمی‌آورند. از آنجایی که این مداخلات بر اساس نوعی تصورات بدنی افراد از خود حاصل می‌شود، از این رو مهم‌ترین محرک چنین امری تصور بدنی منفی و مبتنی بر بی‌رضایتی است که همین احساس نارضایتی آن‌ها را به اشکال مختلف مدیریت بدن از قبیل آرایش، تناسب اندام و ... سوق می‌دهد (اینانلو، ۱۳۹۵: ۳۶).

۲-۱-۲-۱: دیدگاه فوکو

موضوع بدن آدمی در نظریه‌های اجتماعی اخیر با نام میشل فوکو^۱ در آمیخته است. فوکو از نخستین کسانی است که در دوران اخیر پرسش از بدن را وارد علوم اجتماعی کرده است. او پیکر آدمی را در ارتباط با مکانیزم‌های قدرت مورد تحلیل قرار داده و توجه خود را بیشتر بر ظهور «قدرت انضباطی» در متن جامعه جدید متمرکز ساخته است. کار او گرایش مطالعات اجتماعی را از داشتن نگاه زیستی صرف به بدن به سمت پذیرفتن بدن به مثابه محصولی اجتماعی تاریخی تغییر داد. به گفته فوکو در جامعه جدید بدن انسان به صورت کانون قدرت درمی‌آید و این قدرت تحت انضباط درونی ناشی از کنترل ارادی

1 Michel Foucault

حرکات بدن قرار می‌گیرد. از نظر او مکانیزم‌های انضباطی بوجود آورنده بدن‌های مطیع و فرمانبردار هستند (گیدنز، ۱۳۷۸: ۸۸). وی بدن را همچون فراورده دانش و قدرت می‌پندارد و بدن را به عنوان واسطه‌ای برای اعمال و ابراز قدرت می‌بیند. از نظر وی ویژگی‌های ظاهری و فیزیکی بدن، موقعیت و قدرت چانه زنی متفاوتی به افراد می‌بخشد و افراد آگاهانه از آن برای سرمایه گذاری بیشتر استفاده می‌کنند. شیوه جدید کنترل در جامعه مصرفی معاصر به گونه‌ای است که کنترل بر بدن از طریق سرکوب اعمال نمی‌شود، بلکه کنترل از طریق تحریک صورت می‌گیرد: لاغر باش، خوش ظاهر باش، برنزه باش (ذکایی، ۱۳۸۶: ۱۷۷). فوکو پیکر آدمی را در ارتباط با ساختارهای قدرت مورد تحلیل قرار داده و توجه خود را بیشتر بر ظهور «قدرت انضباطی» در متن جامعه جدید متمرکز ساخته است. بدن انسان به صورت کانون قدرت درمی‌آید و این قدرت به جای آن که همچون دوران ماقبل جدید تجلی برونی پیدا کند، تحت انضباط درونی ناشی از کنترل ارادی حرکات بدن قرار می‌گیرد. به گفته فوکو ساختارهای انضباطی به وجود آورنده «بدن‌های مطیع» است (گیدنز، ۱۳۷۸: ۸۸).

۲-۲-۱ دیدگاه بوردیو

بوردیو^۲ هدف مدیریت بدن را اکتساب منزلت، تمایز و پایگاه می‌داند. او به کالایی شدن در جوامع مدرن اشاره می‌کند به گونه‌ای که بدن حامل ارزش در زمینه‌های اجتماعی می‌گردد. او با در نظر گرفتن بدن به عنوان یک سرمایه فیزیکی هویت‌های افراد را با ارزش‌های اجتماعی منطبق با اندازه، شکل و ظاهر بدنی مرتبط می‌سازد. او سلیقه را به عنوان یکی از شاخص‌های سرمایه فرهنگی جامعه تعیین می‌کند. افراد طبقات اجتماعی بالاتر، توانایی این را دارند که سلیقه‌هایشان را مورد پسند همگان بسازند و البته با سلیق افراد طبقه پایین به مخالفت پردازند. به عبارت دیگر می‌توان گفت معیارهای زیبایی و تناسب طبقات بالا و نیز معیارهای زیبایی کشورهای پیشرفته مقبولیتی همگانی می‌یابد (فاتحی و اخلاصی، ۱۳۸۷: ۹؛ فرزانه، ۱۳۸۷: ۴۷). افراد طبقه بالاتر یا طبقات مرفه‌تر، فرصت و شانس بیشتری برای مراقبت از بدن خود دارند و در این زمینه آموزش‌های دقیق‌تری دریافت کرده‌اند و در نتیجه از سطح سلامت بالاتری برخوردارند، در حالی که افراد طبقات دیگر فرصت، آموزش و یا امکانات کمتری برای مراقبت از بدن خود دارند. از نظر وی نوع مصرف فیزیکی (غذا، تزیین و وسایل مصرفی) و سمبلیک افراد تعیین کننده سبک زندگی آن‌ها است که هویت خود را نشان می‌دهد. وی بدن را غیر قابل منازعه‌ترین مظهر تجلی سلیقه طبقاتی می‌داند (ذکایی، ۱۳۸۵: ۹۵). وی نظریه‌ای را طرح ریزی می‌کند که بر پایه ارتباط بین منزلت سلیقه و بدن استوار است و نحوه تجلی روابط منزلتی و قدرت را در سبک‌ها و سلیقه‌های مختلف و نیز بدن‌های مختلف نشان می‌دهد؛ روابطی که در سطح کلان بیانگر نظام اجتماعی

1 Giddens

2 Bourdieu

نیز هستند. امروزه بدن جوان، زیبا و محکم به نشانه‌ای از شادی و منزلت تبدیل شده است (ذکایی، ۱۳۸۶: ۱۷۶).

۲-۱-۳: دیدگاه مری داگلاس

مری داگلاس^۱ بدن را یک متن فرهنگی می‌داند که ضمن انعکاس ارزش‌های فرهنگی و اشتغالات و اضطرابات یک فرهنگ خاص، تجلی عینی به آن می‌بخشد. او تاکید بر این دارد که بدن در یک فرهنگ خاص چگونه بازنمایی می‌گردد و چگونه به مکانی برای شیوه‌های رفتاری و اعمال دلالت‌کننده جامعه تبدیل می‌شود. داگلاس معتقد است که پیکره اجتماعی، نحوه درک بدن فیزیکی را مقید می‌کند و آنچه از خلال کنش پیکر اجتماعی با بدن فیزیکی حاصل می‌شود در «بدن» به عنوان یک رسانه محدود ابراز می‌شود. از نظر او بدن طبیعی ما توسط قوانین جامعه محدود می‌شود و شکل می‌گیرد. برای همین است که ما باید ظاهری مرتب داشته باشیم، در حد معقولی تمیز باشیم، نوع خاصی لباس بپوشیم. او بدن را یک نمونه کوچک (جهان کوچک) از نمونه بزرگ (جهان بزرگ) اجتماع می‌داند. در نظر گرفتن بدن به عنوان یک ارگانیسم سلسله مراتبی، حاکی از تشابهی است که بین بدن و اجتماع وجود دارد. گروه‌های گوناگون در جامعه رویکردهایی را درباره بدن می‌پذیرند که با پایگاه اجتماعی آنان همخوانی دارد. به عنوان مثال هنرمندان و اندیشمندان که نسبت به جامعه موضعی انتقادی دارند، بی‌تفاوتی به بدن را در قالب عدم آرایش و اصلاح موی سر و صورت نشان می‌دهند (فرزانه، ۱۳۸۷: ۴۵).

۲-۱-۴: دیدگاه فدرستون

از نظر فدرستون^۲ فرهنگ مصرفی این ایدئولوژی را ترویج می‌کند که بدن ناقل لذت و خود ابرازی است و در زمینه‌های اجتماعی کنونی، ظاهر زیبا به صورت مهم‌ترین عنصر پذیرش اجتماعی افراد درآمده است. در فرهنگ مصرفی تصاویر بدن‌های زیبای جنسی در طلب لذت، فراغت و نمایش تاکید بر اهمیت ظاهر و چهره است. وی با تشریح تأثیرات پسمادرنیسم، علاقه عامه مردم نسبت به کامل جلوه کردن، خلاق و فریبنده بودن، کنترل داشتن نسبت به بدن، خلاقیت افراد نسبت به سبک زندگی خود و مصرف سبک‌های متغیر را از ویژگی‌های این مرحله از تکامل اجتماعی و اقتصادی جوامع می‌داند. از نظر او افراد برای اثبات تعلق خود به گروه‌ها و تضمین امنیت عضویتشان ناچارند که طبق قوانین معینی که اغلب تحت عنوان «مد» ارائه می‌شود، پوشش، شکل و آرایش بدن خود را تنظیم کنند. به دست آوردن این استانداردها مستلزم رعایت الگوهای مصرفی خاصی است که در بازار سرمایه‌داری تعیین می‌شوند. او معتقد است بدن در فرهنگ مصرفی به عنوان ابزاری برای لذت بردن مورد پرستش قرار می‌گیرد و هر

1 My Douglas

2 Featherstone

چه بدن به تصاویر آرمانی جوانی، سلامتی و زیبایی نزدیک‌تر باشد، ارزش مبادله‌ای آن بیشتر بوده و دارای منزلت است (ذکایی، ۱۳۸۶: ۱۷۴).

۲-۱-۲-۵: دیدگاه گیدنز

گیدنز با نقد دیدگاه فوکو معتقد است تفسیر فوکو با آن که بسیار جالب و مهم است اما نمی‌تواند رابطه بین بدن و شخص عامل را تحلیل کند. او معتقد است انضباط بدنی با صلاحیت اجتماعی شخص عامل رابطه ذاتی دارد. وی این موضوع را بیش از آن که مربوط به تجدد بداند نوعی جریان فرهنگی تصور می‌کند که یکی از ویژگی‌های رفتاری زندگی روزمره را شکل می‌دهد. از نگاه گیدنز کنترل روزمره بدن بخش تفکیک ناپذیری از ماهیت حقیقی شخص عامل و پذیرش (یا اعتمادی) است که دیگران نسبت به صلاحیت او ابراز می‌دارند. کنترل منظم بدن یکی از ابزارهای اساسی است که شخص به وسیله آن روایت معینی از هویت شخصی را محفوظ می‌دارد و در عین حال «خود» نیز به طرزی کم و بیش ثابت از ورای همین روایت در معرض تماشای دیگران قرار می‌گیرد (گیدنز، ۱۳۷۸: ۸۸-۸۹).

بدن فقط وسیله‌ای برای کنش‌ها و واکنش‌های موضعی نیست. بدن آدمی دستگاهی است که صاحبش باید به دقت از آن مراقبت کند. این دستگاه دارای جنسیت است و سرچشمه بسیاری از رنج‌ها و لذت‌ها محسوب می‌شود (همان: ۹۳). رژیم‌ها همیشه تا حدی تابع نفوذ ذائقه فردی است؛ اما همچنین رژیم‌ها همیشه از نوعی سازماندهی اجتماعی و فرهنگی نیز پیروی می‌کنند. اینکه رژیم‌های غذایی برای بزرگسالان تا چه حد استاندارد شده و قاعده مند یا آزاد و انتخابی است به ماهیت هر فرهنگ معین بستگی دارد. همین امر در مورد رفتار جنسی نیز صدق می‌کند. پوشاک نیز تابع نوعی رژیم است. در همه فرهنگ‌ها لباس چیزی بیش از وسیله ساده‌ای برای حفاظت از بدن است؛ لباس آشکارا وسیله‌ای برای عرضه نمادین خویشتن است یا نوعی شکل دادن به قالب بیرونی روایتی که شخص برای هویت شخصی خود برگزیده است (همان: ۹۳-۹۴).

رژیم‌ها با روش‌های متعارف انجام امور جاری فرق دارند. همه امور اجتماعی روزمره کنترل پیوسته بدن را به دنبال دارد. اما رژیم‌ها اعمالی اکتسابی هستند که در اثر کنترل شدید نیازهای آلی ضرورت می‌یابند. به استثنای تقریبی پوشاک رژیم معمولاً از خصلت فیزیولوژیک اندام‌ها الهام می‌گیرند. رژیم‌ها بر اصل «خشنود سازی / محروم سازی» استوار می‌شوند و بنابراین قانونی برای انرژی‌های انگیزشی محسوب می‌گردند و چنان که فروید نشان داده با نخستین تطابق‌های ناخودآگاه با واقعیت آغاز می‌شوند. بنابراین انواع رژیم‌هایی که افراد به عنوان عادت‌های رفتاری ترتیب می‌دهند ناخودآگاهانه به صورت عناصر مشروط کننده رفتار باقی می‌مانند و در الگوهای انگیزشی تداوم می‌یابند. رژیم‌ها شیوه‌هایی برای منضبط ساختن خویش است ولی فقط به تنظیم آداب و رسوم و مقررات زندگی روزمره محدود نمی‌شوند. آن‌ها عادت‌هایی شخصی‌اند که به اقتضای مقررات اجتماعی شکل گرفته‌اند ولی تمایلات شخصی و آمادگی‌های ذاتی نیز در این شکل‌گیری بی تأثیر نبوده است (همان).

رژیم‌ها برای هویت شخصی اهمیت اساسی دارند چون عادات‌های رفتاری را با بعضی از جنبه‌های مشهود ظواهر بدن مربوط می‌سازند. آداب و رسوم غذا خوردن در نفس خود نمایشگاهی از عادات‌های آئینی است ولی در شکل و شمایل بدنی نیز تأثیر می‌گذارند و احتمالاً اطلاعاتی نیز درباره پیشینه شخص و همچنین در مورد تصویری که شخص از خود ساخته و پرداخته است به دست می‌دهند. رژیم‌های غذایی نیز آسیب شناسی خاص خود را دارند و با انواع گوناگون انضباط بدنی سخت گیرانه و مثبت نیز بی‌ربطه نیستند. ریاضت کشی که مستلزم روزه داری‌های طولانی و دیگر انواع محرومیت‌های جسمانی است به طور معمول تابع ارزش‌های دینی است و بعضی دیگر از رژیم‌های بدنی نیز به طور کلی از همین نوع ارزش‌ها الهام می‌گیرند. در سطحی شخصی‌تر محروم ساختن خوشتن از امکانات جسمانی و یا تساهل زیاده از حد در این زمینه یکی از اشکال فراوان بی‌نظمی‌های روان شناختی در تمام انواع جامعه‌های بشری است. همین مطلب را می‌توان در مورد رژیم‌های جنسی مطرح کرد. تجرد یکی از اشکال نفی جسمانی است که در بعضی از مذاهب بدان ارج می‌نهند. ولی ممکن است نمایشگر دشواری‌های شخصیتی مانند طور بی بند و باری‌های جنسی هم باشد. رژیم‌های خود آرای و تزئین خوشتن نیز مرتبط با پویایی شخصیت است. پوشاک نوعی وسیله خودنمایی است، ولی ابزار مهمی برای پنهان سازی یا آشکار سازی وجوه مختلف زندگی نامه‌های شخصی هم هست زیرا آداب و اصول رایج را به وجوه اصلی هویت شخصی پیوند می‌زند (همان، ۹۴-۹۵).

بعضی از وجوه عمده بدن که مناسبت‌هایی با «خود» و «هویت شخصی» دارند از تمایزهایی برخوردارند. نمای ظاهری بدن مشتمل بر همه ویژگی‌های سطحی پیکر ماست - از جمله طرز پوشش و آرایش - که برای خود شخص و برای افراد دیگر قابل رویت است و به طور معمول آن‌ها را به عنوان نشانه‌هایی برای تفسیر کنش‌ها به کار می‌گیرند. کردار مشخص کننده آن است که فرد از نمای ظاهری^۱ خود چگونه در فعالیت‌های روزمره استفاده می‌کند؛ منظور آن است که در ارتباط با قراردادهای ساختاری زندگی روزمره بدن را چگونه بسیج کنیم. شهوانیت بدن^۲ به آمادگی و تمایل جسمانی در مواجهه با دردها و لذت‌ها ارتباط می‌یابد و رژیم‌هایی که بدن را به پیروی از آن‌ها وامی‌داریم. با رسیدن عصر جدید بعضی از انواع نماهای ظاهری و کردارهای بدنی اهمیتی خاص می‌یابند. در بسیاری از عرصه‌های فرهنگی ماقبل جدید، نمای ظاهری بدن به طور کلی تابع استانداردهای مبتنی بر معیارهای سنتی بود. طرز آراستن چهره و انتخاب لباس همیشه تا اندازه‌ای وسیله‌ای برای فردیت بوده است. ولی امکان استفاده از این وسیله معمولاً به آسانی فراهم نمی‌آمد یا اصولاً مطلوب نبود. نمای ظاهری فرد بیش از آن که نشان دهنده هویت شخصی او باشد بیانگر هویت اجتماعی او بود. لباس و هویت اجتماعی

1. Appearance

2. Sensuality

حتی امروز هم هنوز به کلی از یکدیگر جدا نشده‌اند و پوشش افراد همچنان به صورت نشانه‌ای از نوع و موضع طبقاتی یا پایگاه حرفه‌ای آنان باقی مانده است. مدهای لباس در روزگار ما تحت تأثیر گروه‌های فشار، آگهی‌های تجارتي، امکانات اجتماعی-اقتصادی و دیگر عواملی است که بیشتر مروج استانداردهای اجباری هستند تا تفاوت‌های فردی (گیدنز، ۱۳۷۸: ۱۴۴-۱۴۵).

در محیط‌های اجتماعی دوران مابعد سنتی، نه نمای ظاهری افراد را می‌توان از پیش تعیین کرد و نه کردارهای آنان را. بدن افراد نیز به طور مستقیم در این اصل اساسی که «خود» باید ساخته و پرداخته شود مشارکت دارد. رژیم‌های مخصوص بدن سازی که مستقیماً بر اساس الگوهای مهم از هوسناکی جسم معین می‌گردد مهم‌ترین وسایلی هستند که به کمک آن‌ها بازتاب‌های زندگی اجتماعی مدرن بر کانون پرورش- یا آفرینش- بدن متمرکز می‌شود. رژیم‌های ویژه بدن سازی و توجه به آراستگی و نظافت جسم در طی دوره‌ی اخیر تجدد بدن را در برابر گرایش‌های بازتابی مداوم، خاصه در شرایطی که کثرت انتخاب وجود داشته باشد، تأثیر پذیر ساخته است. هم برنامه ریزی و تنظیم زندگی و هم پدید آمدن گزینه‌هایی برای انتخاب شیوه زندگی با رژیم‌های غذایی در هم آمیخته‌اند. کاملاً کوتاه بینانه خواهد بود اگر این پدیده را فقط بعنوان تغییر الگوهای آرمانی ظواهر جسمانی (مثلاً رواج باریک اندامی یا جوان نمایی) یا فقط به عنوان تأثیرات بازتابی تبلیغات تجارتي مورد تفسیر و تحلیل قرار دهیم. واقعیت این است که ما بیش از پیش مسئول طراحی بدن‌های خویش می‌شویم و هر چه محیط فعالیت‌های اجتماعی ما از جامعه سنتی بیشتر فاصله گرفته باشد فشار این مسئولیت را بیشتر احساس می‌کنیم (همان: ۱۴۶-۱۴۹).

گیدنز معتقد است زنان بویژه بر اساس ویژگی‌های جسمانی‌شان مورد قضاوت قرار می‌گیرند و احساس شرمساری نسبت به بدنشان رابطه مستقیمی با انتظارات اجتماعی دارد. زنان در مقایسه با مردان بیشتر در معرض اختلالات تغذیه‌ای قرار می‌گیرند که وی آن را ناشی از چند دلیل عمده می‌داند: اول اینکه هنجارهای اجتماعی ما در مورد زنان تصویری لاغر اندام و نه عضلانی است. سوم اینکه هر چند امروزه زنان در عرصه عمومی و زندگی اجتماعی به نسبت قبل فعال تر شده‌اند، اما همچنان همان قدر بر اساس پیشرفت‌ها و موفقیت‌هایشان مورد ارزیابی قرار می‌گیرند که بر پایه وضعیت ظاهری‌شان (احمدنیا، ۱۳۸۷: ۲). از نظر او پوشاک علاوه بر آن که وسیله مهمی برای پنهان سازی یا آشکار سازی وجوه مختلف زندگی شخصی است، نوعی وسیله خودنمایی نیز محسوب می‌شود چرا که لباس آداب و اصول رایج را به هویت شخصی پیوند می‌زند. حالات چهره و دیگر حرکات بدن نیز فراهم آورنده قرائن و نشانه‌هایی است که ارتباطات روزمره ما مشروط به آن‌هاست. به عبارت دیگر برای این که بتوانیم به طور مساوی با دیگران در تولید و بازنمایی روابط اجتماعی شریک شویم، باید قادر باشیم نظارتی مداوم و موفقیت آمیز بر چهره و بدن خویش اعمال کنیم. همچنین از نگاه وی واقعیت این است که ما بیش از پیش مسول طراحی بدن خویش می‌شویم و هر چه محیط فعالیت‌های اجتماعی ما از جامعه سنتی بیشتر فاصله گرفته باشد، فشار این مسولیت را بیشتر احساس می‌کنیم. امروزه نمای ظاهری

و کردارهای بدنی هم وجهی از هویت اجتماعی است و هم وسیله ابراز هویت فردی شده که به وسیله نیروها و عناصر اجتماعی تقویت گردیده است. مد و لباس در روزگار ما تحت تاثیر گروه‌های فشار، آگهی‌های تجاری، امکانات اجتماعی، اقتصادی و دیگر عواملی است که بیشتر مروج استانداردهای اجباری هستند تا تفاوت‌های فردی (گیدنز، ۱۳۷۸: ۸۷-۸۶). همچنین از نظریه گیدنز استنباط می‌شود که امروزه افراد تمایل زیادی به مدیریت کردن برنامه‌های خود حول نوع غذا، رژیم گرفتن، ورزش کردن، لباس پوشیدن و ... یعنی در متمایز کردن خود از دیگران توسط سبک و حالات بدنشان دارند و یکی دیگر از کارکردهای مدیریت ظاهر به عنوان یکی از مولفه‌های سبک زندگی، هویت بخشی و ایجاد تمایز بین افراد است.

۲-۱-۳: سرمایه جنسی

امروزه سرمایه جنسی در نحوه شکل‌گیری روابط اجتماعی انسان‌ها نقشی مهم پیدا کرده و افراد در تلاش هستند تا در ظواهر امر، نمایان‌گر شخصیتی سرزنش‌ناپذیر و متناسب با ارزش‌های اجتماعی روز باشند. سرمایه جنسی که واسطه بین فرد و دنیای خارج است، بیش از پیش به پدیده‌ای اجتماعی و فرهنگی مبدل شده که مملو از نمادها و معناهاست و افراد تحت‌تأثیر رسانه‌ها به موقعیت‌هایی هدایت می‌شوند که قبلاً امکان‌آشنایی با آنها را نداشته و از طرفی قدرت دخل و تصرف در سرمایه جنسی را یافته‌اند که دارای نیروی بالقوه برای تغییر نامحدود است و در این میان از آن‌جاکه زنان اهمیت بیشتری برای زیبایی قائل هستند، بیشتر ممکن است رفتارهایی افراطی به منظور سرمایه جنسی با الگوهای زیبایی نشان دهند. از نظر حکیم^۱ سرمایه جنسی مولفه‌های متفاوتی دارد. وی معتقد است ترکیبی از این شش مؤلفه، سرمایه جنسی زنان و مردان را تشکیل می‌دهد که این سرمایه به نسبت افراد و نیز به نسبت فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. هم‌چنین سرمایه جنسی در برخی فرهنگ‌ها با سرمایه فرهنگی آمیختگی دارد و در برخی دیگر، راه رسیدن به سرمایه اقتصادی را فراهم می‌سازد.

زیبایی یک مولفه اساسی سرمایه جنسی است که در هر فرهنگ و هر دوره‌ای می‌تواند متغیر باشد. دومین عامل سرمایه جنسی جاذبه است. جذابیت جسمانی از جمله موضوعاتی است که در این دوران استانداردهای جدیدی پیدا کرده و از عوامل شکل‌دهنده روابط افراد محسوب می‌شود، به طوری که مدیریت بدن واجد اهمیت و دلالت مضاعف گشته است و رفتارهای گوناگون بهداشتی نظیر بدن‌سازی، رژیم‌های غذایی، تجهیزات ورزشی و آرایشی مختلف برای مراقبت از بدن پدیدار شده است (رضایی و دیگران، ۱۳۸۹: ۱۴۲). داشتن بدن زیبا در وضعیت کنونی نشانه ارزش‌های اجتماعی و تا حدودی سازوکار قدرت و کنترل اجتماعی است. (خواجه نوری و دیگران، ۱۳۹۰: ۲۲). سومین مولفه سرمایه جنسی، مولفه

اجتماعی است. سرزندگی نیز یکی دیگر از مولفه های سرمایه جنسی است. شیوه ظاهر شدن در جامعه مولفه پنجم است. مسایل جنسی نیز یکی از مولفه های سرمایه جنسی است. مهارت جنسی، انرژی، بازیگوشی و در مجموع هرچیزی که فرد را از نظر جنسی تبدیل به یک شریک عاطفی-جنسی موفق سازد. حکیم معتقد است ترکیبی از این شش مؤلفه، سرمایه جنسی زنان و مردان را تشکیل می دهد که این سرمایه به نسبت افراد و نیز به نسبت فرهنگ های مختلف متفاوت است. هم چنین سرمایه جنسی در برخی فرهنگ ها با سرمایه فرهنگی آمیختگی دارد و در برخی دیگر، راه رسیدن به سرمایه اقتصادی را فراهم می سازد. به طور کلی یکی از علل عمده استفاده زنان و مردان از سرمایه جنسی خود علاوه بر تمایلات جنسی، برطرف کردن نیاز اقتصادی از طریق بر جسته کردن سرمایه های جنسی خود است. در چند دهه اخیر در ایران سرمایه جنسی و تناسب اندام به عنوان معیار زیبایی و کنش فرهنگی مورد توجه زنان و دختران قرار گرفته است و اقدام برای رعایت رژیم غذایی و فعالیت های مرتبط با مدیریت بدن به یکی از دغدغه های شماری از دختران و زنان ایرانی تبدیل شده است (احمدنیا، ۱۳۸۵: ۲۵). حجم بالای پژوهش های مرتبط با بدن در سال های اخیر نیز مؤید این قضیه است که بدن به مسئله ای اجتماعی و فرهنگی تبدیل شده است که هر روز بر دامنه توجه به آن و تأثیرات آن افزوده می شود. سرمایه جنسی به معنای نظارت و دستکاری مستمر ویژگی های ظاهری و اجتماعی فرد است. این مفهوم به کمک معرف-هایی همچون کنترل وزن از طریق ورزش، رژیم غذایی و دارو، دست کاری پزشکی (جراحی بینی و پلاستیک) و میزان اهمیت دادن به مراقبت های بهداشتی و آرایشی و استحمام روزانه، آرایش مو، آرایش یا اصلاح صورت، استفاده از ادکلن و انواع خوشبوکننده، آرایش ناخن و لنز رنگی برای خانم ها، به یک شاخص تجمعی تبدیل شده است که متغیری است با سه درجه نظارت سطح پایین، نظارت متوسط و نظارت سطح بالا. سرمایه جنسی از موضوعاتی است که بر نحوه رفتار افراد و گروه ها تأثیرات مستقیمی دارد، به گونه ای که سرمایه جنسی به عنوان پدیده ای که دارای تأثیرات اجتماعی، فرهنگی و سیاسی خاص خود است به امری شایع و پراهمیت تبدیل شده است. افزایش تأکید بر بدن با چند عامل در ارتباط است که عبارتند از: «سیاسی شدن بدن، عوامل جمعیتی، تغییر ماهیت بیماری، افزایش فرهنگ مصرفی، توسعه تکنولوژی های جدید مرتبط با بدن، دگرگونی های جدید مرتبط با حرکت از مدرنیته به مدرنیته متأخر و در نظر گرفتن بدن به عنوان یک پروژه یا به مثابه یک پدیده اجتماعی و بیولوژیکی ناتمام که در حال تغییر است» (موحد و دیگران، ۱۳۸۹: ۸۰).

۲-۲: اعتیاد در محیط های آرایشی و ورزشی

با رشد فزاینده باشگاه های ورزشی جهت پرورش اندام و ورود بدون نظارت و تایید این داروها در کشور، سواستفاده های دارویی شکل خاص و خطرناکی به خود گرفته و قشر جوان کشور را در معرض عوارض هولناک و حتی مرگ قرار داده و از طرفی فرهنگ ورزش و حرمت آن را مورد هجوم قرار داده است (مالک و همکاران، ۲۰۰۵). بررسی پژوهشگران نشان می دهد از میان هشت دسته از داروها و

روش‌های دو پینگ مورد استفاده و مورد توجه ورزشکاران حداقل پنج دسته می‌تواند زمینه سو مصرف مواد مخدر را در این گروه ایجاد کند.

۱- آنابولیک استروئیدها مثل ناندربولون و هیدروتستوسترون و ... که باعث شادی و زور کاذب و زود گذر در مصرف کننده می‌شود. علی رغم گزارش‌های متعدد مبنی بر عوارض و خطرات توام با مصرف این داروها هنوز استروئیدهای آندروژنیک آنابولیک به نحو گسترده‌ای در ورزش مصرف می‌شوند. این داروها بیشترین موارد آزمون مثبت در نمونه‌های ورزشکاران را شامل می‌شود. این داروها بیشتر برای ورزش‌های قدرتی مورد استفاده قرار می‌گیرند که متاسفانه گستره وسیعی نیز بین ورزشکاران یافته است.

۲- داروهای محرک سیستم عصبی نظیر آمفتامین‌ها و آفدرینو که سبب آزاد شدن انرژی بیشتر از عضله‌های بدن می‌شود. این داروها در ابتدا توسط ورزشکاران برای بهبود کارایی در روز مسابقه به کار می‌رفته است. در گذشته تصور می‌شد که این داروها با اثرات افزایش کارایی در فعالیت‌های قدرتی انفجاری و رویدادهای استقامتی همراه باشند اما با مدارک علمی که در دست است می‌توان ثابت کرد که مصرف این دارو با مرگ ناگهانی ورزشکاران همراه خواهد بود. رده داروهای محرک شامل محرک‌های روانی-حرکتی، داروهای سمپاتومیمتیک و محرک‌های متفرقه مانند آمفتامین‌ها، آفدرین‌ها و کوکائین هستند.

۳- داروهای مخدر و مسکن که برای ساکت شدن درد در حین مسابقه اغلب از طریق اسپری کردن روی بافت آسیب دیده استفاده می‌شود.

۴- داروهای ادرار آور که برای وزن کم کردن در رشته‌هایی که محدودیت وزنی دارند مثل کشتی و جودو و وزنه برداری ... استفاده می‌شوند.

۵- داروهای بتابلوکر که برای کاهش ضربان قلب و تمرکز بیشتر اغلب رشته‌هایی چون تیراندازی مورد استفاده قرار می‌گیرند.

در ایران معمولاً این سنخ دسته به وفور در دسترس ورزشکاران بوده و آن‌ها بدون اینکه نیاز علمی به مصرف این داروها داشته باشند آن‌ها را مورد سو مصرف قرار می‌دهند و زمینه روانی و جسمانی اعتیاد به مواد مخدر را در خود فراهم می‌کنند. تعداد زیادی از نوجوانان و جوانان معتقدند مردانی که دارای عضلات بزرگ‌تری هستند از جذابیت بیشتری برخوردارند (نیلسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۱). از سوی دیگر ایجاد یک نارضایتی از تیپ بدنی در بین برخی افراد و تمایل به تغییر آن یکی از عوامل انگیزشی قوی در مصرف برخی داروها، همچون استروئیدهای آنابولیک است (لابر^۲، ۲۰۰۲؛ پیتز^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). هدف

1 Nilson

2 Lauber

3 Piter

اصلی از مصرف این مواد افزایش توده عضلانی و بهبود شکل ظاهری بدن می‌باشد (نیلسون و همکاران، ۲۰۰۱). این در حالی است که این داروها عوارض سو متعددی دارند. مصرف این مواد به خصوص به صورت طولانی مدت سبب ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها مانند سکت قلبی، بزرگ شدن پستان‌ها، سمیت کبدی و سرکوب غدد عصبی درون ریز می‌شود (کانایا، ۲۰۰۶). از دیگر عوارض و اثرات جانبی این مواد می‌توان آکنه، رویش موهای صورت، خشونت و تغییر صدا، طاسی با الگوی مردانه، تغییر در تمایلات جنسی و آتروفی بیضه‌ها را نام برد (پادرسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۱). در تحقیقات متعددی که بر روی مصرف کنندگان استروئیدها انجام گرفته، نشان داده شده که این افراد علاوه بر تهدید سلامت جسمی‌شان، دچار اختلالات رفتاری و شخصیتی و بروز رفتارهای خشن نیز می‌شوند (نیلسون و همکاران، ۲۰۰۱؛ پادرسون و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین مصرف استروئیدها می‌تواند به عنوان زمینه ساز یا مقدمه‌ای برای مصرف مواد دیگری همچون مواد مخدر و الکل باشد (نیلسون و همکاران، ۲۰۰۱؛ میلر^۳ و همکاران، ۲۰۰۲).

۲-۱- زنانه شدن اعتیاد

امروزه اعتیاد به یکی از اصلی‌ترین آسیب‌های اجتماعی کشور تبدیل شده است. اهمیت این آسیب در شرایطی است که به تنهایی تأثیرات مستقیمی بر سایر آسیب‌ها همچون کارتن خوابی، طلاق، سرقت‌های خرد، روسپیگری و در برخی موارد به دلیل توهّمات ناشی از مصرف مخدر شیشه موجب قتل‌های زیادی نیز شده است. از طرف دیگر با دگرگون شدن چهره اعتیاد و با اولویت درگیر نمودن نوجوانان، جوانان و بخصوص اقشار زنان در کشور پا به عرصه جهانی گذارده و سعی دارد تا با تبلیغات فریبنده و با روش‌هایی موجه موجبات گسترش سو مصرف مواد را در این گروه‌ها فراهم کند. تا جایی که تعریف امروز از تولید کنندگان مواد به عنوان اهدا کنندگان اعتیاد و نیستی با تعریف دیروز متفاوت است. مخدرهای امروزی لزوماً آن بسته‌های کوچک کثیف که مخفیانه رد و بدل می‌شوند نیست و فروشندگان نیز در اذهان عموم شاید به عنوان یک قاچاقچی تعبیر نشوند. محصولات اعتیاد آور امروزی توسط افرادی با ظاهری موجه و فریبنده و در مکان‌هایی لوکس و گران قیمت با وعده‌هایی وسوسه کننده در قالب کرم، پودرهای بدن سازی، عطر و ادکلن، شکلات و آدامس و ... ارائه می‌شود. کشیده شدن اعتیاد زنان از مناطق کم برخوردار و حاشیه نشین به سطح عام‌تری از جامعه همچون مراکز ورزشی و آرایشگاه‌های زنانه واقعیتی است که اگر چه از نظر کمی قابل توجه نیست، اما از نظر اجتماعی و فرهنگی موضوعی است که نمی‌توان از آن به سادگی گذشت و باید در برنامه ریزی‌ها به عنوانی یکی

1 Kanaya
2 Ratherson
3 Miller

از نقاط هدف مورد توجه قرار گیرد. بر اساس آمارهای جهانی، اعتیاد زنان عوارض خطرناک‌تری نسبت به مردان ایجاد می‌کند، به عنوان مثال فاصله زمانی اولین تجربه مصرف مواد تا تزریق مواد در زنان به طور متوسط دو سال و در مردان هشت سال است. بر همین اساس زنان حدوداً ۶ سال زودتر از مردان به ورطه وابستگی شدید کشیده می‌شوند که طبعاً درمان سخت‌تر و عوارض جسمی، روانی و اجتماعی آن نیز به مراتب بیشتر است. در ایران با وجود این که بنا بر آمار رسمی، شیوع اعتیاد در بین زنان ایرانی، نسبت به اکثر کشورهای جهان کمتر است اما شواهد نشان می‌دهد آمار اعتیاد زنان ایرانی نسبت به سال‌ها گذشته عموماً در موارد پرخطری همچون مواد روان گردان و محرکی مانند شیشه به دلیل تبلیغات اغواگرانه مافیای مواد مخدر درباره اثرات کوتاه مدت و ناپایداری مثل افزایش انرژی، افزایش فعالیت، کاهش خستگی و لاغری بالا رفته است.

۲-۲-۲: تمایل بیشتر زنان به مواد جدید

یکی از عوامل و دلایل مهم افزایش مصرف مواد مخدر جدید و صنعتی باور و تبلیغات وسیعی است که دلالان در مورد تاثیر و استفاده بدون خطر و عوارض کراک و شیشه در لاغر کردن و خوش استایل کردن و تناسب اندام زنانگی دارند. همچنین سو مصرف دارویی زنان از قرص‌های روانگردان جدید با این دلیل که آن‌ها آرامش‌زا و آرام بخش هستند، صورت می‌گیرد. مطالعات کیفی که در این زمینه انجام شده نشان می‌دهد دلیل مهم مصرف کراک و شیشه توسط زنان، استفاده از قرص‌های لاغری و قرص‌هایی است که برای رفع چین و چروک در بازار در دسترس است، چرا که یکی از مواد تشکیل دهنده این داروها، ماده مخدر شیشه است (مکری، ۱۳۸۹). در واقع بخش مهمی از زنانی که شیشه و کراک مصرف می‌کنند، از این مواد به عنوان نوعی درمان استفاده می‌کنند. در تحقیقی که در میان دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شد (طارمیان، ۱۳۸۵) و همچنین پژوهشی که در میان دانشجویان دانشگاه‌های یزد (دهقانی و همکاران، ۱۳۸۲) انجام شده این موضوع تایید شد که زنان بیشتر از مردان شیشه و کراک مصرف می‌کنند.

۲-۲-۳: الگوهای مصرف مواد

مواد به شکل‌های مختلف مصرف می‌شود که گاهی مانند مصرف پزشکی کاملاً مجاز بوده و تحت نظر پزشک است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بخش عمده‌ای از جامعه، مواد مصرف نمی‌کنند و بخش کوچکی از افرادی که مواد مصرف نمی‌کنند، وابسته می‌شوند. این مساله قابل پیشگیری بودن مصرف مواد را در هر مرحله‌ای نشان می‌دهد تا حداقل وارد مرحله بعد نشود. به طور کلی انواع حالت‌های مصرف مواد به شرح زیر است:

مصرف آزمایشی: در این موقعیت فرد به دلیل کنجکاوی مواد مصرف می‌کند و ممکن است مصرف را ادامه دهد یا مصرف را قطع کند. این گونه مصرف کنندگان عمدتاً سن کمی دارند، مصرف آن‌ها کوتاه مدت و نامنظم است و حتی ممکن است فقط یک بار باشد مثل مصرف سیگار توسط یک نوجوان (توکلی و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۱).

مصرف گهگاهی یا تفننی: در این موقعیت فرد معمولاً در مهمانی یا به اصرار دوستان گهگاهی مواد مصرف می‌کند و مصرف مواد برای سرگرمی و تفریح است و می‌خواهد از آن لذت ببرد. مثل مصرف مشروبات الکلی، حشیش و قرص‌های اکس در آخر هفته یا میهمانی‌ها(همان).

مصرف پزشکی: با دستور پزشک مواد مصرف می‌کند و آسیب آن کم است. مثل مصرف ترامادول یا مرفین در دردهای شدید در بیمارستان‌ها و یا مصرف فنویاریتال، دیازپام و ... زیر نظر پزشک(همان).

مصرف آسیب‌زا یا سو مصرف: مصرف مواد به طوری که باعث آسیب‌های مختلف در فرد می‌شود مانند مشکل تحصیلی، جسمی و خانوادگی(همان).

مصرف مواد وابسته (اعتیاد): فرد به لحاظ جسمی و روانی به ماده وابسته است و در مصرف افراط می‌کند و مشکلات جدی برای او به بار می‌آورد. فردی که به مصرف مواد وابسته(معتاد) است، در صورت عدم مصرف مواد، دچار مجموعه‌ای از نشانه‌های ناخوشایند جسمی و روانی می‌شود(برای مثال دل پیچه، درد استخوان، خارش بدن، احساس تشویش و دل شوره) به گونه‌ای که برای کاهش این علائم مجدداً ماده را مصرف می‌کند(همان).

۲-۲-۴: الگوهای جدید توزیع و مصرف مواد مخدر

جامعه ایرانی به موازات تغییر الگوی مصرف مواد، در توزیع مواد مخدر هم شاهد تحولات و تغییرات شتابانی بوده است. پژوهش‌های کیفی و تک نگاری‌هایی که انجام شده نشان می‌دهد: اگر در سال‌های گذشته توزیع مواد مخدر در مراسم‌های خصوصی، پارک‌ها، مهمانی‌ها انجام می‌شده، در چند سال اخیر روش‌های مدرن و شکل‌تری پیدا کرده است. توزیع مواد مخدر به ویژه انواع صنعتی آن در مراکز درمانی، داروخانه‌ها کلینیک‌ها(مثل ترامادول) یا مراکز یوگا و برخی مراکز پرورش اندام و بدنسازی گزارش شده است. همچنین در موارد متعددی در تک نگاری‌ها ملاحظه شده که دلالان و فروشندگان مواد مخدر با ایجاد رابطه و آشنایی‌های اولیه در موقعیت‌های مختلفی - از جمله در وسایل نقلیه عمومی با دختران جوان و یا کسانی که از بیماری پوستی رنج می‌برند- پس از جلب اعتماد و دوستی با آن‌ها، نوعی مواد مخدر را به عنوان درمان به آنان تحمیل می‌کنند که پس از مدتی باعث اعتیادشان به مواد مخدر می‌شود(قنبری و ربیعی، ۱۳۹۳).

یافته‌ها نشان می‌دهد که الگوی مصرف مواد مخدر زنان نیز دگرگون شده گرایش آنان از مصرف مواد سنتی به مواد مخدر صنعتی تغییر یافته است. همچنین اگر چه در مقایسه با سایر کشورها اکثر شواهد حکایت از شیوع کمتر سو مصرف مواد در بین زنان ایرانی دارد، تحقیقات ۱۵ سال اخیر نشان می‌دهد: میزان گرایش زنان به اعتیاد تقریباً دو برابر شده است. این در حالی است که در اوایل دهه دهه ۱۳۸۰ حداکثر ۴ تا ۵ درصد مصرف کنندگان مواد مخدر را زنان تشکیل می‌دادند و در پژوهش ۱۳۹۱ جهاد دانشگاهی به حدود ۱۰ درصد کل مصرف کنندگان رسیده است. چنین روندی می‌تواند زنگ خطری برای استحکام بنیان‌های نهاد خانواده و برخورداری از جامعه‌ای سالم باشد. تحقیقات دیگر هم نشان

می‌دهد که مصرف مواد مخدر در زنان در سال‌های اخیر تغییر کرده، به گونه‌ای که میزان مصرف مواد دانشجویان دختر در حد دانشجویان پسر افزایش یافته است (قادری و همکاران، ۱۳۹۶).

افزایش میزان شیوع در گروه‌های تحصیلکرده جامعه از دیگر تغییرات مهم مصرف مواد مخدر در جامعه ایرانی است، به نحوی که هم اکنون با پدیده معتادان تحصیلکرده مواجه هستیم. روندها نشان می‌دهد که در سال‌های آتی این موضوع حادث‌تر هم می‌گردد. با توجه به پیش‌روی سن مصرف در بین جوانان، الگوی مصرف نیز در بین جوانان تغییر کرده و ضمن کاهش روش مصرف تدخین، گرایش به مواد مخدر سنگین بیشتر شده است (قنبری و ربیعی، ۱۳۹۳).

۲-۵: باورهای غلط در مورد مصرف مواد

باورهای غلط در مورد مواد محرک صنعتی مانند شیشه را می‌توان به صورت زیر دسته‌بندی کرد:

الف- باور غلط شیشه حاوی مورفین نیست، پس اعتیاد ندارد و مصرف آن باعث اعتیاد نمی‌شود.

ب- باور غلط پایین بودن آسیب‌های ناشی از مصرف مواد صنعتی و شیمیایی

ج- ایجاد انرژی مضاعف به واسطه مصرف مواد صنعتی و شیمیایی

د- افزایش قوای جنسی ناشی از مصرف مواد صنعتی و شیمیایی

ه- آرامش، افزایش تمرکز و خلاقیت ناشی از مصرف مواد صنعتی شیمیایی

و- باور غلط مصرف شیشه باعث مثبت شدن آزمایش اعتیاد نمی‌شود

ز- باور غلط شیشه موجب لاغری و زیبایی پوست می‌شود.

۲-۶: انگیزه‌های مصرف مواد

در مجموع شروع مصرف مواد در بین مردم دلایل مختلفی دارد:

احساس خوشی: اکثر اوقات مواد احساس خوشی و لذت بسیار زیادی می‌دهند. به دنبال احساس سرخوشی اولیه، بسته به نوع ماده، آثار دیگری هم ظاهر می‌شود. به عنوان مثال انسان با مصرف محرک‌هایی مثل شیشه به دنبال احساس سرخوشی؛ علائمی مانند احساس قدرتمندی، اعتماد به نفس و افزایش انرژی پیدا می‌کند. در حالی که پس از سرخوشی ناشی از مصرف مشتقات تریاک، احساس رضایتمندی و آرامش به وجود می‌آید.

احساس بهتر بودن: برخی از افرادی که از اضطراب اجتماعی و اختلالات مرتبط با تنش‌های عاطفی و افسردگی رنج می‌برند برای کاهش احساس ناخوشی، به سو مصرف مواد روی می‌آورند. فشارهای روانی در شروع سو مصرف مواد و یا تداوم و عود بسیاری از افراد نقش عمده‌ای دارد.

بهبود عملکرد: توقعات غیرمنطقی دیگران و یا افراد از خود، برای ارتقای عملکرد ورزشی یا تحصیلی می‌تواند نقش عمده‌ای در شروع تجربه سو مصرف مواد و تداوم مصرف آن داشته باشد.

کنجکاوی و هم‌رنگ جماعت شدن: نوجوانان در این زمینه آسیب‌پذیرتر و تحت فشار هم‌تایان (همسالان) هستند و لذا احتمال بروز رفتارهای «خطرناک» و «جسورانه» در آن‌ها بیشتر است.

۷-۲-۲: عوارض جانبی داروهای محرک

این عوارض شامل اغتشاش ذهنی و دلیریوم، تعریق، تپش قلب، اتساع مردمک، تنفس سریع، پر فشاری خون، تپش قلب، درد عضلانی و مفصلی است. مصرف طولانی مدت این داروها با اختلال پاتولوژیک میوکارد و وقفه در رشد نوجوانان همراه است و در مصرف‌های با دوز بالا به تغییرات شخصیتی پا برجا و هذیان‌های پارانوئیدی و توهم‌های لمسی منتهی می‌شود و با ایجاد تحمل، وابستگی و اعتیاد همراه است.

۳-۲: پیشینه تحقیق

اگر چه در چند سال اخیر روند انجام تحقیقات و پژوهش‌های کاربردی در حوزه اعتیاد زنان در ایران روند صعودی و رو به رشد داشته و انتشار آمار و ارایه اخبار در حوزه وضعیت مصرف مواد در میان زنان از حالت سترون سابق بیرون آمده است اما همچنان بخش بزرگی از تحقیقات حوزه اعتیاد متوجه مردان است و در حوزه اعتیاد زنان در بسیاری بخش‌ها از جمله موضوع پژوهش حاضر هنوز ورود نشده است. از همین رو در جستجوی تحقیقات مرتبط با موضوع پژوهش موارد انگشت شمار زیر که به موضوع پژوهش نزدیک‌تر بوده است مطالعه و گزارش شده است.

۱- در پی حفظ زیبایی بودن همواره برای سلامتی و امنیت پر خطر است. بعضی از این خطرات شناخته شده و برخی دیگر هنوز زیر بررسی‌اند. آزمایش نمونه خون و ادرار ۲۰ دختر نوجوان از نقاط مختلف کشور نشان داد که بیش از ۱۳ ماده شیمیایی مؤثر نرم کننده و آرایشی در خون آن‌ها وجود دارد که می‌تواند باعث بر هم خوردن تعادل هورمونی شود (زن نگار، ۱۳۹۲).

۲- وجود مواد سرطان زایی همچون فورمالدهاید و نروتاکسن‌ها که گاه در حد وفور در لوازم آرایشی و بهداشتی یافت می‌شود نیز از نمونه‌های دیگر موارد مخاطره آمیز برای زنان و دختران جوان محسوب می‌شود. برنزه کردن در فضای بسته و در دستگاه با وجودی که احتمال ابتلا به سرطان را زیاد می‌کند از جمله تفریحاتی است که تقریباً همه دوست دارند. یک پژوهش جدید بر روی دانشجویان نشان داد که از میان دانشجویانی که مرتب به سالن‌های برنزه کردن سر می‌زنند، از هر سه نفر یک نفر به نوعی به اعتیاد به مواد یا الکل مبتلا می‌شود. آن‌ها اغلب از کلاس و فعالیت‌های اجتماعی باز می‌مانند و به خاطر وقت گذرانی بیش از حد در این سالن‌ها احساس گناه می‌کنند اما قادر نیستند از وقتی که برای این تفریح می‌گذارند کم کنند (زن نگار، ۱۳۹۲).

۳- بر اساس پژوهشی که در سال ۱۳۸۹ در میان زنان معتاد شهر تهران انجام شده علل شروع به مصرف مواد در زنان مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. در این مطالعه انگیزه حدود نیمی از این زنان (۴۷/۸ درصد) «لاغری» عنوان شده است. «افزایش تمرکز»، «کنجکاوی»، «افزایش قدرت جنسی» از دیگر دلایل پر بسامد این مطالعه بوده است. «افزایش حافظه و سایر قوای ذهنی»، «کارایی بیشتر»، «افزایش انرژی»، «شب بیداری» در مرتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند و در نهایت «ترک سایر مواد

مخدر»، «افسردگی»، «شادابی پوست»، «اضطراب» از دیگر دلایل آغاز مصرف ذکر شده‌اند (نوری و همکاران، ۱۳۸۹).

۴- نتایج پژوهش تقی پور و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان تجارب زنان مبتلا به اعتیاد پیرامون تأثیر رسانه‌ها بر گرایش به آن نشان می‌دهد که از نظر دختران معتاد رسانه‌ها به طور مشخص در معرفی یا گرایش آن‌ها به اعتیاد تأثیر نداشته، بلکه رسانه و بخصوص تلویزیون بر شکل‌گیری سبک زندگی، الگوی مصرف، موسیقی، تعریف مفاهیم انتزاعی (زیبایی، لذت، رفاه، خوشی و ...) و جامعه‌پذیری افراد مؤثر هستند. در این پژوهش یکی از علل مصرف مواد ناشی از تعبیر غلط مخاطبان نسبت به پیام‌های رسانه‌ای بوده است.

۵- گروه تحقیقاتی داو در سال ۲۰۰۴ در پژوهشی با عنوان «زیبایی نقادانه» طی بررسی ۳۲۰۰ زن از ۱۰ کشور جهان در گروه سنی ۱۸ تا ۶۴ سال که به صورت پیمایش تلفنی انجام شده بودند، دریافت که ۴۴ درصد از زنان بر این باور هستند که زیبایی مقوله‌ای فراتر از ویژگی‌های جسمانی است (تونی، ۲۰۰۴: ۱۹). یافته‌های این پژوهش نشان داد زنان، مفهوم زیبایی را به عنوان ویژگی‌های جسمانی ذاتی، امری کهنه و منسوخ دانسته و در عوض موقعیت‌ها و تجربیات را به عنوان عامل توانمند ساز در احساس زیبایی در نظر گرفته‌اند. از دیگر نتایج تحقیق یاد شده این است که ۲۱ درصد از زنان با خرید محصولات زیبایی و ۱۷ درصد با نگاه کردن به مجلات مد زیبایی را تجربه می‌کنند. همچنین تحقیق یاد شده بیان می‌دارد از آنجا که از یک سو دائماً در رسانه‌های جمعی مفهوم تقلیل یافته زیبایی مورد استعمال واقع می‌شود و به دیگر مؤلفه‌های آن نظیر خوشحالی، مهربانی، تعقل، عشق و درک خود توجهی نمی‌گردد و از سوی دیگر آن کیفیت خاصی از زیبایی که در رسانه‌ها مورد تأکید قرار می‌گیرد پدیده‌ای غیر قابل دسترسی است؛ بیشتر زنان، خصوصاً زنان و دختران جوان‌تر که الگوهای خود را از فرهنگ عمومی اخذ می‌کنند دچار نوعی افسردگی و خود کم بینی و اعتماد به نفس پایین می‌گردند (اتکاف، ۲۰۰۴: ۴۷).

۶- اخلاصی (۱۳۸۶) در تحقیقی با عنوان «مدیریت بدن و رابطه‌ی آن با پذیرش اجتماعی بدن» نشان داده که توجه زنان به بدن در همه وجوه گوناگون از حیث آرایشی، مراقبت و نگهداری شدت یافته است. بر مبنای این پژوهش بین عوامل مصرف رسانه‌ای، پذیرش اجتماعی بدن و پایگاه اقتصادی- اجتماعی با مدیریت بدن رابطه‌ی معناداری وجود دارد و رابطه متغیرهای دینداری و مدیریت بدن معکوس است.

۷- احمدنیا (۱۳۸۵) در تحقیق خویش نتیجه می‌گیرد که فشارهای فرهنگی از جمله مهم‌ترین عواملی هستند که در گرایش زنان به تناسب اندام اثر می‌گذارند. وی تأکید می‌کند که تأثیر فشارهای فرهنگی در سطح بین المللی و از طریق رسانه‌های جمعی تشدید می‌شود به طوری که ارزش‌های خاص مرتبط با اشکال و اندازه‌های بدنی ایده‌آل و مطلوب در رفتارهای افراد اثر می‌گذارد که نمونه‌ی بارز آن اهمیت باریک اندامی در جوامع غربی است که به جامعه ایران نیز سرایت یافته است.

۸- جلیلیان و وردیپور (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در شناسایی باورهای مرتبط با مصرف استروئیدهای آنابولیک در بین ورزشکاران بدن ساز، به مطالعه و تعیین شیوع و باورهای مرتبط با مصرف این مواد در میان ورزشکاران مراجعه کننده به سالن‌های بدن سازی پرداخته است. تعداد ۳۰۰ نفر از ورزشکاران شهر همدان که با استفاده از نمونه گیری طبقه بندی تصادفی در این مطالعه شرکت کردند. نتایج پژوهش نشان داد که ۲۴,۳ درصد از ورزشکاران مورد مطالعه از استروئیدهای آنابولیک استفاده کردند. بیشترین استروئید آنابولیک مصرفی آندارول بوده است. اکثر مصرف کنندگان مهم ترین دلیل برای مصرف استروئیدهای آنابولیک را زیبایی اندام ذکر کردند.

۲-۴: چارچوب نظری و مفهومی تحقیق

آمارهای غیر رسمی موجود حاکی از گرایش روزافزون زنان ایرانی به استفاده از سرمایه جنسی دارد. شواهد نشان می‌دهد که سرمایه جنسی زنان در ایران تبدیل به معضل شده است. اکثر زنان توجه به ظاهر را در اولویت‌های اولیه زندگی خود قرار می‌دهند و دغدغه بسیاری از آنان در طول روز در روابط اجتماعی به سرمایه جنسی آن‌ها برمی‌گردد. علاوه بر این حجم بالای پژوهش‌های مرتبط با بدن در سال‌های اخیر موید این قضیه است که بدن به مسئله‌ای اجتماعی و فرهنگی تبدیل شده که هر روز بر دامنه توجه به آن و تاثیرات آن افزوده شده و به عنوان یک پروژه یا به مثابه یک پدیده اجتماعی و بیولوژیکی ناتمام که در حال تغییر است (موحد و همکاران، ۱۳۸۹: ۸۰) نگریسته می‌شود.

سرمایه جنسی برای زنان نماینده بسیاری از چیزها نظیر پایگاه اجتماعی، درآمد، اعتماد اجتماعی، دریافت کمک از نامحرم، بازتولید مطلوبیت و سرمایه اجتماعی شده است که برای دستیابی به آن و ارتقای مداوم آن تلاش و هزینه زیادی می‌کنند. در جامعه ما علیرغم ملاحظات عرفی و شرعی استفاده از سرمایه جنسی دغدغه فکری بسیاری از زنان و دختران ایرانی را تشکیل داده است. از همین رو با صرف هزینه، زمان و نیز انرژی به دنبال دستیابی به ایده‌آل‌های مطلوب زنانگی و به دنبال برجسته کردن ظاهر خود برمی‌آیند. لذا می‌توان گفت که استفاده از سرمایه جنسی از پیچیده‌ترین مسایل دهه اخیر کشورمان به شمار می‌رود که متأسفانه نه تنها توجه به آن مورد غفلت واقع شده بلکه با اعمال سیاست‌های محدودگرانه در حوزه روابط و مناسبات اجتماعی نظیر بازار کار، عدم دسترسی برابر به بسیاری از فرصت‌ها زنان را ناگزیر کرده تا با استفاده از تنها ابزار در دسترس و ممکن درصدد بازپس‌گیری و جبران تبعیض‌ها و ناکامی‌هایشان برآیند و در این مسیر با خطراتی نظیر قرار گرفتن در معرض مصرف مواد مخدر به بهانه‌های گوناگون و نهایتاً وابستگی به آن که خود سبب ساز و عامل بسیاری از آسیب‌های دیگر است قرار بگیرند. از همین رو تأکید بر مدیریت بدن، زیبایی، ارتقای سرمایه جنسی و مهارت‌های مرتبط با جنسیت سبب شده تا بسیاری از زنان ناخواسته در مسیر نادرستی قرار بگیرند.

همچنین بخشی از تغییرات یاد شده را می‌توان در تغییرات هویتی زنان و درک آنان از کیستی خود و بازتعریف نقش‌های زنانه و دخترانه جست و جو کرد. زنان ایرانی نسبت به گذشته بیشتر در محیط‌های

شهری حضور دارند و در محیط‌های غریبی با مردان بیگانه بیشتر از زنان قدیمی در ارتباطند. بالا رفتن تحصیلات و اشتغال آنان در کنار دگرگونی‌ها و تحولات ارزشی جامعه ایرانی، بر فردگرایی آنان افزوده و گاه آنان را در یرخی رفتارها و اعمال به مردان نزدیک ساخته است. افزایش مصرف مواد مخدر در زنان را با نگاه تغییرات هویت فرهنگی می‌توان در قالب تغییر نقص‌های زنان و دگرگونی ارزش‌های مردانه مسلط و نیز در تغییر موقعیت و سبک زندگی زنان در جامعه فهم کرد. علاوه بر فراهم‌تر شدن فضاها و محیط‌های تجربه و تغییر در اجتماعات کوچک و چند نفره دخترانه و در دسترس شدن مواد مخدر برای دختران، حضور زنان در دوره‌می‌های مختلف که در آن مواد مصرف می‌شود، نیز عامل دیگری بر افزایش مصرف مواد در زنان است.

فصل سوم

روش‌شناسی تحقیق

مقدمه

در این فصل ابتدا استراتژی پژوهش تشریح شده و در ادامه تکنیک‌ها و ابزارهای گردآوری اطلاعات، جامعه آماری و نحوه تعیین مشارکت کنندگان در پژوهش و نحوه تضمین اعتبار و پایایی به صورت جداگانه به تفکیک فازهای کمی و کیفی پژوهش توضیح داده شده است

۳-۱: روش پژوهش

با توجه به موضوع و ماهیت طرح تحقیق که به بررسی وضعیت شیوع و مصرف مواد در سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه در شهر اصفهان می‌پردازد، این پژوهش با استفاده از روش تحقیق آمیخته از نوع اکتشافی انجام شده است که ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی است. همچنین این پژوهش از حیث نوع تحقیق در زمره پژوهش‌های توصیفی-تبیینی و از جهت جمع‌آوری داده‌ها در زمره مطالعات مقطعی قرار می‌گیرد. در پژوهش حاضر از روش طرح تحقیق آمیخته (ترکیبی) استفاده می‌شود. پژوهش‌های آمیخته پژوهش‌هایی هستند که با استفاده از ترکیب دو مجموعه روش‌های تحقیق کیفی و کمی به انجام می‌رسند. از آن‌جا که در طراحی و اجرای طرح‌های تحقیق با روش‌های آمیخته از هر دو دسته روش تحقیق کمی و کیفی استفاده می‌شود؛ ویژگی‌های اصلی این روش متأثر از چگونگی استفاده از دو دسته روش‌های کیفی و کمی است. در این پژوهش از رویکرد طرح اکتشافی برای دستیابی به اهداف تحقیق و پاسخ به سؤالات پژوهش استفاده شده است. به این صورت که ابتدا داده‌های کیفی گردآوری می‌شوند؛ سپس بر اساس نتایج و پیامدهای توسعه یافته بخش کیفی داده‌های بخش کمی پژوهش طراحی و جمع‌آوری می‌شود. در واقع طرح اکتشافی دارای رویکرد دو مرحله‌ای است. به منظور اکتشاف و جستجوی پدیده، پژوهش با گردآوری داده‌های کیفی شروع می‌شود و در مرحله دوم بخش کمی را ایجاد می‌کند. اساس این رویکرد بر طرح نتایج و پیامدهای مرحله‌ی کیفی بنا شده است و توسعه و گسترش مرحله مقدماتی کیفی با بهره‌گیری از مؤلفه‌های کمی متعاقب آن صورت می‌گیرد (دلور و دیگران، ۱۳۹۲: ۲۳۷).

۳-۲: تکنیک‌ها و ابزارهای گردآوری اطلاعات

در مرحله طرح مسأله و بررسی ابعاد نظری و تجربی پژوهش از روش کتابخانه‌ای (شامل بررسی اسناد، کتب، مقالات، پایان‌نامه‌ها، مجلات، نشریات و سیستم اطلاع‌رسانی اینترنتی) و جهت به دست آوردن اطلاعات از روش میدانی با ابزار مصاحبه و پرسشنامه استفاده شده است. همچنین ابزار مورد استفاده در بخش کمی پژوهش پرسشنامه محقق ساخته بوده است. پس از جستجو و گردآوری اطلاعات مرتبط در زمینه تحقیق و مطالعه منابع مختلف داخلی و خارجی و بررسی مطالعات صورت گرفته در حوزه‌ها و زمینه‌های مرتبط با موضوع پژوهش و همچنین گفتگو با صاحب‌نظران و فعالان حوزه زیبایی، سلامت و اعتیاد زنان و نتایج حاصل آمده از بخش کیفی پژوهش نسبت به طراحی و تدوین پرسش‌نامه اقدام شده است. سرانجام پرسش‌نامه تحقیق بر مبنای نتایج به دست آمده از اجرای پیش‌آزمون اصلاح و نهایی شده است. پرسشنامه شامل ۵ بخش بوده است. بخش اول به پرسش در مورد برخی از

ویژگی‌های دموگرافیک پاسخگویان شامل (سن، وضعیت تحصیلات و وضعیت اشتغال) اختصاص یافته است. در بخش دوم نسبت به آگاهی از ارزیابی تجارب و مشاهدات پاسخگویان در مورد وضعیت دسترسی به ۱۵ نوع ماده اعتیاد آور در اماکنی نظیر سالن‌های زیبایی و ورزشی در سطح شهر اصفهان در قالب طیف ۶تایی لیکرت (خیلی زیاد=۶ تا اصلا=۱) سوال شده است. در بخش سوم نسبت به آگاهی از ارزیابی تجارب و مشاهدات پاسخگویان در مورد وضعیت مصرف ۱۹ نوع ماده اعتیاد آور در اماکنی نظیر سالن‌های زیبایی و ورزشی در سطح شهر اصفهان در قالب طیف ۶تایی لیکرت (خیلی زیاد=۶ تا اصلا=۱) سوال شده است. بخش چهارم به سوالاتی در زمینه اولین افراد پیشنهاد دهنده، دلایل اولین بار مصرف، موقعیت اولین شروع مصرف، واقعه منجر به اولین مصرف، حالات روحی منجر به اولین مصرف پرداخته شده است. بخش پنجم وضعیت پاسخگویان را نسبت به مصرف هر کدام از ۱۵ نوع ماده اعتیاد آور در سه موقعیت "در طول عمر"، "در ۱۲ ماه گذشته" و "حداقل یکبار در ماه گذشته" مورد سوال قرار داده است. بخش ششم وضعیت پاسخگویان نسبت به تغییر مصرف هر کدام از ۱۵ نوع ماده اعتیاد آور قبل و بعد از ورود به سالن‌های زیبایی و ورزشی را مشخص کرده است. بخش هفتم وضعیت پاسخگویان نسبت به محل مصرف هر کدام از ۱۵ نوع ماده اعتیاد آور در ۱۲ ماه گذشته را مورد سوال قرار داده است. بخش هشتم سن شروع مصرف هر کدام از ۱۵ نوع ماده اعتیاد آور در پاسخگویان را مورد پرسش قرار داده است. در بخش نهم وضعیت پاسخگویان از نظر تصویری که از بدن خود دارند در قالب سه شاخص (مدیریت بدن، هنجارهای اجتماعی بدن و پذیرش اجتماعی بدن) در قالب طیف ۶تایی لیکرت (کاملاً موافق=۶ تا کاملاً مخالف=۱) سوال شده است و در بخش دهم وضعیت پاسخگویان از گرایش به مواد اعتیاد آور در قالب طیف ۶تایی لیکرت (کاملاً موافق=۶ تا کاملاً مخالف=۱) سوال شده است. این دو بخش مجموعاً ۴۷ سوال را به خود اختصاص داده‌اند.

برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد با هم جمع می‌شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌شود. نمره بالاتر در هر مقیاس نشان‌دهنده موقعیت بالاتر فرد در آن بعد است. در جدول زیر دامنه نمرات مربوط به دو بخش پایانی پرسشنامه گزارش شده است.

جدول ۳-۱. نمره ابعاد پرسشنامه تصویر بدنی و گرایش به مواد اعتیاد آور

ابعاد	کمترین حد	بیشترین حد	پایین	متوسط	بالا
پذیرش اجتماعی	۰	۷۴	۰-۲۴	۲۵-۴۹	۵۰-۷۴
مدیریت بدن	۰	۱۹	۰-۹	۱۰-۱۴	۱۵-۱۹
انتظارات هنجاری	۰	۱۲۰	۰-۲۰	۲۱-۷۰	۷۱-۱۲۰
نمره کل	۰	۲۶۲	۰-۶۷	۶۸-۱۶۵	۱۶۶-۲۶۲
تمایل به مصرف	۰	۴۹	۰-۱۴	۱۵-۳۲	۳۳-۴۹

در بخش کیفی با استفاده از رویکرد پدیدار شناسی به ادراک تجارب زیسته زنانی که جرقه اعتیاد آن‌ها و به عبارت دیگر آغاز فرایند مصرف مواد در آن‌ها از آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی شروع شده پرداخته شده است. همچنین به منظور درک و شناخت بهتر از مساله تحقیق تلاش شده است تا با برخی از افرادی که به عنوان ویزیتور یا ساقی در فرایند ابتلا و درگیری این گروه از زنان به مصرف مواد اعتیاد آور نقش داشته‌اند ارتباط گرفته شود. به همین منظور از میان مجموعه ابزارهای روش‌های کیفی با توجه به موضوع تحقیق، شرایط خاص جمعیت مورد مطالعه و امکانات و مقدرات گروه تحقیق روش مشاهده و مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته به عنوان ابزار جمع آوری اطلاعات به کار گرفته شد تا مصاحبه شوندگان با انعطاف بیشتری افکار، احساسات و تجارب و نگرش‌ها و محرمانه‌ترین اطلاعات زندگی خود را منعکس کنند.

تلاش شده است تا ضمن دریافت روایت‌ها و تجارب زیسته مختلف شرکت کنندگان در مورد موضوع تحقیق برای کنکاش بیشتر در مورد پاسخ سوال‌های آغازین تحقیق جهت دهی مصاحبه‌ها عمدتاً معطوف به بررسی فرایند مصرف، نحوه آشنایی و دسترسی، الگوی مصرف، انگیزه، هدف و تجارب خاص زنان از مصرف مواد در آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی باشد.

۳-۳: جامعه آماری، جمعیت نمونه و شیوه نمونه‌گیری

جامعه آماری تحقیق در بخش کمی تمامی زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی شهر اصفهان بوده است. به دلیل عدم امکان برآورد مشخص در مورد جامعه آماری تحقیق و همچنین ماهیت شیوع شناسی تحقیق از مجموعه n تعداد سالن آرایشی و n تعداد سالن ورزشی، مجموعاً ۹۶ سالن ورزشی از نقاط مختلف شهر به عنوان حجم نمونه انتخاب شده است. سالن‌های آرایشی و ورزشی بدون شناسنامه (غیرمجاز) هم بخش دیگری از حجم نمونه تحقیق را تشکیل داده است که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها توسط مراجعان داوطلب همکاری، اقدام شده است. جامعه هدف تحقیق در بخش کیفی زنانی هستند که با مراجعه به اماکنی نظیر آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی یا در معرض تبلیغ و تشویق به مصرف مواد قرار گرفته و مصرف کننده شده‌اند و یا با تبلیغ و توزیع اقلام بهداشتی و آرایشی دیگر زنان را در معرض چنین خطری قرار داده‌اند. اصطلاحاً گروه اول شرکت کنندگان "مشتریان" و گروه دوم "ویزیتور"ها یا "ساقی"ها خوانده می‌شوند. نمونه‌های این بخش با استفاده از سه روش نمونه‌گیری هدفمند، نظری و گلوله برفی انتخاب شده‌اند. معیار انتخاب حجم نمونه در این بخش رسیدن به اشباع نظری بوده است. مجموعاً با ۳۸ نفر در این بخش مصاحبه شده است.

۳-۴: روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های کمی پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری spss نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. از آماره‌های توصیفی (جداول توزیع فراوانی، میانگین، نما و انحراف معیار) و استنباطی (شامل شاخص میانگین، انحراف معیار و همچنین آزمون‌های کولموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی

نرمال بودن داده‌ها و آزمون کای اسکوئر، ضریب همبستگی اسپیرمن) برای تحلیل داده‌های پرسشنامه استفاده شده است. میزان p کمتر از ۰,۰۵، نشانه معناداری در نظر گرفته شده است.

روش‌های متداول تفسیر و تحلیل داده‌ها در همه روش‌های کیفی مشابه است. تحلیل‌های تفسیری یک فرایند قیاسی مکرر از "جداسازی از متن" و "باز قرار دادن در متن" است. در طول جداسازی از متن، تحلیل‌گر داده‌ها را زمینه اصلی واحدهای فردی جدا می‌کند و برای واحدهای معنایی در متن‌ها کدهایی قرار می‌دهد. در باز قرار دادن در متن، تحلیل‌گر کدها را به واسطه الگوها آزمون می‌کند و سپس مجدداً آن‌ها را کنار هم قرار داده و سازماندهی می‌کند و داده‌ها را حول موضوعات مرکزی تقلیل می‌دهد و یک روابط متقابل بین همه موارد و روایات ترسیم می‌کند. روش‌های تفسیری داده‌های متنی را به یک دسته از مقولات یا مفاهیم تقلیل می‌دهند که از درون آن‌ها مقوله و یا مقولات نهایی استخراج می‌شود.

روش تحقیق کیفی پدیدار شناختی به عنوان یکی از رویکردهای کیفی راهنماهای کلی برای یک روش تحلیل منعطف فراهم می‌کند تا توصیفی دقیق از داده‌ها را آشکار سازد (سوانسون، ۲۰۰۴؛ به نقل از عنایت زاده، ۱۳۸۸: ۷۰). این رویکرد یک فرایند کلی از تقلیل داده‌ها را فراهم می‌کند. تحلیل‌گر نخست مصاحبه اولیه را به گفته‌هایی که واحدهای معنایی را ارائه می‌کنند تقسیم کرده و سپس این گفته‌ها کدگذاری می‌شوند. سپس این کدها و دسته بندی‌ها مضمون‌هایی را شکل می‌دهند که به یک توصیف کلی از تجربه واقعی برگردانده می‌شوند. سرانجام تحلیل‌ها با یک توصیف از ساختار اساسی یا ماهیت تجربه خاتمه می‌یابد. بنابراین کدگذاری، مضمون‌ها را کشف می‌کند و توصیف / شناسایی، ساختار اساسی سطوح مختلف تحلیل‌ها را ارائه می‌کند. به عبارتی می‌توان گفت که تحلیل داده‌ها حرکت بین سطوح مختلف در یک فرایند را در برمی‌گیرد. بدین ترتیب تحلیل داده‌ها شامل (کدگذاری، مضامین کشف شده، شناسایی، توصیف ساختار اساسی) می‌باشد که سطوح مختلف تحلیل‌ها را بیان می‌کند.

بعد از این که رونوشت‌ها توسط شرکت کنندگان مرور شدند، هر یک از رونوشت‌ها به عنوان یک واحد تحلیل تلقی می‌شوند. هر رونوشت مرور شده و «گفته‌های مضمونی» واحدهای معنایی به عنوان بخشی از نخستین گام تحلیل افقی شناسایی شدند که همه دارای یک ارزش و وزن برابر می‌باشند.

سه رویکرد برای جدا کردن جمله‌های مضمونی از یک متن وجود دارد: رویکرد کل نگر، رویکرد انتخابی و رویکرد جز نگر یا خط به خط. در این پژوهش علاوه بر استفاده از روش کل نگر و مطالعه متن هر مصاحبه و خلاصه آن در یک یا چند پاراگراف، سعی گردیده تا مطابق رویکرد انتخابی متن هر مصاحبه نیز چندین بار خوانده شود و جملات یا عباراتی که به نظر می‌رسیدند ذاتی پدیده توصیف شده یا آشکار کننده آن هستند انتخاب شدند.

بعد از رونوشت برداری، واحدهای معنایی با استفاده درون سلول‌هایی از یک جدول ستونی مجزا با داشتن ردیف‌های متعدد قرار داده شدند. هر سلول از جدول شامل یک واحد معنایی مجزا است. واحدهای

معنایی به ترتیب درون رونوشت‌ها با رنگ دیگری مشخص شدند تا در صورت لزوم دستیابی به آن‌ها درون زمینه میسر باشد. سپس "کدهای مفهومی" اساسی شناسایی شدند. این کدها مفاهیم اساسی را ارائه می‌کرد که شرکت کنندگان توصیف کرده بودند. جهت اداره داده‌ها "رز" رویکردی را برای تحلیل برخی عناصر مشترک هر تجربه را به مانند زیر فهرست کرده است (ترنر، ۱۹۹۷؛ به نقل از عنایت زاده، ۱۳۸۸: ۷۷).

تجارب بدیهی از قبیل افکار و احساسات درگیر شده "چه چیزی و چگونه"، پیامدهای تجربه، این که تجربه چگونه شخص را و شخص چگونه تجربه را تغییر داده است "چه وقت"، زمینه‌های تجربه، ارزیابی‌های شناختی اجتماع، نظام باورهای کلی، نگرش‌ها نسبت به تجربه.

جدول تهیه شده در این مرحله از کار شامل موارد زیر بوده است:

گزیده مصاحبه، کد توصیفی، یادداشت (مواردی که در میدان تحقیق یادداشت برداری شده است می‌تواند در این قسمت از جدول گنجانده شود)، کد تفسیری، کد فراگیر (تم اصلی).

مرحله بعد از تحلیل معکوس ساختن فرایند قیاسی است. داده‌ها بر مبنای مضمون‌ها دسته بندی می‌شوند و سپس مضمون‌ها به عنوان زیر مضمون تغییر یافته و توضیح داده می‌شوند. به منظور این که ساختار معنایی مناسب‌تر برای داده‌ها را شناسایی کنند (سوانسون، ۲۰۰۴: ۳۷).

به منظور "تمایز کردن مضمون‌های ذاتی از مضمون‌های فرعی" تمرکز بر جنبه‌ها یا کیفیت‌هایی است که باعث می‌شوند یک پدیده همان چیزی باشد که هست و بدون آن‌ها پدیده نمی‌تواند آن چیزی باشد که هست. "پدیده شناسان از روش تنوع تصویری آزاد استفاده می‌کنند، بدین ترتیب که محقق از خود سوال می‌کند که اگر این مضمون را به طور تصویری از این پدیده حذف کنیم یا آن را تغییر دهیم، آیا پدیده به همان صورت اول باقی خواهد ماند؟ آیا پدیده بدون این مضمون، معنی بنیادی خود را از دست می‌دهد؟".

بنابراین کلیه مصاحبه‌ها و جلسات گروهی ضبط شده (درفاصله ۳-۴ روز پس از ضبط)، کلمه به کلمه توسط محقق گوش داده شد. برخی از مصاحبه‌ها، کلمات و یا جمله‌ها لازم بود مکرراً گوش داده شود و کلیه فایل‌های صوتی کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده شد. سپس کلیه توصیف‌ها و تجربه شرکت کننده جهت دستیابی به پیش درک کلی از اظهارات مشارکت کنندگان مطالعه شد تا درکی از آن به دست آید. سپس جهت "کدگذاری باز" مجدداً متن مطالعه شد و حین مطالعه واحدهای معنایی درحاشیه متن یادداشت گردید. این مرحله چندین بار تکرار شد تا اینکه واحدهای معنایی استخراج شده درحاشیه متن بتواند تمام منظور و مقصود، تجربیات و راهکارهای پیشنهاد شده توسط شرکت کنندگان را پوشش دهد. در پایان داده‌های بخش کیفی و کمی پژوهش با یکدیگر ادغام و ارائه و تحلیل شده است.

۳-۵: اعتبار و روایی

شیوه ارزیابی ابزارهای پژوهش در دو بخش کمی و کیفی به صورت جداگانه در زیر ارائه شده است. برای تعیین روایی و پایایی ابزار پژوهش در بخش کمی به تناسب و استفاده از سنج‌های تثبیت شده استفاده شده و برای سنجش پایایی داده‌ها از روش توافق داخلی استفاده شده است. مهم‌ترین شاخص توافق داخلی آزمون آلفای کرونباخ است. این آزمون همسانی درونی یا ثبات درونی را اندازه می‌گیرد و نشان می‌دهد که سؤالات آزمون تا چه اندازه توانایی یا خصیصه واحدی را اندازه‌گیری می‌کنند. در این تحقیق پس از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۷۶ درصد حاصل شد که نشان دهنده همبستگی قابل قبول بین گویه‌ها است. جهت تعیین روایی صوری گویه‌ها از گویه‌هایی استفاده شد که در تحقیقات پیشین و پرسشنامه‌های استاندارد مربوط به حوزه کمی قبلاً به کار رفته بود. همچنین از نظرات کارشناسان حوزه آسیب‌های اجتماعی و محققان جامعه‌شناس استفاده شد.

برای ارزیابی و سنجش قابل اعتبار بودن و انتقال‌پذیری داده‌های بخش کیفی تحقیق از دو روش مرسوم در تحقیقات کیفی سود جسته شده است.

۱- اعتماد‌پذیری و قابل قبول بودن: این مفهوم جایگزین روایی درونی است که از طریق آن، پژوهشگران به دنبال اثبات درستی یافته‌هایشان هستند. در عوض لینکلن و گوبا^۱ بر میزان معقول بودن و معنی داشتن یافته‌ها تأکید دارند، برای مثال آن‌ها تأکید کرده‌اند که پژوهشگران کیفی از «چک کردن اعضا» استفاده کنند. به همین منظور رونوشت‌های مصاحبه و گزارش پژوهش در اختیار شرکت کنندگان در پژوهش قرار می‌گیرد تا ضمن ارائه نظرات خود، نسبت به درستی و امانتداری پژوهشگر در انتقال یافته‌های مصاحبه نظر دهند که آیا با یافته‌های تحقیق موافق‌اند یا مخالف. به علاوه قابل قبول بودن از طریق درگیری طولانی مدت در میدان و مشاهده مدام و چند جانبه نگری داده‌ها به دست می‌آید (صدوقی، ۱۳۸۶: ۶۱). اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها موجب عمیق‌تر شدن داده‌ها می‌شود. به علاوه درگیری مداوم با موضوع، اطلاعات پژوهشگر از پدیده مورد مطالعه را وسعت بخشیده و او را با زوایای گوناگون موضوع مورد مطالعه آشنا تر می‌سازد. برای حصول این نکته محقق در طول انجام پژوهش تلاش نموده که داده‌های پژوهش را در یک بازه چند ماهه و در تعامل مداوم با مشارکت کنندگان و افراد مورد مصاحبه جمع‌آوری نماید تا از طریق درگیری طولانی مدت بهتر بتواند با جوانب مختلف موضوع آشنا گردد. مورد دیگر برای اعتماد‌پذیری پژوهش کیفی، بازنگری نتایج تحقیق و مرور آن توسط شرکت کنندگان به منظور ارزیابی و مقایسه همسانی آن با تجارب خویش است. در این مورد ضمن برقراری ارتباط مجدد با ۱۵ نفر از مشارکت کنندگان در تحقیق با آگاهی از موضع ایشان تعدیل‌ها و تغییراتی در راستای نکاتی که گوشزد کرده‌اند صورت گرفته است.

1 Yinclon & Guba

۲- انتقال پذیری: انتقال پذیری جایگزین روایی بیرونی در پژوهش‌های کمی است. در پژوهش‌های کمی معیارهای آماری و نمونه‌گیری‌های نمایا از جامعه نتایج را قابل تعمیم می‌کند. ولی در پژوهش کیفی چون تعداد نمونه‌ها کم است تعمیم به آن شکلی که در پژوهش کمی معمول است مطرح نمی‌شود. به جای هدف‌گیری برای نمونه‌گیری تصادفی و استدلال احتمالی پژوهشگران کیفی به ارائه یک تصویر مفصل از زمینه‌ای که پژوهش در آن انجام شده است ترغیب می‌شوند. در اینجا هدف دادن اطلاعات کافی به خواننده برای قضاوت درباره کاربرد پذیری یافته‌ها در محیط‌های دیگر است. در این نوع پژوهش‌ها بیش از آن که به این توجه شود که نمونه‌ها نمایانگر کل جامعه است به این توجه می‌شود که اطلاعات کسب شده نشانگر کل اطلاعات موجود باشد. از همین رو پژوهشگر باید تمامی جوانب رفتارها، وقایع و تجارب زنده را بشناسد و آن‌ها را مورد توجه قرار دهد (ادیب حاج باقری و همکاران، ۱۳۸۹: ۶۲). برای این منظور سعی شده از همه گروه‌ها با ویژگی‌های جمعیت شناختی متفاوت نمونه‌گیری (نمونه‌گیری هدفمند چندگانه) انجام شود و جوانب متفاوت هر فرد نمونه نیز در حد امکان به طور کامل مورد مطالعه قرار گیرد.

فصل چہارم

تجزیہ و تحلیل یافتہ

مقدمه

این فصل شامل توصیف و تبیین داده‌های جمع آوری شده از حوزه تحقیق و آزمون فرضیه‌های تحقیق و تحلیل داده‌های کیفی تحقیق است. این فصل از سه قسمت توصیف داده‌ها، یافته‌های تحلیلی و تحلیل یافته‌های کیفی تحقیق تشکیل شده است.

الف) توصیف یافته‌ها

با توجه به روش تحقیق مورد استفاده در بخش کمی از تکنیک پرسشنامه در سطح فردی برای جمع آوری داده‌ها استفاده شده است. در این قسمت پس از انتقال داده‌ها به کامپیوتر و پردازش آن‌ها با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS با ارایه توزیع‌های یک متغیری از چگونگی توزیع داده‌های جمع آوری شده و نیز ارایه تلخیص توزیع‌های یک متغیری برخی از سنجه‌های گرایش به مرکز و سنجه‌های پراکنش متغیرهای وابسته و مستقل تحقیق به اجمال داده‌های تحقیق توصیف شده است.

۴-۱. یافته‌های جمعیت شناختی

در این بخش توزیع فراوانی و درصدی مشخصات فردی پاسخگویان شامل سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال آن‌ها به تفکیک جدول و نمودار ارایه شده است.

۴-۱-۱. سن پاسخگویان

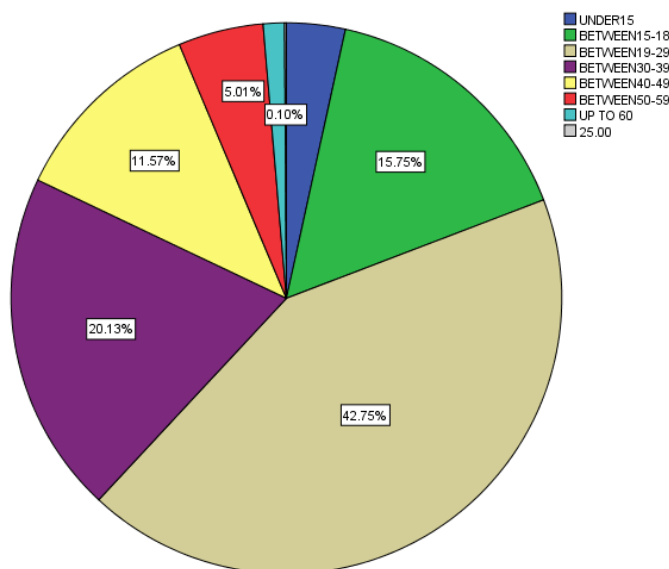
در جدول ۴-۱ توزیع فراوانی و درصدی مراجعه کنندگان به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه در تحقیق بر حسب سن ارائه شده است.

۴-۱. توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان بر حسب سن

سن	فراوانی	درصد	درصد خالص	درصد تجمعی
کمتر از ۱۵ سال	۳۳	۳,۴	۳,۴	۳,۴
بین ۱۵ تا ۱۸ سال	۱۵۱	۱۵,۶	۱۵,۶	۱۹
بین ۱۹ تا ۲۹ سال	۴۱۰	۴۲,۲	۴۲,۲	۶۱,۲
بین ۳۰ تا ۳۹ سال	۱۹۳	۱۹,۹	۱۹,۹	۸۱,۱
بین ۴۰ تا ۴۹ سال	۱۱۱	۱۱,۴	۱۱,۴	۹۲,۵
بین ۵۰ تا ۵۹ سال	۴۸	۴,۹	۴,۹	۹۷,۴
۶۰ سال و بیشتر	۱۲	۱,۲	۱,۲	۱۰۰
کل	۹۵۸	۹۸,۷	۱۰۰	
بدون پاسخ	۱۳	۱,۳		
جمع کل	۹۷۱	۱۰۰		

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که اکثریت پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه در این تحقیق با درصد فراوانی ۴۲,۲ درصد بین ۱۹-۲۹ سال سن داشته‌اند. بعد از آن زنان با بازه سنی ۳۰-۳۹ سال با درصد فراوانی ۱۹,۹ درصد بوده‌اند. سپس

زنان با بازه سنی ۱۸-۱۵ سال و ۴۹-۴۰ سال به ترتیب با درصد فراوانی (۱۵,۶) و (۱۱,۴) درصد بوده‌اند. همچنین زنان با بازه سنی بیش از ۵۰ سال و کمتر از ۱۵ سال به ترتیب با درصد فراوانی (۶,۱) و (۳,۴) درصد کمترین درصد فراوانی را در بین پاسخگویان داشته‌اند. نمودار زیر توزیع درصدی پاسخگویان را بر حسب بازه سنی نشان می‌دهد.



نمودار ۴-۱. توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب بازه‌های سنی مختلف

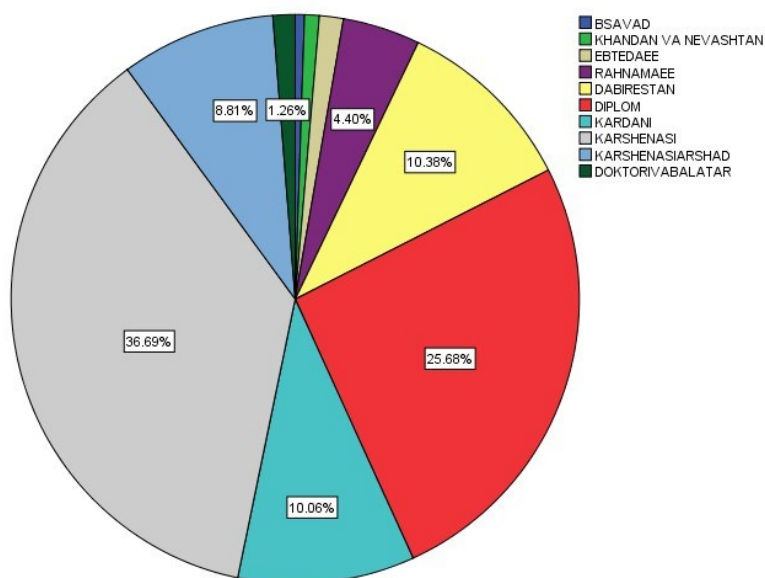
۲-۱-۴. وضعیت تحصیلات

در جدول ۴-۲ توزیع فراوانی و درصدی مراجعه کنندگان به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه در تحقیق بر حسب میزان تحصیلات ارائه شده است.

۴-۲. توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان بر حسب میزان تحصیلات

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد	درصد خالص	درصد تجمعی
بی سواد	۵	۰,۵	۰,۵	۰,۵
ابتدایی	۲۱	۲,۱	۲,۱	۷,۱
دیپلم	۱۴۱	۱۴,۵	۱۴,۵	۲۱,۶
دیپلم	۲۴۵	۲۵,۲	۲۵,۲	۴۶,۸
کاردانی یا کارشناسی	۴۴۶	۴۵,۹	۴۵,۹	۹۲,۷
کارشناسی ارشد و بالاتر	۹۶	۹,۹	۹,۹	۱۰۰
جمع	۹۵۴	۹۸,۲	۱۰۰	
بدون پاسخ	۱۷	۱,۸		
جمع کل	۹۷۱	۱۰۰		

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که بیشترین پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه در تحقیق با درصد فراوانی ۴۵,۹ درصد مدرک کارشناسی داشته‌اند. بعد از آن زنان دیپلمه و دبیرستانی با درصد فراوانی (۲۵,۲) و (۱۴,۵) درصد بوده‌اند. کمترین میزان پاسخگویان نیز به ترتیب زنان با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد با ۹,۹ درصد، زنان با سواد ابتدایی با ۲,۱ درصد و زنان بی‌سواد با ۰,۵ درصد بوده‌اند. نمودار زیر توزیع درصدی پاسخگویان را بر حسب میزان تحصیلات نشان می‌دهد.



نمودار ۲-۴. توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب میزان تحصیلات

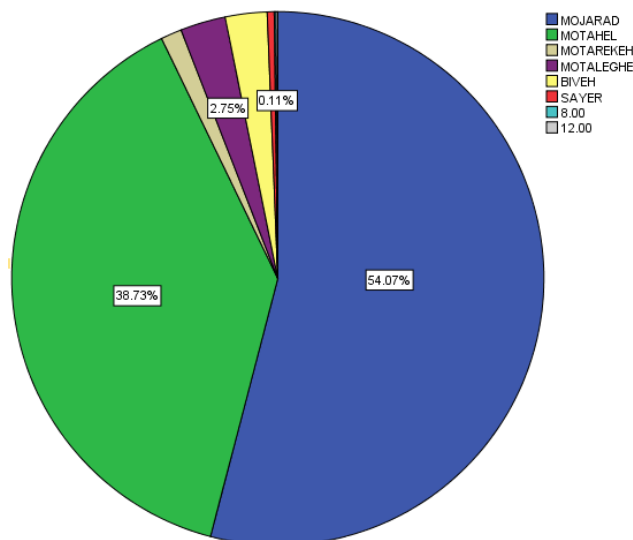
۳-۱-۴. وضعیت تاهل

در جدول ۳-۴ توزیع فراوانی و درصدی مراجعه کنندگان به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه در تحقیق بر حسب وضعیت تاهل ارائه شده است.

۳-۴. توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان بر حسب وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	فراوانی	درصد	درصد خالص	درصد تجمعی
مجرد	۵۱۱	۵۲,۶	۵۲,۶	۵۲,۶
متاهل	۳۶۶	۳۷,۷	۳۷,۷	۹۰,۳
متارکه	۱۲	۱,۲	۱,۲	۹۱,۵
مطلقه	۲۶	۲,۷	۲,۷	۹۴,۲
بیوه	۲۴	۲,۵	۲,۵	۱۰۰
کل	۹۳۹	۹۴	۱۰۰	
بدون پاسخ	۳۲	۳,۳		
جمع کل	۹۷۱	۱۰۰		

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که زنان مجرد با درصد فراوانی ۵۲٫۶ درصد و زنان متأهل با درصد فراوانی ۳۷٫۷ درصد به ترتیب بیشترین پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه در این تحقیق بوده‌اند. نمودار زیر توزیع درصدی پاسخگویان را بر حسب وضعیت تاهل نشان می‌دهد.



نمودار ۴-۳. توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب وضعیت تاهل

۴-۱-۴. وضعیت اشتغال

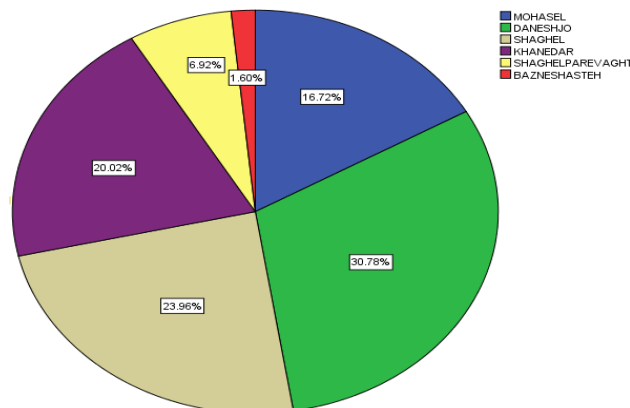
در جدول ۴-۴ توزیع فراوانی و درصدی مراجعه کنندگان به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه در تحقیق بر حسب وضعیت اشتغال ارائه شده است.

۴-۴. توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان بر حسب وضعیت اشتغال

وضعیت اشتغال	فراوانی	درصد	درصد خالص	درصد تجمعی
دانش آموز	۱۵۷	۱۶٫۲	۱۶٫۲	۱۶٫۲
دانشجو	۲۸۹	۲۹٫۸	۲۹٫۸	۴۶
شاغل	۲۹۰	۲۹٫۹	۲۹٫۹	۷۵٫۹
خانه‌دار	۱۸۸	۱۹٫۴	۱۹٫۴	۹۵٫۳
بازنشسته	۱۵	۱٫۵	۱٫۵	۱۰۰
جمع	۹۳۹	۹۶٫۷	۱۰۰	
بدون پاسخ	۳۲	۳٫۳		
جمع کل	۹۷۱	۱۰۰		

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که زنان شاغل و زنان دانشجو با درصد فراوانی (۲۹٫۹) و (۲۹٫۸) درصد بیشترین پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه در تحقیق بوده‌اند. سپس بعد از آن زنان خانه دار و دانش آموز به ترتیب با درصد فراوانی (۱۹٫۴) و (۱۶٫۲) درصد

عنوان دار بیشترین درصد فراوانی زنان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی در تحقیق بوده‌اند. نمودار زیر توزیع درصدی پاسخگویان را بر حسب وضعیت اشتغال نشان می‌دهد.



نمودار ۴-۴. توزیع درصدی پاسخگویان بر حسب وضعیت اشتغال

۲-۴. توصیف متغیرهای پژوهش

این بخش مشتمل بر سه قسمت کلی است. در قسمت اول ارزیابی پاسخگویان از میزان دسترسی و مصرف مواد اعتیاد آور در محیط‌هایی نظیر آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه ارائه شده است. در پرسشنامه تحقیق از پاسخگویان خواسته شده بود که در دو سطح تعریف شده در پرسشنامه (ارزیابی میزان دسترسی به مواد اعتیاد آور و ارزیابی میزان مصرف مواد اعتیاد آور) به صورت جداگانه برای هر کدام از محیط‌های «سالن‌های زیبایی و آرایشگاه‌ها» و «سالن‌های ورزشی، استخرها، سالن‌های ماساژ» که زنان به آن رفت و آمد دارند را در قالب طیف شش تایی لیکرت ارزیابی و توصیف کنند.

از آن‌جا که در سال‌های اخیر محیط‌های زنانه‌ای مانند آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و برخی سالن‌های ورزشی در مظان اتهام و در برخی مواقع جز متهمان اصلی افزایش و گسترش اعتیاد در بین زنان جامعه بوده‌اند، هدف تیم تحقیق از طرح پرسش‌های فوق دستیابی به این واقعیت بوده که: ۱- دسترسی به کدام نوع از مواد اعتیاد آور در محیط‌های مذکور بیشتر و راحت‌تر است؟ ۲- آیا میزان و حجم افرادی که به این مساله اشاره کرده‌اند قابل اعتنا است؟ ۳- آیا به غیر از دسترسی، استعمال و مصرف مواد اشاره شده در این محیط‌ها نیز فراهم است؟ ۴- آیا ارزیابی مخاطبان پرسشنامه از این حیث قابل اعتنا و تامل است؟ ۵- اگر قابل اعتنا است کدام مواد اعتیاد آور بیشتر مصرف می‌شود؟ از آن‌جا که به واسطه پرسشنامه همه ابعاد پرسش‌های طرح شده در بالا مشخص نمی‌شود در طرح تحقیق یک فرایند موازی با جریان کمی پژوهش با استفاده از تکنیک مصاحبه نیمه ساختار یافته با افرادی که خود شاهد دسترسی و مصرف مواد اعتیاد آور در محیط‌های مذکور بوده‌اند یا اینکه تجارب زیسته آن‌ها خود شاهدی بر تایید ادعای برخی مبنی بر نقش محیط‌های مورد مطالعه در گسترش اعتیاد در قشر زنان است پیش بینی شده است که تا حدود زیادی به روشن شدن ابعاد مساله فوق الذکر کمک می‌کند. نتایج این

بخش در قسمت دوم یافته‌های تحلیلی ارائه شده است. در قسمت دوم بخش جاری برخی جزئیات در مورد افراد دارای سابقه مصرف مواد اعتیاد آور که به محیط‌های مورد مطالعه تحقیق رفت و آمد دارند بررسی شده است تا از خلال این یافته‌ها اطلاعات بیشتری در مورد جزئیات مدعای عنوان تحقیق حاصل شود. در قسمت سوم نیز جزئیات پاسخ‌های مشارکت کنندگان در تحقیق نسبت به هر کدام از گویه‌های ابعاد تصویر بدنی و گرایش به اعتیاد آمده است.

۴-۲-۱. ارزیابی دسترسی در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی

در جدول ۴-۵ توزیع فراوانی و درصدی ارزیابی پاسخگویان از دسترسی به هر کدام از موارد نام برده شده در جدول زیر در سطح آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی زنانه سطح شهر اصفهان ارائه شده است. لازم به توضیح است منظور از نوع مواد که در این جدول به آن اشاره شده است مجموعه مواد (دخان، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) است که در تبیین و تحلیل یافته‌های تحقیق ملاحظه فوق لحاظ شده است. از همین رو در مقایسه بین موارد نام برده شده مواد دروازه‌ای (قلیان، سیگار و الکل) با هم مقایسه می‌شود و مواد افیونی و روان گردان نام برده شده دیگر با همدیگر مقایسه می‌شوند. منظور از مواد دروازه‌ای آن دسته از موادی است که زمینه و بستر را برای ترغیب فرد به مصرف مواد سنگین‌تر و افتادن به ورطه اعتیاد و وابستگی به مواد فراهم می‌کند.

۴-۵. توزیع فراوانی و درصدی ارزیابی پاسخگویان از دسترسی به مواد دخانی، الکلی، افیونی و روان گردان در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی

میزان مصرف			خیلی زیاد			زیاد			تا حدودی			کم			خیلی کم			اصلا		
نوع مواد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	تجمعی	فراوانی	درصد	تجمعی	فراوانی	درصد	تجمعی	فراوانی	درصد	تجمعی	فراوانی	درصد	تجمعی	فراوانی	درصد	تجمعی
قلیان	۶۱	۶,۳	۶,۳	۴۹	۵	۱۱,۳	۹۵	۹,۸	۲۱,۱	۸۸	۹,۱	۳۰,۲	۱۰,۵	۱۰,۸	۴۱	۵۷۳	۵۹	۱۰۰		
سیگار	۸۹	۹,۲	۹,۲	۹۱	۹,۴	۱۸,۶	۱۱۹	۱۲,۳	۳۰,۹	۷۱	۷,۳	۳۸,۲	۱۲۵	۱۲,۹	۵۱,۲	۴۷۶	۴۹,۱	۱۰۰		
الکل	۶۷	۶,۹	۶,۹	۴۸	۴,۹	۱۱,۸	۸۷	۹	۲۰,۸	۷۲	۷,۴	۲۸,۲	۷۸	۸	۳۶,۲	۶۱۹	۶۳,۷	۱۰۰		
حشیش	۵۲	۵,۴	۵,۴	۱۱	۵,۴	۶,۵	۲۸	۲,۹	۹,۴	۴۵	۴,۶	۱۴	۴۴	۴,۵	۱۸,۵	۷۹۱	۸۱,۴	۱۰۰		
علف (گل)	۵۷	۵,۹	۵,۹	۲۴	۵,۹	۸,۴	۵۳	۵,۵	۱۳,۹	۴۹	۵	۱۰,۵	۵۲	۵,۴	۱۵,۹	۷۳۵	۷۵,۶	۱۰۰		
تریاک	۵۹	۶,۱	۶,۱	۲۶	۶,۱	۸,۸	۲۸	۲,۹	۱۱,۷	۳۳	۳,۴	۱۵,۱	۴۱	۴,۲	۱۹,۳	۷۸۴	۸۰,۷	۱۰۰		
ترامادول	۵۹	۶,۱	۶,۱	۳۰	۶,۱	۹,۲	۴۸	۴,۹	۱۴,۱	۲۷	۲,۸	۱۶,۹	۵۱	۵,۳	۲۲,۲	۷۵۶	۷۷,۹	۱۰۰		
متادون	۶۳	۶,۵	۶,۵	۲۴	۶,۵	۲,۵	۴۰	۴,۱	۱۳,۱	۳۴	۳,۵	۱۶,۶	۴۵	۴,۶	۲۱,۲	۷۶۵	۷۸,۸	۱۰۰		
آرامبخش‌ها	۷۴	۷,۶	۷,۶	۶۲	۷,۶	۶,۴	۸۳	۸,۵	۲۲,۵	۶۶	۶,۸	۲۹,۳	۶۹	۷,۱	۳۶,۴	۶۱۷	۶۳,۵	۱۰۰		
اکستازی	۵۳	۵,۵	۵,۵	۲۱	۵,۵	۷,۷	۳۰	۳,۱	۱۰,۸	۳۵	۳,۶	۱۴,۴	۴۶	۴,۷	۱۹,۱	۷۸۶	۸۰,۹	۱۰۰		
مورفین	۶۲	۶,۴	۶,۴	۲۸	۶,۴	۲,۹	۴۳	۴,۴	۱۳,۷	۳۷	۳,۸	۱۷,۵	۵۰	۵,۱	۲۲,۶	۷۵۱	۷۷,۳	۱۰۰		
کوکائین	۵۸	۶	۶	۱۴	۶	۷,۴	۲۰	۲,۱	۹,۵	۳۸	۳,۹	۱۳,۴	۴۷	۴,۸	۱۸,۲	۷۹۴	۸۱,۷	۱۰۰		
کراک	۵۶	۵,۸	۵,۸	۹	۵,۸	۰,۹	۶,۷	۱,۵	۸,۲	۳۱	۳,۲	۱۱,۴	۳۹	۴	۱۵,۴	۸۲۱	۸۴,۶	۱۰۰		
شیشه	۵۸	۶	۶	۱۵	۶	۷,۵	۳۴	۳,۵	۱۱	۲۹	۳	۱۴	۴۱	۴,۲	۱۸,۲	۷۹۴	۸۱,۸	۱۰۰		
LSD	۵۶	۵,۸	۵,۸	۱۵	۵,۸	۷,۳	۲۶	۲,۷	۱۰	۲۴	۲,۵	۱۲,۵	۴۴	۴,۵	۱۷	۸۰۶	۸۳	۱۰۰		

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد وضعیت دسترسی به هر کدام از موارد سیگار، قلیان و الکل در سطح آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی به ترتیب (۵۱,۲)، (۴۱) و (۳۶,۲) درصد ارزیابی شده است. در مورد سیگار این بدین معناست که بیش از نیمی از پاسخگویان عنوان کرده‌اند که در محل‌های نامبرده شده دسترسی به سیگار برای افراد مراجعه کننده به آن محیط‌ها فراهم است. اگر چه تنها ۱۸,۶ درصد میزان این دسترسی را زیاد و خیلی زیاد عنوان کرده‌اند. در مورد الکل و قلیان به ترتیب (۱۱,۸) و (۱۱,۳) درصد افراد میزان دسترسی را زیاد و خیلی زیاد بیان کرده‌اند. نتایج وضعیت دسترسی در مورد مواد اعتیاد آور دیگر که در دسته مواد مخدر و محرک قرار می‌گیرند نشان می‌دهد میزان دسترسی به آرامبخش‌ها با ۱۴,۴ درصد، ترامادول به ۹,۲ درصد و مورفین با ۹,۳ درصد زیاد و خیلی زیاد و بالاتر از مابقی موارد نام برده شده در جدول عنوان شده است. هر چند این رقم در حالت کلی برای آرامبخش‌ها ۴۰,۳۶ درصد و بالاتر از بقیه موارد نام برده شده است. البته لازم به توضیح است که تایید ارزیابی‌های ارائه شده از سوی پاسخگویان در این تحقیق منوط به ارزیابی‌های عملیاتی‌تر و فراگیرتر است. در جدول زیر فرم کوتاه شده و موجزتر نتایج جدول ۴-۵ ارایه شده است.

۴-۶. ارزیابی پاسخگویان از دسترسی به مواد دخانی، الکلی، افیونی و روان گردان در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی

میزان مصرف	زیاد			متوسط			کم			اصلا		
	درصد	فراوانی	درصد تجمعی	درصد	فراوانی	درصد تجمعی	درصد	فراوانی	درصد تجمعی	درصد	فراوانی	درصد تجمعی
قلیان	۱۱,۳	۱۱۰	۱۱,۳	۹,۸	۲۱,۱	۱۹,۳	۱۹,۹	۴۱	۵۷۳	۵۹	۱۰۰	
سیگار	۱۸,۶	۱۸۰	۱۸,۶	۱۲,۳	۳۰,۹	۱۹۶	۲۰,۲	۵۱,۲	۴۷۶	۴۹,۱	۱۰۰	
الکل	۱۱,۸	۱۱۵	۱۱,۸	۹	۲۰,۸	۱۵۰	۳۶,۲	۳۶,۲	۶۱۹	۶۳,۷	۱۰۰	
حشیش	۶,۵	۶۳	۶,۵	۲,۹	۹,۴	۸۹	۹,۱	۱۸,۵	۷۹۱	۸۱,۴	۱۰۰	
علف (گل)	۸,۴	۸۱	۸,۴	۵,۵	۱۳,۹	۱۰۱	۱۰,۴	۱۵,۹	۷۳۵	۷۵,۶	۱۰۰	
تریاک	۸,۸	۸۵	۸,۸	۲,۹	۱۱,۷	۷۴	۷,۶	۱۹,۳	۷۸۴	۸۰,۷	۱۰۰	
ترامادول	۹,۲	۸۹	۹,۲	۴,۹	۱۴,۱	۷۸	۸	۲۲,۱	۷۵۶	۷۷,۹	۱۰۰	
متادون	۹	۸۷	۹	۴,۱	۱۳,۱	۷۹	۸,۱	۲۱,۲	۷۶۵	۷۸,۸	۱۰۰	
آرامبخش‌ها	۱۴	۱۳۶	۱۴	۸,۵	۲۲,۵	۱۳۵	۱۴,۹	۳۶,۴	۶۱۷	۶۳,۵	۱۰۰	
اکستازی	۷,۷	۷۴	۷,۷	۳,۱	۱۰,۸	۸۱	۸,۳	۱۹,۱	۷۸۶	۸۰,۹	۱۰۰	
مورفین	۹,۳	۹۰	۹,۳	۴,۴	۱۳,۷	۸۷	۸,۹	۲۲,۶	۷۵۱	۷۷,۳	۱۰۰	
کوکائین	۷,۴	۷۲	۷,۴	۲,۱	۹,۵	۸۵	۸,۷	۱۸,۲	۷۹۴	۸۱,۷	۱۰۰	
کراک	۶,۷	۶۵	۶,۷	۱,۵	۸,۲	۷۰	۷,۲	۱۵,۴	۸۲۱	۸۴,۶	۱۰۰	
شیشه	۷,۵	۷۳	۷,۵	۳,۵	۱۱	۷۰	۷,۲	۱۸,۲	۷۹۴	۸۱,۸	۱۰۰	
LSD	۷,۳	۷۱	۷,۳	۲,۷	۱۰	۶۸	۷	۱۷	۸۰۶	۸۳	۱۰۰	

۴-۲-۲. ارزیابی مصرف در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی

در جدول ۴-۷ توزیع فراوانی و درصدی ارزیابی پاسخگویان از مصرف هر کدام از موارد نام برده شده در جدول زیر در سطح آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی زنانه سطح شهر اصفهان ارائه شده است. لازم به توضیح است منظور از نوع مواد که در این جدول به آن اشاره شده است مجموعه مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) است که در تبیین و تحلیل یافته‌های تحقیق ملاحظه فوق لحاظ شده است. از همین رو در مقایسه بین موارد نام برده شده مواد دروازه‌ای(قلیان، سیگار و الکل) با هم مقایسه می‌شود و مواد افیونی و روان گردان نام برده شده دیگر با یکدیگر مقایسه می‌شوند. منظور از مواد دروازه‌ای آن دسته از موادی است که زمینه و بستر را برای ترغیب فرد به مصرف مواد سنگین‌تر و افتادن به ورطه اعتیاد فراهم می‌کند.

۴-۷. توزیع فراوانی و درصدی ارزیابی پاسخگویان از مصرف مواد دخانی، الکلی، افیونی و روان گردان در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی

میزان مصرف			خیلی زیاد			زیاد			تا حدودی			کم			خیلی کم			اصلا	
نوع مواد	فراوانی	درصد	تجمعی درصد	فراوانی	درصد	تجمعی درصد	فراوانی	درصد	تجمعی درصد	فراوانی	درصد	تجمعی درصد	فراوانی	درصد	تجمعی درصد	فراوانی	درصد	درصد	تجمعی درصد
قلیان	۵۳	۵,۵	۵,۵	۳۶	۳,۷	۹,۲	۶۶	۶,۸	۱۶	۸۵	۸,۸	۲۴,۸	۱۰۷	۱۱	۳۵,۸	۶۲۴	۶۴,۳	۱۰۰	
سیگار	۷۷	۷,۹	۷,۹	۸۱	۸,۳	۱۶,۲	۹۳	۹,۶	۲۵,۸	۷۰	۷,۲	۳۳	۱۰۰	۱۰,۳	۴۳,۳	۵۵۰	۵۶,۶	۱۰۰	
الکل	۵۳	۵,۵	۵,۵	۴۰	۴,۱	۹,۶	۶۵	۶,۷	۱۶,۳	۵۸	۶	۲۲,۳	۸۱	۸,۳	۳۰,۶	۶۷۴	۶۹,۴	۱۰۰	
حشیش	۴۱	۴,۲	۴,۲	۱۷	۱,۸	۶	۲۹	۳	۹	۳۷	۳,۸	۱۲,۸	۴۴	۴,۵	۱۷,۳	۸۰۳	۸۲,۷	۱۰۰	
علف(گل)	۴۳	۴,۴	۴,۴	۲۹	۳	۷,۴	۳۶	۳,۷	۱۱,۱	۳۶	۳,۷	۱۴,۸	۵۰	۵,۱	۱۹,۹	۷۷۷	۸۰,۱	۱۰۰	
تریاک	۴۴	۴,۵	۴,۵	۲۱	۲,۲	۶,۷	۱۹	۲	۸,۷	۳۲	۳,۳	۱۳	۴۶	۴,۷	۱۷,۷	۸۰۹	۸۳,۳	۱۰۰	
ترامادول	۴۹	۵	۵	۲۷	۲,۸	۷,۸	۳۰	۳,۱	۱۰,۹	۲۴	۲,۵	۱۳,۴	۴۷	۴,۸	۱۸,۲	۷۹۴	۸۱,۸	۱۰۰	
متادون	۴۹	۵	۵	۲۶	۲,۷	۷,۷	۲۸	۲,۹	۱۰,۶	۲۸	۲,۹	۱۳,۵	۴۷	۴,۸	۱۸,۳	۷۹۵	۸۱,۹	۱۰۰	
آرامبخش‌ها	۵۷	۵,۹	۵,۹	۵۹	۶,۱	۱۲	۶۳	۶,۵	۱۸,۵	۴۷	۴,۸	۲۳,۳	۴۸	۴,۹	۲۸,۲	۶۹۷	۷۱,۷	۱۰۰	
اکستازی	۴۶	۴,۷	۴,۷	۱۷	۱,۸	۶,۵	۱۹	۲	۸,۵	۲۹	۳	۱۲,۵	۴۷	۴,۸	۱۷,۳	۸۱۳	۸۳,۷	۱۰۰	
مورفین	۵۰	۵,۱	۵,۱	۲۵	۲,۶	۷,۷	۲۷	۲,۸	۱۰,۵	۳۰	۳,۱	۱۳,۶	۳۵	۳,۶	۱۷,۲	۸۰۴	۸۲,۸	۱۰۰	
کوکائین	۴۹	۵	۵	۱۴	۱,۴	۶,۴	۱۶	۱,۶	۸	۳۰	۳,۱	۱۲,۱	۴۰	۴,۱	۱۶,۲	۸۲۲	۸۴,۷	۱۰۰	
کراک	۴۶	۴,۷	۴,۷	۱۳	۱,۳	۶	۱۵	۱,۵	۷,۵	۲۹	۳	۱۰,۵	۳۲	۳,۳	۱۳,۸	۸۳۶	۸۶,۱	۱۰۰	
شیشه	۴۴	۴,۵	۴,۵	۲۲	۲,۳	۶,۸	۱۴	۱,۴	۸,۲	۳۳	۳,۴	۱۱,۶	۳۹	۴	۱۵,۶	۸۱۹	۸۴,۳	۱۰۰	
LSD	۴۶	۴,۷	۴,۷	۱۲	۱,۲	۵,۹	۲۷	۲,۸	۸,۷	۲۳	۲,۴	۱۱,۱	۳۸	۳,۹	۱۵	۸۲۵	۸۴,۹	۱۰۰	

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد وضعیت مصرف هر کدام از موارد سیگار، قلیان و الکل در سطح آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی به ترتیب (۴۳,۳)، (۳۵,۸) و (۳۰,۶) درصد ارزیابی شده است. هر چند فقط (۱۶,۲)، (۹,۶) و (۹,۲) درصد میزان مصرف را زیاد و خیلی زیاد عنوان کرده‌اند. نتایج وضعیت مصرف در مورد مواد مخدر و محرک دیگر نشان می‌دهد میزان دسترسی به آرامبخش‌ها با ۱۲ درصد، ترامادول با

۷,۸ درصد و متادون و مورفین هر کدام با ۷,۷ درصد زیاد و خیلی زیاد و بالاتر از مابقی موارد نام برده شده در جدول عنوان شده است. در مورد گل و شیشه نیز (۷,۴) و (۶,۸) درصد زیاد و خیلی زیاد گزارش شده است. البته لازم به توضیح است که تایید ارزیابی‌های ارائه شده از سوی پاسخگویان در این تحقیق منوط به ارزیابی‌های عملیاتی‌تر و فراگیرتر است. در جدول زیر فرم کوتاه شده و موجزتر نتایج جدول ۴-۷ ارائه شده است.

۴-۸. ارزیابی پاسخگویان از مصرف مواد دخانی، الکلی، افیونی و روان گردان در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی

میزان مصرف	زیاد			متوسط			کم			اصلا		
	نوع مواد	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	درصد	درصد تجمعی
قلیان	۸۹	۹,۲	۹,۲	۶۶	۶,۸	۱۶	۱۹۲	۱۹,۸	۳۵,۸	۶۳۴	۶۴,۳	۱۰۰
سیگار	۱۵۸	۱۶,۲	۱۶,۲	۹۳	۹,۶	۲۵,۸	۱۷۰	۱۷,۵	۴۳,۳	۵۵۰	۵۶,۶	۱۰۰
الکل	۹۳	۹,۶	۹,۶	۶۵	۶,۷	۱۶,۳	۱۳۹	۱۴,۳	۳۰,۶	۶۷۴	۶۹,۴	۱۰۰
حشیش	۵۸	۶	۶	۲۹	۳	۹	۸۱	۸,۳	۱۷,۳	۸۰,۳	۸۲,۷	۱۰۰
علف (گل)	۷۲	۷,۴	۷,۴	۳۶	۳,۷	۱۱,۱	۸۶	۸,۸	۱۹,۹	۷۷۷	۸۰,۱	۱۰۰
تریاک	۶۵	۶,۷	۶,۷	۱۹	۲	۸,۷	۷۸	۸	۱۷,۷	۸۰,۹	۸۳,۳	۱۰۰
ترامادول	۷۶	۷,۸	۷,۸	۳۰	۳,۱	۱۰,۹	۷۱	۷,۳	۱۸,۲	۷۹۴	۸۱,۸	۱۰۰
متادون	۷۵	۷,۷	۷,۷	۲۸	۲,۹	۱۰,۶	۷۵	۷,۷	۱۸,۳	۷۹۵	۸۱,۹	۱۰۰
آرامبخش‌ها	۱۱۶	۱۲	۱۲	۶۳	۶,۵	۱۸,۵	۹۵	۹,۷	۲۸,۲	۶۹۷	۷۱,۷	۱۰۰
اکستازی	۶۳	۶,۵	۶,۵	۱۹	۲	۸,۵	۷۶	۷,۸	۱۷,۳	۸۱۳	۸۳,۷	۱۰۰
مورفین	۷۵	۷,۷	۷,۷	۲۷	۲,۸	۱۰,۵	۶۵	۶,۷	۱۷,۲	۸۰۴	۸۲,۸	۱۰۰
کوکائین	۶۳	۶,۴	۶,۴	۱۶	۱,۶	۸	۷۰	۷,۲	۱۶,۲	۸۲۲	۸۴,۷	۱۰۰
کراک	۵۹	۶	۶	۱۵	۱,۵	۷,۵	۶۱	۶,۳	۱۳,۸	۸۳۶	۸۶,۱	۱۰۰
شیشه	۶۶	۶,۸	۶,۸	۱۴	۱,۴	۸,۲	۷۲	۷,۴	۱۵,۶	۸۱۹	۸۴,۳	۱۰۰
LSD	۵۸	۵,۹	۵,۹	۲۷	۲,۸	۸,۷	۶۱	۶,۳	۱۵	۸۲۵	۸۴,۹	۱۰۰

۴-۳-۲. ارزیابی دسترسی در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی

در جدول ۴-۹ توزیع فراوانی و درصدی ارزیابی پاسخگویان از دسترسی به هر کدام از موارد نام برده شده در جدول زیر در سطح باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان ارائه شده است. لازم به توضیح است منظور از نوع مواد که در این جدول به آن اشاره شده است مجموعه مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) است که در تبیین و تحلیل یافته‌های تحقیق ملاحظه فوق لحاظ شده است. از همین رو در مقایسه بین موارد نام برده شده مواد دروازه‌ای(قلیان، سیگار و الکل) با هم مقایسه می‌شود و مواد افیونی و روان گردان نام برده شده دیگر با یکدیگر مقایسه می‌شوند. منظور از مواد دروازه‌ای آن دسته از موادی است که زمینه و بستر را برای ترغیب فرد به مصرف مواد سنگین‌تر و افتادن به ورطه اعتیاد فراهم می‌کند.

۹-۴. توزیع فراوانی و درصدی ارزیابی پاسخگویان از دسترسی به مواد دخانی، الکلی، افیونی و روان گردان در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی

میزان مصرف			خیلی زیاد			زیاد			تا حدودی			کم			خیلی کم			اصلا
نوع مواد	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
قلیان	۳۸	۳,۹	۳,۹	۳۸	۴,۹	۸,۸	۶۴	۶,۶	۱۵,۴	۷۱	۷,۳	۲۲,۷	۱۱۲	۱۱,۵	۳۴,۲	۶۳۸	۶۵,۷	۱۰۰
سیگار	۶۸	۷	۷	۷۵	۷,۷	۱۴,۷	۸۶	۸,۹	۲۳,۶	۸۴	۸,۷	۳۲,۳	۱۰۵	۱۰,۸	۴۳,۱	۵۵۳	۵۶,۹	۱۰۰
الکل	۴۲	۴,۳	۴,۳	۵۵	۵,۷	۱۰	۶۱	۶,۳	۱۶,۳	۶۹	۷,۱	۲۳,۴	۹۱	۹,۴	۳۲,۸	۶۵۳	۶۷,۲	۱۰۰
حشیش	۳۷	۳,۸	۳,۸	۱۳	۱,۳	۵,۱	۲۹	۳	۸,۱	۴۷	۴,۸	۱۲,۹	۴۹	۵	۱۷,۹	۷۹۶	۸۲	۱۰۰
علف (گل)	۳۹	۴	۴	۳۲	۳,۳	۷,۳	۴۲	۴,۳	۱۱,۶	۴۷	۴,۸	۱۶,۴	۵۳	۵,۵	۲۱,۹	۷۵۸	۷۸,۱	۱۰۰
تریاک	۳۶	۳,۷	۳,۷	۲۱	۲,۲	۵,۹	۲۴	۲,۵	۸,۴	۳۵	۳,۶	۱۲	۵۸	۶	۱۸	۷۹۷	۸۲	۱۰۰
ترامادول	۴۲	۴,۳	۴,۳	۲۹	۳	۷,۳	۳۵	۳,۶	۱۰,۹	۴۰	۴,۱	۱۵	۴۷	۴,۸	۱۹,۸	۷۷۸	۸۰,۱	۱۰۰
متادون	۴۳	۴,۴	۴,۴	۲۶	۲,۷	۷,۱	۲۸	۲,۹	۱۰	۳۹	۴	۱۴	۵۶	۵,۸	۱۹,۸	۶۴۶	۸۰,۲	۱۰۰
آرامبخش‌ها	۶۴	۶,۶	۶,۶	۴۷	۴,۸	۱۱,۴	۷۳	۷,۵	۱۸,۹	۵۸	۶	۲۴,۹	۶۵	۶,۷	۳۱,۶	۶۶۴	۶۸,۴	۱۰۰
اکستازی	۴۲	۴,۳	۴,۳	۲۴	۲,۵	۷,۸	۲۴	۲,۵	۱۰,۳	۳۴	۳,۵	۱۳,۸	۵۱	۵,۳	۱۹,۱	۷۹۵	۸۱,۹	۱۰۰
مورفین	۴۵	۴,۶	۴,۶	۲۴	۲,۱	۶,۷	۳۰	۳,۱	۹,۸	۴۰	۴,۱	۱۳,۹	۵۰	۵,۱	۱۹	۷۸۲	۸۰,۶	۱۰۰
کوکائین	۴۳	۴,۴	۴,۴	۱۲	۱,۲	۵,۶	۲۴	۲,۵	۸,۱	۳۲	۳,۳	۱۱,۴	۴۹	۵	۱۶,۴	۸۱۰	۸۳,۵	۱۰۰
کراک	۳۶	۳,۷	۳,۷	۱۰	۱	۴,۷	۱۹	۲	۶,۷	۳۱	۳,۲	۹,۹	۴۳	۴,۴	۱۴,۳	۸۳۲	۸۵,۷	۱۰۰
شیشه	۴۰	۴,۱	۴,۱	۱۵	۱,۵	۵,۶	۳۰	۳,۱	۸,۷	۳۴	۳,۵	۱۲,۲	۵۸	۶	۱۸,۲	۷۹۳	۸۱,۷	۱۰۰
LSD	۳۹	۴	۴	۱۸	۱,۹	۵,۹	۲۴	۲,۵	۸,۴	۳۱	۳,۲	۱۱,۶	۳۶	۳,۷	۱۵,۳	۸۲۳	۸۴,۸	۱۰۰

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد وضعیت دسترسی برای هر کدام از موارد سیگار، قلیان و مشروبات الکلی در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی به ترتیب (۴۳,۱)، (۳۴,۲) و (۳۸,۲) درصد بوده است. اگر چه فراوانی شدت دسترسی برای سیگار، الکل و قلیان به ترتیب (۱۴,۷)، (۱۰) و (۸,۸) زیاد و خیلی زیاد عنوان شده است. در مورد فراوانی شدت دسترسی به مواد افیونی، روان گردان و محرک در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی به ترتیب بیشترین فراوانی‌ها برای آرامبخش‌ها، اکستازی، ترامادول، علف و متادون با (۱۱,۴)، (۷,۸)، (۷,۳)، (۷,۳) و (۷,۱) درصد زیاد و خیلی زیاد عنوان شده است. البته لازم به توضیح است که تایید ارزیابی‌های ارائه شده از سوی پاسخگویان در این تحقیق منوط به ارزیابی‌های عملیاتی‌تر و فراگیرتر است. در جدول زیر فرم کوتاه شده و موجزتر نتایج جدول ۹-۴ ارایه شده است.

۱۰-۴. ارزیابی پاسخگویان از دسترسی به مواد دخانی، الکلی، افیونی و روان گردان در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی

میزان مصرف			زیاد			متوسط			کم			اصلا		
نوع مواد	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد
قلیان	۸۶	۸,۸	۸,۸	۱۵,۴	۶,۶	۶۴	۱۸۳	۱۸,۸	۳۴,۲	۶۳۸	۶۵,۷	۱۰۰		
سیگار	۱۵۳	۱۴,۷	۱۴,۷	۲۳,۶	۸,۹	۸۶	۱۸۹	۱۹,۶	۴۳,۱	۵۵۳	۵۶,۹	۱۰۰		

الکل	۹۷	۱۰	۱۰	۶۱	۶,۳	۱۶,۳	۱۶۰	۱۶,۵	۳۲,۸	۶۵۳	۶۷,۲	۱۰۰
حشیش	۵۰	۵,۱	۵,۱	۲۹	۳	۸,۱	۹۶	۹,۸	۱۷,۹	۷۹۶	۸۲	۱۰۰
علف (گل)	۷۱	۷,۳	۷,۳	۴۲	۴,۳	۱۱,۶	۱۰۰	۱۰,۳	۲۱,۹	۷۵۸	۷۸,۱	۱۰۰
تریاک	۵۷	۵,۹	۵,۹	۲۴	۲,۵	۸,۴	۹۳	۹,۶	۱۸	۷۹۷	۸۲	۱۰۰
ترامادول	۷۱	۷,۳	۷,۳	۳۵	۳,۶	۱۰,۹	۸۷	۸,۹	۱۹,۸	۷۷۸	۸۰,۱	۱۰۰
متادون	۶۹	۷,۱	۷,۱	۲۸	۲,۹	۱۰	۹۵	۹,۸	۱۹,۸	۶۴۶	۸۰,۲	۱۰۰
آرامبخش ها	۱۱۱	۱۱,۴	۱۱,۴	۷۳	۷,۵	۱۸,۹	۱۲۳	۱۲,۷	۳۱,۶	۶۶۴	۶۸,۴	۱۰۰
اکستازی	۶۶	۷,۸	۷,۸	۲۴	۲,۵	۱۰,۳	۸۵	۸,۸	۱۹,۱	۷۹۵	۸۱,۹	۱۰۰
مورفین	۶۹	۶,۷	۶,۷	۳۰	۳,۱	۹,۸	۹۰	۹,۲	۱۹	۷۸۲	۸۰,۶	۱۰۰
کوکائین	۵۵	۵,۶	۵,۶	۲۴	۲,۵	۸,۱	۸۱	۸,۳	۱۶,۴	۸۱۰	۸۳,۵	۱۰۰
کراک	۴۶	۴,۷	۴,۷	۱۹	۲	۶,۷	۷۴	۷,۶	۱۴,۳	۸۳۲	۸۵,۷	۱۰۰
شیشه	۵۵	۵,۶	۵,۶	۳۰	۳,۱	۸,۷	۹۲	۹,۵	۱۸,۲	۷۹۳	۸۱,۷	۱۰۰
LSD	۵۷	۵,۹	۵,۹	۲۴	۲,۵	۸,۴	۶۷	۶,۹	۱۵,۳	۸۲۳	۸۴,۸	۱۰۰

۴-۲-۴. ارزیابی مصرف در باشگاه ها و سالن های ورزشی

در جدول ۴-۱۱ توزیع فراوانی و درصدی ارزیابی پاسخگویان از مصرف هر کدام از موارد نام برده شده در جدول زیر در سطح باشگاه ها و سالن های ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان ارائه شده است. لازم به توضیح است منظور از نوع مواد که در این جدول به آن اشاره شده است مجموعه مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) است که در تبیین و تحلیل یافته های تحقیق ملاحظه فوق لحاظ شده است. از همین رو در مقایسه بین موارد نام برده شده مواد دروازه ای(قلیان، سیگار و الکل) با هم مقایسه می شود و مواد افیونی و روان گردان نام برده شده دیگر با یکدیگر مقایسه می شوند. منظور از مواد دروازه ای آن دسته از موادی است که زمینه و بستر را برای ترغیب فرد به مصرف مواد سنگین تر و افتادن به ورطه اعتیاد فراهم می کند.

۴-۱۱. توزیع فراوانی و درصدی ارزیابی پاسخگویان از مصرف به مواد دخانی، الکلی، افیونی و روان گردان در باشگاه ها و سالن های ورزشی

میزان مصرف	خیلی زیاد			زیاد			تا حدودی			کم			خیلی کم			اصلا
نوع مواد	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	درصد
قلیان	۳۹	۴	۴	۴۰	۴,۱	۸,۱	۵۷	۵,۹	۱۴	۵۸	۶	۲۰	۹۷	۱۰	۳۰	۶۸۰
سیگار	۵۴	۵,۶	۵,۶	۶۶	۶,۸	۱۲,۴	۷۵	۷,۷	۲۰,۱	۷۱	۷,۳	۲۷,۴	۹۰	۹,۳	۳۶,۷	۶۱۵
الکل	۴۲	۴,۳	۴,۳	۳۹	۴	۸,۳	۵۰	۵,۱	۱۳,۴	۶۸	۷	۲۰,۴	۶۰	۶,۲	۲۶,۸	۷۱۲
حشیش	۳۲	۳,۳	۳,۳	۱۳	۱,۳	۴,۶	۲۲	۲,۳	۶,۹	۳۶	۳,۷	۱۰,۶	۴۵	۴,۶	۱۵,۲	۸۲۳
علف (گل)	۳۲	۳,۳	۳,۳	۳۱	۳,۲	۶,۵	۲۹	۳	۹,۵	۵۳	۵,۵	۱۵	۴۶	۴,۷	۱۹,۷	۷۸۰
تریاک	۳۱	۳,۲	۳,۲	۱۹	۲	۵,۲	۲۲	۲,۳	۷,۵	۲۸	۲,۹	۱۰,۴	۴۵	۴,۶	۱۵	۸۲۶

ترامادول	۳۷	۳،۸	۳،۸	۲۶	۲،۷	۶،۵	۲۷	۲،۸	۹،۳	۳۵	۳،۶	۱۲،۹	۵۰	۵،۱	۱۸	۷۹۶	۸۲	۱۰۰
متادون	۳۸	۳،۹	۳،۹	۲۴	۲،۵	۶،۴	۲۹	۳	۹،۴	۳۱	۳،۲	۱۲،۶	۵۵	۵،۷	۱۸،۳	۷۹۴	۸۱،۷	۱۰۰
آرامبخش‌ها	۴۸	۴،۹	۴،۹	۴۹	۵	۹،۹	۶۵	۶،۷	۱۶،۶	۴۷	۴،۸	۲۱،۴	۵۸	۶	۲۷،۴	۷۰۴	۷۲،۵	۱۰۰
اکستازی	۳۷	۳،۸	۳،۸	۲۱	۲،۲	۶	۲۶	۲،۷	۸،۷	۲۸	۲،۹	۱۱،۶	۴۰	۴،۱	۱۵،۷	۸۱۹	۸۴،۳	۱۰۰
مورفین	۳۷	۳،۸	۳،۸	۱۹	۲	۵،۸	۳۷	۳،۸	۹،۶	۳۳	۳،۴	۱۳	۳۹	۴	۱۷	۸۰۶	۸۳	۱۰۰
کوکائین	۳۳	۳،۴	۳،۴	۱۳	۱،۳	۴،۷	۱۶	۱،۶	۶،۳	۳۵	۳،۶	۹،۹	۳۵	۳،۶	۱۳،۵	۸۳۹	۸۶،۴	۱۰۰
کراک	۳۱	۳،۲	۳،۲	۱۰	۱	۴،۲	۲۱	۲،۲	۶،۴	۳۲	۳،۳	۹،۷	۳۱	۳،۲	۱۲،۹	۸۴۶	۸۷،۲	۱۰۰
شیشه	۳۸	۳،۹	۳،۹	۱۹	۲	۵،۹	۲۴	۲،۵	۸،۴	۳۷	۳،۸	۱۲،۲	۳۸	۳،۹	۱۶،۱	۸۱۵	۸۳،۹	۱۰۰
LSD	۲۹	۳	۳	۱۷	۱،۸	۴،۸	۲۵	۲،۶	۷،۴	۳۲	۳،۳	۱۰،۷	۳۸	۳،۹	۱۴،۶	۸۳۰	۸۵،۵	۱۰۰

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد ارزیابی پاسخگویان در مورد مصرف مواد دخانی و الکلی در سطح باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی برای هر کدام از موارد سیگار، قلیان و الکل (۳۶،۷)، (۳۰) و (۲۶،۸) درصد ارزیابی و عنوان شده است. هر چند فراوانی شدت مصرف برای سیگار، الکل و قلیان به ترتیب (۱۲،۴)، (۸،۳) و (۸،۱) زیاد و خیلی زیاد عنوان شده است. نتایج وضعیت مصرف در مورد مواد اعتیاد آور دیگر که در دسته مواد مخدر و محرک قرار می‌گیرند نشان می‌دهد که ارزیابی از فراوانی شدت مصرف به ترتیب برای آرام بخش‌ها، علف، ترامادول و متادون (۹،۹)، (۶،۵)، (۶،۵) و (۶،۴) درصد زیاد و خیلی زیاد عنوان شده است. البته لازم به توضیح است که تایید ارزیابی‌های ارائه شده از سوی پاسخگویان در این تحقیق منوط به ارزیابی‌های عملیاتی‌تر و فراگیرتر است. در جدول زیر فرم کوتاه شده و موجزتر نتایج جدول ۴-۱۱

۴-۱۲. ارزیابی پاسخگویان از مصرف مواد دخانی، الکلی، افیونی و روان گردان در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی

میزان مصرف	زیاد			متوسط			کم			اصلا		
نوع مواد	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
قلیان	۷۹	۸،۱	۸،۱	۵۷	۵،۹	۱۴	۱۵۵	۱۶	۳۰	۶۸۰	۷۰	۱۰۰
سیگار	۱۲۰	۱۲،۴	۱۲،۴	۷۵	۷،۷	۲۰،۱	۱۶۱	۱۶،۶	۳۶،۷	۶۱۵	۶۳،۳	۱۰۰
الکل	۸۱	۸،۳	۸،۳	۵۰	۵،۱	۱۳،۴	۱۲۸	۱۳،۲	۲۶،۸	۷۱۲	۷۳،۳	۱۰۰
حشیش	۴۵	۴،۶	۴،۶	۲۲	۲،۳	۶،۹	۸۱	۸،۳	۱۵،۲	۸۲۳	۸۴،۷	۱۰۰
علف (گل)	۶۳	۶،۵	۶،۵	۲۹	۳	۹،۵	۱۰۹	۱۰،۲	۱۹،۷	۷۸۰	۸۰،۳	۱۰۰
تریاک	۵۰	۵،۲	۵،۲	۲۲	۲،۳	۷،۵	۷۳	۷،۵	۱۵	۸۲۶	۸۵	۱۰۰
ترامادول	۶۳	۶،۵	۶،۵	۲۷	۲،۸	۹،۳	۸۵	۸،۷	۱۸	۷۹۶	۸۲	۱۰۰
متادون	۶۲	۶،۴	۶،۴	۲۹	۳	۹،۴	۸۶	۸،۹	۱۸،۳	۷۹۴	۸۱،۷	۱۰۰
آرامبخش‌ها	۹۷	۹،۹	۹،۹	۶۵	۶،۷	۱۶،۶	۱۰۵	۱۰،۸	۲۷،۴	۷۰۴	۷۲،۵	۱۰۰
اکستازی	۵۸	۶	۶	۲۶	۲،۷	۸،۷	۶۸	۷	۱۵،۷	۸۱۹	۸۴،۳	۱۰۰

مورفین	۵۶	۵,۸	۵,۸	۳,۸	۳,۷	۳,۸	۷,۴	۷,۲	۱۷	۸۰,۶	۸۳	۱۰۰
کوکائین	۴۶	۴,۷	۴,۷	۱,۶	۱۶	۶,۳	۷,۲	۷,۰	۱۳,۵	۸۳,۹	۸۶,۴	۱۰۰
کراک	۴۱	۴,۲	۴,۲	۲,۲	۲۱	۶,۴	۶,۵	۶,۳	۱۲,۹	۸۴,۶	۸۷,۲	۱۰۰
شیشه	۵۷	۵,۹	۵,۹	۲,۵	۲۴	۸,۴	۷,۷	۷,۵	۱۶,۱	۸۱,۵	۸۳,۹	۱۰۰
LSD	۴۶	۴,۸	۴,۸	۲,۶	۲۵	۷,۴	۷,۲	۷,۰	۱۴,۶	۸۳,۰	۸۵,۵	۱۰۰

۴-۵. فرد یا افراد پیشنهاد دهنده برای اولین بار مصرف مواد

در جدول ۴-۱۳ توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان که تجربه حداقل یکبار مصرف مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) دارند در مورد فرد یا افراد پیشنهاد دهنده به آن‌ها در اولین بار مصرف ارائه شده است. ۴-۱۳. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر فرد یا افراد پیشنهاد دهنده در اولین بار مصرف

فرد یا افراد پیشنهاد دهنده	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
یکی از افراد خانواده	۲۶	۹,۶۲	۹,۶۲	۹,۶۲
یکی از بستگان و فامیل	۴۱	۱۵,۱۸	۱۵,۱۸	۲۴,۸
دوستان مدرسه	۵۰	۱۸,۵۱	۱۸,۵۱	۴۳,۳۱
دوستان دانشگاه	۴۱	۱۵,۱۸	۱۵,۱۸	۵۸,۴۹
همکاران محل کار	۱۶	۵,۹۲	۵,۹۲	۶۴,۴۱
دوستان سالن زیبایی	۱۴	۵,۱۸	۵,۱۸	۶۹,۵۹
دوستان باشگاه ورزشی	۱۰	۳,۷	۳,۷	۷۳,۲۹
افراد غریبه و سایرین	۲۶	۹,۶۲	۹,۶۲	۸۲,۹۱
بدون پیشنهاد دیگران	۳۲	۱۱,۸۵	۱۱,۸۵	۱۰۰
جمع	۲۵۶	۹۴,۷۶	۱۰۰	
بدون پاسخ	۱۴	۵,۲۴		
جمع کل	۲۷۰	۱۰۰		

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد از مجموع ۹۷۱ فردی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند ۲۷۰ نفر حداقل یکبار تجربه مصرف یکی از موارد نام برده شده در جدول را داشته‌اند که در مورد فراوانی افراد پیشنهاد دهنده به ترتیب دوستان مدرسه، دوستان دانشگاه و بستگان و فامیل هر کدام با درصد فراوانی (۱۸,۵۱)، (۱۵,۱۸) و (۱۵,۱۸) درصد بیشترین تکرار را در بین افراد پیشنهاد دهنده به مراجعین دارای حداقل یکبار تجربه مصرف مواد داشته‌اند. همچنین ۱۱,۸۵ درصد افراد بدون پیشنهاد دیگران اقدام به مصرف این مواد کرده‌اند. فراوانی این وضعیت در مورد سالن‌های زیبایی و باشگاه‌های ورزشی به ترتیب (۵,۱۸) و (۳,۷) درصد عنوان شده است. در مجموع می‌توان گفت که نقش دوستان مدرسه و دانشگاه و افراد خانواده و فامیل نسبت به سایر گروه‌های نام برده شده در جدول بیشتر است.

۶-۲-۴. دلایل برای اولین بار مصرف مواد

در جدول ۴-۱۴ توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان که تجربه حداقل یکبار مصرف مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) دارند در مورد دلیل یا دلایل در هنگام مبادرت به اولین بار مصرف ارائه شده است.

۴-۱۴. توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر دلایل برای اولین بار مصرف مواد

دلایل برای اولین مصرف مواد	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
رفع مشکلات جنسی	۸	۲,۹	۲,۹	۲,۹
رفع درد	۱۲	۴,۴	۴,۴	۷,۳
کاهش علائم یک بیماری جسمی	۶	۲,۲	۲,۲	۹,۵
کسب لذت	۶۱	۲۲,۵	۲۲,۵	۳۲
کنجکاوی	۷۵	۲۷,۷	۲۷,۷	۵۹,۷
رفع مشکلات روحی	۵۵	۲۰,۳	۲۰,۳	۸۰
زیبایی و تناسب اندام	۷	۲,۵	۲,۵	۸۲,۵
در دسترس بودن	۲۷	۱۰	۱۰	۹۲,۵
سایر	۱۳	۴,۸	۴,۸	۱۰۰
جمع	۲۶۴	۹۷,۸	۱۰۰	
بدون پاسخ	۶	۲,۲		
جمع کل	۲۷۰	۱۰۰		

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد از مجموع ۹۷۱ فردی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند ۲۷۰ نفر حداقل یکبار تجربه مصرف یکی از موارد نام برده شده در جدول را داشته‌اند که از نظر دلایل مصرف از دیدگاه افراد فوق‌الذکر کنجکاوی، کسب لذت و رفع مشکلات روحی به ترتیب با (۲۷,۷)، (۲۲,۵) و (۲۰,۳) درصد بالاترین میزان فراوانی دلایل مصرف در پاسخگویان را داشته است. این در حالی است که تنها ۲,۵ درصد افراد زیبایی و تناسب اندام را توجیهی برای مصرف مواد در اولین بار ذکر کرده‌اند.

۷-۲-۴. موقعیت اولین شروع مصرف مواد

در جدول ۴-۱۵ توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان که تجربه حداقل یکبار مصرف مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) دارند در مورد موقعیت آن‌ها در اولین بار مصرف ارائه شده است.

۴-۱۵. توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر موقعیت اولین شروع مصرف مواد

موقعیت اولین شروع مصرف مواد	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
میهمانی خانوادگی	۳۳	۱۲,۲	۱۲,۲	۱۲,۲
میهمانی دوستانه	۷۸	۲۸,۸	۲۸,۸	۴۱

۵۲,۸	۱۱,۸	۱۱,۸	۳۲	پارک
۵۴,۲	۱,۴	۱,۴	۴	مدرسه
۶۰,۸	۶,۶	۶,۶	۱۸	کوچه و خیابان
۶۵,۹	۵,۱	۵,۱	۱۴	خوابگاه یا منزل دانشجویی
۶۶,۶	۰,۷	۰,۷	۲	محل کار
۷۰,۶	۴,۰۷	۴,۰۷	۱۱	سالن زیبایی
۷۲	۱,۴	۱,۴	۴	باشگاه ورزشی
۷۳,۸	۱,۸	۱,۸	۵	سالن ماساژ
۸۳	۹,۲	۹,۲	۲۵	منزل
۱۰۰	۲,۲	۲,۲	۶	سایر
	۱۰۰	۸۵,۹	۲۳۲	جمع
		۱۴,۳	۳۸	بدون پاسخ
		۱۰۰	۲۷۰	جمع کل

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد از مجموع ۹۷۱ فردی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند ۲۷۰ نفر حداقل یکبار تجربه مصرف یکی از موارد نام برده شده در جدول را داشته‌اند که در مورد موقعیت اولین شروع مصرف میهمانی‌های دوستانه و میهمانی‌های خانوادگی به ترتیب با (۲۸,۸) و (۱۲,۲) درصد بیشترین فراوانی را داشته است. هر چند میزان این فراوانی برای مکان‌هایی مانند سالن زیبایی و باشگاه‌های ورزشی و سالن ماساژ در مجموع ۷,۲۷ درصد عنوان شده است.

۴-۲-۸. واقعه منجر به اولین بار مصرف مواد

در جدول ۴-۱۶ توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان که تجربه حداقل یکبار مصرف مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) دارند در مورد واقعه منجر به اولین بار مصرف ارائه شده است.

۴-۱۶. توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر واقعه منجر به اولین بار مصرف مواد

واقعه منجر به اولین مصرف	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
مشکلات کاری	۱۳	۴,۸	۴,۸	۴,۸
مشکلات تحصیلی	۲۷	۱۰	۱۰	۱۴,۸
مشکلات خانوادگی	۴۹	۱۸,۱	۱۸,۱	۳۲,۹
روابط بین فردی(خانواده، کار، تحصیل)	۲۶	۹,۶	۹,۶	۴۲,۵
نارضایتی از ظاهر	۱۴	۵,۱	۵,۱	۴۷,۶
واقعه مشخصی وجود نداشته است	۱۴۱	۵۲,۲	۵۲,۲	۱۰۰
جمع کل	۲۷۰	۱۰۰	۱۰۰	

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد از مجموع ۹۷۱ فردی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند ۲۷۰ نفر حداقل یکبار تجربه مصرف یکی از موارد نام برده شده در جدول را داشته‌اند که از نظر فراوانی واقعه منجر به اولین بار مصرف مشکلات خانوادگی، مشکلات تحصیلی و روابط بین فردی به ترتیب با (۱۸,۱)، (۱۰) و (۹,۶) بیشترین فراوانی را داشته است. هر چند ۵۲,۲ درصد افراد عنوان کرده‌اند که هیچ واقعه مشخصی نقش تعیین کننده‌ای که منجر به اولین بار مصرف در آن‌ها شده باشد نداشته است که رقم قابل تاملی است. به عبارت دیگر بر خلاف تصور رایج وجود مشکل عامل گرایش و یا حتی تجربه مصرف در بسیاری از افراد محسوب نمی‌شود.

۹-۲-۴. حالات روحی منجر به اولین بار مصرف مواد

در جدول ۴-۱۷ توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان که تجربه حداقل یکبار مصرف مواد (دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) دارند در مورد واقعه منجر به اولین بار مصرف ارائه شده است.

۴-۱۷. توزیع فراوانی و درصدی حالات روحی منجر به اولین بار مصرف مواد

حالات روحی	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
اضطراب، ترس، نگرانی و ... موارد مشابه	۳۲	۱۱,۸	۱۱,۸	۱۱,۸
غمگینی، افسردگی و ... موارد مشابه	۴۹	۱۸,۱	۱۸,۱	۲۹,۹
خشم، پرخاش، عصبانیت و موارد مشابه	۱۷	۶,۲	۶,۲	۳۶,۱
سرخوشی، وجد، شعف، کیف و موارد مشابه	۶۸	۲۵,۱	۲۵,۱	۶۱,۲
سایر	۱۰۳	۳۸,۱	۳۸,۱	۱۰۰
جمع	۲۶۹	۹۹,۶	۱۰۰	
بدون پاسخ	۱	۰,۳		
جمع کل	۲۷۰	۱۰۰		

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد از مجموع ۹۷۱ فردی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند ۲۷۰ نفر حداقل یکبار تجربه مصرف یکی از موارد نام برده شده در جدول را داشته‌اند که در مورد فراوانی حالات روحی منجر به اولین بار مصرف سرخوشی، وجد، شعف، کیف و موارد مشابه با ۲۵,۱ درصد؛ غمگینی، افسردگی و موارد مشابه با ۱۸,۱ درصد و اضطراب، ترس و نگرانی با ۱۱,۸ درصد به ترتیب رتبه‌های اول تا سوم را در فراوانی حالات روحی مشخص منجر به اولین بار مصرف در افراد داشته‌اند. این در حالی است که ۳۸,۱ درصد افراد نیز گزینه سایر را برای حالات روحی منجر به اولین بار مصرف عنوان کرده‌اند که رقم قابل توجهی است. با توجه به سایر گزینه‌های نامبرده شده در جدول هیچ کدام از هیجان‌های روحی مثبت و منفی عامل گرایش و یا حتی تجربه مصرف در بسیاری از افراد محسوب نمی‌شود.

۴-۲-۱۰. وضعیت مصرف مواد در طول عمر

در جدول ۴-۱۸ توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان که تجربه حداقل یکبار مصرف مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) دارند در مورد وضعیت مصرف مواد در طول عمر ارائه شده است.

۴-۱۸. توزیع فراوانی و درصدی وضعیت مصرف مواد در طول عمر

نوع مواد	فراوانی	درصد	نوع مواد	فراوانی	درصد
قلیان	۱۶۸	۲۸,۱	آرامبخش‌ها	۸۶	۱۴,۴
سیگار	۱۳۱	۲۱,۹	اکستازی	۶	۱
الکل	۷۹	۱۳,۲	مورفین	۱۷	۲,۸
حشیش	۱۱	۱,۸	کوکائین	۵	۰,۸
علف(گل)	۲۳	۳,۸	کراک	۵	۰,۸
تریاک	۱۹	۳,۱	شیشه	۱۶	۲,۶
ترامادول	۱۴	۲,۳	LSD	۱۰	۱,۶
متادون	۶	۱	جمع کل	۵۹۶	۱۰۰

از آن جا که پاسخگویان در پاسخگویی به این سوال امکان انتخاب چند گزینه را داشته‌اند و برخی افراد تجربه مصرف چند ماده را در طول عمر داشته‌اند و با توجه به این که از مجموع ۹۷۱ فردی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند ۲۷۰ نفر اعلام کرده‌اند حداقل یکبار تجربه مصرف یکی از موارد نام برده شده در جدول را داشته‌اند یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که از بین مواد دخانی و الکلی به ترتیب بیشترین فراوانی مصرف متعلق به قلیان، سیگار و الکل با (۲۸,۱)، (۲۱,۹) و (۲,۱۳) درصد بوده است و از بین مواد افیونی و روان گردان و محرک به ترتیب بیشترین فراوانی مصرف متعلق به آرام بخش‌ها، گل، تریاک، مورفین، شیشه و ترامادول با (۱۴,۴)، (۳,۸)، (۳,۱)، (۲,۸)، (۲,۶) و (۲,۳) درصد بوده است. جمع فراوانی ۵۹۶ نفر در جدول فوق سه الگو را به ذهن متبادر می‌کند که عبارتند از: ۱- یا اکثریت افراد دارای تجربه چند مصرفی بوده‌اند؛ ۲- یا اکثریت افراد مواد مخدر و محرک را در استمرار مواد دروازه‌ای با هم مصرف می‌کرده‌اند؛ ۳- یا اکثریت افراد بیش از یک نوع از مواد دروازه‌ای را با هم مصرف می‌کرده‌اند. هر چند سه الگوی محتمل فوق با هم امکان بروز دارند اما دسترسی به الگوی قطعی و واقعی‌تر نیازمند تحقیقات کیفی و یا مطالعات با ماهیت اکتشافی در زمینه مصرف مواد در زنان است.

۴-۲-۱۱. وضعیت مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته

در جدول ۴-۱۹ توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان که تجربه حداقل یکبار مصرف مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) دارند در مورد وضعیت مصرف مواد در طول ۱۲ ماه گذشته ارائه شده است.

۴-۱۹. توزیع فراوانی و درصدی وضعیت مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته

میزان مصرف		کمتر از ۱۰ بار		۱۰-۵۰ بار		بیش از ۵۰ بار		میزان مصرف		کمتر از ۱۰ بار		۱۰-۵۰ بار		بیش از ۵۰ بار	
نوع مواد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	نوع مواد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
قلیان	۱۴۱	۳۳	۶۸	۳۱,۶	۳۲	۲۳,۷	آرامبخش‌ها	۵۳	۱۲,۴	۴۲	۱۹,۵	۱۵	۱۱,۱		
سیگار	۶۴	۱۵	۴۱	۱۹	۴۷	۳۴,۸	اکستازی	۵	۱,۱	-	-	۴	۲,۹		
الکل	۶۵	۱۵,۲	۲۶	۱۲	۱۱	۸,۱	مورفین	۹	۲,۱	۲	۰,۹	۳	۲,۲		
حشیش	۱۳	۳	-	-	۴	۲,۹	کوکابین	۴	۰,۹	۳	۱,۳	۲	۱,۴		
علف(گل)	۲۱	۴,۹	۱۰	۴,۶	۳	۲,۲	کراک	۴	۰,۹	۳	۱,۳	۲	۱,۴		
تریاک	۱۴	۳,۲	۶	۲,۷	۱	۰,۷	شیشه	۷	۱,۶	-	-	۶	۴,۴		
ترامادول	۱۸	۴,۲	۳	۱,۳	۳	۲,۲	LSD	۳	۰,۷	۶	۲,۷	۲	۱,۴		
متادون	۵	۱,۱	۵	۲,۳	۳	۲,۲	جمع کل	۴۲۶	۱۰۰	۲۱۵	۱۰۰	۱۳۵	۱۰۰		

از آن‌جا که پاسخگویان در پاسخگویی به این سوال امکان انتخاب چند گزینه را داشته‌اند و برخی افراد تجربه مصرف چند ماده را در طول عمر داشته‌اند و با توجه به این که از مجموع ۹۷۱ فردی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند ۲۷۰ نفر اعلام کرده‌اند حداقل یکبار تجربه مصرف یکی از موارد نام برده شده در جدول را داشته‌اند یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که از بین مواد دخانی و الکلی بیشترین فراوانی شدت مصرف بیش از ۵۰ بار در ۱۲ ماه گذشته به ترتیب متعلق به سیگار، قلیان و الکل با (۳۴,۸)، (۲۳,۷) و (۸,۱) درصد بوده است. این در حالی است که وضعیت فراوانی شدت مصرف بین ۱۰ تا ۵۰ بار در ۱۲ ماه گذشته به ترتیب متعلق به قلیان، سیگار و الکل با (۳۱,۶)، (۱۹) و (۱۲) درصد بوده است و از بین مواد افیونی و روان گردان و محرک بیشترین فراوانی شدت مصرف بیش از ۵۰ بار در ۱۲ ماه گذشته به ترتیب متعلق به آرام بخش‌ها، شیشه و حشیش و اکستازی با (۱۱,۱)، (۴,۴)، (۲,۹) و (۲,۹) درصد بوده است. این در حالی است که وضعیت فراوانی شدت مصرف بین ۱۰ تا ۵۰ بار در ۱۲ ماه گذشته در بین مواد افیونی، روان گردان و محرک به ترتیب متعلق به آرامبخش‌ها، گل، تریاک و LSD با (۱۹,۵)، (۴,۶)، (۲,۷) و (۲,۷) درصد بوده است. جمع فراوانی بیش از ۲۷۰ نفر در یکی از ستون‌های جدول فوق سه الگو را به ذهن متبادر می‌کند که عبارتند از: ۱- یا اکثریت افراد دارای تجربه چند مصرفی بوده‌اند؛ ۲- یا اکثریت افراد مواد مخدر و محرک را در استمرار مواد دروازه‌ای با هم مصرف می‌کرده‌اند؛ ۳- یا اکثریت افراد بیش از یک نوع از مواد دروازه‌ای را با هم مصرف می‌کرده‌اند. هر چند سه الگوی محتمل فوق با هم امکان بروز دارند اما دسترسی به الگوی قطعی و واقعی‌تر نیازمند تحقیقات

کیفی و یا مطالعات با ماهیت اکتشافی در زمینه مصرف مواد در زنان است با این توضیح که افراد چند مصرفی در هر کدام از سطوح فوق قرار گرفته باشند میزان مصرف در آن‌ها کمتر از ۱۰ بار در ۱۲ ماه گذشته بوده است.

۴-۲-۱۲. وضعیت مصرف مواد در یک ماه گذشته

در جدول ۴-۲۰ توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان که تجربه حداقل یکبار مصرف مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) دارند در مورد وضعیت مصرف مواد در طول یک ماه گذشته ارائه شده است.

۴-۲۰. توزیع فراوانی و درصدی وضعیت مصرف مواد در ماه گذشته

نوع مواد	فراوانی	درصد	نوع مواد	فراوانی	درصد
قلیان	۱۳۸	۳۲٫۹	آرام بخش‌ها	۵۷	۱۳٫۶
سیگار	۸۳	۱۹٫۸	اکستازی	۴	۰٫۹
الکل	۵۴	۱۲٫۸	مورفین	۶	۱٫۴
حشیش	۵	۱٫۱	کوکابین	۵	۱٫۱
علف(گل)	۲۲	۵٫۲	کراک	۳	۰٫۷
تریاک	۷	۱٫۶	شیشه	۱۰	۲٫۳
ترامادول	۹	۲٫۱	LSD	۷	۱٫۶
متادون	۹	۲٫۱	جمع کل	۴۱۹	۱۰۰

از آن‌جا که پاسخگویان در پاسخگویی به این سوال امکان انتخاب چند گزینه را داشته‌اند و برخی افراد تجربه مصرف چند ماده را در طول عمر داشته‌اند و با توجه به این که از مجموع ۹۷۱ فردی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند ۲۷۰ نفر اعلام کرده‌اند حداقل یکبار تجربه مصرف یکی از موارد نام برده شده در جدول را داشته‌اند یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که از بین مواد دخانی و الکلی بیشترین فراوانی مصرف در ماه گذشته به ترتیب متعلق به قلیان، سیگار و الکل با درصد فراوانی (۳۲٫۹)، (۱۹٫۸) و (۱۲٫۸) درصد بوده است و از بین مواد افیونی و روان گردان و محرک بیشترین فراوانی مصرف به ترتیب متعلق به آرام بخش‌ها، علف و شیشه با درصد فراوانی (۱۳٫۶)، (۵٫۲) و (۲٫۳) درصد بوده است. جمع فراوانی ۴۱۹ نفر در جدول فوق سه الگو را به ذهن متبادر می‌کند که عبارتند از: ۱- یا اکثریت افراد دارای تجربه چند مصرفی بوده‌اند؛ ۲- یا اکثریت افراد مواد مخدر و محرک را در استمرار مواد دروازه‌ای با هم مصرف می‌کرده‌اند؛ ۳- یا اکثریت افراد بیش از یک نوع از مواد دروازه‌ای را با هم مصرف می‌کرده‌اند. هر چند سه الگوی محتمل فوق با هم امکان بروز دارند اما دسترسی به الگوی قطعی و واقعی‌تر نیازمند تحقیقات کیفی و یا مطالعات با ماهیت اکتشافی در زمینه مصرف مواد در زنان است.

۴-۲-۱۳. وضعیت مصرف مواد قبل از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی

در جدول ۴-۲۱ توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان که تجربه حداقل یکبار مصرف مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) دارند در مورد وضعیت مصرف مواد قبل از ورود به سالن زیبایی یا ورزشی ارائه شده است. هدف از این سوال در تحقیق این بوده است که آیا مصرف مواد فرد در قبل و بعد از ورود به مکان‌های نامبرده شده تفاوتی کرده است یا خیر. لذا منظور از مصرف مواد قبل از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی مسامحتاً سابقه مصرف مواد است.

۴-۲۱. توزیع فراوانی و درصدی وضعیت مصرف مواد قبل و بعد از سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی

وضعیت مصرف	قبل از ورود	بعد از ورود	وضعیت مصرف	قبل از ورود	بعد از ورود	وضعیت مصرف	قبل از ورود	بعد از ورود	نوع مواد
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۱۳۴	۲۷,۶	۲۴	۱۹,۸	۷۸	۱۶,۱	۱۰	۸,۲	۱۰	آرامبخش‌ها
۱۱۷	۲۴,۱	۲۵	۲۰,۶	۶	۱,۲	۳	۲,۴	۳	اکستازی
۵۹	۱۲,۱	۱۷	۱۴	۸	۱,۶	۲	۱,۶	۲	مورفین
۸	۱,۶	۶	۴,۹	۲	۰,۴	۳	۲,۴	۳	کوکائین
۲۲	۴,۵	۸	۶,۶	۱	۲	۲	۱,۶	۲	کراک
۱۲	۲,۴	۵	۴,۱	۸	۱,۶	۵	۴,۱	۵	شیشه
۱۴	۲,۸	۲	۱,۶	۵	۱	۶	۴,۹	۶	LSD
۱۰	۲	۳	۲,۴	۴۸۴	۱۰۰	۱۲۱	۱۰۰	۱۰۰	جمع کل

از آن جا که پاسخگویان در پاسخگویی به این سوال امکان انتخاب چند گزینه را داشته‌اند و برخی افراد تجربه مصرف چند ماده را در طول عمر داشته‌اند و با توجه به این که از مجموع ۹۷۱ فردی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند ۲۷۰ نفر اعلام کرده‌اند حداقل یکبار تجربه مصرف یکی از موارد نام برده شده در جدول را داشته‌اند یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که از میان پاسخگویان دارای حداقل یکبار تجربه مصرف ۴۸۴ نفر قبل از دوره ورود به سالن زیبایی و باشگاه ورزشی و ۱۲۱ نفر بعد از دوره ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی مصرف را برای اولین بار تجربه کرده‌اند. تفاوت تعداد جمع کل در ستون قبل از ورود در جدول فوق با تعداد ۲۷۰ نفری که تجربه حداقل یکبار مصرف مواد اعتیاد آور نامبرده شده در جدول را دارند سه الگو را به ذهن متبادر می‌کند که عبارتند از: ۱- یا اکثریت افراد دارای تجربه چند مصرفی بوده‌اند؛ ۲- یا اکثریت افراد مواد مخدر و محرک را در استمرار مواد دروازه‌ای با هم مصرف می‌کرده‌اند؛ ۳- یا اکثریت افراد بیش از یک نوع از مواد دروازه‌ای را با هم مصرف می‌کرده‌اند. هر چند سه الگوی محتمل فوق با هم امکان بروز دارند اما دسترسی به الگوی قطعی و واقعی‌تر نیازمند تحقیقات

کیفی و یا مطالعات با ماهیت اکتشافی در زمینه مصرف مواد در زنان است. از سوی دیگر کاهش تعداد افرادی که تجربه مصرف مواد را بعد از شروع دوره سالن زیبایی و یا باشگاه ورزشی گزارش کرده‌اند نسبت به افرادی که تجربه مصرف مواد را قبل از شروع دوره سالن زیبایی و یا باشگاه ورزشی گزارش کرده‌اند بیانگر این است که احتمالا محیط‌های نامبرده فوق تاثیر افزاینده در مصرف افراد نداشته‌اند اما این به معنای تایید این نکته نیست که محیط‌های نامبرده شده نقشی منفی و یا مثبت در گرایش و در غلطیدن افراد به اعتیاد و وابستگی به مصرف مواد دارد. از همین رو دستیابی به نتایج قطعی‌تر در این زمینه نیازمند مطالعات کیفی و اکتشافی است که انجام آن از حوصله و حیطه تحقیق حاضر خارج بوده است.

۴-۲-۱۴. وضعیت تغییرات مصرف مواد بعد از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی

در جدول ۴-۲۲ توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان که تجربه حداقل یکبار مصرف مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) دارند در مورد وضعیت تغییرات مصرف مواد بعد از ورود به سالن زیبایی یا ورزشی ارائه شده است. هدف از طرح سوال مذکور در تحقیق این بوده است که آیا مصرف مواد فرد بعد از ورود به مکان‌های نامبرده شده تفاوتی کرده است؟ لذا منظور از مصرف تغییرات مصرف مواد بعد از ورود به سالن‌زیبایی یا باشگاه ورزشی شدت و اندازه مصرف مواد است.

۴-۲۲. توزیع فراوانی و درصدی وضعیت تغییرات مصرف مواد بعد از سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی

وضعیت مصرف		قطع مصرف		یکسان		کاهش		افزایش	
نوع مواد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	درصد
قلیان	۳۰	۴,۸	۹۳	۲۲,۷	۲۰	۱۷,۵	۲۱	۱۱,۷	
سیگار	۲۵	۴	۷۵	۱۸,۳	۲۲	۱۹,۲	۲۴	۱۳,۴	
الکل	۴۱	۶,۶	۴۵	۱۱	۸	۷	۱۷	۹,۴	
حشیش	۳۹	۶,۲	۱۵	۳,۶	۴	۳,۵	۳	۱,۶	
گل	۴۵	۷,۲	۲۳	۵,۶	۳	۲,۶	۸	۴,۴	
تریاک	۴۴	۷	۱۶	۳,۹	۳	۲,۶	۶	۳,۳	
ترامادول	۴۵	۷,۲	۱۳	۳,۱	۲	۱,۷	۵	۲,۷	
متادون	۴۴	۷	۱۰	۲,۴	۲۳	۲۰,۱	۶	۳,۳	
آرامبخش‌ها	۴۲	۶,۷	۴۰	۹,۸	۲۰	۱۷,۵	۱۶	۸,۹	
اکستازی	۴۳	۶,۹	۱۳	۳,۱	۳	۲,۶	۲	۱,۱	
مورفین	۴۵	۷,۲	۱۴	۳,۴	۲	۱,۷	۱	۰,۵	
کوکابین	۴۷	۷,۵	۱۲	۲,۹	۱	۰,۸	۶۰	۳۳,۵	
کراک	۴۶	۷,۴	۹	۲,۲	۱	۰,۸	۲	۱,۱	

شیشه	۴۱	۶۶	۱۴	۳,۴	۱	۰,۸	۵	۲,۷
LSD	۴۴	۷	۱۶	۳,۹	۱	۰,۸	۳	۱,۶
جمع کل	۶۲۱	۱۰۰	۴۰۸	۱۰۰	۱۱۴	۱۰۰	۱۷۹	۱۰۰

از آن جا که پاسخگویان در پاسخگویی به این سوال امکان انتخاب چند گزینه را داشته‌اند و برخی افراد تجربه مصرف چند ماده را در طول عمر داشته‌اند و با توجه به این که از مجموع ۹۷۱ فردی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند ۲۷۰ نفر اعلام کرده‌اند حداقل یکبار تجربه مصرف یکی از موارد نام برده شده در جدول را داشته است. یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که تغییر مصرف مواد در ۱۱۴ نفر از پاسخگویان بعد از ورود به سالن زیبایی یا ورزشی کاهش، در ۱۷۹ نفر از پاسخگویان افزایش و در ۴۰۸ نفر از پاسخگویان تغییری نکرده است. این یافته‌ها حاکی از آن است که اختلاف نسبت کسانی که تغییرات مصرف آن‌ها مثبت بوده است (افزایش داشته است) نسبت به کسانی که تغییرات مصرف آن‌ها منفی بوده است (کاهش داشته است) بیشتر بوده است. در بین مواد دخانی و الکلی اختلاف نسبت این تغییر برای الکل ۱ درصد رشد داشته است که قابل تامل است. در بین مواد افیونی، روان گردان و محرک نیز اختلاف نسبت این تغییر برای کوکائین بیشتر از سایر مواد رشد و برای آرام بخش‌ها بیشتر از سایر مواد کاهش داشته است.

۴-۲-۱۵. محل مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته

در جداول (۴-۲۳) و (۴-۲۴) توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان که تجربه حداقل یکبار مصرف مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) دارند از نظر محل مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته ارائه شده است.

۴-۲۳. توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر محل مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته

محل مصرف	در منزل به تنهایی		در منزل با دوستان		در منزل دوستان		در جشن و بزم‌های خانوادگی		در میهمانی‌ها و بزم‌های دوستانه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
قلیان	۷۲	۷,۴	۱۲۰	۱۲,۴	۱۱۴	۱۱,۷	۱۳۵	۱۳,۹	۱۰۶	۱۰,۹
سیگار	۱۱۵	۱۱,۸	۹۱	۹,۴	۷۷	۷,۹	۵۲	۵,۴	۱۰۰	۱۰,۳
الکل	۳۴	۳,۵	۵۶	۵,۸	۶۰	۶,۲	۵۰	۵,۱	۷۶	۷,۸
حشیش	۳	۰,۳	۵	۰,۵	۵	۰,۵	۱	۰,۱	۳	۰,۳
علف(گل)	۸	۰,۸	۹	۰,۹	۱۲	۱,۲	۴	۰,۴	۱۵	۱,۵
تریاک	۶	۰,۶	۴	۰,۴	۶	۰,۶	۳	۰,۳	۵	۰,۵
ترامادول	۶	۰,۶	۵	۰,۵	۶	۰,۶	۱	۰,۱	۳	۰,۳
متادون	۴	۰,۴	۵	۰,۵	۴	۰,۴	۴	۰,۴	۱	۰,۱
آرامبخش‌ها	۶۴	۶,۶	۱۱	۱,۱	۱۴	۱,۴	۱۰	۱	۱۳	۱,۳

اکستازی	۱	۰,۱	۳	۰,۳	۲	۰,۲	۲	۰,۲	۵	۰,۵
مورفین	۴	۰,۴	۲	۰,۲	۲	۰,۲	-	-	۱	۰,۱
کوکائین	۱	۰,۱	۱	۰,۱	۱	۰,۱	-	-	۲	۰,۲
کراک	-	-	-	-	۲	۰,۲	-	-	۳	۰,۳
شیشه	۶	۰,۶	۸	۰,۸	۸	۰,۸	۳	۰,۳	۱۳	۱,۳
LSD	۱	۰,۱	۲	۰,۲	۲	۰,۲	-	-	۴	۰,۴

۴-۲۴. ادامه جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر محل مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته

محل مصرف	در سفر و گردش		در سفر و گردش		در سالن زیبایی		در سالن ورزشی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
قلیان	۱۵,۴	۱۵۰	۱۳,۶	۱۴	۱۹	۲	۱۰	۱
سیگار	۱۰,۲	۹۹	۴۳	۴,۴	۳۴	۳,۵	۲۰	۲,۱
الکل	۶,۳	۶۱	۲۳	۲,۴	۸	۰,۸	۶	۰,۶
حشیش	۰,۲	۲	۱	۰,۱	۳	۰,۳	۴	۰,۴
علف (گل)	۱,۴	۱۴	۵	۰,۵	۶	۰,۶	۴	۰,۴
تریاک	۰,۳	۳	۱	۰,۱	۲	۰,۲	۴	۰,۴
ترامادول	۰,۴	۴	۱	۰,۱	۲	۰,۲	۷	۰,۷
متادون	۰,۲	۲	۲	۰,۲	۵	۰,۵	۳	۰,۳
آرامبخش‌ها	۱,۴	۱۴	۱۷	۱,۸	۱۱	۱,۱	۱۱	۱,۱
اکستازی	۰,۷	۷	۱	۰,۱	-	-	۱	۰,۱
مورفین	۰,۱	۱	-	-	۱	۰,۱	۲	۰,۲
کوکائین	-	-	-	-	-	-	۲	۰,۲
کراک	-	-	-	-	۱	۰,۱	۱	۰,۱
شیشه	۰,۴	۴	۱	۰,۱	۲	۰,۲	۲	۰,۲
LSD	۰,۴	۴	-	-	-	-	۳	۰,۳

یافته‌های جداول فوق نشان می‌دهد در مورد مصرف مواد دخانی، الکل از حیث محل مصرف بیشترین فراوانی مصرف در مورد قلیان به ترتیب مربوط به گزینه‌های «در سفر و گردش تفریحی با دوستان» (۱۵,۴ درصد)، «در سفر و گردش تفریحی با خانواده» (۱۴ درصد) و «جشن‌ها و بزم‌های خانوادگی» (۱۳,۹ درصد) بوده است. این در حالی است که وضعیت مصرف قلیان در سالن‌های زیبایی و ورزشی مجموعاً ۳ درصد بوده است. در مورد سیگار بیشترین فراوانی از حیث محل مصرف به ترتیب

مربوط به گزینه‌های «در سفر و گردش تفریحی با دوستان» (۱۰,۲ درصد) بوده است. این در حالی است که مصرف سیگار در سالن‌های زیبایی و ورزشی مجموعاً ۵,۶ درصد بوده است. بیشترین فراوانی مصرف الکل از حیث محل مصرف به ترتیب مربوط به گزینه‌های «میهمانی‌ها و بزم‌های دوستانه» (۷,۸ درصد)، «سفر و گردش تفریحی با دوستان» (۶,۳ درصد) و «در منزل دوستان» (۶,۲ درصد) بوده است. این در حالی است که وضعیت مصرف الکل در سالن‌های زیبایی و ورزشی مجموعاً ۱,۴ درصد بوده است. در مجموع می‌توان گفت در آرایشگاه و سالن‌های زیبایی و ورزشی از حیث فراوانی نوع مواد مصرفی نام برده شده به ترتیب سیگار، قلیان و الکل با (۵,۶)، (۳) و (۱,۴) درصد رتبه اول تا سوم را دارند.

همچنین یافته‌های جداول فوق در مورد محل مصرف مواد افیونی، محرک و روان گردان از حیث محل مصرف در مورد آرامبخش‌ها بالاترین فراوانی متعلق به گزینه «در منزل به تنهایی» با ۶,۶ درصد است. این در حالی است که وضعیت مصرف آرام بخش‌ها در سالن‌های زیبایی و ورزشی مجموعاً ۲,۳ درصد بوده است. در مورد وضعیت مصرف گل از حیث محل مصرف بالاترین فراوانی به ترتیب متعلق به «میهمانی‌ها و بزم‌های دوستانه» با ۱,۵ درصد، «سفر و گردش تفریحی با دوستان» با ۱,۴ درصد بوده است. این در حالی است که وضعیت مصرف گل در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی مجموعاً ۱ درصد بوده است. در مورد وضعیت مصرف شیشه از حیث محل مصرف بالاترین فراوانی به ترتیب متعلق به «بزم‌ها و میهمانی‌های دوستانه» با ۱,۳ درصد و «در منزل دوستان» و یا «در منزل با دوستان» هر کدام با فراوانی ۰,۸ درصد بوده است. این در حالی است که وضعیت مصرف شیشه در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی مجموعاً ۰,۴ درصد بوده است. در مجموع می‌توان گفت در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی از حیث فراوانی نوع مواد مصرفی نام برده شده به ترتیب آرامبخش‌ها، گل و شیشه با فراوانی (۲,۳)، (۱) و (۰,۴) درصد رتبه‌های اول تا سوم را دارند.

۴-۲-۱۶. سن شروع مصرف مواد

در جدول (۴-۲۵) توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه سطح شهر اصفهان که تجربه حداقل یکبار مصرف مواد(دخانی، مشروبات الکلی، افیونی و روان گردان) دارند از نظر سن شروع مصرف مواد ارائه شده است.

۴-۲۵. جدول توزیع فراوانی و درصدی پاسخگویان از نظر سن شروع مصرف مواد

سن مصرف		کمتر از ۱۳ سالگی		۱۳-۱۹ سالگی		۲۰-۲۹ سالگی		۳۰-۳۹ سالگی		بالا تر از ۴۰ سالگی	
نوع مواد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
قلیان	۱۷	۱,۸	۱۲۵	۱۲,۹	۱۰۶	۱۰,۹	۲۲	۲,۳	۷	۰,۷	
سیگار	۱۵	۱,۵	۸۵	۸,۸	۷۸	۸	۱۳	۱,۳	۴	۰,۴	
الکل	۸	۰,۸	۴۲	۴,۳	۶۶	۶,۸	۱۶	۱,۶	۲	۰,۲	
حشیش	۲	۰,۲	۳	۰,۳	۵	۰,۵	۲	۰,۲	۲	۰,۲	
علف(گل)	۱	۰,۱	۱۶	۱,۶	۱۳	۱,۳	۴	۰,۴	۲	۰,۲	

تریاک	۳	۰,۳	۳	۰,۳	۷	۰,۷	۴	۰,۴	۲	۰,۲
ترامادول	۱	۰,۱	۳	۰,۳	۴	۰,۴	۳	۰,۳	۴	۰,۴
متادون	۱	۰,۱	۵	۰,۵	۳	۰,۳	۳	۰,۳	۳	۰,۳
آرامبخش‌ها	۴	۰,۴	۲۶	۲,۷	۲۶	۲,۷	۱۹	۲	۶	۰,۶
اکستازی	-	-	۳	۰,۳	۴	۰,۴	-	-	۲	۰,۲
مورفین	۲	۰,۲	۵	۰,۵	۲	۰,۲	۳	۰,۳	۲	۰,۲
کوکابین	-	-	۱	۰,۱	۲	۰,۲	۲	۰,۲	۲	۰,۲
کراک	-	-	-	-	۲	۰,۲	۲	۰,۲	۳	۰,۳
شیشه	-	-	۶	۰,۶	۸	۰,۸	۳	۰,۳	۲	۰,۲
LSD	-	-	۷	۰,۷	۳	۰,۳	۱	۰,۱	۲	۰,۲

یافته‌های جدول فوق در مورد وضعیت مصرف مواد دخانی و الکلی از حیث سن شروع مصرف نشان می‌دهد سن شروع مصرف قلیان و سیگار در اکثریت پاسخگویان هر دو در بازه سنی ۱۹-۱۳ سالگی به ترتیب با (۱۲,۹) و (۸,۸) درصد و در مورد الکل در بازه سنی ۲۹-۲۰ سالگی با ۶,۸ درصد بوده است. همچنین یافته‌های جدول فوق در مورد وضعیت مصرف مواد افیونی، روان گردان و محرک از حیث سن شروع مصرف در اکثریت پاسخگویان نشان می‌دهد در مورد آرام بخش‌ها در بازه زمانی ۱۹-۱۳ سالگی و ۲۹-۲۰ سالگی هر دو با ۲,۷ درصد بوده است و در مورد گل در بازه سنی ۱۹-۱۳ سالگی با ۱,۶ درصد بوده است. در مورد تریاک و شیشه در بازه زمانی ۲۹-۲۰ سالگی به ترتیب با درصد فراوانی (۱,۳) و (۰,۸) درصد بوده است. مجموع یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد بازه سنی ۱۳ الی ۲۹ سالگی نقش مهم و تعیین کننده‌ای در گرایش پاسخگویان تحقیق به سمت مواد نام برده شده داشته است. تحلیل یافته‌های تحقیق به تفکیک نوع ماده مصرفی و سن شروع مصرف بیانگر این است که سن شروع به مصرف سیگار و قلیان در زنان تا اوایل دوره نوجوانی کشیده شده است. اگر چه مصرف قلیان با توجه به وضعیت فرهنگی حاکم بر بسیاری از خانوارهای اصفهانی پذیرفته شده و با سختگیری کمتری نسبت به آن رفتار می‌کنند اما کاهش مذکور برای مصرف سیگار قابل تامل است. هر چند بسیاری از تحقیقات دیگر بر کاهش سن مصرف سیگار در نوجوانان تاکید داشته‌اند اما کاهش نرخ مذکور برای دختران از یافته‌های تقریباً جدید در این حوزه است. بازه‌های سنی مصرف در مورد آرام بخش‌ها نشان می‌دهد بازه سنی ۱۳-۱۹ سال و ۲۰-۲۹ سال از مهم‌ترین بازه‌های مطرح در تحقیق بوده است. از این یافته می‌توان استنباط کرد که احتمالاً دوره‌های سنی مذکور همراه با برخی بحران‌ها و هیجانات روحی در دختران و زنان است. یافته‌های جدول فوق در مورد مصرف گل حاکی از رواج مصرف این نوع ماده در سطح جامعه و گسترش سطح مصرف تا اوایل دوره نوجوانی است. هر چند عمده مصرف کنندگان این ماده را جوانان و نوجوانان تشکیل می‌دهند اما کاهش دامنه سنی شروع مصرف به خصوص در دختران حاکی از سهولت دسترسی به این ماده در این گروه از دختران است.

۴-۲-۱۷. پذیرش اجتماعی بدن

در جدول (۴-۲۶) توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌های پاسخگویان به هر یک از گویه‌های طیف پذیرش اجتماعی بدن ارائه شده است.

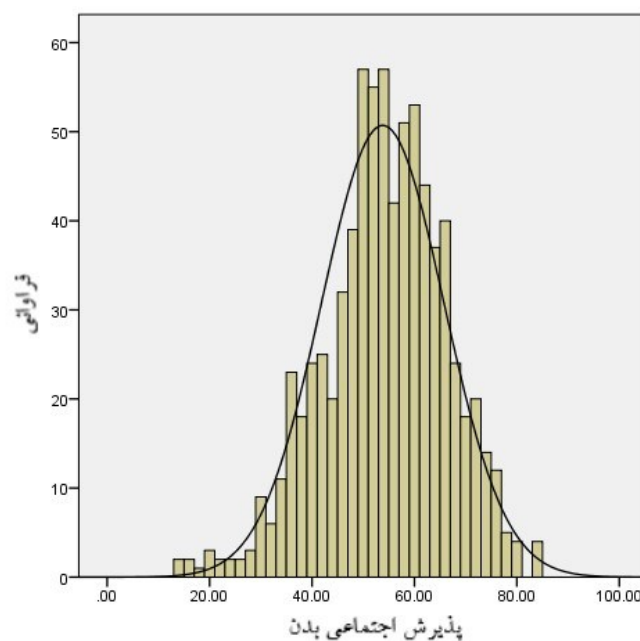
۴-۲۶. توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌های پاسخگویان به گویه‌های طیف پذیرش اجتماعی بدن

گویه	مخالفاً کاملاً	مخالفاً	تأخودی مخالف	موافقم	کاملاً موافقم	نظری ندارم	میانگین
۱. توجه مردم به اندام ظریف زنان است.	فراوانی	۸۸	۱۱۴	۱۲۳	۳۳۵	۱۶۶	۸۵
	درصد	۹,۱	۱۱,۷	۱۲,۷	۳۴,۵	۱۷,۱	۸,۸
۲. زنان باید در بیرون از منزل با بهترین وضعیت زیبایی خود ظاهر شوند.	فراوانی	۹۹	۱۴۶	۲۱۰	۲۷۶	۱۳۰	۵۷
	درصد	۱۰,۲	۱۵	۲۱,۶	۲۸,۴	۱۳,۴	۵,۹
۳. به خاطر دیگران به وضعیت زیبایی می‌رسم.	فراوانی	۲۶۷	۲۲۶	۱۷۰	۱۵۳	۶۴	۳۴
	درصد	۲۷,۵	۲۳,۳	۱۷,۵	۱۵,۸	۶,۶	۳,۵
۴. زنان خوش هیکل موفقیت بیشتر در فروشندگی دارند.	فراوانی	۱۰۴	۱۳۸	۱۵۹	۲۷۸	۱۴۹	۸۵
	درصد	۱۰,۷	۱۴,۲	۱۴,۶	۲۸,۶	۱۵,۳	۸,۸
۵. لاغری اندام نشانه زیبایی زن است.	فراوانی	۱۲۳	۱۴۶	۱۸۷	۵۱	۲۶۱	۱۴۷
	درصد	۱۲,۷	۱۵	۱۹,۳	۵,۳	۲۶,۹	۱۵,۱
۶. دیگران هیکل زیبا را تحسین می‌کنند.	فراوانی	۳۴	۵۰	۷۱	۳۱	۴۴۵	۲۷۴
	درصد	۳,۵	۵,۱	۷,۳	۳,۲	۴۵,۸	۲۸,۲
۷. افکار دیگران به زیبایی زن توجه چندانی ندارد.	فراوانی	۱۶۹	۲۱۶	۲۳۸	۱۲۲	۴۰	۱۰۶
	درصد	۱۷,۴	۲۲,۲	۲۴,۵	۱۲,۶	۴,۱	۱۰,۹
۸. دیگران به زن دارای هیکل نامناسب چندانی توجه نمی‌کنند.	فراوانی	۹۶	۱۷۴	۲۴۵	۲۴۱	۷۲	۷۰
	درصد	۹,۹	۱۷,۹	۲۵,۲	۲۴,۸	۷,۴	۷,۲
۹. خوش هیکلی یا لاغری، وسیله‌ای برای جلوگیری از دلدادگی شوهر به غیر از همسر است.	فراوانی	۱۴۵	۱۶۳	۱۶۴	۱۹۳	۱۰۴	۱۳۹
	درصد	۱۴,۹	۱۶,۸	۱۶,۹	۱۹,۹	۱۰,۷	۱۴,۳
۱۰. اندام چاق آدم را بین دوستانش انگشت نما می‌کند.	فراوانی	۱۱۲	۱۶۷	۱۸۵	۲۸۲	۱۰۴	۶۷
	درصد	۱۱,۵	۱۷,۲	۱۹,۱	۲۹	۱۰,۷	۶,۹
۱۱. خواستگاران مرد به اندام و صورت دختر توجه زیادی دارند.	فراوانی	۲۵	۴۷	۹۱	۴۰۲	۲۹۷	۵۲
	درصد	۲,۶	۴,۸	۹,۴	۴۱,۴	۳۰,۶	۵,۴
۱۲. کارفرمایان به زیبایی زنان هنگام استخدام آنان توجه زیادی دارند.	فراوانی	۳۹	۵۸	۱۲۱	۳۵۰	۲۴۵	۹۸
	درصد	۴	۶	۱۲,۵	۳۶	۲۵,۲	۱۰,۱
۱۳. زنان خوش هیکل در محیط‌های شغلی احترام بیشتری دارند.	فراوانی	۸۹	۱۵۲	۱۸۰	۲۳۷	۱۴۹	۱۰۵
	درصد	۹,۲	۱۵,۷	۱۸,۵	۲۴,۴	۱۵,۳	۱۰,۸
۱۴. زنان خوش هیکل در پیدا کردن شغل شانس بالاتری دارند.	فراوانی	۷۸	۱۲۸	۱۶۵	۲۸۱	۱۵۶	۹۹
	درصد	۸	۱۳,۲	۱۷	۱۸,۹	۱۶,۱	۱۰,۲

با توجه به میانگین هر یک از مولفه‌های سنجش پذیرش اجتماعی بدن نتایج پژوهش نشان می‌دهد بیشترین میانگین متعلق به گویه «خواستگاران مرد به اندام و صورت دختر توجه زیادی دارند» و گویه «دیگران هیکل زیبا را تحسین می‌کنند» هر دو با نمره ۴,۸ درصد است. بعد از آن گویه «کارفرمایان به زیبایی زنان هنگام استخدام آنان توجه زیادی دارند» با نمره ۴,۵ بوده است. با توجه به گویه‌های فوق جدول آماره‌های قابل مقایسه شاخص پذیرش اجتماعی بدن در ذیل آورده شده است.

۴-۲۷. آماره‌های قابل مقایسه شاخص پذیرش اجتماعی

شاخص مفهوم	تعداد گویه	حداقل	حداکثر	دامنه تغییر	میانگین	انحراف معیار	ضریب چولگی	ضریب کشیدگی
پذیرش اجتماعی	۱۴	۱۴	۸۴	۷۰	۵۳,۷۹	۱۱,۹۷	-۰,۳۴۷	۰,۲۴۶



نمودار ۴-۵. توزیع پراکندگی شاخص پذیرش اجتماعی بدن

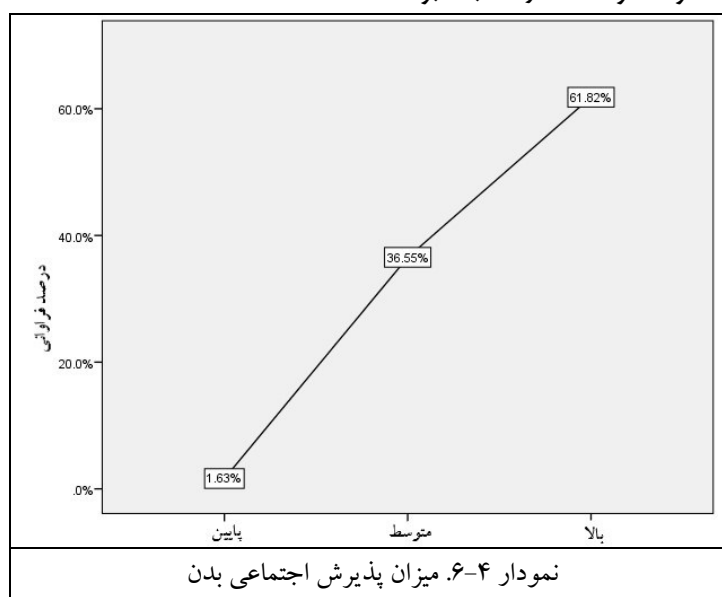
جدول و نمودار فوق بیانگر این است که شاخص پذیرش اجتماعی بدن با استفاده از ۱۴ گویه مورد بررسی قرار گرفته است. میانگین نمرات پاسخگویان ۵۳,۷۹ و انحراف معیار آن ۱۱,۹۷ می‌باشد. به گونه‌ای که کرانه پایین نمرات ۱۴ و کرانه بالای آن ۸۴ و دامنه تغییر نمرات در جامعه آماری مورد بررسی ۷۰ می‌باشد. چولگی نمرات طیف -۰,۳۴۷ و کشیدگی آن ۰,۲۴۶ است. چولگی منفی حاکی از تجمع ارزیابی پاسخگویان در سمت چپ نمودار می‌باشد. به عبارت دیگر میانگین کوچک‌تر از میانه و مد است. مثبت بودن کشیدگی نیز نشان می‌دهد منحنی دارای برآمدگی (تمرکز نمرات) بوده و نمرات به

میانگین نزدیک‌ترند. با تقسیم جامعه آماری به عدد سه با فواصل برابر، توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میزان پذیرش اجتماعی بالا، متوسط و پایین به دست آمده است.

جدول ۴-۲۸. توزیع فراوانی و درصدی میزان پذیرش اجتماعی بدن در پاسخگویان

موارد	فراوانی	درصد	درصد خالص	درصد تجمعی
پایین	۱۲	۱,۲	۱,۶	۱,۶
متوسط	۲۶۹	۲۷,۷	۳۶,۵	۳۸,۲
بالا	۴۵۵	۴۶,۹	۶۱,۸	۱۰۰
بدون پاسخ	۲۳۵	۲۴,۲	۱۰۰	
جمع	۹۷۱	۱۰۰		

یافته‌های جدول فوق بیانگر این امر است که میزان پذیرش اجتماعی بدن ۱,۶ درصد از پاسخگویان پایین، ۳۶,۵ درصد متوسط و ۶۱,۸ درصد بالا بوده است.



۱۸-۲-۴. مدیریت بدن

در جدول (۴-۲۹) توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌های پاسخگویان به هر یک از گویه‌های طیف مدیریت بدن ارایه شده است.

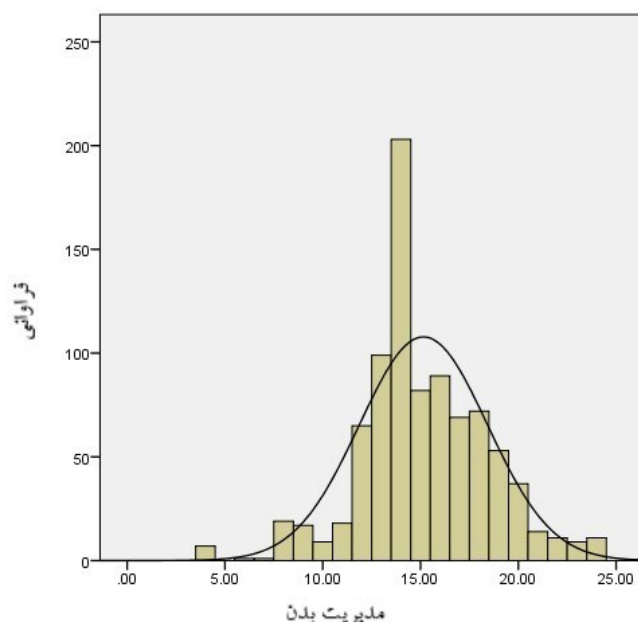
۴-۲۹. توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌های پاسخگویان به گویه‌های طیف مدیریت بدن

گویه	کاملاً مخالفم	مخالقم	تا حدودی مخالفم	موافقم	کاملاً موافقم	نظری ندارم	میانگین		
۱ برای جوان‌تر شدن صورتم از جراحی‌های پلاستیک استفاده می‌کنم.	۳۱۷	۱۷۴	۱۲۴	۱۴۹	۶۶	۸۳	۲,۷	فراوانی	
	۳۲,۶	۱۷,۹	۱۲,۸	۱۵,۳	۶,۸	۸,۵		درصد	
۲ برای زیباتر شدن اندام و صورتم از جراحی‌های پلاستیک استفاده می‌کنم.	۳۲۳	۱۷۷	۱۱۴	۱۵۴	۶۵	۷۳	۲,۷	فراوانی	
	۳۳,۳	۱۸,۲	۱۱,۷	۱۵,۹	۶,۷	۷,۵		درصد	
۳ جراحی‌های پلاستیک چهره را غیرطبیعی می‌کند.	۸۳	۶۴	۱۴۳	۲۸۲	۲۸۱	۶۳	۴,۳	فراوانی	
	۸,۵	۶,۶	۱۴,۷	۲۹	۲۸,۹	۶,۵		درصد	
۴ برای لاغری باید از روش‌های سالم مثل پیاده روی استفاده کرد.	۲۰	۱۵	۳۹	۳۰۱	۵۱۴	۳۴	۵,۳	فراوانی	
	۲,۱	۱,۵	۴	۳۱	۵۲,۹	۳,۵		درصد	

با توجه به میانگین هر یک از مولفه‌های سنجش مدیریت بدن نتایج پژوهش نشان می‌دهد بیشترین میانگین متعلق به گویه «برای لاغری باید از روش‌های سالم مثل پیاده روی استفاده کرد» با نمره ۵,۳ بوده است. با توجه به گویه‌های فوق جدول آماره‌های قابل مقایسه شاخص مدیریت بدن در ذیل آورده شده است.

۴-۳۰. آماره‌های قابل مقایسه شاخص مدیریت بدن

شاخص مفهوم	تعداد گویه	حداقل	حداکثر	دامنه تغییر	میانگین	انحراف معیار	ضریب چولگی	ضریب کشیدگی
مدیریت بدن	۴	۴	۲۴	۲۰	۱۵,۱۴	۳,۲۷	۰,۰۰۲	۰,۸۷۴



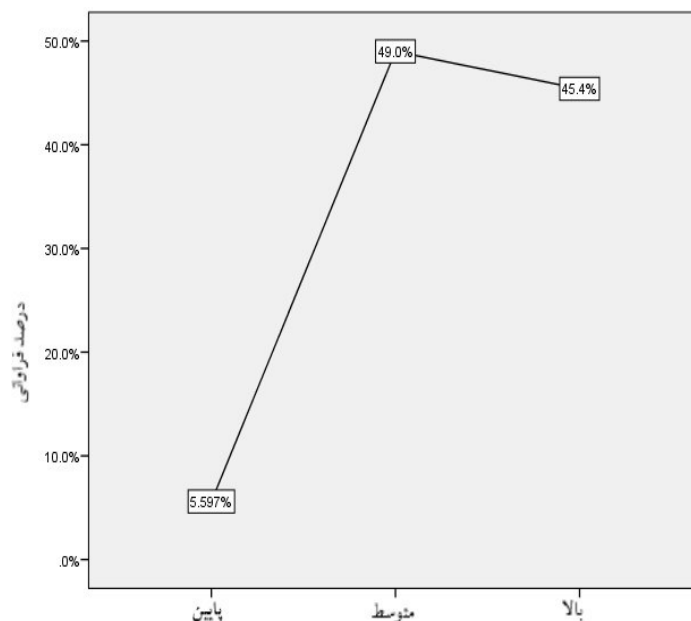
نمودار ۴-۷. توزیع پراکندگی شاخص مدیریت بدن

جدول و نمودار فوق بیانگر این است که شاخص مدیریت بدن با استفاده از ۴ گویه مورد بررسی قرار گرفته است. میانگین نمرات پاسخگویان ۱۵,۱۴ و انحراف معیار آن ۳,۲۷ می باشد. به گونه ای که کرانه پایین نمرات ۴ و کرانه بالای آن ۲۴ و دامنه تغییر نمرات در جامعه آماری مورد بررسی ۲۰ می باشد. چولگی نمرات طیف ۰,۰۰۲ و کشیدگی آن ۰,۸۷۴ است. چولگی مثبت حاکی از تجمع ارزیابی پاسخگویان در سمت راست نمودار می باشد. به عبارت دیگر میانگین بزرگ تر از میانه و مد است. مثبت بودن کشیدگی نیز نشان می دهد منحنی دارای برآمدگی (تمرکز نمرات) بوده و نمرات به میانگین نزدیک ترند. با تقسیم جامعه آماری به عدد سه با فواصل برابر، توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میزان مدیریت بدن بالا، متوسط و پایین به دست آمده است.

۴-۳۱. توزیع فراوانی و درصدی میزان مدیریت بدن در پاسخگویان

موارد	فراوانی	درصد	درصد خالص	درصد تجمعی
پایین	۴۵	۴,۶	۵,۶	۵,۶
متوسط	۳۹۴	۴۰,۶	۴۹	۵۴,۶
بالا	۳۶۵	۳۷,۶	۴۵,۴	۱۰۰
بدون پاسخ	۱۶۷	۱۷,۲	۱۰۰	
جمع	۹۷۱	۱۰۰		

یافته های جدول فوق بیانگر این امر است که میزان مدیریت بدن ۵,۶ درصد از پاسخگویان پایین، ۴۹ درصد متوسط و ۴۵,۴ درصد بالا بوده است.



نمودار ۴-۸. میزان مدیریت بدن

۱۹-۲-۴. انتظارات هنجاری

در جدول (۳۲-۴) توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌های پاسخگویان به هر یک از گویه‌های طیف انتظارات هنجاری ارایه شده است.

۳۲-۴. توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌های پاسخگویان به گویه‌های طیف انتظارات هنجاری

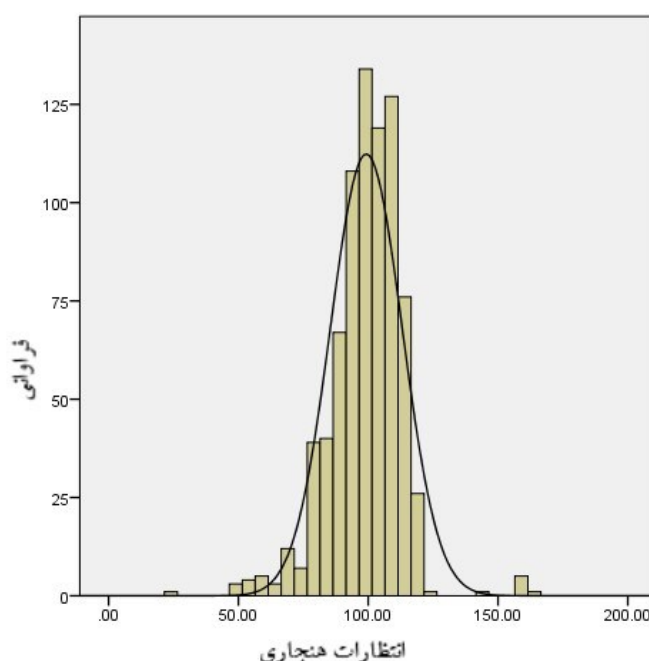
میانگین	نظری ندارم	کاملاً موافقم	موافقم	تا حدی مخالفم	مخالفم	کاملاً مخالفم	گویه		
							فراوانی	درصد	
۵,۲۸	۲۲	۳۶۷	۴۳۷	۴۴	۱۹	۱۴	فراوانی	زنان باید تحصیلات قابل قبولی در جامعه داشته باشند.	۱
	۲,۳	۳۷,۸	۴۵	۴,۵	۲	۱,۴	درصد		
۴,۹۶	۲۳	۳۱۶	۴۱۴	۹۹	۴۳	۸	فراوانی	زنان باید تلاش بسیاری در زندگی داشته باشند.	۲
	۲,۴	۳۲,۵	۴۲,۶	۱۰,۲	۴,۴	۰,۸	درصد		
۵,۴۰	۱۶	۴۷۴	۳۷۱	۲۹	۷	۴	فراوانی	زنان باید انگیزه بسیاری برای زندگی داشته باشند.	۳
	۱,۶	۴۸,۸	۳۸,۲	۳	۰,۷	۰,۴	درصد		
۵,۰۹	۳۲	۳۵۱	۳۷۱	۹۸	۳۵	۹	فراوانی	زنان باید برای کسب تحصیل و شغل تلاش بسیاری داشته باشند.	۴
	۳,۳	۳۶,۱	۳۸,۲	۱۰,۱	۳,۶	۰,۹	درصد		
۵,۱۳	۲۴	۴۳۰	۳۲۹	۷۶	۲۶	۱۳	فراوانی	زن باید متین و سنگین باشد.	۵
	۲,۵	۴۴,۳	۳۳,۹	۷,۸	۲,۷	۱,۳	درصد		

۶	زنان باید رعایت محرم یا نامحرمی را بیشتر از سایرین داشته باشند.	فراوانی	۶۴	۶۷	۱۴۶	۲۷۰	۳۰۴	۵۱	۴,۴۸
		درصد	۶,۶	۶,۹	۱۵	۲۷,۸	۳۱,۳	۵,۳	
۷	زن نباید بلند بلند بخندد.	فراوانی	۱۱۳	۱۱۳	۱۸۱	۲۴۴	۲۰۲	۴۸	۳,۸۹
		درصد	۱۱,۶	۱۱,۶	۱۸,۶	۲۵,۱	۲۰,۸	۴,۹	
۸	زنان باید دیندار باشند.	فراوانی	۴۸	۵۴	۱۰۳	۳۴۹	۲۶۱	۸۵	۴,۵۷
		درصد	۴,۹	۵,۶	۱۰,۶	۳۵,۹	۲۶,۹	۸,۸	
۹	زن خوب باید رعایت اخلاق را داشته باشند.	فراوانی	۱۳	۲۰	۴۱	۴۰۳	۴۰۳	۱۸	۵,۲۱
		درصد	۱,۳	۲,۱	۴,۲	۴۱,۵	۴۱,۵	۱,۹	
۱۰	زن باید کدبانوی خوبی باشد.	فراوانی	۲۲	۴۷	۷۹	۳۶	۳۵۹	۳۴۹	۴,۹۸
		درصد	۲,۳	۴,۸	۸,۱	۳,۷	۳۷	۳۵,۹	
۱۱	زن باید زیبا باشد	فراوانی	۲۸	۵۴	۱۲۹	۳۵۸	۲۷۳	۵۱	۴,۶۵
		درصد	۲,۹	۵,۶	۱۳,۳	۳۶,۹	۲۸,۱	۵,۳	
۱۲	زن باید به ظاهر خود رسیدگی کند.	فراوانی	۱۱	۱۰	۲۷	۳۹۵	۴۴۶	۱۱	۵,۳۴
		درصد	۱,۱	۱	۲,۸	۴۰,۷	۴۵,۹	۱,۱	
۱۳	زن باید شیک پوش باشد.	فراوانی	۵	۹	۳۹	۳۹۱	۴۴۱	۱۵	۵,۳۳
		درصد	۰,۵	۰,۹	۴	۴۰,۳	۴۵,۴	۱,۵	
۱۴	زن باید به بزرگترها با احترام و ادب برخورد داشته باشد.	فراوانی	۶	۱۲	۴۰	۳۳۹	۴۷۱	۳۲	۵,۳۹
		درصد	۰,۶	۱,۲	۴,۱	۳۴,۹	۴۸,۵	۳,۳	
۱۵	زن خوب خانواده خود را شرمند نمی‌کند.	فراوانی	۲۲	۲۸	۶۸	۳۳۵	۳۹۳	۵۴	۵,۰۳
		درصد	۲,۳	۲,۹	۷	۳۴,۵	۴۰,۵	۵,۶	
۱۶	زن باید خوش خلق و اجتماعی باشد.	فراوانی	۴	۱۵	۲۱	۳۵۲	۴۸۳	۱۸	۵,۴۷
		درصد	۰,۴	۱,۵	۲,۲	۳۶,۳	۴۹,۷	۱,۹	
۱۷	زن باید بداند در هر موقعیتی چطور برخورد کند.	فراوانی	۷	۲۱	۳۲	۳۴۹	۴۶۶	۱۸	۵,۳۲
		درصد	۰,۷	۲,۲	۳,۳	۳۵,۹	۴۸	۱,۹	
۱۸	زن نباید مطیع باشد.	فراوانی	۵۷	۹۳	۲۲۲	۲۴۸	۱۸۰	۸۶	۴,۰۳
		درصد	۵,۹	۹,۶	۲۲,۹	۲۵,۵	۱۸,۵	۸,۹	
۱۹	زن نباید پر رو باشد.	فراوانی	۷۴	۱۰۲	۲۲۴	۲۵۹	۱۵۲	۷۷	۳,۹۰
		درصد	۷,۶	۱۰,۵	۲۳,۱	۲۶,۷	۱۵,۷	۷,۹	
۲۰	زن باید مهربان و با محبت باشد.	فراوانی	۹	۱۹	۳۷	۳۴۸	۴۶۲	۲۷	۵,۲۹
		درصد	۰,۹	۲	۳,۸	۳۵,۸	۴۷,۶	۲,۸	

با توجه به میانگین هر یک از مولفه‌های انتظارات هنجاری نتایج پژوهش نشان می‌دهد بیشترین میانگین متعلق به گویه «زن باید خوش خلق و اجتماعی باشد» با نمره میانگین ۵.۴۷ بوده است و بعد از آن گویه «زن باید با بزرگ‌ترها با احترام و ادب برخورد داشته باشد» با نمره میانگین ۵.۳۹ بوده است. با توجه به گویه‌های فوق جدول آماره‌های قابل مقایسه شاخص انتظارات هنجاری در ذیل آورده شده است.

۳۳-۴. آماره‌های قابل مقایسه شاخص انتظارات هنجاری

شاخص	تعداد گویه	حداقل	حداکثر	دامنه تغییر	میانگین	انحراف معیار	ضریب چولگی	ضریب کشیدگی
انتظارات هنجاری	۲۰	۲۴	۱۶۲	۱۳۸	۹۹,۲۴	۱۳,۸۲	-۰,۲۹۲	۰,۱۷۵



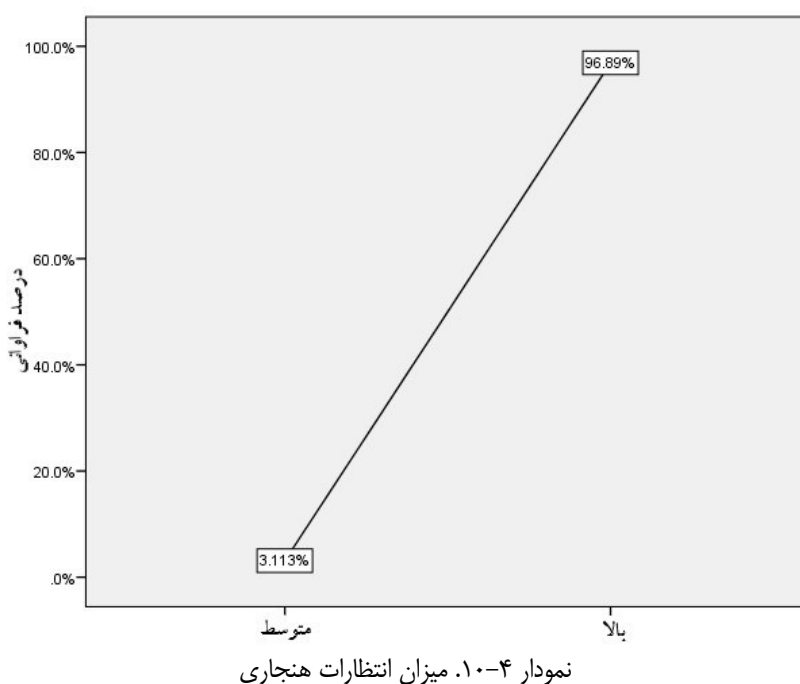
نمودار ۴-۹. توزیع پراکندگی شاخص انتظارات هنجاری

جدول و نمودار فوق بیانگر این است که شاخص انتظارات هنجاری با استفاده از ۲۰ گویه مورد بررسی قرار گرفته است. میانگین نمرات پاسخگویان ۹۹,۲۴ و انحراف معیار آن ۸۲.۱۳ می‌باشد. به گونه‌ای که کرانه پایین نمرات ۲۴ و کرانه بالای آن ۱۶۲ و دامنه تغییر نمرات در جامعه آماری مورد بررسی ۱۳۸ می‌باشد. چولگی نمرات طیف -۰,۲۹۲ و کشیدگی آن ۰,۱۷۵ است. چولگی منفی حاکی از تجمع ارزیابی پاسخگویان در سمت چپ نمودار می‌باشد. به عبارت دیگر میانگین کوچک‌تر از میانه و مد است. مثبت بودن کشیدگی نیز نشان می‌دهد منحنی دارای برآمدگی (تمرکز نمرات) بوده و نمرات به میانگین نزدیک‌ترند. با تقسیم جامعه آماری به عدد سه با فواصل برابر، توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میزان انتظارات هنجاری بالا، متوسط و پایین به دست آمده است.

۳۴-۴. توزیع فراوانی و درصدی میزان انتظارات هنجاری در پاسخگویان

موارد	فراوانی	درصد	درصد خالص	درصد تجمعی
متوسط	۲۴	۲,۵	۳,۱	۳,۱
بالا	۷۴۷	۷۶,۹	۹۶,۹	۱۰۰
بدون پاسخ	۲۰۰	۲۰,۶	۱۰۰	
جمع	۹۷۱	۱۰۰		

یافته‌های جدول فوق بیانگر این امر است که میزان انتظارات هنجاری ۳,۱ درصد از پاسخگویان متوسط و ۹۶,۹ درصد بالا بوده است.



۲۰-۲-۴. گرایش به مواد اعتیاد آور

در جدول (۳۵-۴) توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌های پاسخگویان به هر یک از گویه‌های طیف گرایش به مواد ارایه شده است.

۳۵-۴. توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌های پاسخگویان به گویه‌های طیف گرایش به مواد اعتیادآور

گوینه	فراوانی	کاملاً مخالفم	مخالفم	تا حدودی مخالفم	موافقم	کاملاً موافقم	نظری ندارم	میانگین
		۴۶۳	۱۶۱	۱۰۰	۹۸	۴۶	۳۸	۲,۲۳
۱	برای رسیدن به اندامی خوش فرم حاضرم							

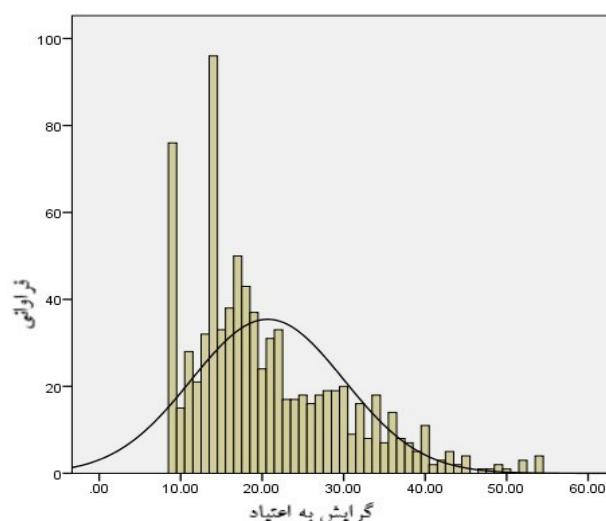
		قرص‌های خاص استفاده کنم.	درصد	۴۷,۷	۱۶,۶	۱۰,۳	۱۰,۱	۴,۷	۳,۹	
۲	۲,۰۶	اگر قرص‌های خاصی شادی ایجاد می کند حاضرم از آنها مصرف کنم.	فراوانی	۵۱۹	۱۴۵	۷۹	۸۸	۴۳	۳۲	
			درصد	۵۳,۵	۱۴,۹	۸,۱	۹,۱	۴,۴	۳,۳	
۳	۲,۰۲	در میان دوستان صمیمی من از مواد مخدر استفاده می کنند.	فراوانی	۴۵۴	۱۱۸	۵۵	۹۶	۳۲	۴۷	
			درصد	۵۶,۱	۱۲,۲	۵,۷	۹,۹	۳,۳	۴,۸	
۴	۲,۲۸	تا به حال برای مصرف مواد مخدر کنجکاو بوده ام.	فراوانی	۴۸۲	۱۰۷	۶۰	۱۳۷	۴۲	۴۵	
			درصد	۴۹,۶	۱۱	۶,۲	۱۴,۱	۴,۳	۴,۶	
۵	۳,۶۳	حاضر نیستم با کسانی که مواد مخدر مصرف می کنند ارتباط داشته باشم.	فراوانی	۲۰۸	۱۰۵	۱۳۹	۱۴۴	۲۴۹	۵۲	
			درصد	۲۱,۴	۱۰,۸	۱۴,۳	۱۴,۸	۲۵,۶	۵,۴	
۶	۱,۹۱	لذت زندگی در تجربیات آن است و مصرف مواد مخدر هم تجربیات جالبی به همراه دارد.	فراوانی	۵۵۶	۱۳۰	۶۷	۶۱	۲۷	۶۰	
			درصد	۵۷,۳	۱۳,۴	۶,۹	۶,۳	۲,۸	۶,۲	
۷	۲,۰۵	مصرف مواد در بین همگروهی هایم کلاس بالایی دارد.	فراوانی	۵۱۹	۱۳۰	۶۳	۷۲	۳۵	۷۶	
			درصد	۵۳,۵	۱۳,۴	۶,۵	۷,۴	۳,۶	۷,۸	
۸	۱,۸۴	برای اینکه عزیزانم دلخور نشوند دست رد به مصرف مواد مخدر نمی‌زنم.	فراوانی	۵۹۱	۱۱۶	۴۲	۵۵	۲۹	۶۴	
			درصد	۶۰,۹	۱۱,۹	۴,۳	۵,۷	۳	۶,۶	
۹	۲,۶۹	زن‌ها هم مثل مردان می توانند مواد مصرف کنند.	فراوانی	۴۰۰	۹۳	۷۹	۱۴۵	۷۰	۱۰۸	
			درصد	۴۱,۲	۹,۶	۸,۱	۱۴,۹	۷,۲	۱۱,۱	

با توجه به میانگین هر یک از مولفه‌های گرایش به مواد اعتیاد آور نتایج پژوهش نشان می‌دهد بیشترین میانگین متعلق به گویه «حاضر نیستم با کسانی که مواد مخدر مصرف می کنند ارتباط داشته باشم» با نمره

میانگین ۳,۶۳ بوده است. با توجه به گویه‌های فوق جدول آماره‌های قابل مقایسه شاخص گرایش به مواد اعتیادآور بدن در ذیل آورده شده است.

۴-۳۶. آماره‌های قابل مقایسه شاخص گرایش به مواد اعتیادآور

شاخص مفهوم	تعداد گویه	حداقل	حداکثر	دامنه تغییر	میانگین	انحراف معیار	ضریب چولگی	ضریب کشیدگی
گرایش به مواد اعتیادآور	۹	۹	۵۴	۴۵	۲۰,۶۶	۹,۳۶	۱,۰۱	۰,۶۵۰



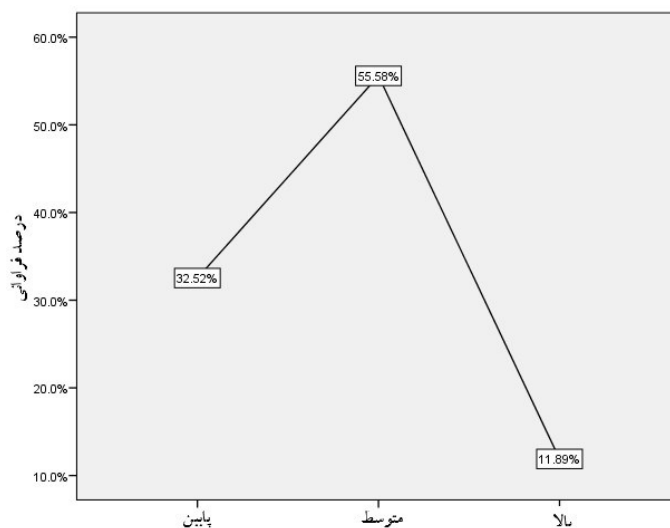
نمودار ۴-۱۱. توزیع پراکندگی شاخص گرایش به مواد اعتیادآور

جدول و نمودار فوق بیانگر این است که شاخص گرایش به مواد اعتیادآور با استفاده از ۹ گویه مورد بررسی قرار گرفته است. میانگین نمرات پاسخگویان ۲۰,۶۶ و انحراف معیار آن ۹,۳۶ می‌باشد. به گونه‌ای که کرانه پایین نمرات ۹ و کرانه بالای آن ۵۴ و دامنه تغییر نمرات در جامعه آماری مورد بررسی ۴۵ می‌باشد. چولگی نمرات طیف ۱,۰۱ و کشیدگی آن ۰,۶۵ است. چولگی مثبت حاکی از تجمع ارزیابی پاسخگویان در سمت راست نمودار می‌باشد. به عبارت دیگر میانگین بزرگ‌تر از میانه و مد است. مثبت بودن کشیدگی نیز نشان می‌دهد منحنی دارای برآمدگی (تمرکز نمرات) بوده و نمرات به میانگین نزدیک‌ترند. با تقسیم جامعه آماری به عدد سه با فواصل برابر، توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میزان گرایش به مواد اعتیادآور زیاد، متوسط و کم به دست آمده است.

۳۷-۴. توزیع فراوانی و درصدی میزان گرایش به مواد اعتیادآور در پاسخگویان

موارد	فراوانی	درصد	درصد خالص	درصد تجمعی
کم	۲۶۸	۲۷,۶	۳۲,۵	۳۲,۵
متوسط	۴۵۸	۴۷,۲	۵۵,۶	۸۸,۱
زیاد	۹۸	۱۰,۱	۱۱,۹	۱۰۰
بدون پاسخ	۱۴۷	۱۵,۱	۱۰۰	
جمع	۹۷۱	۱۰۰		

یافته‌های جدول فوق بیانگر این امر است که میزان گرایش به مواد اعتیادآور ۳۲,۵ درصد از پاسخگویان پایین، ۵۵,۶ درصد متوسط و ۱۱,۹ درصد بالا بوده است.



نمودار ۴-۱۲. میزان گرایش به مواد اعتیاد آور

ب) یافته‌های استنباطی

در این بخش نتیجه آزمون فرضیات تحقیق و رابطه بین هر یک از متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق ارایه شده است. از آن‌جا که توزیع داده‌ها برای هیچ کدام از متغیرهای تحقیق نرمال نبوده است از آزمون‌ها ناپارامتریک برای بررسی و تحلیل رابطه بین متغیرهای تحقیق استفاده شده است. برای بررسی هر کدام از فرضیات تحقیق به ترتیب مراحل زیر طی شده است. ۱- انجام آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی احتمال نرمال بودن داده‌ها. ۲- استخراج نمودار احتمال نرمال Q-Q، ۳- استخراج جدول دو بعدی شدت رابطه بین متغیرهای مورد بررسی، ۴- انجام آزمون همبستگی اسپیرمن برای بررسی معناداری یا عدم معناداری رابطه بین متغیرهای تحقیق و تحلیل نتایج.

آزمون فرضیه اول

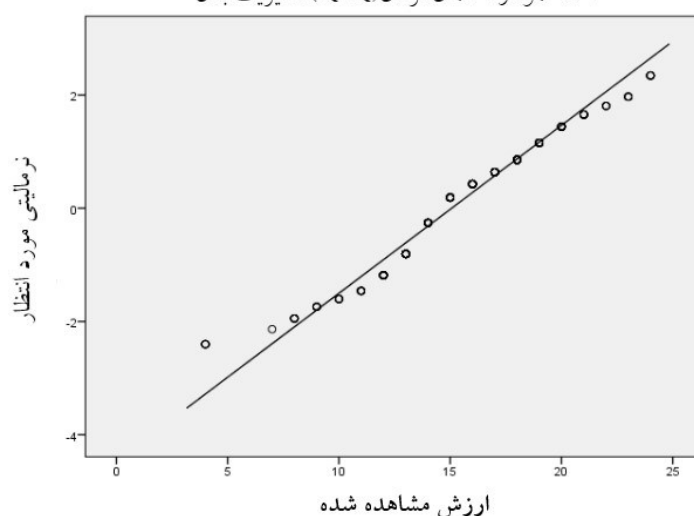
بین گرایش زنان به مدیریت بدن خود و تمایل به مصرف مواد در آنان رابطه وجود دارد. در جدول (۳۸-۴) نتایج محاسبه آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیر مدیریت بدن ارائه شده است:

۳۸-۴. نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف برای متغیر مدیریت بدن

	آزمون کولموگروف و اسمیرنوف		
	Z	درجه آزادی	معناداری
مدیریت بدن	۰,۱۳۲	۸۸۶	۰,۰۰۰

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌گردد آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیر مدیریت بدن معنادار است ($P = ۰,۰۰۰$) و بنابراین متغیر مدیریت بدن دارای توزیع نرمالی نیست و بنابراین نمی‌توان از تحلیل‌های پارامتریک برای آن استفاده کرد. در نمودار زیر نتایج آزمون Q-Q برای تخمین احتمال نرمال بودن داده‌ها نمایش داده شده است.

۱-۴. نمودار احتمال نرمال (Q-Q) مدیریت بدن



با توجه به نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف (جدول ۳۸-۴) و نمودار احتمال نرمال (نمودار ۱۳-۴) از تحلیل‌های ناپارامتریک برای اندازه‌گیری میزان همبستگی متغیر مدیریت بدن و گرایش به اعتیاد در زنان مراجعه‌کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی استفاده شده است. در جدول (۳۹-۴) شدت رابطه بین دو متغیر و در جدول (۴۰-۴) نتایج محاسبه آزمون اسپیرمن برای اندازه‌گیری همبستگی بین دو متغیر فوق ارائه شده است.

۳۹-۴. شدت رابطه بین مدیریت بدن و گرایش به اعتیاد در پاسخگویان

جمع	گرایش به اعتیاد			متغیر	
	زیاد	متوسط	کم	شدت	مدیریت بدن
۴,۸	۴,۱	۴,۲	۵,۸	پایین	
۴۹,۸	۲۷,۴	۴۹,۸	۵۶,۷	متوسط	
۴۵,۵	۶۸,۵	۴۶	۳۷,۵	بالا	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	

۴۰-۴. همبستگی بین مدیریت بدن و گرایش به اعتیاد در مشتریان

		گرایش به اعتیاد
مدیریت بدن	همبستگی اسپیرمن	۰,۲۱۸**
	معناداری	۰,۰۰۰
	فراوانی	۷۹۴

نتایج جدول شدت رابطه بین دو متغیر نشان می‌دهد با افزایش شدت مدیریت بدن در مراجعان میزان گرایش به اعتیاد در آن‌ها نیز افزایش یافته است. نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای محاسبه میزان رابطه بین دو متغیر مدیریت بدن و گرایش به اعتیاد حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین این دو متغیر است ($p < 0,01$ و $r = 0,218$). جهت رابطه بین مدیریت بدن و گرایش به اعتیاد مثبت است و شدت همبستگی به دست آمده در حد ضعیف است. نتایج نشان می‌دهد مراجعه کنندگانی که نمره بالاتری در مدیریت بدن داشته‌اند نمره بالاتری نیز در متغیر گرایش به اعتیاد کسب کرده‌اند. به عبارت دیگر با افزایش دغدغه مراجعان نسبت به مدیریت بدن خود گرایش آن‌ها نسبت به اعتیاد برای تامین و حمایت این دغدغه بیشتر می‌شود.

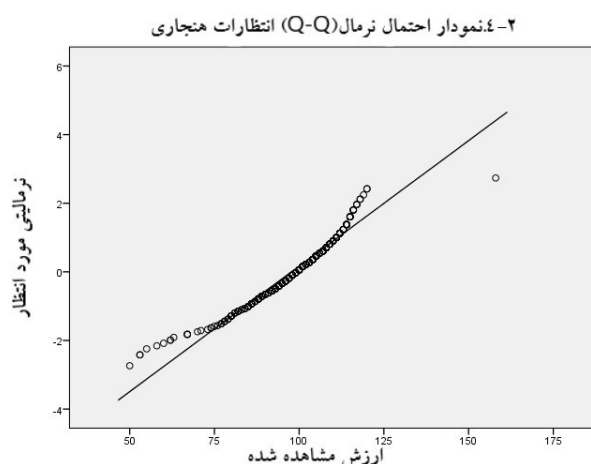
آزمون فرضیه دوم

بین انتظارات هنجاری جامعه از زنان و تمایل به مصرف مواد در آنان رابطه وجود دارد. در جدول (۴-۴۱) نتایج محاسبه آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیر انتظارات هنجاری ارائه شده است:

۴۱-۴. نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف برای متغیر انتظارات هنجاری

	آزمون کولموگروف و اسمیرنوف		
	Z	درجه آزادی	معناداری
انتظارات هنجاری	۰,۰۷۷	۷۷۹	۰,۰۰۰

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌گردد آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیر انتظارات هنجاری معنادار است ($P = 0,000$) و بنابراین متغیر انتظارات هنجاری دارای توزیع نرمالی نیست و بنابراین نمی‌توان از تحلیل‌های پارامتریک برای آن استفاده کرد. در نمودار زیر نتایج آزمون Q-Q برای تخمین احتمال نرمال بودن داده‌ها نمایش داده شده است.



با توجه به نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف (جدول ۴-۴۱) و نمودار احتمال نرمال (نمودار ۴-۱۴) از تحلیل‌های ناپارامتریک برای اندازه‌گیری میزان همبستگی متغیر انتظارات هنجاری و گرایش به اعتیاد در زنان مراجعه‌کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی استفاده شده است. در جدول (۴-۴۲) شدت رابطه بین دو متغیر و در جدول (۴-۴۳) نتایج محاسبه آزمون اسپیرمن برای اندازه‌گیری همبستگی بین دو متغیر فوق ارائه شده است.

۴-۴۲. رابطه بین انتظارات هنجاری بدن و گرایش به اعتیاد در پاسخگویان

جمع	گرایش به اعتیاد			متغیر	
	زیاد	متوسط	کم	شدت	انتظارات هنجاری بدن
.	.	.	.	پایین	
۳,۴	۱۹,۳	۳,۳	.	متوسط	
۹۶,۶	۸۶,۷	۹۶,۷	۱۰۰	بالا	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	

۴-۴۳. همبستگی بین انتظارات هنجاری و گرایش به اعتیاد در مشتریان

گرایش به اعتیاد		
انتظارات هنجاری	همبستگی اسپیرمن	$-0,305^{**}$
	معناداری	۰,۰۰۰
	فراوانی	۷۱۷

نتایج جدول شدت رابطه بین دو متغیر نشان می‌دهد با افزایش شدت انتظارات هنجاری نسبت به بدن در مراجعان میزان گرایش به اعتیاد در آن‌ها کاهش یافته است. نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای محاسبه میزان رابطه بین دو متغیر انتظارات هنجاری و گرایش به اعتیاد حاکی از رابطه منفی و معنادار بین دو متغیر است ($p < 0,01$ و $r = -0,305$). جهت رابطه بین انتظارات هنجاری و گرایش به اعتیاد منفی است و شدت همبستگی به دست آمده در حد ضعیف است. نتایج نشان می‌دهد مراجعه کنندگانی که نمره بالاتری در انتظارات هنجاری داشته‌اند نمره پایین‌تری در متغیر گرایش به اعتیاد کسب کرده‌اند. به عبارت دیگر با افزایش دغدغه مراجعان نسبت به رعایت انتظارات هنجاری نسبت به بدن خود گرایش آن‌ها نسبت به اعتیاد برای تامین و حمایت این دغدغه کمتر می‌شود.

آزمون فرضیه سوم

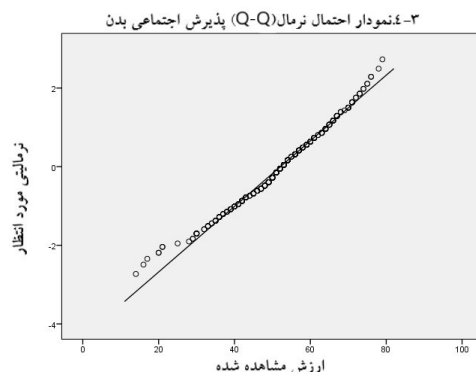
بین پذیرش اجتماعی بدن و تمایل به مصرف مواد در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و باشگاه‌های ورزشی رابطه وجود دارد.

در جدول (۴-۴۴) نتایج محاسبه آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیر پذیرش اجتماعی بدن ارائه شده است:

۴-۴۴. نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف برای متغیر پذیرش اجتماعی بدن

	آزمون کولموگروف و اسمیرنوف		
	Z	درجه آزادی	معناداری
پذیرش اجتماعی	۰,۰۵۲	۷۶۱	۰,۰۰۱

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌گردد آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیر پذیرش اجتماعی بدن معنادار است ($P = 0,001$) و بنابراین متغیر پذیرش اجتماعی بدن دارای توزیع نرمالی نیست و بنابراین نمی‌توان از تحلیل‌های پارامتریک برای آن استفاده کرد. در نمودار زیر نتایج آزمون Q-Q برای تخمین احتمال نرمال بودن داده‌ها نمایش داده شده است.



با توجه به نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف (جدول ۴-۴) و نمودار احتمال نرمال (نمودار ۴-۱۵) از تحلیل‌های ناپارامتریک برای اندازه‌گیری میزان همبستگی متغیر پذیرش اجتماعی بدن و گرایش به اعتیاد در زنان مراجعه‌کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی استفاده شده است. در جدول (۴-۴۵) شدت رابطه بین دو متغیر و در جدول (۴-۴۶) نتایج محاسبه آزمون اسپیرمن برای اندازه‌گیری همبستگی بین دو متغیر فوق ارائه شده است.

۴-۴۵. رابطه بین پذیرش اجتماعی بدن و گرایش به اعتیاد در پاسخگویان

جمع	گرایش به اعتیاد			متغیر	
	زیاد	متوسط	کم	شدت	پذیرش اجتماعی
۱,۲	۰	۱,۱	۱,۹	پایین	
۳۷,۳	۱۹	۳۷,۴	۴۳,۹	متوسط	
۶۱,۵	۸۱	۶۱,۵	۵۴,۲	بالا	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	

۴-۴۶. همبستگی بین پذیرش اجتماعی و گرایش به اعتیاد در مشتریان

		گرایش به اعتیاد
پذیرش اجتماعی	همبستگی اسپیرمن	۰,۳۱۲**
	معناداری	۰,۰۰۰
	فراوانی	۶۸۹

نتایج جدول شدت رابطه بین دو متغیر نشان می‌دهد با افزایش شدت پذیرش اجتماعی بدن در مراجعان میزان گرایش به اعتیاد در آن‌ها نیز افزایش یافته است. نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای محاسبه میزان رابطه بین دو متغیر پذیرش اجتماعی بدن و گرایش به اعتیاد حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین دو متغیر است ($p < 0,01$ و $r = 0,312$). جهت رابطه بین پذیرش اجتماعی بدن و گرایش به اعتیاد مثبت است و شدت همبستگی به دست آمده در حد ضعیف است. نتایج نشان می‌دهد مراجعه‌کنندگانی که نمره بالاتری در متغیر پذیرش اجتماعی بدن داشته‌اند نمره بالاتری نیز در متغیر

گرایش به اعتیاد کسب کرده‌اند. به عبارت دیگر با افزایش دغدغه مراجعان نسبت به پذیرش اجتماعی بدن خود گرایش آن‌ها نسبت به اعتیاد برای تامین و حمایت این دغدغه بیشتر می‌شود.

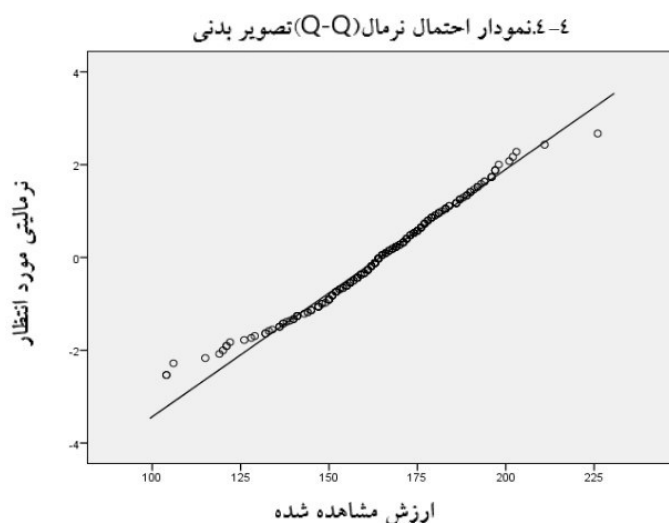
آزمون فرضیه چهارم

بین تصویر بدنی زنان از خود و تمایل به مصرف مواد در آنان رابطه وجود دارد. در جدول (۴-۴۷) نتایج محاسبه آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیر تصویر بدنی ارائه شده است:

۴-۴۷. نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف برای متغیر تصویر بدنی

	آزمون کولموگروف و اسمیرنوف		
	Z	درجه آزادی	معناداری
تصویر بدنی	۰,۰۵۶	۶۴۴	۰,۰۰۰

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌گردد آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیر تصویر بدنی معنادار است ($P = 0,000$) و بنابراین متغیر تصویر بدنی دارای توزیع نرمالی نیست و بنابراین نمی‌توان از تحلیل‌های پارامتریک برای آن استفاده کرد. در نمودار زیر نتایج آزمون Q-Q برای تخمین احتمال نرمال بودن داده‌ها نمایش داده شده است.



با توجه به نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف (جدول ۴-۴۷) و نمودار احتمال نرمال (نمودار ۴-۱۶) از تحلیل‌های ناپارامتریک برای اندازه‌گیری میزان همبستگی متغیر تصویر بدنی و گرایش به اعتیاد در زنان مراجعه‌کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی استفاده شده است. در جدول (۴-۴۸) شدت رابطه بین دو متغیر و در جدول (۴-۴۹) نتایج محاسبه آزمون اسپیرمن برای اندازه‌گیری همبستگی بین دو متغیر فوق را ارائه شده است.

۴-۴۸. رابطه بین تصویر بدن و گرایش به اعتیاد در پاسخگویان

متغیر		گرایش به اعتیاد			جمع
تصویر بدن	شدت	کم	متوسط	زیاد	
	پایین	۰	۰	۱,۳	۰,۲
	متوسط	۳۹,۵	۴۶,۸	۴۸	۴۴,۷
	بالا	۶۰,۵	۵۳,۲	۵۰,۷	۵۵,۱
جمع		۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

۴-۴۹. همبستگی بین تصویر بدنی و گرایش به اعتیاد در مشتریان

گرایش به اعتیاد		
تصویر بدنی	همبستگی اسپیرمن	*-۰,۰۱۹
	معناداری	۰,۶۴۸
	فراوانی	۵۹۸

نتایج جدول شدت رابطه بین دو متغیر نشان می‌دهد با افزایش شدت تصویر بدنی در مراجعان میزان گرایش به اعتیاد در آن‌ها کاهش یافته است. نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای محاسبه میزان رابطه بین دو متغیر تصویر بدن و گرایش به اعتیاد علیرغم جهت منفی و شدت ضعیف آن حاکی از عدم معناداری رابطه بین این دو متغیر است ($p > 0,05$ و $r = -0,019$).

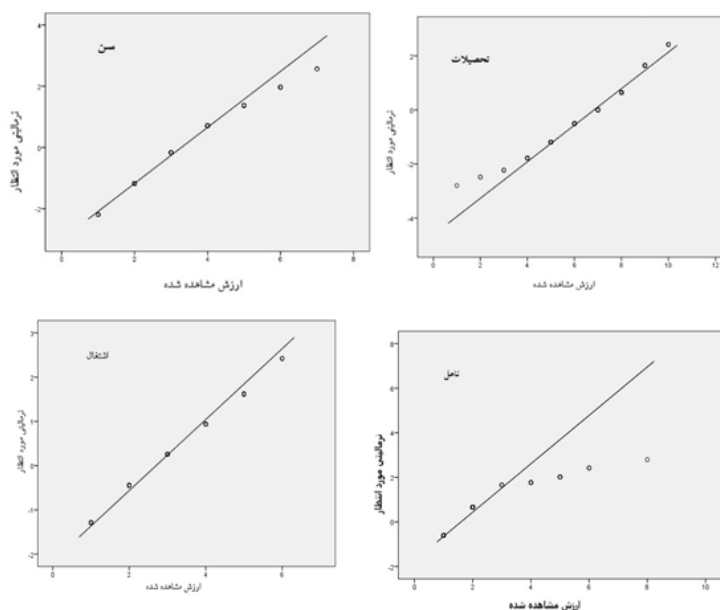
آزمون فرضیه پنجم

بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، تاهل و اشتغال) زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و باشگاه‌های ورزشی و تمایل به مصرف مواد در ایشان رابطه وجود دارد. در جدول (۴-۵۰) نتایج محاسبه آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیرهای زمینه‌ای و نمودار (۴-۱۷) نتایج آزمون Q-Q برای تخمین احتمال نرمال بودن داده‌ها ارائه شده است:

۴-۵۰. نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف برای متغیرهای زمینه‌ای

	آزمون کولموگروف و اسمیرنوف		
	Z	درجه آزادی	معناداری
سن	۰,۲۳۹	۶۹۲۶	۰,۰۰۰
تحصیلات	۰,۲۳۳	۹۲۶	۰,۰۰۰
تاهل	۰,۲۹۲	۹۲۶	۰,۰۰۰
اشتغال	۰,۲۰۱	۹۲۶	۰,۰۰۰

۱۷-۴. مجموعه نمودارهای احتمال نرمال (Q-Q) متغیرهای زمینه‌ای



همان‌گونه که در جدول بالا مشاهده می‌گردد آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای متغیرهای زمینه‌ای (سن، تحصیلات، تاهل و اشتغال) معنادار است ($P = 0,000$) و بنابراین متغیرهای نام برده شده دارای توزیع نرمالی نیست و بنابراین نمی‌توان از تحلیل‌های پارامتریک برای آن استفاده کرد. با توجه به نتایج آزمون کولموگروف و اسمیرنوف (جدول ۴-۵۰) و نمودار احتمال نرمال (نمودار ۴-۱۷) از تحلیل‌های ناپارامتریک برای اندازه‌گیری میزان همبستگی بین متغیرهای زمینه‌ای و گرایش به اعتیاد در زنان مراجعه‌کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی استفاده شده است. در جدول (۴-۵۱) نتایج محاسبه آزمون اسپیرمن برای اندازه‌گیری همبستگی بین متغیرهای فوق ارائه شده است.

۵۱-۴. همبستگی بین متغیرهای زمینه‌ای و گرایش به اعتیاد در مشتریان

			سن	تحصیلات	تاهل	اشتغال	گرایش به اعتیاد
همبستگی اسپیرمن	سن	ضریب همبستگی	۱	۰,۰۰۹	۰,۴۳۶**	۰,۵۹۸**	-۰,۰۵۰
		معناداری	.	۰,۷۸۷	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۱۴۹
		فراوانی	۹۵۹	۹۵۴	۹۵۴	۹۳۹	۸۳۱
	تحصیلات	ضریب همبستگی	۰,۰۰۹	۱	-۰,۰۵۲	۰,۱۶۱**	-۰,۰۶۲
		معناداری	۰,۷۸۷	.	۰,۱۱۲	۰,۰۰۰	۰,۰۷۷
		فراوانی	۹۵۴	۹۵۴	۹۴۱	۹۳۵	۸۲۶

	تاهل	ضریب همبستگی	۰,۴۳۶**	-۰,۰۵۲	۱	۰,۵۰۸**	-۰,۰۰۶
		معناداری	۰,۰۰۰	۰,۱۱۲	.	۰,۰۰۰	۰,۸۷۲
		فراوانی	۹۴۵	۹۴۱	۹۴۵	۹۳۰	۸۲۰
	اشتغال	ضریب همبستگی	۰,۵۹۸**	۰,۱۶۱**	۰,۵۰۸**	۱	-۰,۰۱۹
		معناداری	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	.	۰,۵۸۶
		فراوانی	۹۳۹	۹۳۵	۹۳۰	۹۳۹	۸۱۵
	گرایش به اعتیاد	ضریب همبستگی	-۰,۰۵۰	-۰,۰۶۲	-۰,۰۰۶	-۰,۰۱۹	۱
		معناداری	۰,۱۴۹	۰,۰۷۷	۰,۸۷۲	۰,۵۸۶	.
		فراوانی	۸۳۱	۸۲۶	۸۲۰	۸۱۵	۸۳۲

نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای محاسبه میزان رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای و گرایش به اعتیاد نشان می‌دهد بین متغیرهای سن، تحصیلات، تاهل و اشتغال و گرایش به اعتیاد در مراجعه کنندگان به سالن‌های زیبایی و ورزشی شهر اصفهان رابطه معناداری وجود ندارد. ($p > 0,05$ و $r = -0,05$ سن)؛ ($p > 0,05$ و $r = -0,062$ تحصیلات)؛ ($p > 0,05$ و $r = -0,006$ تاهل) و ($p > 0,05$ و $r = -0,019$ اشتغال). جهت رابطه بین متغیر سن، تحصیلات، تاهل و اشتغال با گرایش به اعتیاد منفی و شدت همبستگی‌های به دست آمده در حد ضعیف است.

آزمون فرضیه ششم

بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، تاهل و اشتغال) زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و باشگاه‌های ورزشی و تصور آن‌ها از بدن خود رابطه وجود دارد. همانگونه که در جدول (۴-۵۰) و نمودار احتمال نرمال (۴-۱۷) مشاهده می‌گردد آزمون کولموگروف اسپیرنوف برای متغیرهای زمینه‌ای (سن، تحصیلات، تاهل و اشتغال) معنادار است ($P = 0,000$) و بنابراین متغیرهای نام برده شده دارای توزیع نرمالی نیست و بنابراین نمی‌توان از تحلیل‌های پارامتریک برای آن استفاده کرد. بنابراین از تحلیل‌های ناپارامتریک برای اندازه گیری میزان همبستگی بین متغیرهای زمینه‌ای و تصویر بدنی در زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی استفاده شده است. در جدول (۴-۵۲) نتایج محاسبه آزمون اسپیرمن برای اندازه گیری همبستگی بین دو متغیر فوق ارائه شده است.

۵۲-۴. همبستگی بین متغیرهای زمینه‌ای و تصویر بدنی مشتریان

		سن	تحصیلات	تاهل	اشتغال	تصویر بدن
همبستگی اسپیرمن	سن	ضریب همبستگی	۱	۰,۰۰۹	۰,۴۳۶**	۰,۵۹۸**
		معناداری	.	۰,۷۸۷	۰,۰۰۰	۰,۱۵۹
		فراوانی	۹۵۹	۹۵۴	۹۴۵	۹۳۹

	تحصیلات	ضریب همبستگی	۰,۰۰۹	۱	-۰,۰۵۲	-۰,۱۶۱**	۰,۰۷۱
		معناداری	۰,۷۸۷	.	۰,۱۱۲	۰,۰۰۰	۰,۰۷۴
		فراوانی	۹۵۴	۹۵۴	۹۴۱	۹۳۵	۶۴۰
	تاهل	ضریب همبستگی	۰,۴۳۶**	-۰,۰۵۲	۱	۰,۵۰۸**	-۰,۰۰۵
		معناداری	۰,۰۰۰	۰,۱۱۲	.	۰,۰۰۰	۰,۹۰۳
		فراوانی	۹۴۵	۹۴۱	۹۴۵	۹۳۰	۶۳۶
	اشتغال	ضریب همبستگی	۰,۵۹۸**	-۰,۱۶۱**	۰,۵۰۸**	۱	-۰,۰۰۷
		معناداری	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	.	۰,۸۵۴
		فراوانی	۹۳۹	۹۳۵	۹۳۰	۹۳۹	۶۲۹
	تصویر بدن	ضریب همبستگی	۰,۰۵۶	۰,۰۷۱	-۰,۰۰۵	-۰,۰۰۷	۱
		معناداری	۰,۱۵۹	۰,۰۷۴	۰,۹۰۳	۰,۸۵۴	.
		فراوانی	۶۴۴	۶۴۰	۶۳۶	۶۲۹	۶۴۴

نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای محاسبه میزان رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای و تصویر بدنی زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی نشان می‌دهد بین هیچکدام از متغیرهای سن، تحصیلات، تاهل و اشتغال و تصویر بدنی در مراجعه کنندگان به سالن‌های زیبایی و ورزشی شهر اصفهان رابطه معنادار وجود ندارد. ($p > 0,05$ و $r = 0,056$: سن)؛ ($p > 0,05$ و $r = 0,071$: تحصیلات)؛ ($p > 0,05$ و $r = 0,005$: تاهل) و ($p > 0,05$ و $r = -0,007$: اشتغال). جهت رابطه بین متغیر سن، تحصیلات و تاهل با گرایش به اعتیاد مثبت و جهت رابطه بین متغیر اشتغال با گرایش به اعتیاد منفی و شدت همبستگی‌های به دست آمده در همه متغیرها در حد ضعیف است.

ج) یافته‌های بخش کیفی

در بخش کیفی تحقیق با ۴۲ فرد مصاحبه شده است. مهم‌ترین عامل در انتخاب نمونه‌های این بخش داشتن تجربه مصرف مواد در حد وابستگی و باور به تاثیر پذیری محیط‌های عامل مورد مطالعه در تحقیق در گرایش زنان به مصرف مواد بوده است. نمونه‌های تحقیق با استفاده نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی و تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها یعنی دقیقاً زمانی که پژوهشگر احساس کرد مصاحبه‌های جدید به نوعی تکرار صحبت‌های مصاحبه‌کننده‌های سابق است ادامه یافته است. متوسط زمان هر مصاحبه ۷۰ دقیقه بوده است و محل انجام مصاحبه به پیشنهاد فرد مشارکت کننده در تحقیق انتخاب شده است. در این بخش از پژوهش سعی شده تا با استفاده از روش کیفی تجربه اعتیاد از نظر زنان درگیر با آن تبیین شود. لذا تاکید بر این است تا دلیل روی آوری به اعتیاد، تجربه احساسی زنان از مصرف مواد، نوع روابط اجتماعی زنان وابسته به مواد و احساس این زنان نسبت به اعتیاد از نظر خود آن‌ها شناخته شود. در جدول ۴-۵۳ اطلاعات زمینه‌ای مصاحبه شوندگان آمده است:

۴-۵۳. وضعیت برخی متغیرهای شرکت کنندگان در پژوهش

مشارکت کنندگان		سن	وضعیت زناشویی			وضعیت اشتغال		وضعیت مصرف مواد		محیط عامل		مواد مصرفی دروازه‌ای		
			مجرد	متاهل	مطلقه	شاغل	غیر شاغل	قبلا مصرف می‌کردم	همچنان مصرف می‌کنم	سالن ورزشی	سالن آرایشگاه	قلیان	سیگار	الکل
۱	نازی	۳۹			*	*		*			*	*	*	
۲	الهام	۲۴	*				*		*		*	*	*	*
۳	شیدا	۳۲		*			*	*			*		*	*
۴	مریم	۲۷	*			*		*	*		*	*	*	*
۵	لیلی	۳۴	*			*		*	*	*			*	
۶	فاطمی	۳۳		*		*		*	*		*	*	*	
۷	سمیه	۲۵	*				*		*	*		*	*	*
۸	شهره	۳۲			*		*		*	*		*	*	*
۹	ماهی	۳۰		*			*	*		*		*	*	*
۱۰	فائزه	۳۰		*			*		*		*		*	*
۱۱	امینه	۲۷	*				*		*	*		*	*	*
۱۲	شیوا	۲۹		*			*	*		*			*	*
۱۳	پری	۳۲		*		*			*		*		*	
۱۴	سارا	۲۴	*				*		*		*	*	*	*
۱۵	مریم	۳۰		*			*		*	*		*	*	*
۱۶	الهام	۳۳			*	*		*		*	*	*	*	*
۱۷	مهسا	۳۳			*	*			*	*	*	*	*	*
۱۸	ساناز	۳۵		*		*			*	*	*	*	*	*
۱۹	راحله	۵۶		*		*		*		*	*	*	*	*
۲۰	زهرآ	۳۶		*		*		*		*		*	*	*
۲۱	فریبا	۲۲	*				*		*		*	*	*	*
۲۲	هانیه	۳۰	*				*	*		*		*	*	*
۲۳	شقایق	۳۶		*		*			*	*		*	*	*
۲۴	مژده	۲۶		*			*		*	*		*	*	*
۲۵	پگاه	۲۵	*				*	*		*	*	*	*	*
۲۶	نسرین	۴۵			*		*	*		*	*	*	*	*
۲۷	سرمه	۲۷		*			*		*	*		*	*	*
۲۸	شیوا	۲۹			*		*		*	*		*	*	*
۲۹	شیدا	۲۴	*				*		*	*	*	*	*	*
۳۰	بهار	۲۴	*				*	*		*		*	*	*
۳۱	دنیا	۲۹		*		*			*		*	*	*	*
۳۲	یاسمین	۲۶	*				*	*		*	*	*	*	*
۳۳	فریال	۲۷	*				*	*		*	*	*	*	*
۳۴	زری	۲۸		*			*	*		*		*	*	*
۳۵	زهره	۳۶	*			*		*		*	*	*	*	*
۳۶	سمانه	۲۸			*	*			*	*	*	*	*	*
۳۷	سیمین	۲۷	*				*	*		*	*	*	*	*
۳۸	ماهور	۲۴		*			*		*	*		*	*	*
۳۹	ماندانا	۲۴	*				*		*		*	*	*	*
۴۰	مولود	۴۱	*			*		*		*	*	*	*	*
۴۱	زهرآ	۲۷		*			*		*		*	*	*	*
۴۲	فریده	۳۹		*		*			*	*	*	*	*	*
جمع			۱۷	۱۸	۷	۱۶	۲۶	۱۷	۲۵	۱۸	۲۴	۲۸	۴۲	۲۷

از مجموع ۴۲ فرد شرکت‌کننده در تحقیق ۱۷ نفر مجرد، ۱۸ نفر متأهل و ۷ نفر مطلقه بوده‌اند. از نظر وضعیت اشتغال ۱۶ نفر شاغل و ۲۶ نفر شغل مشخصی نداشته‌اند. ۱۷ نفر از شرکت‌کنندگان مصرف مواد خود را قطع و ۲۵ نفر همچنان درگیر و وابسته به مصرف مواد بودند. در خصوص محیط عامل دخیل در گرایش شرکت‌کنندگان به مصرف مواد ۷ نفر به سالن‌های ورزشی و ۲۳ نفر به سالن‌های زیبایی و آرایشگاه‌ها و ۱۲ نفر به هر دو محیط اشاره کرده‌اند. از حیث انگیزه اولین تجربه مصرف مواد ۱۲ نفر ناآگاهانه تحت عنوان قرص‌های لاغری و کپسول‌های زیبایی، ۱۵ نفر آگاهانه تحت تاثیر جمع و محیطی که در آن قرار گرفته بودند، ۱۴ نفر به خاطر هیجانات و استرس‌های منفی زندگی، ۱۹ نفر به خاطر لذات آنی حاصل از مصرف مواد در جمع انگیزه اولین تجربه مصرف خود را گزارش کرده‌اند. وضعیت شرکت‌کنندگان از نظر مصرف مواد سبک نشان می‌دهد که همه افراد بلااستثنا مصرف سیگار و ۲۸ نفر مصرف قلیان را گزارش کرده‌اند. از حیث مصرف مواد سستی‌زا ۲۷ نفر مصرف مشروبات الکلی و ۳۳ نفر قرص‌های آرامبخش را گزارش کرده‌اند. از حیث مصرف مواد توهمز ۳۲ نفر مصرف گل و ۱۸ نفر مصرف اکستازی را گزارش کرده‌اند. همچنین از حیث مصرف مواد نیروزا ۲۴ نفر مصرف آمفتامین و ۳۰ نفر مصرف کوکائین را گزارش کرده‌اند. از حیث تاثیر محیط در تعیین گرایش به نوع ماده مصرفی در گروه مواد سستی‌زا و توهمز تفاوتی بین محیط‌های آرایشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی وجود نداشته است. اما مصرف مواد سبک بیشتر در آرایشگاه‌ها و مصرف مواد توان‌زا مانند کوکائین بیشتر در محیط‌های ورزشی گزارش شده است. حاصل تحلیل مصاحبه‌های پژوهش ۱۴۹ مقوله، ۱۶ مقوله اصلی، ۲۶ زیر مقوله و یک مقوله هسته بود. در جدول زیر مقولات اصلی و زیر مقولات ادراک زنان از بدن خویش و عوامل موثر بر آن و مقوله هسته ارائه شده است.

۴-۵. مقولات، زیر مقولات و مقوله هسته مستخرج از مصاحبه‌ها

مقوله اصلی	زیر مقولات	مقوله هسته
۱ بدن به عنوان سرمایه	بدن سرمایه‌ای برای ازدواج	قرار گرفتن در معرض مصرف مواد به واسطه محیط‌های زنانه
	بدن سرمایه‌ای برای موقعیت اقتصادی و اجتماعی	
۲ بدن به عنوان نقاب	ترس از انگ	
	پنهان کردن معایب	
	بازسازی هویت ضایع شده	
۳ بدن جایگاه هویت	نشان دادن هویت جنسیتی	
	ارائه هویت متفاوت	
	نشان دادن هویت طبقاتی	
	بدن جایگاه کسب لذت و آرامش	
۴ علل موثر بر ادراک زنان	غلبه هنجارهای مردانه	
	دیدگاه ظاهرگرایانه نسبت به بدن	
	اضطراب اجتماعی	
	رسانه‌های جمعی	
	پایگاه پایین‌تر زنان در جامعه	

۵	جامعه پذیری جنسیتی	تربیت خانوادگی
		تفاوت مبتنی بر جنسیت
		تمایز مبتنی بر جنسیت
		تبعیض مبتنی بر جنسیت
۶	دست کم گرفتن مواد	مصرف خودسرانه
		استفاده ابزاری
۷	ابتلا به اعتیاد و چالش‌های ترک	تشدید و تغییر الگوی مصرف مواد
		طرد و داغ بی‌اعتباری
		پشیمانی و احساس گناه

در ادامه به تشریح مقولات اصلی در قالب شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر و راهبردها و پیامدهای مصرف مواد در زنان به واسطه محیط‌های نامبرده شده پرداخته شده است.

شرایط علی: عوامل مختلفی که سبب ایجاد یک پدیده می‌شوند و معمولاً قبل از شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر قرار می‌گیرند شرایط علی نامیده می‌شوند. انسان محصور در روابط و باورها یا عادت‌واره‌هایی است که مستقیماً با نظام قشربندی و لایه‌بندی اجتماعی در ارتباط است (حاجلی و همکاران، ۱۳۸۹). بنابراین می‌توان گفت عادت‌واره افراد در هر حوزه‌ای از مصرف نیز تابعی از ترجیحات سوژه است و در ارتباط با تعریف او از زندگی شخصی، هویت و موقعیت طبقاتی اوست (سهراب‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴). از همین‌رو تمایل به مصرف مواد نیز امری اجتماعی و مصرف آن متأثر از مسائل متفاوتی همچون نابرابری طبقاتی و جنسیتی است. مجموعه‌ای از دلایل در قالب ۶ مقوله غلبه هنجارهای مردانه در جامعه، دیدگاه ظاهرگرایانه نسبت به زنان، جامعه‌پذیری جنسیتی، اضطراب اجتماعی زنان، پایگاه پایین زنان و رسانه‌های جمعی از عوامل مهم مؤثر بر گرایش به مصرف مواد به واسطه محیط‌های زنانه نامبرده شده شناسایی شده‌اند.

(۱) غلبه هنجارهای مردانه در جامعه: هر جامعه‌ای هنجارهایی را شامل می‌شود که رفتار انسان‌ها را شکل می‌دهد. زنان نیز در ارتباط با بدن خود با هنجارهایی روبرو هستند که آن‌ها را مجبور به هم‌نمایی با آن‌ها می‌کند. برخی از مصاحبه‌شوندگان به این مساله به صورت مستقیم یا غیرمستقیم اشاره کرده‌اند. دختران به صورت آگاهانه یا ناآگاهانه بدنشان را در ارتباط با معیارهای زیبایی جامعه تعریف می‌کنند که بیشتر این هنجارها یا در ارتباط با مردان تعریف می‌شود یا مردان این هنجارها را تعریف می‌کنند. هنجارهای که زنان در جامعه با آن روبرو هستند و ادراکی که نسبت به این هنجارها دارند نقش مؤثری در تعریف آن‌ها از خود و چگونگی ارتباط با بدنشان دارند: «هیچ کجا خوشگلی و ظاهر برای مردان اولویت نیست. عوضش زیبایی زنان برای همه چیز مهمه؛ در ازدواج، کار و ... چون توی جامعه همه چی

۲. شرایط مداخله‌گر (Condition Intervening) در مدل پارادایمی وضعیتی است که به تشدید یا تخفیف پدیده محوری مطالعه شده منجر می‌شود.

دست مردهاست میتون زن‌ها رو کنترل کنن. برای ازدواج، مرد باید انتخاب کنه؛ برای کار با مدیرای مرد سر و کار داری و...» (مولود، ۵۱ ساله، مجرد).

۲) اضطراب اجتماعی: استفاده غیرپزشکی زنان از مسکن‌ها و آرام بخش‌ها و داروهای محرک و روان‌گردان‌ها مساوی یا اغلب بیشتر از استفاده مردان از این داروهاست (کوهن، ۱۳۸۲). به ویژه آن که عوامل عاطفی یک عامل تعیین‌کننده برای مصرف مواد مخدر در بین دختران جوان است. دختران جوان ممکن است بیشتر به پاسخ‌های کلیشه‌ای به فشارهای روانی و استفاده از مواد مخدر متمایل و مستعد باشند، تا حدی که تمایل بیشتری در استفاده از داروها و مواد برای فرار عاطفی نشان می‌دهند (براون، ۲۰۰۲). عوامل دیگری نظیر هیجان‌طلبی، افسردگی، اعتمادبه‌نفس پایین، انواع اختلالات جنسی و دشواری در تنظیم خلق از جمله عوامل مساعدکننده مصرف مواد برای زنان است. به عبارتی اضطراب، استرس و عواطف منفی باعث شده زنان به سمت مواد اعتیادآور روی بیاورند^۱ که به تبع آن برخی استفاده‌های ابزاری از زنان نیز روی داده است. بسیاری از زنان بر اثر تعریفی که نسبت به آن‌ها وجود دارد و در اثر فشارهایی که از طریق جامعه و شرایط آن احساس می‌کنند، دچار نوعی اضطراب می‌شوند که رفتن به سمت جراحی زیبایی، استفاده از وسایل آرایشی، مصرف قرص‌های آرامبخش و ... را باعث می‌شود. ملاک بودن زیبایی زن در جامعه و درکی که زن از آن دارد اضطراب زنان جامعه را باعث می‌شود: «وقتی زن‌های دور و برم رو می‌بینم که بیشترشون با آرایش بیرون میان به این فکر می‌کنم اگه من این جوری نباشم ممکنه به چشم همسرم نیام و بره سراغ یکی دیگه (زهره، ۲۷ ساله، متأهل). عواطف منفی ناشی از اضطراب و استرس و مشکلات بین فردی، افسردگی بعد از زایمان، استرس ازدواج کردن، استرس فرزندآوری و ترس از مجرد ماندن از جمله دیگر درگیری‌های روانی ویژه زنان است که جامعه زنان را به عنوان یکی از مهم‌ترین گروه‌های هدف همواره مورد توجه مافیای بزرگ اعتیاد و مواد قرار داده است: «سرکوفت‌های هر روز خانواده‌ام که میگن دختره فلانی درس خونده ماهی این قدر تومن درمیاره، دختر فلانی هم که درس نخونده با یه دکتر ازدواج کرده و خونه و زندگیش ال و بل هستش. برام کابوس شده...» (نازی، ۳۳ ساله، مجرد). عزت نفس پایین، خودکارآمدی پایین و کمبود قدرت‌های انطباقی برای مقابله با حوادث زندگی در زنان می‌تواند زمینه ساز شروع اعتیاد باشد (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۲): «من مواقعی که تو موقعیت‌های جدید قرار می‌گرفتم خیلی حالم بد می‌شد، یک‌بار توی آرایشگاه یکی از خانوما که اغلب اوقات اونجا بود، ویزیتور دارو و لوازم آرایشی بود یک قرص بهم نشون داد. گفت یک دوره کامل شش ماهش رو که بخورم وضعیتم خیلی بهتر می‌شه. اعتمادبه‌نفسم میره بالا

^۱. هم اکنون شاهد افسردگی در دختران به علت‌های مختلف و هم‌تر از همه بیکاری هستیم که موجب گرایش آن‌ها بسوی اعتیاد شده است. میانگین سن مصرف مواد مخدر به ۱۳ سال رسیده و بیشتر معتادان مواد صنعتی و روان‌گردان مصرف می‌کنند و این زنگ خطری برای جامعه زنان کشور محسوب می‌شود (سخنان ریاست جمهوری در آبان ماه ۹۴).

و از این جور حرفا... الان دوسال که دارم مصرف می‌کنم. بهش یجورایی وابسته شدم» (مونا، ۳۰ ساله، مجرد).

۳) دیدگاه ظاهرگرایانه نسبت به زنان: نگاه جامعه نسبت به زنان در تصور آنان از بدن‌شان تاثیر فراوانی دارد. در جامعه این انتظار وجود دارد که زنان باید ظاهر زیبایی داشته باشند. این نگاه ظاهرگرایانه نوعی اجبار درونی را باعث می‌شود. زنان نیز یاد می‌گیرند به ظاهرشان توجه کنند و آن را در اولویت قرار دهند. اهمیت زیبایی ظاهری و فرهنگ چشم و هم‌چشمی از مواردی هستند که این دیدگاه ظاهرگرایانه را شکل داده و تقویت می‌کنند. **الف) اهمیت زیبایی ظاهری:** در اکثر جوامع ویژگی‌های ظاهری برای زنان بیشتر اهمیت دارد و زنان نسبت به وضعیت زیبایی و ظاهر خود و آنچه به چشم می‌آید دقت نظر بیشتری به عمل می‌آورند. این توجه وافر آن‌ها را وامی‌دارد تا رفتارهای گاه افراطی را به منظور انطباق دادن ویژگی‌های بدن خود با الگوهای فرهنگی زیبایی چهره و اندام اتخاذ کنند (احمدنیا، ۱۳۸۵). زیبایی ظاهری زنان برای خود زنان و سایر اعضای جامعه اهمیت دارد و این باعث می‌شود آن‌ها بیشتر به بدن خود توجه کنند: «برای شوهرم خیلی مهمه که لاغر باشم و توی خونه آراسته باشم. الان میرم ایروبیک و به خودم می‌رسم. تمام وقتای بیکاریم همینجوری پرمی‌کنم» (فریده، ۳۹ ساله، متأهل). **ب) فرهنگ چشم و هم‌چشمی:** فرهنگ در دوره مدرن، فرهنگ بصری و نمایشی است که باعث می‌شود شیوه‌های زندگی از رهگذر نمایش درحال تغییر سطوح ظاهری ایجاد شود (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۲). توجه به ظاهر زنان و اهمیت داشتن ظاهر آن‌ها، شکل‌گیری فرهنگ چشم و هم‌چشمی در بین زنان را باعث می‌شود که توجه به بدن یکی از نمودهای آن است: «به نظرم خیلی از توجه زن‌ها به بدنشون به خاطر این که نمیخوان از زن‌های دیگه کمتر باشن؛ به خصوص رژیم گرفتن یکی که توی فامیل میگه من رژیم گرفتم. حالا ممکنه اوکی هم باشه، یعنی طبیعی هم باشه، اصلا نیازی به رژیم و اینا هم نبوده ولی بقیه هم برای که کم نیارن همین کار و یا کارای دیگه رو انجام میدن که هم به چشم بیان و هم متفاوت باشن» (راحله، ۴۶ ساله، متأهل).

۴) جامعه‌پذیری جنسیتی: دختران و پسران به اشکال متفاوتی جامعه‌پذیر می‌شوند. دیدگاه جوانان نسبت به بدن‌شان در فرایند جامعه‌پذیری شکل می‌گیرد. دختران در فرایند جامعه‌پذیری یاد می‌گیرند باید زیبا باشند و از سرمایه بدنی خود استفاده کنند. آن‌ها می‌آموزند دختر باشند و زنانگی داشته باشند. در واقع آن‌ها زن بودن را بر ساخت می‌کنند. **الف) تربیت خانوادگی:** مشارکت‌کنندگان بر نقش تربیت خانوادگی در کودکی در جهت دهی به انتخاب‌های فردی فرد در آینده بسیار تاکید داشتند: «من به شخصه در خانواده‌ای بزرگ شدم که هم پدرم و هم مادرم سیگار مصرف میکردن و همیشه واسم فراهم بود که استفاده کنم ولی استفاده نکردم و به نظرم هرکسی یه مقاومتی داره و الان جامعه‌ای شده که هرکس اطلاعاتی راجع به این مواد مخدر داره و هرکسی میتونه مقاومت کنه و به طور مثال در باغ‌هایی که این مواد مصرف میشن و میدونن اون مکان این چیزا وجود داره شرکت نکنه و این کاملاً به

شخصیت و توانایی فرد بستگی دارد مثلا تو به کلاس بین بچه‌ها مواد مخدر پخش می‌شه و این بستگی به اشخاص دارد که سمت مواد میرن یا نه» (یاسمین، ۲۶ ساله، مجرد). مصاحبه‌شونده دیگری می‌گوید: «من افرادی رو می‌شناسم که با اینکه مدت زیادی توی این کار هستند و به صورت حرفه‌ای کار آرایشگری انجام می‌دادند ولی یکبار تا حالا نه سیگار و نه حتی مشروب و قلیان مصرف نکردند به نظرم بیشتر تحت تاثیر خانواده است». (زهرا، ۳۶ ساله، متأهل). **(ب) تفاوت مبتنی بر جنسیت:** کودکان وقتی به دنیا می‌آیند به شیوه‌های متفاوتی با آن‌ها تعامل می‌شود و انتظارات متفاوتی نیز از آن‌ها می‌رود. این برخوردهای متفاوت دنیاها را در زنان و مردان خلق می‌کند که دیدگاه آن‌ها به بدن‌شان را شکل می‌دهد: «از بچگی پسرایاد می‌گیرن که باید شجاع باشند؛ همه میگن مرد که گریه نمی‌کنه؛ اما دخترا باید ناز باشن. همه دخترا رو با ناز و زیبا بودن می‌شناسن. همین خودش خیلی روی دخترا تأثیر داره. من نمیگم دخترا نباید زیبا باشن؛ ولی اینم خیلی تأثیر داره» (ماهی، ۳۰ ساله، متأهل). **(ج) تمایز مبتنی بر جنسیت:** بسیاری از زن‌ها با پوشش و آرایش خاص در پی کسب زنانگی هستند و از این راه خود را از مردان متمایز می‌کنند. زنانگی یکی از وجوه اصلی و تأکید شده زنان برای تمایز خود از مردان است که تلاش می‌کنند این زنانگی را با دستکاری و مدیریت بدن خود نشان دهند: «همیشه دوستانم بهم توصیه می‌کردن برای اینکه بتونم ازدواج کنم، آرایش کنم. بهم میگفتن تو خیلی ساده‌ای و اصلا زنانگی نداری. میدونی چیه زنانگی برای ازدواج خیلی مهمه» (شهره، ۳۲ ساله، مطلقه). **(د) تبعیض مبتنی بر جنسیت:** میل عمیقی به (اصطلاحاً) تفریحات مردانه به منظور دستیابی به برابری با آن‌ها در دختران امروزی وجود دارد: «یکی از دست نیافتنی‌ترین تفریحات و رفتارهای مردان برای دختران (به خصوص اهل اصفهان که عموماً خانواده‌شان علی رغم تجدد ظاهری همچنان باطنا سنتی هستند) مصرف سیگار و حد اعلای آن مواد مخدر است». (دنیا، ۲۹ ساله، متأهل). مشارکت‌کننده دیگری می‌گوید: «وقتی در جمع دوست‌پسرم برایم سیگار روشن میکنه احساس می‌کنم اونو به زانو درآوردم و دیگه کاری نیست که اون بتونه انجام بده و من نه». (بهار، ۲۴ ساله، مجرد). یکی از مهم‌ترین دلایل مصرف سیگار و مواد مخدر در دختران انتقام گرفتن از افرادیست که آن‌ها را به خاطر دختر و جوان بودن جدی نگرفته‌اند: «هر وقت پدر یا مادرم با خواسته‌های من (سفر رفتن با دوستان، شرکت در مهمانی، روابط آزاد و ...) مخالفت می‌کنند، به محض بیرون رفتنشان از خانه سیگار می‌کشم، با وجود آن‌که به شدت از طعم سیگار بیزارم، ولی با این کار حس خوبی دارم دائم می‌گویم کاری کردم که اگر بفهمند حتما سخته می‌کنند» (شیدا، ۲۴ ساله، مجرد).

(ه) پایگاه پایین‌تر زنان در جامعه: در جامعه ایران کار بیرون از خانه مختص مردان تعریف شده است که این باعث می‌شود مردان رمایه اقتصادی و اجتماعی بیشتری نسبت به زنان داشته باشند. امروزه زنان با خروج از خانه و تلاش برای کسب موقعیت اقتصادی و اجتماعی دلخواه بدن خود را مدیریت و دستکاری می‌کنند. تنگناهای شغلی و دست کم گرفته شدن در موقعیت‌های مشابه با مردان از عواملی

است که تغییر تصور زنان نسبت به بدن‌شان را باعث می‌شود و در نتیجه آن را به‌گونه‌ای نشان می‌دهند که به اهدافشان برسند. **الف) تنگناهای شغلی:** در جامعه ایران مردها نان‌آور خانواده هستند و زنان طی سال‌های اخیر وارد جامعه و بازار کار شدند. زن‌ها با تنگناهای شغلی مختلفی روبه‌رو هستند. اولویت شغلی با مردان است زیرا آن‌ها نان‌آور خانه محسوب می‌شوند؛ بنابراین زنان برای داشتن درآمد مستقل، ایده‌آل‌های پوشش و آرایش مردان و کارفرمایان را می‌پذیرند تا موانع موجود کمتر شود که این امر نیز شرایط زنان را بازتولید و موقعیت پایین آن‌ها را تثبیت می‌کند. بسیاری از مشارکت‌کنندگان به خاطر تطبیق خود با شرایط بازار و یا فشارهای ناشی از شرایط نابرابر پیش‌روی خود آگاهانه یا ناآگاهانه مصرف مواد را تجربه می‌کنند: «الان دیگه حتی اگه مدرک هم داشته باشی باید توی شرکت‌های خصوصی و این جور جاها کار کنی. این مکان‌های شغلی، پوشش و آرایشی رو می‌طلبند که با ادارات دولتی متفاوت؛ باید آراسته باشی و تیپ خاص و دلخواه مدیر را داشته باشی» (سمیه، ۲۵ ساله، مجرد). **ب) ارزیابی پایین‌تر زنان در موقعیت مشابه با مردان:** زنان با این شرایط مواجه هستند که حتی اگر موقعیت مشابه با مردان داشته باشند به دلیل زن بودن دست‌کم گرفته می‌شوند و این احساس باعث می‌شود این مسأله را با تأکید بر جنبه‌هایی از زن بودن جبران کنند که برایشان امتیاز به همراه آورد. این امر خود را در قالب توجه بیشتر به بدن، آراسته بودن و ... نشان می‌دهد که گاه دستیابی به آن علیرغم هزینه‌های فراوان اقتصادی مخاطراتی نیز برای آنان به همراه دارد: «زن برای کسب موقعیت اقتصادی و اجتماعی باید آراسته باشه. الان حتی برای پیدا کردن کار ساده و معمولی توی شرکت خصوصی ازت می‌خوان که خوب بپوشی، لاک بزنی و کسب موقعیت اجتماعی برای زنان کار دشواری است. اگر شرایط شغلی و اقتصادی مشابه با مردان داشته باشی باز هم ممکنه موقعیت اجتماعی لازم را نداشته باشی. این‌ها چیزهایی است که من و خیلی از دوستانم تجربه کردیم و می‌کنیم» (فاطمی، ۳۳ ساله، متأهل).

۶) رسانه‌های جمعی: رسانه‌های جمعی از عناصر تاثیرگذار بر تصور بدنی زنان هستند و این به واسطه فشارهای هنجاری است که رسانه‌ها بر زنان اعمال می‌کنند (ذکایی و فرزانه، ۱۳۸۷: ۴۴). تاثیر رسانه‌ها بر شکل‌دهی تصور زنان از بدن‌شان دو حالت دارد: **الف) تاثیر بر زنان:** زنان از گروه‌هایی هستند که در معرض پیام‌های مخرب رسانه‌ای درباره بدن خویش قرار می‌گیرند. این پیام‌ها تغییر تصور آنها از بدن و در نتیجه نارضایتی نسبت به بدن را باعث می‌شوند. حاصل این تغییر نگرش دست‌کاری بدن به شیوه پیام‌های دریافت شده از رسانه‌ها است: «وقتی می‌بینم که فشن‌ها چقدر خوش هیکل و زیبا هستن، میرم جلو آینه و خودمو با اونا مقایسه می‌کنم» (لیلی، ۳۴ ساله، مجرد). یکی از مشارکت‌کنندگان که تجربه مصرف قرص‌های لاغری به واسطه تبلیغ آن در کانال‌های ماهواره‌ای و ابتلا به اعتیاد به واسطه مصرف آن‌ها را دارد می‌گوید: «من در طول شبانه روز در خانه هستم و شوهرم تا غروب سرکار است. ماهواره از صبح تا شب روشن است. بعد از ۲۴ ساعت دیدن سریال‌ها و برنامه‌های مختلف از آشپزی گرفته تا آرایش و مد و شوهای ایران میوزیک و سریال‌های جم تی‌وی وقتی خودم رو تو آینه می‌بینم واقعا حس

حسرت و نارضایتی از خودم بیشتر می‌شه» (مریم، ۲۷ ساله، مجرد). **(ب) تاثیر بر مردان:** تصور بدنی زنان با نگرش جنسیتی شکل می‌گیرد که آنان نسبت به خود و مردان نسبت به زنان دارند. نگرش زنان نسبت به خود از نگرش ظاهرگرایان مردان نسبت به آنها الهام گرفته است (مختاری و عنایت، ۱۳۸۸: ۲۳-۲۱). امروزه رسانه‌ها ایده‌آل‌های زیبایی ما را شکل می‌دهند و به ما می‌گویند ظاهر ما چگونه باشد (دقیقی، ۱۳۸۱: ۸۲) و مردان نیز از تاثیر رسانه‌ها مستثنی نیستند. در نتیجه تعریفی که مردان از زیبایی و بدن زنان دارند اعمال فشارهایی از طرف آنها بر زنان را باعث می‌شود و در نهایت تعریف زنان از بدن خویش را تغییر می‌دهند: «همسرم خیلی سریال‌های خارجی نگاه می‌کنه. از اون وقت همسرم بیشتر گیر میده به ظاهر من. منم خیلی حساس شدم» (سرمد، ۲۷ ساله، متأهل).

شرایط زمینه‌ای: به مجموعه خاصی از شرایط اطلاق می‌شود که در یک زمان و مکان خاص جمع می‌آیند و مجموعه اوضاع و احوال یا مسائلی را به وجود می‌آورند که اشخاص با عمل یا تعاملات خود به آنها پاسخ می‌دهند. در این تحقیق شرایط زمینه‌ای گرایش به مصرف مواد در محیط‌های زنانه در قالب ۴ مقوله و ۸ زیر مقوله بیان شده است.

(۱) بدن به عنوان سرمایه: دستیابی به سرمایه اجتماعی در بین همه افراد به خصوص زنان مهم است. اما در فقدان بستر مناسب و امن برای کسب و بهره‌برداری از سرمایه اجتماعی، استفاده از سرمایه جنسی برای زنان ایرانی یکی از راه‌هایی است که آنان برای کسب سرمایه فرهنگی، سرمایه اجتماعی و بهبود جایگاه طبقاتی‌شان از آن بهره می‌گیرند. در واقع زنان با استفاده از سرمایه جنسی سعی در نشان دادن سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی و سرمایه اجتماعی خود و تمایز بخشی به خود دارند (زرندی، ۱۳۹۶). سرمایه جنسی می‌تواند ابزاری در دست زن ایرانی باشد تا در طول زمان سرمایه اجتماعی خود را شکل دهد و یا میزان آن را بهبود بخشد. بنابراین زنان به طور اجتماعی برای درگیر شدن در سرمایه جنسی تشویق می‌شوند و از آنها انتظار می‌رود در سرمایه جنسی خود دستکاری کنند. همچنین میزان سرمایه جنسی و کیفیت بروز آن در حوزه عمومی، فرصت و شانس دستیابی به شیوه‌های متنوع و برقراری ارتباط با افراد مختلف را برای گروهی از زنان افزایش و از گروهی دیگر از زنان سلب می‌کند. آمارهای غیررسمی موجود حاکی از گرایش روزافزون زنان ایرانی به استفاده از سرمایه جنسی دارد تا جایی که سرمایه جنسی زنان در ایران تبدیل به معضل شده است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۶). اکثر زنان توجه به ظاهر را در اولویت‌های اولیه زندگی خود قرار می‌دهند و دغدغه بسیاری از آنان در طول روز در روابط اجتماعی به سرمایه جنسی آنها برمی‌گردد. سرمایه جنسی برای بسیاری از زنان نماینده بسیاری از چیزها نظیر پایگاه اجتماعی، درآمد، اعتماد اجتماعی، دریافت کمک از نامحرم، بازتولید مطلوبیت و سرمایه اجتماعی شده است. از همین رو علاقه و اشتیاق زنان برای دستیابی و بهبود این مهم در خود سبب شده تا بازار بزرگ و سودآوری در این حوزه شکل بگیرد که بعضاً پیامدها و مخاطرات جبران ناپذیری برای زنان به همراه داشته است. از جمله این که سوداگران مواد مخدر با انواع و اقسام تبلیغات فریبنده زنان را تشویق به استفاده از اقلامی می‌کنند که پایان آن در بهترین حالت تجربه

ناآگاهانه یکبار مصرف مواد و در بدترین حالت وابستگی به مواد است. امروزه برای بسیاری از زنان بدن مانند سرمایه عمل می‌کند. این نوع ادراک از بدن حاصل تفکری عقلانی است. کودک در فرایند جامعه‌پذیری درمی‌یابد که بدنش سرمایه محسوب می‌شود. زن‌ها از سرمایه بدنی برای رسیدن به مقاصدشان استفاده می‌کنند. زنان از بدن به عنوان سرمایه در زمینه‌های ازدواج و کسب موفقیت اقتصادی و اجتماعی استفاده می‌کنند. **(الف) بدن سرمایه‌ای برای ازدواج:** امروزه دختران جوان از بدن خود برای تایید دیگران استفاده می‌کنند و با پوشش و آرایش مناسب که در بسیاری موارد بر واقعیت نیز مبتنی است تایید اطرافیان مهم را کسب می‌کند که این تایید ممکن است به ازدواج، ازدواج بهتر و ... منجر می‌شود: «توی جامعه ما ازدواج خیلی مهمه، یه دختر اگه ازدواج نکنه نه سرپناهی داره و نه حمایتی. برای همین خیلی از دخترا برای این‌که شانس ازدواج بهتری داشته باشن باید به خودشون برسند» (فائزه، ۳۰ ساله، متاهل). **(ب) بدن سرمایه‌ای برای موفقیت اقتصادی و اجتماعی:** فشارهای اجتماعی اصلی‌ترین عامل گرایش زنان به اعتیاد است که ناشی از آسیب‌پذیری روحی و عاطفی زنان نسبت به مردان و جایگاه اجتماعی زنان در استقلال مالی و کسب شغل و درآمد در مقایسه با مردان است (قادری و همکاران، ۱۳۹۶). امروزه زنان بیش از هر زمان دیگری تلاش می‌کنند تا به موفقیت‌های اقتصادی و اجتماعی دست یابند. آن‌ها تلاش می‌کنند تا تحصیل کنند و شرایط شغلی و مالی مناسبی به دست آورند؛ بنابراین با خروج زنان از منزل برای کسب موقعیت اجتماعی بهتر، بر بدن، آراستگی و زیبایی آن‌ها تاکید بیشتری می‌شود. درواقع استفاده از بدن سبب بهره‌مندی از سرمایه اقتصادی و اجتماعی برای آن‌ها می‌شود. مساله دیگری که به آن توجه می‌شود بحث فردی و شخصی بودن این موفقیت‌ها است. در واقع با رشد فردگرایی در جامعه و ارزش یافتن موفقیت‌های فردی زنان نیز در تلاش هستند به این موفقیت‌ها دست یابند که در این راه از بدن خود نیز استفاده می‌کنند: «به نظر من یه دختر باید همیشه تر و تمیز باشه و لباسای مناسب بپوشه؛ همه‌جا تاثیر داره؛ برای کار، برای تحصیلات، من آرایشگرم و به نظرم جذابیت و زیبایی من خیلی میتونه در جذب مشتری موثر باشه» (امینه، ۲۷ ساله، مجرد). امروزه تاکید فرهنگی-اجتماعی بسیاری بر روی جذابیت و تناسب اندام وجود دارد و ادراک زنان از عوامل اجتماعی و فرهنگی مانند هنجارها، جامعه‌پذیری و رسانه تأثیر گرفته است؛ در نتیجه واکنش‌ها و رفتارهای دیگران در کنش‌های روزمره برای آن‌ها اهمیت دارد و سعی می‌کنند بدن خود را در ارتباط با کنش‌های اطرافیان تنظیم کنند. زنان زیبایی ظاهر را اولویت قرار می‌دهند که این امر توجه وسواس‌گونه نسبت به بدن را باعث می‌شود: «این روزها مردم خیلی ظاهر بین شده‌اند. در نتیجه زندگی کردن تو جامعه ظاهر بین طبیعیه که دختران به ظاهرشون بیشتر اهمیت بدهند» (شیوا، ۲۹ ساله، متاهل).

(۲) بدن به عنوان نقاب: به باور گافمن عاملان بدنی با توسل به روش‌های کددهی اجتماعی سعی دارند نظر دیگران را به خود جلب کنند. این عاملان بدنی معرف‌های «تجسد یافته» منش و منزلت هستند که کنشگران دیگر آن را تفسیر می‌کنند. حالت چهره و حرکات بدن، محتوای اساسی نشانه‌هایی است که

ارتباطات روزمره ما به آن‌ها وابسته است و برای شریک شدن با دیگران در تولید و بازتولید روابط اجتماعی و هویت اجتماعی باید نظارتی مداوم و موفق بر چهره و بدن خود اعمال کنیم (لوپز و اسکات، ۲۰۰۰). بنابراین بدن در نمایش خود توسط افراد نقش اساسی را ایفا می‌کند. انسان‌ها تلاش می‌کنند با کددهی به بدن خود نظر دیگران را جلب کنند و خود را در جایگاه‌ها و منزلت‌هایی نشان دهند که ممکن است حتی به آن تعلق نداشته باشند. زنان از بدن به عنوان نقاب استفاده می‌کنند؛ زیرا از انگ خوردن می‌ترسند و همچنین می‌خواهند معایب خود را پنهان یا هویت ضایع شده خود را بازسازی کنند.

الف) ترس از انگ: گاهی انگ خوردن در اثر ویژگی خاصی در بدن باعث می‌شود زنان نسبت به بدن تصور منفی پیدا کنند و برای کاهش آثار انگ، مدیریت انگ مدنظر یا از بین بردن آن، تغییراتی در بدن خود ایجاد می‌کنند؛ حتی در مواردی زنان برای جلوگیری از انگ‌های طبقاتی که ممکن است دریافت کنند و برایشان خوشایند نباشد، بدن‌شان را به شیوه طبقه ایده‌آل خود مدیریت می‌کنند: «خیلی از دخترهایی که از خانواده‌های پایین هستن، چون میخوان جلوی دیگران کم نیارن به خودشون می‌رسن» (پری، ۳۲ ساله، متاهل). یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان می‌گوید: «وقتی خودم رو توی آینه می‌دیدم زیاد از خودم خوشم نمی‌اومد. هیکل جنسی چندان مناسبی نداشتم. احساسم نسبت به بدنم وقتی که به عروسی یا مهمانی می‌رفتم بدتر می‌شد. مخصوصاً این که همش احساس می‌کردم در این مجالس ظاهرهم توسط دیگران پاییده و ارزیابی می‌شود. در این مواقع اگر ملکه زیبایی هم باشی باز هم فکر می‌کنی در نگاه دیگران زشتی...» (سارا، ۲۴ ساله، مجرد). **ب) پنهان کردن معایب:** در مواردی زنان تلاش می‌کنند تا با استفاده از ترفندهای مختلف مثل جراحی، ورزش، آرایش و پوشش، ویژگی‌هایی را بپوشانند که در بدن‌شان عیب محسوب می‌شود: «زیبایی به آدم قدرت میده، آرایش خیلی از معایب ظاهری و درونی رو می‌پوشونه. وقتی که از کرم استفاده می‌کنم لک‌های صورتم مشخص نیست. اعتماد به نفسم از بین نمیره» (مریم، ۳۰ ساله، متاهل). مشارکت‌کننده دیگری می‌گوید: «برای لاغر شدنم به یکی از باشگاه‌های ورزشی مراجعه کردم. چون اضافه وزن داشتم و باید به سرعت وزن کم می‌کردم و برای مراسم عروسی‌ام آماده می‌شدم. پس از سه ماه ورزش و تمرین تغییرات چندانی در کم کردن وزن خود ندیدم. کم کم داشتم از لاغر شدن مایوس می‌شدم که مربی باشگاه گفت شیشه بکش لاغر می‌شوی، اعتیاد هم ندارد. من هم بدون فکر، کشیدن شیشه را شروع و در مدت یک ماه خیلی لاغر شدم» (الهام، ۳۳ ساله، مطلقه). **ج) بازسازی هویت ضایع شده:** در بعضی موارد زنان با دریافت انگ منفی در گذشته و ضایع شدن هویت در عرصه‌ای خاص تلاش می‌کنند با تغییر درک خود از بدن از آن در راستای بازسازی هویت استفاده کنند و از این راه بر نگرش‌ها و رفتارهای اطرافیان درباره خود به شیوه دلخواه تاثیر بگذارند: «انگ مطلقه خوردن خیلی سخته. بعد از طلاق از همسرم تصمیم گرفتم که تغییراتی توی خودم، پوششم و آرایشم به وجود بیارم تا اطرافیانم فکر نکنند که می‌تونند هر طوری رفتار کنند» (مهسا، ۳۲ ساله، مطلقه). مشارکت‌کننده دیگری می‌گوید: «بعد از جدا شدن از همسرم از نظر روحی و عاطفی دچار بحران شدم. احساس غم و تنهایی داشتم. احساس می‌کردم رفتارهای دیگران با من تحت

تاثیر این مساله تغییر کرده و به خاطر گذشته تلخی که داشتیم به من با احساس ترحم رفتار می‌کنند. حتی وقتی خودم توی آینه می‌دیدم از خودم بدم می‌اومد و فکر می‌کردم آدم منفور و غیرجذاب و قابل ترحمی هستم. تا این که تصمیم به تغییر خودم گرفتم. از اون به بعد سعی کردم کیفیت زندگی‌م رو بهتر کنم. مثلاً سرکار رفتم، علایقم را دنبال کردم و ظاهرم را تغییر دادم و پوششم را عوض کردم. هفته‌ای دو سه روز برای خودم برنامه استخر گذاشته بودم. همون‌جا بود که نفهمدم چی شد کم‌کم بهش وابسته شدم. نمی‌دونم شاید چون بعدش خیلی احساس خوبی داشتم. بهتر حرف می‌زدم، بیشتر جلب توجه می‌کردم...» (ساناز، ۳۵ ساله، مطلقه). به نظر می‌رسد در این موارد تجربه تغییر ظاهر پیامد نوعی تمایل به ایجاد هویت جدید و فرار از هویت قبلی است که در نتیجه داغ‌خوردگی در فرد ایجاد شده بود. به این ترتیب که فرد داغ‌خورده در نتیجه احساس ترحم در نگاه دیگران با ایجاد تغییرات ظاهری در خود و پنهان کردن غم و شادی وانمودی می‌کوشد به ترمیم هویت جدید بپردازد که با ایجاد هویت بدنی جدید فرایند نقاب زنی خود را کامل می‌کند.

۳) بدن جایگاه هویت: بدن موجودیتی ساده نیست؛ روابط اجتماعی و هویت شخصی را تولید و بازتولید می‌کند و وسیله‌ای عملی برای کنار آمدن با اوضاع و احوال و رویدادهای بیرونی است. یکی از راه‌های کسب هویت در دنیای امروز، مصرف است. امروزه زنان تلاش می‌کنند با مصرف کالاهای مختلف هویت معینی را کسب کنند. زنان از بدن برای ارائه هویت دلخواه خود و کسب هویت پایگاهی دلخواه بهره می‌جویند. هویت‌مدار شدن بدن از یک‌سو و تبدیل شدن آن به عنوان معیاری برای جوانی، جذابیت، کنترل بر نفس، مهارت اجتماعی و موفقیت شغلی از سوی دیگر سبب شده که جوانان برای کسب محبوبیت و وجهه اجتماعی و گاه برای برخورداری از محیط شغلی مناسب از طرق گوناگون (آرایش کردن، رژیم‌های غذایی و ...) سعی در کسب آن کنند. به‌طوری که گاه این توجهات و تلاش‌ها وجهی افراطی به خود می‌گیرد که تبعات سوئی را برای آنان به همراه می‌آورد (اینانلو، ۱۳۹۵: ۲۰). **الف) نشان دادن هویت جنسیتی:** این که زنان چه تصویری از زن بودن دارند بر رفتار بدنی‌شان تاثیر دارد. برای برخی زنان بیان هویت جنسیتی در رفتارهای بدن از مهم‌ترین دلایل نوع خاص سازماندهی بدن‌شان است: «ما تمیزی رو برای زنان مهم می‌دونیم و اون رو ویژگی زن‌ها می‌دونیم. به نظر من زیبایی خانم‌ها همیشه مهم بوده. قبلاً خانم‌ها خانه‌دار بودن؛ خونه و بچه‌ها همیشه باید تمیز می‌بودن. الان وضعیت خانم‌ها فرق کرده. زن‌ها درس می‌خوند و وارد بازار کار و جامعه می‌شن؛ اما هنوز اون نگاه زیبایی و آراستگی نسبت به زن وجود داره ولی به شکل دیگه. قدیم زن بیشتر با تمیزی خونه و بچه مشخص می‌شد؛ الان با زیبایی و آراستگی خودش توی محیط جامعه. انگار بحث زیبایی زن از محیط خونه وارد محیط جامعه شده. الان اگه توی جامعه آراسته ظاهر نشی زنانگیت زیر سوال میره» (فریال، ۲۷ ساله، مجرد). **ب) ارائه هویت متفاوت:** زنان در کشمکش برای به‌دست آوردن قدرت در برابر مردان هستند و برای این که ثابت کنند که آن‌ها برنده‌های قدرتمندی همانند مردان و حتی در بعضی مواقع قدرتمندتر از آن‌ها هستند ممکن است از مواد استفاده کنند و بخواهند اراده و کنترل خود را در

حوزه‌ای که مردان بر آن کنترل دارند به اثبات برسانند. زری که تیپش را پسرانه درست کرده و لابه‌لای حرف‌هایش یادش می‌رود سیگارش را بتکاند می‌گوید: «برنامه‌های مد ایده‌های جالب و متفاوتی به آدم میدن. خیلی از این ایده‌ها رو نمی‌تونم بکار ببرم. اما باعث میشه متفاوت‌تر از زن‌های اطرافم رفتار کنم و این خاص بودن رو به‌خاطر حس استیلا و قدرتی که بهم میده دوست دارم» (زری، ۲۸ ساله، متاهل). اما این کسب قدرت در ذات خود یک تناقض را خلق می‌کند به این معنا که زنان در فرایند مبارزه برای کسب قدرت در مقابل مردان و افتادن در دام مواد دچار نوعی تضاد خواهند شد. از یک‌سو حاضر به پذیرش شکست در مقابل مواد و احساس ضعف نشان دادن نیستند و از سوی دیگر برای رهایی از این درد چاره‌ای جز پذیرش این شکست ندارند و این منجر به ادامه برچسب بی‌قدرتی زنان خواهد شد (براون، ۲۰۰۲: ۲۷). **(ج) نشان دادن هویت طبقاتی:** هویت طبقاتی افراد در بدن آن‌ها رمزگذاری می‌شود. زنان برای نشان دادن طبقه اقتصادی و اجتماعی خود از بدن‌شان استفاده می‌کنند که این امر تصور آن‌ها از بدن‌شان را شکل می‌دهد: «من فکر می‌کنم که زن‌ها و در کل آدم‌ها با توجه به وضعیت اقتصادی که دارند به بدن خودشان توجه می‌کنند. کسی که شرایط مالی مناسبی نداره نمی‌تونه مثل یه آدم پولدار لباس بپوشه؛ حتی اگه به عمل جراحی نیاز داشته باشه هم شاید نتونه عمل کنه. این جور آدم‌ها به این‌که مثلاً برای زیبایی بخوان جراحی کنن شاید اصلاً فکر نکنن. پس به‌ناچار رو به روش‌هایی میارن که آخرش بدون این‌که بخوان وابستگی به مواد» (ماهور، ۲۴ ساله، متاهل).

(۴) بدن جایگاه کسب لذت و آرامش: امروزه برای بسیاری از زنان، بدن باعث کسب لذت است. بنابراین آراستگی، پوشش مناسب و احساس زیبایی خود و دیگران احساس لذت در آنها را باعث می‌شود. بسیاری از زنان با آراستن خود به شیوه دلخواه‌شان، لذت، شادی و آرامش در خود را سبب می‌شوند. در این مقوله نیز مساله جنسیت پدیدار می‌شود. زنان تلاش می‌کنند خود را بیارایند و از این راه تأیید دیگران را بگیرند و لذت دلخواه‌شان را کسب کنند یا با لذت بردن از زیبایی دیگران لذت کافی را به دست آورند و بر دیگران تاثیر بگذارند. نگاه زیبایی‌شناسانه به بدن، لذت از پوشش دیگران، بدن زیبا و تمیز و جایگاه روان سالم مواردی هستند که زنان سعی می‌کنند از آن‌ها برای کسب لذت و آرامش از بدن استفاده کنند: «از یک مجسمه خوش‌تراش و زیبا چقدر لذت می‌بریم؟ بدن هم همین جوره. هر چی خوش‌تراش‌تر باشه زیباتره» (ماندانا، ۲۴ ساله، مجرد).

شرایط مداخله‌گر: در نتیجه قرارگرفتن در شرایط علی و زمینه‌ای، پدیده مرکزی یعنی در معرض مصرف مواد قرار گرفتن حادث می‌شود. در این میان شرایطی سبب سهولت یا محدودیت در تسریع این فرایند می‌شوند که شرایط مداخله‌گر نامیده می‌شوند. شرایط مداخله‌گر روند پدیده مرکزی را تشدید یا کند می‌کند. تغییر الگوی زندگی و اوقات فراغت، دختران و زنان جوان را از خانه و خانواده خود دور می‌کند. بدیهی است که این فاصله موجب کاهش کنترل‌های اجتماعی غیررسمی و نظارت‌های اجتماعی سنتی می‌شود که عامل محافظت کارآمدند (ازگود و همکاران، ۱۹۹۶). از سوی دیگر این تغییرات دختران و زنان

جوان را به تعامل با گروه‌های دوستی و جمع‌های زنانه‌ای که مصرف مواد عمدتاً (سیگار، قلیان، الکل و گل) را به منزله امری بهنجار و نوعی تفریح تلقی می‌کنند سوق می‌دهد.

۱) جمع‌های زنانه: بر اساس برخی پژوهش‌ها اماکن زنانه‌ای همچون آرایشگاه‌ها، سالن‌های ورزشی، مجامع هنری و مراکز تفریحی که زنان دختران جوان به آن رفت و آمد می‌کنند به مهم‌ترین مراکز تبلیغ و توزیع برخی مواد مخدر تبدیل شده‌اند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰). ما این مقوله را تحت عنوان جمع‌های زنانه نامگذاری کرده‌ایم که خود از سه زیر مقوله به شرح زیر تشکیل شده است:

الف) دوره‌می‌ها و پارتی‌ها: شواهد موجود نشان می‌دهد که زنان به‌خصوص دختران جوان‌تر در میهمانی‌های مختلف خانگی که گروه همالان و حلقه‌های دوستی آن را برپا داشته‌اند و هر دو جنس در آن حضور دارند مشارکت می‌کنند. از همین‌رو خرده‌فرهنگ مصرف مواد مخدر که در چنین محیط‌هایی شکل می‌گیرد افراد را ترغیب می‌کند برای کسب تجربیات متفاوت از بودن با دیگران و یا به‌دست آوردن شور و هیجان و لذت بیشتر اقدام به مصرف مواد کنند: «اگر دنبال محل اصلی و واقعی معتاد شدن افراد مخصوصاً خانم‌ها و دخترها هستید حدود ۸۰٪ برمیگرده به مهمونی‌ها و پارتی‌ها. توی پارتی‌ها مواد مخدر و انرژی‌زای مختلفی هست و چون اکثراً با پسرا می‌روند به این مراسم برای اینکه حرف پسرا را زمین نزنند و به عنوان فرد باحال شناخته بشوند مصرف می‌کنند من هرچی دیدم که دختری معتاد یا سیگاری بشند اینجوری بوده». (پگاه، ۲۵، ساله، مجرد). مشارکت‌کننده دیگری می‌گوید: «دلیل این که نقش محیط‌هایی زنانه‌ای مثل آرایشگاه‌ها رو در رشد نرخ اعتیاد زنان پررنگ معرفی می‌کنن، دلیل اصلیش این محیط نیست، چون اکثر این خانم‌هایی که در این محیط‌ها مشغولند به دلیل سرگرمی‌شان به کار از خانواده و شوهر خود فاصله گرفتند یا مطلقه هستند و از روی ناچاری تنهایی خودشون رو این‌جوری - با مصرف مواد - پر می‌کنند». (فریبا، ۲۲، ساله، مجرد). **ب) آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی:** پژوهش‌های کیفی و تک نگاری‌هایی که انجام شده نشان می‌دهد اگر در سال‌های گذشته توزیع مواد مخدر در مراسم‌های خصوصی، پارک‌ها و میهمانی‌ها انجام می‌شده است در چند سال اخیر روش‌های مدرن و شکل‌تری پیدا کرده است: «اگر کسی شیشه و تریاک و کوکائین و اینا رو هم بکشه و به فرض اینکه توی محیط آرایشگاه‌ها هم مصرف کنه جلوی دیگران این کار را نمیکنه. بیشتر توی پارتی‌ها و مهمونی‌های شبانه این خبرا هست. توی آرایشگاه‌ها بیشتر حرفش میزنن تا عمل کنند. مثل حرف طلاق و جدایی از همسر اشون. عملی شدنش مال بیرون از آرایشگاه است». (شقایق، ۳۶، ساله، متأهل). تاثیر محیط‌های زنانه بر کسب تجربه‌های جدید و ورود به حوزه‌های ناشناخته‌ای که جامعه در مسیر دسترسی به آن برای فرد مانع ایجاد می‌کند و یا موقعیت آن تا به حال برای فرد پدید نیامده است سبب می‌شود بسیاری از زنان در مواجهه با چنین موقعیت‌هایی خیلی زود تحت تاثیر قرار بگیرند: «داخل محیط باشگاه و آرایشگاه که خانما به هم اعتماد دارند و همدیگر با لباس‌های خونی می‌بینن و تحت تاثیر حرف‌های هم هستند... خانم‌های دهن‌بین که براشون مهمه که در نظر دیگران تایید شوند. به همین خاطر اگه کسی به اونا پیشنهادی کنه اونا بدون فکر کردن به عواقب این کار این پیشنهاد قبول می‌کنن و انجامش می‌دن. داخل اینجور

جمع‌های زنونه قدرت نه گفتن خانم‌ها به همدیگه پایین می‌آد. چون می‌خوان از بقیه عقب نیفتن یا این‌که بهشون طعنه زنن» (زهره، ۳۶ ساله، مجرد). مشارکت‌کننده دیگری می‌گوید: «کسایی رو می‌شناسم و دیدم که شروع اعتیادشون از آرایشگاه بوده، یعنی تا قبل از این‌که بیاد این‌جا اصلاً لب به سیگار هم نمی‌زده... ولی بعدش مجبور شده که سالنش عوض کنه... این‌جا جوش طوری که مثلاً طرف میشینه از مشکلاتش برای دوستش می‌گه دوستش مواد بهش میده مصرف کنه که سر حال بشه. همیشه هم فکر میکنن با یکبار مصرف معتاد نمیشن» (هانیه، ۳۰ ساله، مجرد). تغییر نوع الگوی مصرف مواد و دگرگون شدن شرایط اجتماعی در طی سالیان اخیر سبب شده مصرف موادمخدر صنعتی نوعی کلاس اجتماعی تلقی شود و زنان اعتیادشان را بیشتر نشان دهند: «در سالن آرایشگاه بیشتر به خاطر جوی که اونجا حاکمه. به خاطر پیشنهادی برای لاغری و زیبایی اندام. خانم‌ها فکر می‌کنن کسی که از سیگار یا مواد مخدر استفاده می‌کنه فوق‌العاده باکلاس و افکارش عوض می‌شه» (سمانه، ۲۸ ساله، مطلقه). اتفاقی که در خیلی از آرایشگاه‌ها و باشگاه‌ها مخصوصاً استخرها می‌افتد این است که بعضی از خانم‌ها به دلیل داشتن روابط عمومی بالا سریع با افراد دیگر آشنا می‌شوند و راجع به هر چیزی صحبت می‌کنند. این‌جور جمع‌ها بهترین‌جا برای جازدن مواد به افراد است: «یکی از بزرگ‌ترین دغدغه‌هام توی زندگیم کنترل و کم کردن اضافه وزنم بود. یک‌بار داخل آرایشگاه یکی از خانوم‌هایی که همیشه اون‌جا رفت‌وآمد داشت یک قرص بهم معرفی کرد. خیلی وسوسه‌انگیز بود. من می‌دونستم اون ماده‌ای که به عنوان یک قرص لاغری پیشنهاد میدن قرص محرک و اعتیادآور ولی خیلی‌ها رو دیدم که با علم به این‌که این مواد همان شیشه هستند و می‌دانند ضرر و زیان و اعتیاد روانی‌اش چیست اما به خاطر تبلیغات فروشنده قانع شده و آن را خریده‌اند» (سیمین، ۲۷ ساله، مجرد). کشیدن سیگار و قلیان و مصرف قرص‌های روان‌گردان به نوعی پز اجتماعی در میان برخی از زنان تبدیل شده است: «بیشتر به خاطر چشم و هم‌چشمی و احساس این‌که این کار به کلاسشون اضافه می‌کنه و برای آن‌ها پرستیژ بالایی داره و باعث میشه تا از بقیه جلوتر بیفتن یا این‌که دیده بشن» (محبوبه، ۳۶ ساله، مجرد). پیدایش و رشد سالن‌های جدید در طی سال‌های اخیر که بعضاً درآمدشان از خیلی از سالن‌های اسم و رسم‌دار بیشتر است سبب شده به‌خاطر محیط آزادتر و محدودیت کمتری که در این سالن‌های وجود دارد برخی از دختران و زنان جوان رفتن به این سالن‌ها را بیش‌تر ترجیح دهند. مژده که خودش برای مدتی به عنوان اپیلایون کار در یکی از این سالن‌ها کار می‌کرده می‌گوید: «یک سری آرایشگاه‌های زنانه توی سطح شهر وجود داره که تابلو و مجوز ندارند و طرف خونس رو تبدیل به آرایشگاه کرده و برای این‌که بخوای بری داخل این آرایشگاه‌ها یا باید شما رو بشناسند و یا باید بگی مثلاً من از طرف فلانی هستم تا بتونی بری اون‌جا. منظورم اینه که برای این‌که لو نرن باید حتماً آشنا باشی یا از طرف یک آشنا معرفی شده باشی. داخل این آرایشگاه‌ها انواع و اقسام کارا انجام می‌شه. مثل تتوی بدن، تزریق ژل، عرضه انواع و اقسام قرص‌های لاغری، جنسی، ژل‌های موضعی، خدمات ماساژ... بساط سیگار و قلیون هم تو اکثرشون به راسه. خیلی‌ها هم به خاطر همین فضایی که این‌جا هست و بقیه جاها نیست بیشتر دوست دارن بیان همین‌جور جاها. چون

تابلو و مجوزی نیست. محدودیتی هم از این بابت وجود ندارد». (مژده، ۳۴، ساله، متاهل). **ج) باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی:** جذابیت جسمانی از جمله موضوعاتی است که در دوران مدرن استانداردهای جدیدی پیدا کرده و از عوامل شکل دهنده روابط فرد محسوب می‌شود به طوری که مدیریت بدن در این دوران اهمیت بیشتری پیدا کرده و رفتارهای گوناگون بهداشتی نظیر بدن‌سازی، رژیم‌های غذایی، تجهیزات ورزشی و آرایشی مختلف برای مراقبت از بدن پدیدار شده است (فاضلی، ۱۳۸۲: ۱۵۰). در سال‌های اخیر توزیع مواد مخدر به‌ویژه انواع صناعی آن (مثل ترامادول) در مراکز درمانی، داروخانه‌ها، کلینیک‌ها، در مراکز یوگا و برخی مراکز پرورش اندام و بدن‌سازی گزارش شده است (ریبیعی و قنبری، ۱۳۹۳). فاطمه که خودش مربی باشگاه است می‌گوید: «خیلی از خانم‌ها به خصوص خانم‌های جوان‌تر برای این که زودتر به ایده‌آل بدنی خودشان برسند و سوخت و ساز بدنشان بره بالا قبل از سالن کواکب مصرف می‌کنند، اینجوری های‌ترن، بالاترن، انرژی‌شون بیشتر» (فاطمه، ۳۶، ساله، مجرد). گاهی افراد تمایل به استفاده از داروهای رژیمی برای کمک به کاهش وزن دارند که غالباً بیشتر این داروها محدود کننده اشتها و محتوی کواکب و آمفتامین به‌ویژه مت‌آمفتامین هستند و اعتیاد به مت‌آمفتامین موجب تسریع کاهش وزن شده و به تخریب جسمانی منجر می‌شود. یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان می‌گوید: «داخل باشگاه‌ها به خاطر انگیزه اکثر خانم‌هایی که مراجعه می‌کنند و همه می‌خوان لاغر بشن این قضیه بیشتر. خیلی‌ها قبل از باشگاه مصرف می‌کنند تا هم انرژی بیشتری داشته باشند و هم باعث بشه که کالری بیشتری بسوزوند. داخل استخرها هم به خاطر خوشی و احساس رضایتی که از مواد به دست می‌آید قبل از اومدن داخل استخر مصرف می‌کنند تا هم بعدش سریع‌تر شنا کنند و هم بیشتر لذت ببرند.» (ماهی، ۳۰، ساله، مجرد).

۲) بازار پررونق: قاچاقچی‌ها برای افزایش بازار مصرف خود در اماکن تجمع زنان تبلیغات می‌کنند زیرا زنان به زیبایی ظاهری خود بسیار حساس هستند. بر این اساس باشگاه‌های ورزشی و آرایشگاه‌های زنانه پاتوق ساقیان سودجویی شده است که به هر قیمتی زنان را با عناوین جذاب و مورد دلخواه بانوان همچون لاغری، داشتن پوست خوب و ایجاد تمرکز وارد گرداب اعتیاد می‌کنند: «خیلی از ساقی‌ها به اسم بازارباب کار می‌کنند. مثلاً به جای معرفی واقعی لوازم آرایشی به افراد برای این که فاصله بین تولیدکننده و ساقی و مصرف‌کننده رو کمتر کنند مواد رو به جای محصول آرایشی جا می‌زنند... (نازی، ۳۹، ساله، مطلقه).

۳) موانع و محدودیت‌ها: فشارهای مضاعف ناشی از نقش‌های چندگانه زنان، رقابت برای دستیابی به موقعیت‌های پیشرفت، سرخوردگی‌های ناشی از موقعیت‌های غیرعادلانه و نابرابر و ... از جمله عوامل پرخطر گرایش به مواد مخدر در زنان معرفی شده است: «دائم حوصله‌ام سر میره، خیلی عکاسی را دوست دارم اما برای دوره دیدن پول ندارم، در عوض با چند نفر از دوستانم دور هم جمع می‌شیم و با کمترین هزینه گل می‌کشیم» (الهام، ۲۴، ساله، مجرد). جوانان درگیر اعتیاد هیچ دلیل برای مصرف عنوان نمی‌کنند و یک نوع لذت‌جویی و شادی کاذب را مطرح می‌کنند که می‌توان با فعالیت‌های جایگزین و گسترش آن

در جامعه شادی را از راه‌های معقول و مثبت به جوانان هدیه کرد. در این رده سنی-نوجوانی و جوانی- دلیل مصرف عمدتاً با انگیزه سرگرمی است، از آن‌جا که تفریحاتی چون یادگیری علم و هنر بسیار هزینه‌بر و برای برخی خانواده‌ها غیرممکن و همچنین برای زنان در جامعه ما نسبت به مردان با محدودیت‌های بیشتری همراه است در نتیجه زنان تفریحات دیگری را انتخاب می‌کنند که مصرف مواد و متعاقب آن اعتیاد یکی از پیامدهای محتمل آن است. برخی از نشانه‌های رفتاری در دوران کودکی به عنوان زنگ خطر اجتماعی هستند که باید برنامه‌ریزی صورت گیرد تا تبدیل به خطر و بحران اجتماعی نشود. مواردی از جمله کودک‌آزاری؛ همسرآزاری؛ رقابت‌های کاذب در سطح کنکور و دانشگاه‌ها، افزایش سن ازدواج و پیامدهای فضای مجازی، نداشتن فضای شاد و بیکاری به عنوان مشکلات اجتماعی در سطح جامعه وجود دارد که پیامدها و نشانه‌هایش را در کوتاه مدت یا سال‌های بعد به صورت اعتیاد و کج خلقی‌های اجتماعی نشان می‌دهد: «من اصلاً اهل این چیزا نبودم. دوستانم سیگار می‌کشیدن. اما من لب نمی‌زدم... تا یک سال قبل از کنکورم یکی از بچه‌های باشگاه قرص‌های تقویت حافظه می‌خورد. منم خواستم ترای کنم. الان سال سوم دانشگاهم. هنوز هم مصرف می‌کنم. البته خانواده‌ام هیچی نمی‌دونن» (سارا، ۲۴ ساله، مجرد).

راهبردها: این گروه از زنان عموماً به دنبال راهبردهایی برای کنترل، اداره و مواجهه با وضعیت‌شان هستند. این راهبردها شامل کنش‌ها و واکنش‌های متقابلی می‌شوند که از طریق آن توانایی تامین مواد مصرفی مورد نیازشان و حداکثر لذت از مصرف آن را به دست می‌آورند. بسیاری از زنان و دختران جوانی که مصرف این مواد را آغاز می‌کنند بر این باورند که مصرف تفننی مواد جدیدی مانند شیشه و یا قرص‌های شادی منجر به اعتیاد نمی‌شود و گمان می‌کنند می‌توانند سال‌ها مواد را مصرف کنند و خوب و سر حال باقی بمانند. تغییر شکل مواد اعتیادآور و تبلیغات فریبنده درباره اثرات این داروها در درمان چاقی و ایجاد لاغری سریع، انرژی‌زایی، افزایش قدرت ذهن و تمرکز، نشاط و شادابی و حتی افزایش قوای جنسی از جمله ترفندهای تولیدکنندگان و قاچاقچیان مواد است که مواد خود را بی‌خطر، گیاهی و مفید جلوه می‌دهند. این استراتژی‌ها در قالب دو مقوله اولویت دست‌کم گرفتن مواد و استفاده ابزاری از مواد ارائه شده‌اند.

۱) دست‌کم گرفتن مواد: سادگی شیوه مصرف ماده مخدر و عدم نیاز به پایپ یا وافور باعث شده تا دختران و زنان با ساده‌اندیشی اثرات مخرب مخدرهای جدید را نادیده بگیرند و گمان کنند آن‌چنان که استعمال این مواد با سهولت میسر می‌شود ترک و پاک‌ی از این مخدرها نیز به سادگی امکان پذیر باشد. بسیاری نیز تحت تاثیر اعتیادآور نبودن این مواد و با این تصور که مصرف تفریحی و تجربه یک‌بار مصرف سبب کسب لذت، تفریح و خوشگذرانی می‌گردد و به اعتیاد آنان منجر نخواهد شد مصرف مواد را تجربه می‌کنند. این درحالی است که تحقیقات نشان داده که مصرف مواد مخدر صنعتی و شیمیایی به مراتب آثار سو بیشتر نسبت به مصرف مواد مخدر طبیعی دارد و گاه خسارت‌های روانی جبران‌ناپذیری بر فرد وارد می‌کند. **الف) مصرف خودسرانه:** آمارها نشان می‌دهد حدود ۱۴ درصد مردم بدون تجویز

پزشک داروهای اعتیادآور مصرف می‌کنند.^۱ داروهایی مثل قرص‌های خواب‌آور، استامینوفن کدئین و سایر داروهای مخدر و مسکن که به راحتی توسط مردم مصرف می‌شوند و برخی هم بدون این که خودشان بدانند خواب و بیداری‌شان وابسته به این داروهاست: «من شاید بیش از افراد دیگر عوارض مصرف این دارو را می‌دانستم. به خودم قول دادم بعد از چند عدد دیگه مصرف نکنم و بیشتر به خودم متکی باشم. اما مصرف این قرص مرا درگیر کرد و هر روز این قرص را (ریتالین) می‌خوردم. وقتی به خودم اومدم که دیگه نه خاصیت اولش را داشت و نه آن تمرکز کافی را داشتم. زود خسته می‌شدم. دچار افسردگی شدم و در دام اعتیاد دارویی اسیر شدم که دیگه گریزی از آن نیست» (یاسمن، ۳۰ ساله، مجرد). پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد برای رسیدن به احساس لذت اولیه ناشی از مصرف مواد صنعتی باید به مقدار مصرف خود اضافه کنند که این امر خود سبب وابستگی و اعتیاد آنان خواهد شد (ربیعی و قنبری، ۱۳۹۳). مصرف‌کنندگان تصور می‌کنند این قرص‌ها بی‌خطرند و بدنامی مصرف مواد مخدر را ندارند. در حالی که عوارض مصرف خودسرانه این قرص‌ها می‌تواند مانند آفتامین‌ها باشد. **ب) سهولت مصرف مواد:** زنان تمایل بیشتری به مصرف این مواد دارند. کشیدن تریاک و مواد مخدر طبیعی و سنتی یک نوع بی‌کلاسی در خرده‌فرهنگ‌های مصرف‌کننده تلقی می‌شود. اما وقتی کسی گل مصرف می‌کند به باور برخی از افراد به اصطلاح کلاس بیشتری دارد. مصرف تدخینی و آسان گل و حشیش در میهمانی‌ها و پارک‌ها موجب شده مصرف این دو ماده بین جوانان به ویژه زنان زیاد شود: «برای مصرف تریاک یا باید سیخ و سنگ داشته باشی یا این که تریاک رو بخوری. در حالی که وسط پارک نمی‌شه منقل گذاشت و کشید. خوردنش بی‌کلاسیه و فکر کنم بدمزه باشه» (زهرا، ۲۶ ساله؛ مجرد).

۲) استفاده ابزاری: تبلیغات وسیع در رسانه‌ها، ماهواره‌ها، فضای مجازی و برخی داروخانه‌ها، مراکز درمانی و باشگاه‌های و سالن‌های زیبایی و ماساژ افراد را به این باور رسانده که مصرف مواد صنعتی موجب احساس شغف و شادمانی و انرژی مضاعف و افزایش قوای جنسی خواهد شد. بخش مهمی از زنان از مواد به‌عنوان نوعی درمان استفاده می‌کنند. برخی مشارکت‌کنندگان (اغلب ساقی‌ها و آرایشگران) بر استفاده ابزاری از مواد توسط زنان تاکید می‌کنند و بر نقش مصرف مواد در حوزه روابط جنسی و یا برای تسکین را بیش از هر نوع استفاده ابزاری برجسته تلقی می‌کنند «خیلی‌ها ممکنه بگن مصرف مواد توسط زنان به‌خاطر لاغری و زیبایی و مسائل پزشکی ولی به نظر من اینا اغلب بهانه است. ممکنه بهانه برای لاغری بوده ولی اغلب مشکلات جنسی هم بوده و می‌دونستند دارند چکار می‌کنند» (رویا، ۴۰ ساله، متأهل).

^۱. باشگاه خبرنگاران جوان، ۹۶/۱۰/۲۵؛ کد خبر: ۶۳۹۹۶۳۳

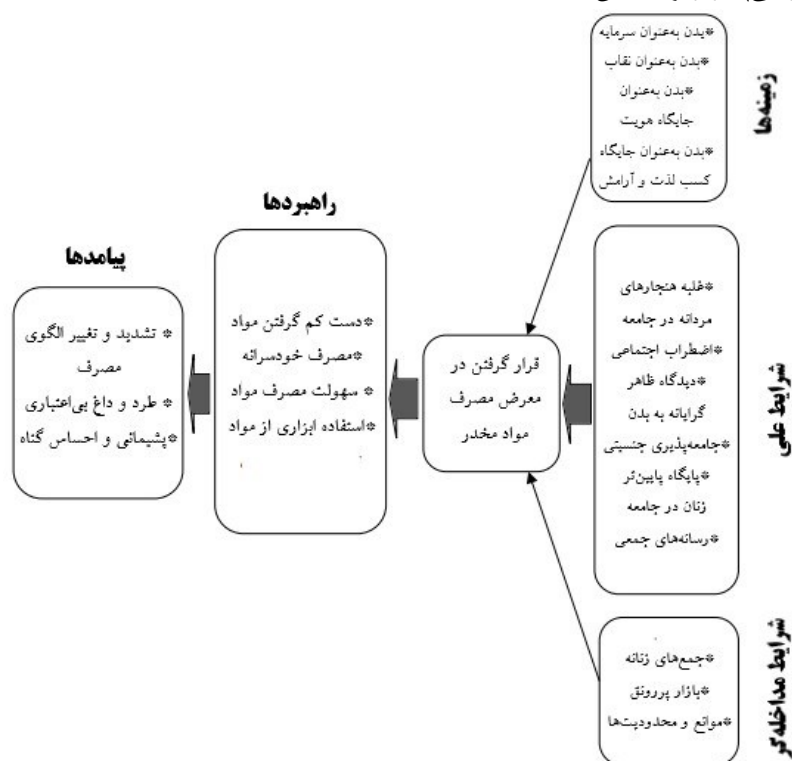
پیامدهای مصرف: مواجهه زنان با مصرف مواد متاثر از دو عامل تفاوت‌های بیولوژیکی (مربوط به جنس) و تفاوت‌های فرهنگی (مربوط به جنسیت) است. به این معنا که برخی ویژگی‌های جسمی و بیولوژیکی در زنان وجود دارد که عامل گرایش به مواد و مصرف آن است. نوع تاثیرپذیری زنان از این ویژگی‌ها، نوع درمان و ترک این مواد را دارای شرایط خاصی می‌کند که متفاوت از مردان است (نایدا، ۲۰۱۵). با توجه به تعریفی که زنان از بدن خود داشته‌اند و راهبردی که اتخاذ کرده‌اند پیامدهای زیر برای وضعیتی برشمرده می‌شود که در آن زنان به واسطه محیط‌های زنانه به بدن خود توجه می‌کنند، دست به جراحی زیبایی می‌زنند، از وسایل آرایشی مختلف استفاده می‌کنند و نهایتاً در این مسیر به دام اعتیاد می‌افتند. یک زن مصرف‌کننده مواد که در مراحل ابتدایی مصرف خوش‌تیپ به نظر می‌رسد، میزان ریزش مو و سفیدی مو در وی به شدت کاهش می‌یابد و رنگ پوستش بسیار سفید و شفاف می‌شود. از نظر اجتماعی نیز خوش برخورد است و در تمام حوزه‌ها مثل خانه‌داری، فرزندداری و شوهرداری بسیار موفق عمل می‌کند. دختران و زنان جوان با مشاهده و شنیدن این توصیفات بدون این که از مضرات آن مطلع باشند به دام اعتیاد کشیده می‌شوند و البته که این وضعیت به زودی تغییر می‌کند. **(الف) تشدید و تغییر الگوی مصرف:** همچنین عوامل فرهنگی علاوه بر شکل دادن به الگوهای مصرف و سومصرف می‌توانند در شروع مصرف مواد یا تشدید مصرف مواد در زنان مؤثر باشند (بیاتی، ۱۳۸۹). تبدیل شدن از یک مصرف‌کننده تفریحی و گاه‌گاهی به یک مصرف‌کننده دائمی و همیشگی بدون این که فرد از ابتدا چنین پیش‌بینی از مصرف خود داشته باشد و در این روند تشدید و تغییر الگوی مصرف اغلب اجتناب‌ناپذیر است: «بعد یمدت کوتاهی که تفریحی می‌کشیدم، الان دیگه برنامه روزانه‌ام شده. الان خیلی وقته که علاوه بر مشروب و سیگار، گل هم توی برنامه حتماً دارم» (ساناز، ۲۹ ساله، مجرد). ادامه مصرف مواد سبک و اضافه کردن مواد الکلی و محرک به الگوی مصرف قبلی به رغم آگاهی از خطرهای مسلم آن برای سلامتی، شاید نشانه نوعی بی‌باکی باشد که فقط از نظر روانی فرد را اقناع می‌کند (گیدنز، ۱۹۹۲). زنان قبل از معتاد شدن در مقایسه با مردان اندازه کمتری مواد مصرف می‌کنند و ممکن است ولع بیشتری نسبت به مصرف و تجربه مواد مخدر داشته باشند (هیچفیلد^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ فوکس^۲ و همکاران، ۲۰۱۴؛ کندی^۳ و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از نایدا، ۲۰۱۵). زنان همچنین ممکن است تحت تأثیر وظایف و نقش‌های خود در خانواده الگوی مصرف خود را تغییر دهند: «فشار کارای خونه، غرغر شوهر، توقعات بچه‌ها، می‌دونی همه اینا باعث شده که قرص دیگه به حال من کارساز نباشه، جای من نیستی که بفهمی چی می‌گم، من هیچیم مال خودم نیست». **(ب) طرد و**

¹ Hichfeld

² Fox

³ Kandy

بی‌اعتباری: بعضاً عده‌ای از زنان و دختران از روی غفلت و ناآگاهی در دام اعتیاد گرفتار شده‌اند و زمانی آثار و تبعات این معضل برای آن‌ها هویدا و محسوس شده است که در مسیر بازگشت با پیچیدگی و دشواری‌های زیادی روبرو شده‌اند: «ما برای ترک اعتیاد تلاش‌های زیادی را متحمل شده‌ایم، اما در آخر به یک نسخه کلی می‌رسیم که آن هم بستری شدن در کمپ است. چرا که مراجعه زنان معتاد برای درمان به کمپ‌های اعتیاد همان و انگ اعتیاد خوردن تا آخر عمر همان. این مساله برای یک زن به عنوان سقوط است. اما اگه یک مرد در همین شرایط باشد شرایط به کلی تغییر می‌کند و اعتیاد او به عنوان یک بیماری مطرح می‌شود. به همین دلیل عطای ترک مصرف مواد را به لقای آن بخشیده و هر روز بیش از گذشته در گرداب آن فرو می‌رویم» (امینه، ۴۲ ساله، متاهل). **ج) پشیمانی و احساس گناه:** در برخی موارد فرد به دنبال کسب آگاهی جدید بازاندیشی کرده و مصرف خود را کاهش یا قطع می‌کند. این در حالی است که مصرف مواد خود قبلاً در نتیجه بازاندیشی در سبک کلی زندگی و بازنگری در نظام معنایی فرد رخ داده است: «یکی دو سال گل می‌کشیدم. الان دیگه واقعا مسخرس. ماها پیش خودمون فکر می‌کنیم کلاسه و نشونه جوونی و با حال بودن و باکالاسیه. ولی هنوز تو نگاه بیشتر مردم امثال ماها معتاد، غربتی و لابلالی هستیم. دوس نداشتیم کسی در مورد شخصیت و خانواده‌ام این‌جوری قضاوت کنه». مدل زمینه‌ای قرار گرفتن زنان در معرض مصرف مواد به واسطه حضور در اماکن زنانه (سالن‌های آرایشی و ورزشی) در زیر نمایش داده شده است.



شکل ۱. مدل زمینه‌ای قرار گرفتن زنان در معرض مصرف مواد به واسطه سالن‌های آرایشی و ورزشی

فصل پنجم

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

مقدمه

در این فصل خلاصه‌ای از فصل‌های مختلف تحقیق مرور شده است. ابتدا با مروری بر فصل‌های یک تا سه پژوهش شرح مختصری از بیان مسأله، اهمیت و ضرورت پژوهش، اهداف و سؤالات تحقیق ارائه شده و سپس مروری اجمالی بر مبانی نظری پژوهش شده است. پس از آن نتایج تحقیق بر مبنای فرضیات و سؤالات تحقیق ارائه و مورد بررسی قرار گرفته است.

۵-۱: خلاصه تحقیق

امروزه بحث اعتیاد زنان الگوهای جدیدی را به خود اختصاص داده است. در سال‌های اخیر الگو و تبلیغات جدید درباره مواد مخدر باعث شده میزان اعتیاد در زنان افزایش یابد. برخی محققان گرایش بانوان به سمت قرص‌های لاغری و استفاده از مواد مخدر صنعتی با تصور کاهش وزن و تناسب اندام را یکی از دلایل افزایش آمار اعتیاد در بین بانوان می‌دانند. برخی توزیع و تبلیغ مواد مخدر صنعتی در باشگاه‌های ورزشی و آرایشگاه‌ها را از دیگر عوامل این افزایش دانسته‌اند. شواهد نشان می‌دهد آمار اعتیاد زنان ایرانی نسبت به سال‌های گذشته عموماً در موارد پرخطری چون موارد روان‌گردان و محرک مانند شیشه بالا رفته است. برخی دیگر از محققان عامل اصلی اعتیاد زنان را عواطف منفی ناشی از اضطراب و استرس و مشکلات بین فردی معرفی می‌کنند. مطالعه حاضر تلاش کرده تا به بررسی و مطالعه ادعای فوق مبنی بر نقش محیط‌های زنانه‌ای نظیر سالن‌های زیبایی و ورزشی در شیوع و گسترش اعتیاد در بین زنان بپردازد. این تحقیق از نوع پژوهش‌های کاربردی، پیمایشی و کیفی بوده است. یافته‌های تحقیق به وسیله پرسشنامه و مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته جمع‌آوری شده است. در زیر نتایج یافته‌های تحقیق به تفکیک هر کدام از متغیرهای تحقیق مرور شده است.

سن: اکثریت پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه در این تحقیق با درصد فراوانی ۴۲,۲ درصد بین ۲۹-۱۹ سال سن داشته‌اند. بعد از آن زنان با بازه سنی ۳۹-۳۰ سال با درصد فراوانی ۱۹,۹ درصد بوده‌اند. سپس زنان با بازه سنی ۱۸-۱۵ سال و ۴۹-۴۰ سال به ترتیب با درصد فراوانی (۱۵,۶) و (۱۱,۴) درصد قرار داشته‌اند. همچنین زنان با بازه سنی بیش از ۵۰ سال و کمتر از ۱۵ سال به ترتیب با درصد فراوانی (۶,۱) و (۳,۴) درصد کمترین درصد فراوانی را در بین پاسخگویان داشته‌اند.

میزان تحصیلات: بیشترین پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه در تحقیق با درصد فراوانی ۴۵,۹ درصد مدرک کارشناسی داشته‌اند. بعد از آن زنان دیپلمه و دبیرستانی با درصد فراوانی (۲۵,۲) و (۱۴,۵) درصد بوده‌اند. کمترین میزان پاسخگویان نیز به ترتیب زنان با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد با ۹,۹ درصد، زنان با سواد ابتدایی با ۲,۱ درصد و زنان بی‌سواد با ۰,۵ درصد بوده‌اند.

وضعیت تاهل: زنان مجرد با درصد فراوانی ۵۲٫۶ درصد و زنان متأهل با درصد فراوانی ۳۷٫۷ درصد به ترتیب بیشترین پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه در این تحقیق بوده‌اند.

وضعیت اشتغال: زنان شاغل و زنان دانشجو با درصد فراوانی (۲۹٫۹) و (۲۹٫۸) درصد بیشترین پاسخگویان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه در تحقیق بوده‌اند. سپس بعد از آن زنان خانه دار و دانش آموز به ترتیب با درصد فراوانی (۱۹٫۴) و (۱۶٫۲) درصد عنوان دار بیشترین درصد فراوانی زنان مراجعه کننده به آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی در تحقیق بوده‌اند.

ارزیابی دسترسی در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی: وضعیت دسترسی به هر کدام از موارد سیگار، قلیان و الکل در سطح آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی به ترتیب (۵۱٫۲)، (۴۱) و (۳۶٫۲) درصد ارزیابی شده است. و تنها به ترتیب (۱۸٫۶)، (۱۱٫۸) و (۱۱٫۳) درصد افراد میزان این دسترسی را زیاد و خیلی زیاد عنوان کرده‌اند. در مورد سایر مواد مخدر میزان دسترسی به آرامبخش‌ها با ۱۴٫۴ درصد، ترامادول با ۹٫۲ درصد و مورفین با ۹٫۳ درصد زیاد و خیلی زیاد ارزیابی شده است هر چند این رقم در حالت کلی برای آرامبخش‌ها ۳۶٫۴ درصد و بالاتر از بقیه موارد نام برده شده است.

ارزیابی مصرف در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی: وضعیت مصرف هر کدام از موارد سیگار، قلیان و الکل در سطح آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی به ترتیب (۴۳٫۳)، (۳۵٫۸) و (۳۰٫۶) درصد ارزیابی شده است. هر چند فقط (۱۶٫۲)، (۹٫۶) و (۹٫۲) درصد میزان مصرف را زیاد و خیلی زیاد عنوان کرده‌اند. نتایج وضعیت مصرف در مورد مواد مخدر و محرک دیگر نشان می‌دهد میزان دسترسی به آرامبخش‌ها با ۱۲ درصد، ترامادول با ۷٫۸ درصد و متادون و مورفین هر کدام با ۷٫۷ درصد زیاد و خیلی زیاد و بالاتر از مابقی موارد نام برده شده گزارش شده و در مورد گل و شیشه نیز (۷٫۴) و (۶٫۸) درصد زیاد و خیلی زیاد گزارش شده است.

ارزیابی دسترسی در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی: وضعیت دسترسی برای هر کدام از موارد سیگار، قلیان و مشروبات الکلی در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی به ترتیب (۴۳٫۱)، (۳۴٫۲) و (۳۸٫۲) درصد بوده است. اگر چه فراوانی شدت دسترسی برای سیگار، الکل و قلیان به ترتیب (۱۴٫۷)، (۱۰) و (۸٫۸) زیاد و خیلی زیاد عنوان شده است. در مورد فراوانی شدت دسترسی به مواد افیونی، روان گردان و محرک در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی به ترتیب بیشترین فراوانی‌ها برای آرامبخش‌ها، اکستازی، ترامادول، علف و متادون با (۱۱٫۴)، (۷٫۸)، (۷٫۳)، (۷٫۳) و (۷٫۱) درصد زیاد و خیلی زیاد عنوان شده است.

ارزیابی مصرف در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی: ارزیابی پاسخگویان در مورد مصرف مواد دخانی و الکلی در سطح باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی برای هر کدام از موارد سیگار، قلیان و الکل (۳۶٫۷)، (۳۰) و (۲۶٫۸) درصد ارزیابی و عنوان شده است. هر چند فراوانی شدت مصرف برای سیگار، الکل و قلیان به ترتیب (۱۲٫۴)، (۸٫۳) و (۸٫۱) زیاد و خیلی زیاد عنوان شده است. نتایج وضعیت مصرف در مورد مواد اعتیاد آور دیگر که در دسته مواد مخدر و محرک قرار می‌گیرند نشان می‌دهد که ارزیابی از فراوانی شدت

مصرف به ترتیب برای آرام بخش‌ها، علف، ترامادول و متادون (۹,۹)، (۶,۵)، (۶,۵) و (۴,۴) درصد زیاد و خیلی زیاد عنوان شده است.

در مجموع از مجموعه ارزیابی‌های فوق از سوی پاسخگویان می‌توان استنباط کرد مصرف مواد دروازه‌ای در بین زنان رایج شده است. بر اساس یکی از پژوهش‌های انجام شده، ۸۳,۶ درصد زنان معتاد اعلام کرده‌اند قبل از شروع اعتیاد سیگار و قلیان مصرف می‌کردند(۲). همچنین ارزیابی بالای مصرف و دسترسی به آرامبخش‌ها در بین زنان بیانگر نرخ بالای مصرف این نوع ماده در جمعیت زنان است. در مطالعه طارمیان و همکاران(۲۰۰۷) بر روی دانشجویان شش دانشگاه شهر تهران در سال ۱۳۸۴ با هدف بررسی شیوع مصرف مواد انجام شده بود میزان سو مصرف ترامادول ۵ درصد گزارش شد. اما در چند سال اخیر مصرف ترامادول در جامعه رشد زیادی داشته است. به طوری که طبق آمارهای ستاد مبارزه با مواد مخدر میزان سو مصرف ترامادول با ۲۶,۵ درصد در بین مواد مخدر مصرفی در ردیف اول مصرف قرار دارد(سرجامه‌ایی و حسینیان مقدم، ۲۰۰۹).

فرد یا افراد پیشنهاد دهنده برای اولین بار مصرف مواد: از مجموع ۹۷۱ فردی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند ۲۷۰ نفر حداقل یکبار تجربه مصرف یکی از موارد نام برده شده در جدول را داشته‌اند که در مورد فراوانی افراد پیشنهاد دهنده به ترتیب دوستان مدرسه، دوستان دانشگاه و بستگان و فامیل هر کدام با درصد فراوانی (۱۸,۵۱)، (۱۵,۱۸) و (۱۵,۱۸) درصد بیشترین تکرار را در بین افراد پیشنهاد دهنده به مراجعین دارای حداقل یکبار تجربه مصرف مواد داشته‌اند. همچنین ۱۱,۸۵ درصد افراد بدون پیشنهاد دیگران اقدام به مصرف این مواد کرده‌اند. فراوانی این وضعیت در مورد سالن‌های زیبایی و باشگاه‌های ورزشی به ترتیب (۵,۱۸) و (۳,۷) درصد عنوان شده است. در مجموع می‌توان گفت که نقش دوستان مدرسه و دانشگاه و افراد خانواده و فامیل نسبت به سایر گروه‌های نام برده شده است.

دلایل برای اولین بار مصرف مواد: از نظر دلایل مصرف کنجکاو، کسب لذت و رفع مشکلات روحی به ترتیب با (۲۷,۷)، (۲۲,۵) و (۲۰,۳) درصد بالاترین میزان فراوانی دلایل مصرف در پاسخگویان را داشته است. این در حالی است که تنها ۲,۵ درصد افراد زیبایی و تناسب اندام را توجیهی برای مصرف مواد در اولین بار ذکر کرده‌اند.

موقعیت اولین شروع مصرف مواد: موقعیت اولین شروع مصرف میهمانی‌های دوستانه و میهمانی‌های خانوادگی به ترتیب با (۲۸,۸) و (۱۲,۲) درصد بیشترین فراوانی را داشته است. هر چند میزان این فراوانی برای مکان‌هایی مانند سالن زیبایی و باشگاه‌های ورزشی و سالن ماساژ در مجموع ۷,۲۷ درصد عنوان شده است.

واقعه منجر به اولین بار مصرف مواد: از نظر فراوانی واقعه منجر به اولین بار مصرف مشکلات خانوادگی، مشکلات تحصیلی و روابط بین فردی به ترتیب با (۱۸,۱)، (۱۰) و (۹,۶) بیشترین فراوانی را داشته است. هر چند ۵۲,۲ درصد افراد عنوان کرده‌اند که هیچ واقعه مشخصی نقش تعیین کننده‌ای که منجر به اولین بار مصرف در آن‌ها شده باشد نداشته است که رقم قابل تاملی است. به عبارت دیگر بر

خلاف تصور رایج وجود مشکل عامل گرایش و یا حتی تجربه مصرف در بسیاری از افراد محسوب نمی‌شود.

حالات روحی منجر به اولین بار مصرف مواد: در مورد فراوانی حالات روحی منجر به اولین بار مصرف سرخوشی، وجد، شعف، کیف و موارد مشابه با ۲۵,۱ درصد؛ غمگینی، افسردگی و موارد مشابه با ۱۸,۱ درصد و اضطراب، ترس و نگرانی با ۱۱,۸ درصد به ترتیب رتبه‌های اول تا سوم را در فراوانی حالات روحی مشخص منجر به اولین بار مصرف در افراد داشته‌اند. این در حالی است که ۳۸,۱ درصد افراد نیز گزینه سایر را برای حالات روحی منجر به اولین بار مصرف عنوان کرده‌اند که رقم قابل توجهی است. با توجه به سایر گزینه‌های نامبرده شده در جدول هیچ‌کدام از هیجان‌های روحی مثبت و منفی عامل گرایش و یا حتی تجربه مصرف در بسیاری از افراد محسوب نمی‌شود.

وضعیت مصرف مواد در طول عمر: از بین مواد دخانی و الکلی به ترتیب بیشترین فراوانی مصرف متعلق به قلیان، سیگار و الکل با (۲۸,۱)، (۲۱,۹) و (۱۳,۲) درصد بوده و از بین مواد افیونی و روان گردان و محرک به ترتیب بیشترین فراوانی مصرف متعلق به آرام بخش‌ها، گل، تریاک، مورفین، شیشه و ترامادول با (۱۴,۴)، (۳,۸)، (۳,۱)، (۲,۸)، (۲,۶) و (۲,۳) درصد بوده است.

وضعیت مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته: از بین مواد دخانی و الکلی بیشترین فراوانی شدت مصرف بیش از ۵۰ بار در ۱۲ ماه گذشته به ترتیب متعلق به سیگار، قلیان و الکل با (۳۴,۸)، (۳۳,۷) و (۸,۱) درصد بوده است. این در حالی است که وضعیت فراوانی شدت مصرف بین ۱۰ تا ۵۰ بار در ۱۲ ماه گذشته به ترتیب متعلق به قلیان، سیگار و الکل با (۳۱,۶)، (۱۹) و (۱۲) درصد بوده است و از بین مواد افیونی و روان گردان و محرک بیشترین فراوانی شدت مصرف بیش از ۵۰ بار در ۱۲ ماه گذشته به ترتیب متعلق به آرام بخش‌ها، شیشه و حشیش و اکستازی با (۱۱,۱)، (۴,۴)، (۲,۹) و (۲,۹) درصد بوده است. این در حالی است که وضعیت فراوانی شدت مصرف بین ۱۰ تا ۵۰ بار در ۱۲ ماه گذشته در بین مواد افیونی، روان گردان و محرک به ترتیب متعلق به آرامبخش‌ها، گل، تریاک و LSD با (۱۹,۵)، (۴,۶)، (۲,۷) و (۲,۷) درصد بوده است.

وضعیت مصرف مواد در یک ماه گذشته: از بین مواد دخانی و الکلی بیشترین فراوانی مصرف در ماه گذشته به ترتیب متعلق به قلیان، سیگار و الکل با درصد فراوانی (۳۳,۹)، (۱۹,۸) و (۱۲,۸) درصد بوده است و از بین مواد افیونی و روان گردان و محرک بیشترین فراوانی مصرف به ترتیب متعلق به آرام بخش‌ها، علف و شیشه با درصد فراوانی (۱۳,۶)، (۵,۲) و (۲,۳) درصد بوده است.

رصد وضعیت مصرف در سه دوره متوالی از زندگی فرد و مقایسه تعداد پاسخگویان با تعداد افرادی که تجربه حداقل یکبار مصرف را گزارش کرده‌اند سه الگوی محتمل در مورد وضعیت الگوی مصرف به ذهن متبادر می‌کند: ۱- یا اکثریت افراد دارای تجربه چند مصرفی بوده‌اند؛ ۲- یا اکثریت افراد مخدر و محرک را در استمرار مواد دروازه‌ای با هم مصرف می‌کرده‌اند؛ ۳- یا اکثریت افراد بیش از یک نوع از مواد دروازه‌ای را با هم مصرف می‌کرده‌اند. هر چند سه الگوی محتمل فوق با هم امکان بروز دارند اما

دسترسی به الگوی قطعی و واقعی‌تر نیازمند تحقیقات کیفی و یا مطالعات با ماهیت اکتشافی در زمینه مصرف مواد در زنان است.

وضعیت مصرف مواد قبل از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی: از میان پاسخگویان دارای حداقل یکبار تجربه مصرف ۴۸۴ نفر قبل از دوره ورود به سالن زیبایی و باشگاه ورزشی و ۱۲۱ نفر بعد از دوره ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی مصرف را برای اولین بار تجربه کرده‌اند. کاهش تعداد افرادی که تجربه مصرف مواد را بعد از شروع دوره سالن زیبایی و یا باشگاه ورزشی گزارش کرده‌اند نسبت به افرادی که تجربه مصرف مواد را قبل از شروع دوره سالن زیبایی و یا باشگاه ورزشی گزارش کرده‌اند بیانگر این است که احتمالاً محیط‌های نامبرده فوق تاثیر افزاینده در مصرف افراد نداشته‌اند اما این به معنای تایید این نکته نیست که محیط‌های نامبرده شده نقشی منفی و یا مثبت در گرایش و در غلطیدن افراد به اعتیاد و وابستگی به مصرف مواد دارد. از همین رو دستیابی به نتایج قطعی‌تر در این زمینه نیازمند مطالعات کیفی و اکتشافی است که انجام آن از حوصله و حیطه تحقیق حاضر خارج بوده است.

وضعیت تغییرات مصرف مواد بعد از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی: تغییر مصرف مواد در ۱۱۴ نفر از پاسخگویان بعد از ورود به سالن زیبایی یا ورزشی کاهش، در ۱۷۹ نفر از پاسخگویان افزایش و در ۴۰۸ نفر از پاسخگویان تغییری نکرده است. این یافته‌ها حاکی از آن است که اختلاف نسبت کسانی که تغییرات مصرف آن‌ها مثبت بوده است (افزایش داشته است) نسبت به کسانی که تغییرات مصرف آن‌ها منفی بوده است (کاهش داشته است) بیشتر بوده است. در بین مواد دخانی و الکلی اختلاف نسبت این تغییر برای الکل ۱ درصد رشد داشته است که قابل تامل است. در بین مواد افیونی، روان‌گردان و محرک نیز اختلاف نسبت این تغییر برای کوکائین بیشتر از سایر مواد رشد داشته است و برای آرام بخش‌ها بیشتر از سایر مواد کاهش داشته است.

محل مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته: در مورد مصرف مواد دخانی، الکل از حیث محل مصرف بیشترین فراوانی مصرف در مورد قلیان به ترتیب مربوط به گزینه‌های «در سفر و گردش تفریحی با دوستان» (۱۵,۴ درصد)، «در سفر و گردش تفریحی با خانواده» (۱۴ درصد) و «جشن‌ها و بزم‌های خانوادگی» (۱۳,۹ درصد) بوده است. این در حالی است که وضعیت مصرف قلیان در سالن‌های زیبایی و ورزشی مجموعاً ۳ درصد بوده است. در مورد سیگار بیشترین فراوانی از حیث محل مصرف به ترتیب مربوط به گزینه‌های «در سفر و گردش تفریحی با دوستان» (۱۰,۲ درصد) بوده است. این در حالی است که مصرف سیگار در سالن‌های زیبایی و ورزشی مجموعاً ۵,۶ درصد بوده است. بیشترین فراوانی مصرف الکل از حیث محل مصرف به ترتیب مربوط به گزینه‌های «میهمانی‌ها و بزم‌های دوستانه» (۷,۸ درصد)، «سفر و گردش تفریحی با دوستان» (۶,۳ درصد) و «در منزل دوستان» (۶,۲ درصد) بوده است. این در حالی است که وضعیت مصرف الکل در سالن‌های زیبایی و ورزشی مجموعاً ۱,۴ درصد بوده است. در مجموع می‌توان گفت در آرایشگاه و سالن‌های زیبایی و ورزشی از حیث فراوانی نوع مواد مصرفی نام برده شده به ترتیب سیگار، قلیان و الکل با (۵,۶)، (۳) و (۱,۴) درصد رتبه اول تا سوم را دارند. در مورد

محل مصرف مواد افیونی، محرک و روان گردان از حیث محل مصرف در مورد آرامبخش‌ها بالاترین فراوانی متعلق به گزینه «درمنزل به تنهایی» با ۶٫۶ درصد است. این در حالی است که وضعیت مصرف آرام بخش‌ها در سالن‌های زیبایی و ورزشی مجموعاً ۲٫۳ درصد بوده است. در مورد وضعیت مصرف گل از حیث محل مصرف بالاترین فراوانی به ترتیب متعلق به «میهمانی‌ها و بزم‌های دوستانه» با ۱٫۵ درصد، «سفر و گردش تفریحی با دوستان» با ۱٫۴ درصد بوده است. این در حالی است که وضعیت مصرف گل در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی مجموعاً ۱ درصد بوده است. در مورد وضعیت مصرف شیشه از حیث محل مصرف بالاترین فراوانی به ترتیب متعلق به «بزم‌ها و میهمانی‌های دوستانه» با ۱٫۳ درصد و «در منزل دوستان» و یا «در منزل با دوستان» هر کدام با فراوانی ۰٫۸ درصد بوده است. این در حالی است که وضعیت مصرف شیشه در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی مجموعاً ۰٫۴ درصد بوده است. در مجموع می‌توان گفت در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی و ورزشی از حیث فراوانی نوع مواد مصرفی نام برده شده به ترتیب آرامبخش‌ها، گل و شیشه با فراوانی (۲٫۳)، (۱) و (۰٫۴) درصد رتبه‌های اول تا سوم را دارند.

سن شروع مصرف مواد: وضعیت مصرف مواد دخانی و الکلی از حیث سن شروع مصرف نشان می‌دهد سن شروع مصرف قلیان و سیگار هر دو در بازه سنی ۱۹-۱۳ سالگی به ترتیب با (۱۲٫۹) و (۸٫۸) درصد بوده است و در مود الکلی در بازه سنی ۲۹-۲۰ سالگی با ۶٫۸ درصد بوده است. همچنین وضعیت مصرف مواد افیونی، روان گردان و محرک از حیث سن شروع مصرف نشان می‌دهد در مورد آرام بخش‌ها در بازه زمانی ۱۹-۱۳ سالگی و ۲۹-۲۰ سالگی هر دو با ۲٫۷ درصد بوده است و در مورد گل در بازه سنی ۱۹-۱۳ سالگی با ۱٫۶ درصد بوده است. در مورد تریاک و شیشه در بازه زمانی ۲۹-۲۰ سالگی به ترتیب با درصد فراوانی (۱٫۳) و (۰٫۸) درصد بوده است. تحلیل یافته‌های تحقیق به تفکیک نوع ماده مصرفی و سن شروع مصرف بیانگر این است که سن شروع به مصرف سیگار و قلیان در زنان تا اوایل دوره نوجوانی کشیده شده است. اگر چه مصرف قلیان با توجه به وضعیت فرهنگی حاکم بر بسیاری از خانوارهای اصفهانی پذیرفته شده و با سختگیری کمتری نسبت به آن رفتار می‌کنند اما کاهش مذکور برای مصرف سیگار قابل تامل است. هر چند بسیاری از تحقیقات دیگر بر کاهش سن مصرف سیگار در نوجوانان تاکید داشته‌اند اما کاهش نرخ مذکور برای دختران از یافته‌های تقریباً جدید در این حوزه است. بازه‌های سنی مصرف در مورد آرام بخش‌ها نشان می‌دهد بازه سنی ۱۳-۱۹ سال و ۲۰-۲۹ سال از مهم‌ترین بازه‌های مطرح در تحقیق بوده است. از این یافته می‌توان استنباط کرد که احتمالاً دوره‌های سنی مذکور همراه با برخی بحران‌ها و هیجانات روحی در دختران و زنان است. یافته‌های جدول فوق در مورد مصرف گل حاکی از رواج مصرف این نوع ماده در سطح جامعه و گسترش سطح مصرف تا اوایل دوره نوجوانی است. هر چند عمده مصرف کنندگان این ماده را جوانان و نوجوانان تشکیل می‌دهند اما کاهش دامنه سنی شروع مصرف به خصوص در دختران حاکی از سهولت دسترسی به این ماده در این گروه از دختران است. مطالعات جدید نشان داده‌اند سن اعتیاد در اکثر کشورها رو به کاهش است. نتایج

این تحقیقات نشان می‌دهند که میانگین سن شروع مصرف سیگار بین ۱۱-۱۲ سالگی بود (کورن و همکاران، ۲۰۰۸؛ یانگ، لانگ، استاف و تنبین، ۱۹۹۹) بوده و مصرف اکثر مواد ممنوعه در نوجوانی شروع می‌شود (دی آمیکو و مک کارثی، ۲۰۰۶؛ تو، رانتر و جانسون، ۲۰۰۸؛ باومیستر و تاسمان، ۲۰۰۵؛ مکس ویل، ۲۰۰۱). البته برخی تحقیقات مصرف مواد (یا اوج مصرف) را در پایان نوجوانی و ابتدای جوانی گزارش کرده‌اند (سرلک و همکاران، ۱۳۸۸؛ مکس ویل، ۲۰۰۱؛ استرک و همکاران، ۲۰۰۷؛ بریچت، گرین دیل و آنگلین، ۲۰۰۷). نتایج تحقیقات متعدد انجام شده در این گروه سنی نشان می‌دهند که ۱۴،۲ الی ۳۳ درصد از مواد روان گردان (پاولوویس و جاکو و لجویچ، ۲۰۰۸)، ۵ تا ۳۶ درصد از ماری جوانا (کویینز و همکاران، ۲۰۰۸)؛ ۳۷،۲ تا ۸۰،۵ درصد از الکل (فادن، ۲۰۰۶)؛ ۶،۷ تا ۴۲،۷ درصد از تنباکو و سیگار (پریماک، لاندوفاین، ۲۰۰۸)؛ ۴،۴ تا ۴،۹ درصد از مواد استنشاقی (پاولوویس و جاکو و لجویچ، ۲۰۰۸)؛ ۴،۱ درصد از آمفتامین (همان)؛ ۱۹ درصد از حبشیش (بولهری و همکاران، ۲۰۰۱)؛ ۲،۴ تا ۳،۷ درصد از کوکابین (عباسونگ، آیتنگ، باسیواکات، ۲۰۰۸) و ۰،۷ تا ۲،۳ درصد از هروئین (عباسونگ و همکاران، ۲۰۰۸) استفاده کرده بودند.

فرضیه اول: نتایج جدول شدت رابطه بین دو متغیر مدیریت بدن و گرایش به اعتیاد نشان داد با افزایش شدت مدیریت بدن در مراجعان میزان گرایش به اعتیاد در آن‌ها نیز افزایش یافته است. نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای محاسبه میزان رابطه بین دو متغیر مدیریت بدن و گرایش به اعتیاد حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین این دو متغیر است ($p < 0.01$ و $r = 0.218$). جهت رابطه بین مدیریت بدن و گرایش به اعتیاد مثبت است و شدت همبستگی به دست آمده در حد ضعیف است. نتایج نشان می‌دهد مراجعه کنندگانی که نمره بالاتری در مدیریت بدن داشته‌اند نمره بالاتری نیز در متغیر گرایش به اعتیاد کسب کرده‌اند. به عبارت دیگر با افزایش دغدغه مراجعان نسبت به مدیریت بدن خود گرایش آن‌ها نسبت به اعتیاد برای تامین و حمایت این دغدغه بیشتر می‌شود.

فرضیه دوم: نتایج شدت رابطه بین دو متغیر انتظارات هنجاری بدن و گرایش به اعتیاد نشان داد با افزایش شدت انتظارات هنجاری نسبت به بدن در مراجعان میزان گرایش به اعتیاد در آن‌ها کاهش یافته است. نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای محاسبه میزان رابطه بین دو متغیر انتظارات هنجاری و گرایش به اعتیاد حاکی از رابطه منفی و معنادار بین دو متغیر است ($p < 0.01$ و $r = -0.305$). جهت رابطه بین انتظارات هنجاری و گرایش به اعتیاد منفی است و شدت همبستگی به دست آمده در حد ضعیف است. نتایج نشان می‌دهد مراجعه کنندگانی که نمره بالاتری در انتظارات هنجاری داشته‌اند نمره پایین‌تری در متغیر گرایش به اعتیاد کسب کرده‌اند. به عبارت دیگر با افزایش دغدغه مراجعان نسبت به رعایت انتظارات هنجاری نسبت به بدن خود گرایش آن‌ها نسبت به اعتیاد برای تامین و حمایت این دغدغه کمتر می‌شود.

فرضیه سوم: نتایج جدول شدت رابطه بین دو متغیر شدت پذیرش اجتماعی بدن و گرایش به اعتیاد نشان داد با افزایش شدت پذیرش اجتماعی بدن در مراجعان میزان گرایش به اعتیاد در آن‌ها نیز افزایش

یافته است. نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای محاسبه میزان رابطه بین دو متغیر پذیرش اجتماعی بدن و گرایش به اعتیاد حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین دو متغیر است ($p < 0.01$) و ($r = 0.312$). جهت رابطه بین پذیرش اجتماعی بدن و گرایش به اعتیاد مثبت است و شدت همبستگی به دست آمده در حد ضعیف است. نتایج نشان می‌دهد مراجعه کنندگانی که نمره بالاتری در متغیر پذیرش اجتماعی بدن داشته‌اند نمره بالاتری نیز در متغیر گرایش به اعتیاد کسب کرده‌اند. به عبارت دیگر با افزایش دغدغه مراجعان نسبت به پذیرش اجتماعی بدن خود گرایش آن‌ها نسبت به اعتیاد برای تامین و حمایت این دغدغه بیشتر می‌شود.

فرضیه چهارم: نتایج جدول شدت رابطه بین دو متغیر ارزیابی از تصویر بدنی و گرایش به اعتیاد نشان می‌دهد با افزایش شدت تصویر بدنی در مراجعان میزان گرایش به اعتیاد در آن‌ها کاهش یافته است. نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای محاسبه میزان رابطه بین دو متغیر تصویر بدنی و گرایش به اعتیاد علیرغم جهت منفی و شدت ضعیف آن حاکی از عدم معناداری رابطه بین این دو متغیر است ($p > 0.05$ و $r = -0.19$). تصور نسبت به بدن به واسطه نقشی که در رضایت و نارضایتی فرد نسبت به بدن ایفا می‌کند حائز اهمیت است. یافته‌های پژوهش در بخش کیفی مطالعه نشان داد زنان زخم خورده از تجربیات ناموفق اعتیاد، تصور چندان مثبتی از بدن خویش نداشته‌اند و این ارزیابی گرایش آن‌ها را برای مدیریت بدن به شیوه دلخواهشان باعث شده است. تحقیقات بی‌شماری (سوسا، ۲۰۰۸؛ یانور و تامپسون، ۲۰۰۸؛ لم^۳ و همکاران، ۲۰۰۲؛ لیکنتال^۴ و همکاران، ۲۰۰۵؛ لودویکو^۵ و همکارانش، ۲۰۰۹) نشان داده که تصور بدنی منفی و نارضایتی از بدن در میان زنان بیشتر از مردان است. هر چند که امروزه در میان مردان نیز در حال شیوع است، اما همچنان زنان را بیشتر به خود مشغول داشته است و دختران در مقایسه با پسران احساس نارضایتی بیشتری از بدنشان دارند (رزاقی، ۱۳۹۱). تحقیقات به عمل آمده در ایران نیز نشان دهنده بالا بودن میزان نارضایتی از بدن است. چنانچه در تحقیقی که توسط عمیدی (۱۳۸۵) انجام شد، یافته‌ها نشان داد با این که نمونه دختران تحقیق قد و وزن طبیعی داشتند با این حال باز هم تصور ذهنی منفی نسبت به بدن خود داشتند. علاوه بر این تحقیقات انجام شده توسط پهلوان زاده (۱۳۸۴) نشان داد رضایت از بدن در میان دانش آموزان دختر اصفهانی کمتر از پسران بوده است (پهلوان زاده و دیگران، ۱۳۸۴؛ به نقل از ارفعی، ۱۳۹۰). با توجه به این که چند سالی است تاکید بر لاغری و رژیم غذایی مورد توجه همه طبقات اجتماعی در جامعه قرار گرفته است (دادستان، ۱۳۸۵) باید

1 Susa

2 Yanover & Thompson

3 Laem

4 Lichtenthal

5 Lodewek

توجه بیشتری به مولفه‌های مرتبط با کاهش وزن از جمله تصویر بدنی داشت. ادبیات پژوهشی آشکارا فشار جامعه برای لاغر بودن و همچنین گرایش به لاغری و نارضایتی از بدن را با تصویر بدنی منفی مرتبط می‌سازد (کش، هرابوسکی و پری، ۲۰۰۴؛ استایس، ۲۰۰۲؛ استایس و شاو، ۲۰۰۲).

فرضیه پنجم و ششم: نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن برای محاسبه میزان رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای با گرایش به اعتیاد و تصویر بدنی زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی نشان داد بین هیچکدام از متغیرهای سن، تحصیلات، تاهل و اشتغال با گرایش به اعتیاد و تصویر بدنی در مراجعه کنندگان به سالن‌های زیبایی و ورزشی رابطه معنادار وجود نداشته است.

مجموع یافته‌های کیفی تحقیق نشان داد که پاسخگویان به دلایل غلبه هنجارهای مردانه، اضطراب اجتماعی، دیدگاه ظاهرگرایانه نسبت به زنان، جامعه‌پذیری جنسیتی، پایگاه پایین‌تر زنان در جامعه و رسانه‌های جمعی به واسطه محیط‌های زنانه‌ای مانند آرایشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی به مصرف مواد مخدر گرایش پیدا کرده‌اند. در این میان جمع‌های زنانه و بازار پرونق به مثابه زمینه تسهیل‌گر و موانع و محدودیت‌های موجود به مثابه شرایط مداخله‌گر عمل کرده‌اند. راهبردهای دختران و زنان جوان در مصرف مواد بر دست کم گرفتن مواد، مصرف خودسرانه مواد، سهولت مصرف مواد و استفاده ابزاری از مواد دلالت دارد. براساس مطالعه حاضر گرایش به مصرف مواد به واسطه محیط‌های نامبرده شده تشدید و تغییر الگوی مصرف، طرد و بی‌اعتباری اجتماعی و احساس گناه را برای زنان در پی داشته است.

۵-۲: جمع بندی و نتیجه گیری

همان‌طور که اشاره شد این مطالعه با دغدغه بررسی وضعیت مصرف موادمخدر در زنان مراجعه‌کننده به سالن‌های زیبایی و باشگاه‌های ورزشی به واکاوی مصرف مواد و شیوع اعتیاد در سالن‌های زیبایی و ورزشی شهر اصفهان پرداخته است. مهم‌ترین سوال این تحقیق پی بردن به دیدگاه مراجعه‌کنندگان یا به نوعی ذی‌نفعان محیط‌های نامبرده شده در خصوص وضعیت مصرف مواد در این‌گونه محیط‌ها و وضعیت مراجعان این اماکن از حیث تجربه مصرف مواد و بررسی این ادعا که اماکن زنانه‌ای همچون آرایشگاه‌ها، سالن‌های ورزشی، مجامع هنری و مراکز تفریحی به مهم‌ترین مراکز تبلیغ و توزیع برخی موادمخدر تبدیل شده‌اند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰) بوده است.

برای بررسی وضعیت تبلیغ و شیوع مصرف مواد از دو شاخص میانگین دسترسی و میانگین مصرف استفاده شد. نتایج نشان داد میانگین هر دو شاخص دسترسی و مصرف انواع مواد سبک، سستی‌زا، توهم‌زا و محرک در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی نسبت به باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی بیشتر است. به عبارت دیگر بر فرض صحت چنین ادعایی، از دیدگاه افراد شرکت کننده در این تحقیق باشگاه‌های و سالن‌های ورزشی حضور کم‌رنگ‌تری در تبلیغ و شیوع مصرف مواد دارند. نتایج تحقیق نشان داد از مجموع ۹۷۱ زن شرکت‌کننده در مطالعه ۲۷۰ نفر آن‌ها حداقل یکبار مصرف مواد را تجربه کرده‌اند. اگر چه از نظر علمی و نه لزوماً عرفی با مصرف یکبار مواد فرد معتاد تلقی نمی‌شود اما شناخت و آگاهی دقیق‌تر از فرایند اولین مصرف فرد تصویر روشنی از چشم‌انداز افراد مصرف‌کننده مواد در آینده به ما

خواهد داد. به همین منظور نسبت به آگاهی از وضعیت چهار عامل اولین فرد یا افراد پیشنهاد دهنده، اولین محیط مصرف، انگیزه و حالات روحی منجر به اولین تجربه مصرف و سن شروع مصرف در پاسخگویان سوال به عمل آمد. نتایج نشان داد نقش دوستان و محیط‌هایی که دوستان فرد به آن رفت و آمد دارند نسبت به نقش محیط‌های خانوادگی و افراد فامیل در وسوسه اولین بار مصرف پررنگ‌تر است. هر چند نقش محیط‌هایی مانند سالن‌های زیبایی و باشگاه‌های ورزشی که دوستان فرد به آن رفت و آمد دارند یا حالت اکیپی و محفلی به خود گرفته‌اند را در تشدید مصرف یا انگیزه‌بخشی برای شروع و تجربه مصرف مواد در زنان نباید نادیده گرفت. از حیث محل مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته مجموع یافته‌های تحقیق نشان داد که مصرف مواد سبک (سیگار و قلیان) نسبت به سایر مواد در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی بیشتر گزارش شده است. علاوه بر این مجدداً بر نقش محیط‌های دوستانه و محفل‌های دوستی و خانوادگی در مصرف مواد تأکید شده است. شواهد موجود نشان می‌دهد در طبقات پایین خرده‌فرهنگ مصرف مواد مخدر مصرف مواد (مانند قلیان کشیدن یا سیگار کشیدن) همراه با دوستان و در فضاهای عمومی مانند پارک‌های عمومی شهر وجود دارد در حالی که این محافل و حلقه‌های دورهمی در طبقات بالاتر بیشتر صورت خانگی و محفلی به خود می‌گیرد. این حلقه‌های دوستی در شرایط نبود امکانات توزیع و فراغت که نیروی فیزیکی و روانی زنان را صرف خود کند و اجازه دهد تا زنان در محیط‌های شهری سبک‌های زندگی مورد علاقه خود را دنبال کنند می‌تواند زمینه گرایش آن‌ها را به مواد مخدر فراهم سازد و آنان را آسیب پذیر کند. (ریبی و قنبری، ۱۳۹۳).

از نظر دلایل و انگیزه‌های منجر به اولین تجربه مصرف مواد به ترتیب کنجکاوی، کسب لذت و رفع مشکلات روحی بالاترین میزان، از حیث حالات روحی منجر به اولین تجربه مصرف مواد به ترتیب حالات روحی مثبت، حالات روحی منفی و اضطراب، ترس و نگرانی بالاترین میزان را در فراوانی حالات روحی مشخص منجر به اولین بار مصرف در افراد داشته‌اند و از حیث فراوانی وقایع منجر به اولین بار مصرف به ترتیب مشکلات خانوادگی، مشکلات تحصیلی و روابط بین فردی بیشترین فراوانی را داشته است. این در حالی است که درصد کمی از زنان (۲٫۵ درصد) زیبایی و تناسب اندام را توجیهی برای مصرف مواد در اولین بار ذکر کرده‌اند. علاوه بر این بخش قابل توجهی از آن‌ها حالت روحی مشخص و یا واقعه مشخص منجر به اولین تجربه مصرف مواد را معین نکرده‌اند. یک تبیین برای این مساله می‌تواند این باشد که هیجان‌های روحی مثبت و منفی عامل گرایش و یا حتی تجربه مصرف در بسیاری از افراد محسوب نمی‌شود. هر چند نقش هیجان‌های مثبت نسبت به هیجان‌های منفی در ترغیب افراد به مصرف مواد در این مطالعه بیشتر بوده است. به عبارت دیگر بر خلاف تصور رایج وجود مشکل عامل گرایش و یا حتی تجربه مصرف در بسیاری از افراد محسوب نمی‌شود. نتایج تحقیقات دیگر نیز نشان داده مجموعه‌ای از دلایل سبب گرایش زنان به مصرف انواع مواد مخدر می‌شود. برخی افراد برای پذیرفته شدن در جامعه به سمت مواد می‌روند. فشارهای مضاعف ناشی از نقش‌های چندگانه زنان، رقابت برای

دستیابی به موقعیت‌های پیشرفت، سرخوردگی‌های ناشی از موقعیت‌های غیرعادلانه و نابرابر و ... از جمله عوامل پرخطر گرایش به سمت مواد مخدر در زنان است (قادری و همکاران، ۱۳۹۶).

تحلیل یافته‌های تحقیق به تفکیک نوع ماده مصرفی و سن شروع مصرف بیانگر این است که سن شروع به مصرف مواد سبک (سیگار و قلیان) در زنان تا اوایل دوره نوجوانی کشیده شده است. نتایج برخی پژوهش‌های نیز حاکی از نزدیک شدن نرخ مصرف نیکوتین و الکل در زنان به نرخ مصرف مردان است (کاکویی و قوامی، ۱۳۹۴). از حیث وضعیت مصرف مواد سستی‌زا بازه‌های سنی اولین مصرف در مورد آرام‌بخش‌ها نشان می‌دهد بازه سنی ۱۳-۱۹ سال و ۲۹-۲۰ سال از مهم‌ترین بازه‌های مطرح در تحقیق بوده است. از این یافته می‌توان استنباط کرد که احتمالاً دوره‌های سنی مذکور همراه با برخی بحران‌ها و هیجانات روحی در دختران و زنان است. عزت‌نفس و خودکارآمدی پایین و همچنین کمبود قدرت‌های انطباقی برای مقابله با حوادث زندگی می‌تواند زمینه‌ساز شروع اعتیاد در زنان باشد (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۲). به‌ویژه آن که عوامل عاطفی یک عامل تعیین‌کننده برای مصرف مواد مخدر در بین دختران جوان است. دختران جوان ممکن است بیشتر به پاسخ‌های کلیشه‌ای به فشارهای روانی و استفاده از مواد مخدر متمایل و مستعد باشند، تاحدی که دختران جوان تمایل بیشتری در استفاده از داروها و مواد برای فرار عاطفی نشان می‌دهند (براون، ۲۰۰۲). مطابق برخی تحقیقات نیز استفاده غیرپزشکی زنان از مسکن‌ها و آرام‌بخش‌ها و داروهای محرک و روان‌گردان‌ها مساوی یا اغلب بیشتر از استفاده مردان از این داروها گزارش شده است (کوهن، ۱۳۸۲). نتایج مطالعه شفیع‌خانی و همکاران (۱۳۹۵) نیز بیانگر ارتباط مثبت میان گرایش به سومصرف مواد در زنان با چشم‌انداز زمانی گذشته‌گرایی منفی، حال‌گرایی لذت‌طلب و حاکم‌گرایی تقدیرنگر است. از حیث وضعیت مصرف مواد توهّم‌زا بازه سنی اولین مصرف در مورد ماده گل حاکی از کشیده شدن دامنه مصرف به دختران نوجوان است. کاهش دامنه سنی شروع مصرف ماده گل در دختران حاکی از سهولت دسترسی و مصرف آن برای دختران و زنان است. این آمار از این حیث نگران‌کننده است که نتایج مطالعات نشان می‌دهد اکثر کسانی که مصرف مواد را در سال‌های اولیه نوجوانی آغاز می‌کنند به مصرف این ماده در سال‌های آینده ادامه می‌دهند و میزان مصرف و مشکلات مرتبط با آن نیز افزایش می‌یابد (ماک و همکاران، ۲۰۰۱). از حیث وضعیت مصرف مواد محرک پرتکرارترین بازه سنی اولین مصرف در مورد آمفتامین‌ها ۲۰-۲۹ عنوان شده است. به این ترتیب می‌توان دریافت که بازه سنی ۱۳ الی ۲۹ سالگی نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای در گرایش زنان و دختران جوان به سمت مواد دارد. وضعیت مصرف مواد در طول عمر نشان می‌دهد از بین مواد سبک به‌ترتیب بیشترین فراوانی مصرف متعلق به قلیان و سیگار، از بین مواد سستی‌زا به‌ترتیب بیشترین فراوانی مصرف متعلق به آرام‌بخش‌ها و الکل، از بین مواد توهّم‌زا بیشترین فراوانی مصرف متعلق به گل و از بین مواد محرک بیشترین فراوانی مصرف متعلق به آمفتامین‌ها بوده است. نتایج آمار رسمی در مورد الگوی مصرف مواد مخدر نیز نشان می‌دهد در حال حاضر اولین الگوی

مصرف در کشور تریاک، دومین الگوی مصرف ماده گل، حشیش، گرس و ماری جوانا، سومین الگوی مصرف شیشه و چهارمین الگوی مصرف هروئین است (پایگاه خبری اعتیاد، ۱۳۹۷). وضعیت مصرف مواد در ۱۲ ماه گذشته نشان می‌دهد که از بین مواد سبک بیشترین فراوانی شدت مصرف بیش از ۵۰ بار به ترتیب متعلق به سیگار و قلیان و شدت مصرف بین ۱۰ تا ۵۰ بار به ترتیب متعلق به قلیان و سیگار بوده است. از بین مواد سستی‌زا بیشترین فراوانی شدت مصرف بیش از ۵۰ بار و بین ۱۰ تا ۵ بار و بین ۱۰ تا ۵ بار هر دو به ترتیب متعلق به آرام بخش‌ها و الکل بوده است. از بین مواد توهم‌زا بیشترین فراوانی شدت مصرف بیش از ۵۰ بار به ترتیب متعلق حشیش، اکستازی و گل و شدت مصرف بین ۱۰ تا ۵۰ بار به ترتیب متعلق به گل و ال‌اس‌دی بوده است. از بین مواد محرک بیشترین فراوانی شدت مصرف بیش از ۵۰ بار به ترتیب متعلق به آمفتامین، کوکائین و کراک و شدت مصرف بین ۱۰ تا ۵۰ بار به ترتیب متعلق کوکائین و کراک بوده است. همچنین وضعیت مصرف مواد در ماه گذشته نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی مصرف در بین مواد سبک به ترتیب متعلق به قلیان و سیگار، از بین مواد سستی‌زا به ترتیب متعلق به آرام‌بخش‌ها و الکل، از بین مواد توهم‌زا به ترتیب متعلق به گل و ال‌اس‌دی و از بین مواد محرک متعلق به آمفتامین‌ها بوده است.

وضعیت مصرف مواد قبل از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی نشان می‌دهد از میان پاسخگویان دارای حداقل یکبار تجربه مصرف مواد ۴۸۴ نفر قبل از دوره ورود به سالن زیبایی و باشگاه ورزشی و ۱۲۱ نفر بعد از دوره ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی مصرف را برای اولین بار تجربه کرده‌اند. به عبارتی یکی از فرض‌های محتمل این است که در دو سوم زنان تحقیق، سالن‌های زیبایی و باشگاه‌های ورزشی نقشی در مصرف مواد توسط آنها نداشته است. یکی دیگر از فرض‌های محتمل نیز تجربه چند مصرفی در زنان شرکت کننده است. هر چند کاهش تعداد افراد دارای تجربه مصرف مواد به واسطه سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی نسبت به افراد دیگر دارای تجربه مصرف مواد بیانگر این است که احتمالاً محیط‌های نامبرده فوق تاثیر افزاینده در مصرف افراد نداشته‌اند اما این به معنای تایید نقش کاهنده محیط‌های نامبرده شده در گرایش و در غلطیدن افراد به اعتیاد و وابستگی به مصرف مواد نیست. همچنین وضعیت تغییرات مصرف مواد بعد از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی نیز نشان می‌دهد تغییرات مصرف مواد در ۱۱۴ نفر از پاسخگویان بعد از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی کاهش، در ۱۷۹ نفر افزایش و در ۴۰۸ نفر بدون تغییر (یکسان) بوده است. این یافته‌ها حاکی از آن است که اختلاف نسبت کسانی که تغییرات مصرف آنها رشد داشته است نسبت به کسانی که تغییرات مصرف آنها کاهش داشته است بیشتر است. نسبت این تغییر برای کوکائین بیشتر از سایر مواد رشد و برای سیگار و آرام بخش‌ها بیشتر از سایر مواد کاهش داشته است.

نتایج آزمون فرضیات تحقیق نیز نشان داد بین متغیرهای مدیریت بدن، انتظارات هنجاری و پذیرش اجتماعی بدن با متغیر گرایش به مصرف مواد رابطه معنادار وجود دارد. با این تفاوت که جهت رابطه در متغیرهای مدیریت بدن و پذیرش اجتماعی مثبت و در متغیر انتظارات هنجاری منفی است. شدت رابطه

نیز در هر سه متغیر نسبت به متغیر گرایش به مصرف مواد اعتیادآور ضعیف بوده است. همچنین بین تصویر بدنی و گرایش به مصرف مواد اعتیادآور رابطه معناداری وجود نداشته است. درک عمیق تر و دستیابی به تبیین علمی تر از نقش محیط‌های نامبرده در وسوسه افراد به تجربه مواد نیازمند آگاهی به مناسبات حاکم بر محیط‌های فوق‌الذکر و مراودات و مکالماتی است که در این محیط‌ها شکل می‌گیرند. این گزاره که عامل بیش از نیمی از اعتیادهای اخیر در بین زنان و یا عامل رشد اعتیاد زنان در سالن‌های زیبایی است صحیح نیست بلکه باید به جستجوی عامل و دلایلی پرداخت که باعث می‌شود در خلا وجود برخی امکانات، فرصت‌ها و بهره‌مندی از توانمندی زنان این محیط‌ها نقش بدیل برای جبران آن‌چه که زنان از آن محروم شده‌اند را بازی کنند.

آمار دقیق و مشخصی مبنی بر این که چقدر این مواد در آرایشگاه‌ها و یا سالن‌های ورزشی زنانه تبلیغ و توزیع می‌شوند وجود ندارد. کشیده شدن دامنه اعتیاد زنان از مناطق کم برخوردار و حاشیه نشین به سطح عام‌تری از جامعه همچون مراکز ورزشی و آرایشگاه‌های زنانه واقعیتی است که اگر چه از نظر کمی قابل توجه نیست اما از نظر اجتماعی و فرهنگی موضوعی است که نمی‌توان از آن به سادگی گذشت. عوامل اجتماعی-فرهنگی در نوع ادراک زنان از بدن‌شان تاثیر فراوانی دارد، بنابراین، سیاست‌گذاران باید به این مساله توجه داشته باشند و پایه‌های تغییر در گرایش زنان به تصویر بدنی منفی، گرایش به جراحی زیبایی، استفاده از لوازم آرایشی و در نهایت صرف وقت و انرژی برای ساختن بدن ایده‌آل خود را در روند تغییر جامعه قرار دهند که آموزش زنان و مردان از جمله این اقدامات برای تغییرات اجتماعی و فرهنگی در جامعه است. زنان بیشتر تحت تاثیر عوامل فردی به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند. از همین رو به طور ضمنی با توجه به سایر یافته‌ها نظیر... می‌توان نتیجه گرفت که شدت آسیب‌پذیری زنان در محیط‌های بیرون از خانه در قبال اعتیاد به مواد مخدر بیشتر از مردان است. به این ترتیب پیشنهاد می‌گردد که برنامه ریزان فرهنگی و مسئولان مبارزه با مواد مخدر بیش از سایر گروه‌ها، برای نوجوانان، جوانان و زنان اهمیت ویژه‌ای قائل شوند و در گام نخست این گروه‌های اجتماعی را به عنوان گروه هدف برگزینند.

۳-۵: محدودیت‌ها

از جمله مهم‌ترین موانع تحقیق دسترسی سخت به نمونه‌های تحقیق و جلب نظر ایشان برای انجام مصاحبه بود. همچنین به جهت نو بودن حوزه مطالعه از حیث بررسی سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه، پژوهش‌های داخلی در این زمینه که مستقیم به این حوزه ورود کرده باشند وجود نداشت و همده پژوهش‌ها در ذیل بررسی وضعیت اعتیاد در زنان به صورت مختصر به این مهم پرداخته بودند. هر چند عمده مطالب مطروحه نیز تکراری و عمدتاً با استناد به یک یا دو منبع تکراری بوده است.

۵-۴: پیشنهادات

با توجه به یافته‌ها و با آگاهی از محدودیت‌ها تحقیق موارد زیر را می‌توان به عنوان مهم‌ترین پیشنهادات این پژوهش عنوان کرد. هر چند همه آن مطالبی که در بخش کاربرست یافته‌ها آمده است به نوعی خود پیشنهادات کاربردی مستخرج از دل یافته‌های پژوهشی است.

* با توجه به کاهش سن مصرف مواد سبک مانند سیگار و قلیان لزوم پیگیری و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه از سنین دبستان ضروری به نظر می‌رسد. آموزش و پرورش به عنوان یکی از مهم‌ترین نهادهایی که در جریان اجتماعی شدن ثانویه نوباوگان جامعه نقش دارد، نقش مهم و اثرگذاری در این حوزه می‌تواند ایفا کند.

* همان طور که در بخشی از یافته‌های پژوهشی مشهود بود اکثریت زنان مراجعه کننده به سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه اولین دلیل و یا انگیزه مصرف مواد سبک و سنگین را به هیجانات مثبت و منفی خود ربط نداده بودند. به بیان دیگر عامل دیگری در گرایش به کسب چنین تجربه‌ای آنان را ترغیب کرده بود. یافته‌های کیفی پژوهش نشان داد فتح تجاری که قبلا مردانه قلمداد می‌شد و دسترسی زنان به این گونه تجارب به نوعی برای ایشان به عنوان یک مکانیسم نافرمانی و مقاومت در برابر تبعیضات بین دو جنس قلمداد می‌شود. از همین رو می‌توان با برداشتن گام‌هایی در جهت دسترسی برابر به فرصت‌هایی که قبلا از جانب جامعه مردانه تلقی می‌شد و یا دستگاه قدرت خواهان این نوع تلقی از جامعه بود هم نیمی از جامعه را به سمت فرصت مثبت و مطلوبی که قبلا از دسترسی و تجربه آن محروم بود نیل داد و برخوردار کرد و هم میل به برابری با کسب تجارب منفی با بر ساخت مردانه را در ایشان کاهش داد.

منابع و مآخذ

- ابولقاسمی، عباس، محمودی، هیوا؛ سلیمانی، اسماعیل (۱۳۸۸)؛ بررسی نقش سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی در تمیز دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۶(۳)، ۴۱-۱۳۴
- احمد نیا، شیرین (۱۳۸۵)، جامعه‌شناسی بدن و بدن زنان، فصلنامه زنان، شماره ۵
- اخلاصی، ابراهیم (۱۳۸۶)، بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر مدیریت بدن در زنان، مطالعه موردی زنان شهر شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی به راهنمایی بهجت یزدخواستی
- اراضی، حمید؛ عسگری، بهمن (۱۳۹۰)؛ شیوع مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان دختر تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی، فصلنامه اعتیادپژوهی، سال ۵، شماره ۱۹، پاییز ۱۳۹۰، ۵۷-۷۰
- آزاد ارمکی، تقی و حسن چاوشیان (۱۳۸۱)، بدن به مثابه رسانه هویت، مجله جامعه‌شناسی ایران، شماره ۴
- اسمعیلی، مژگان (۱۳۹۱)، تعیین شیوع سو مصرف ترامادول در دانشجویان دانشگاه‌های شاهرود، پایان نامه جهت اخذ دکتری حرفه‌ای پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، تابستان ۱۳۹۱
- اسمعیلی، مژگان (۱۳۹۱)، تعیین شیوع سو مصرف ترامادول در دانشجویان دانشگاه‌های شاهرود، پایان نامه جهت اخذ دکتری حرفه‌ای پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، تابستان ۱۳۹۱
- اهدایی، مریم (۱۳۹۱)؛ با عنوان بررسی عوامل اجتماعی مؤثر در اعتیاد زنان (مورد مطالعه مراجعه کنندگان درمانگاه سرزمین پاک استان البرز)، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، دانشکده علوم اجتماعی و روان‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی
- اینانلو، مینا (۱۳۹۵)؛ بر ساخت بدن (جامعه‌شناسی سبک‌های مدیریت بدن جوانان)، انتشارات جامعه‌شناسان، چاپ اول
- باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملفت، حسین (۱۳۸۹)؛ بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده اعتیاد در شهر اهواز، جامعه‌شناسی کاربردی، سال ۲۱، شماره ۳۸ (۲)، تابستان ۸۹، ۱۱۹-۱۳۷
- بخشی، فریده (۱۳۸۸)؛ آسیب‌شناسی اعتیاد زنان در خانواده، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مطالعات زنان، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، گروه مطالعات زنان، دی ماه ۱۳۸۸
- بوستانی، داریوش؛ کرمی زاده، الهام (۱۳۹۶)، شرایط و استراتژی‌های مصرف شیشه میان زنان معتاد (مطالعه موردی: شهر کرمان)، زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۵، شماره ۱، بهار ۱۳۹۶، ۲۰-۱
- بیاتی، پروانه (۱۳۸۹)، بستر اجتماعی-فرهنگی مؤثر بر اعتیاد به مواد روان گردان در میان زنان، فصلنامه اعتیاد پژوهی سو مصرف مواد، سال ۴، شماره ۱۴، تابستان ۱۳۸۹، ۱۵-۷
- جلیلیان، فرزاد؛ اله وردی پور، حمداله (۱۳۹۱)، کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در شناسایی باورهای مرتبط با مصرف استروئیدهای آنابولیک در بین ورزشکاران بدن ساز، دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، شماره چهارم، مهر و آبان ۱۳۹۱، ۳۵۲-۳۴۵
- دقیقی، م (۱۳۸۱)، تصویر ذهنی زن، فصل زنان (مجموعه آرا و دیدگاه‌های فمینیستی)، احمدی خراسانی، ن. و اردلان، پ. تهران: روشنگران و مطالعات زنان

- دلاور، علی؛ کوشکی، شیرین (۱۳۹۴): روش تحقیق آمیخته، نشر ویرایش، چاپ سوم
- دهقانی، خدیجه و همکاران (۱۳۸۸): شیوع و عوامل مرتبط با سو مصرف مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، دوره ۱۸، شماره ۳، ویژه نامه همایش رفتارهای پرخطر: ۱۶۹-۱۶۴
- ذکایی، م. س. و فرزانه، ح. (۱۳۸۷)، زنان و فرهنگ بدن: زمینه‌های انتخاب جراحی‌های زیبایی در زنان تهرانی، مطالعات فرهنگی و ارتباطات، شماره ۱۱، ۶۱-۴۵
- رحمتی‌زاده، معصومه (۱۳۹۳): رابطه بین انعطاف پذیری خانواده، اشتغال ذهنی پیرامون غذا و تصویر بدنی در زنان مصرف کننده ماده محرک شیشه، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، گرایش خانواده درمانی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه علم و فرهنگ
- رزاقی، فاطمه (۱۳۹۱)، مصرف رسانه، ایماژهای بدن و جراحی زیبایی (مطالعه‌ای در بین دانشجویان دانشگاه گیلان)، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، اسفند ۱۳۹۱
- رضایی، احمد؛ اینانلو، مینا؛ فکر، محمد (۱۳۸۹)، مدیریت بدن و ارتباط آن با عوامل اجتماعی در بین دختران دانشگاه مازندران، مطالعات راهبردی زنان، سال دوازدهم، شماره ۴۷، بهار ۱۳۸۹، ۱۷۰-۱۴۱
- رضایی، حسین؛ صادقی فسایی، سهیلا؛ فاضل، رضا (۱۳۹۶): مطالعه جامعه شناختی رابطه میان مدیریت بدن و سرمایه جنسی زنان (مورد مطالعه: زنان متولد دهه ۶۰ همدان)، فصلنامه علمی و پژوهشی مطالعات اجتماعی و روان شناختی زنان، دوره ۱۵، شماره ۳، شماره پیاپی ۵۲، پاییز ۱۳۹۶، ۹۵-۸۷
- رفعت جاه، مریم (۱۳۸۶): جنسیت و اوقات فراغت در عرصه‌های زندگی شهری، سایت انسان شناسی و فرهنگ
- روزنامه ایران، سال ۲۶، شماره ۶۳۰۲، شنبه ۱۳ شهریور ۱۳۹۵، ص ۱۱
- روزنامه نسل فردا، ۹۴/۰۶/۱۷، سال ۲۵، شماره ۴۹۳۰، ص ۳
- سرلک، مریم، میناسیان، وازگن، شجاعی، معصومه؛ کاشی، علی (۱۳۸۸): شیوع مصرف مواد نپروزا در بین زنان ورزشکار نخبه ایرانی، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته تربیت بدنی، ۱۳۸۶
- شعاع کاظمی، زهرا (۱۳۹۰): بررسی رابطه‌ی بین هوش هیجانی و عود زنان مصرف کننده شیشه شهر تهران، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۰، بهار ۱۳۹۰
- صرامی، حمید؛ هندیانی، عبدالله (۱۳۹۴): نگرش جامع شناختی به آسیب‌های اجتماعی ایران، سلامت اجتماعی و اعتیاد، دوره ۲، شماره ۶، تابستان ۱۳۹۴، ۱۳۴-۱۱۳
- صفری، فاطمه (۱۳۹۳): تفاوت‌های جنسیتی در زمینه سو مصرف مواد و درمان آن
- فاضلی، محمد (۱۳۸۲)، مصرف و سبک زندگی، قم، صبح صادق
- قادری، صلاح‌الدین؛ نوری، رویا؛ کریمی، جلیل؛ مروت، برزو (۱۳۹۶): سبب شناسی اعتیاد زنان (مقایسه دیدگاه‌های مصرف‌کنندگان، متخصصان و مردم)، فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره هشتم، شماره اول، بهار و تابستان ۱۳۹۶، ۱۶۲-۱۳۹

- قنبری، علی؛ ربیعی، کامران (۱۳۹۳): سبب شناسی تغییرات الگوی مصرف مواد مخدر در میان شهروند ان جمهوری اسلامی ایران، فصلنامه راهبرد اجتماعی فرهنگی، سال چهارم، شماره پانزدهم، ۲۴۳-۲۶۸
- کاکویی دینکی، عیسی؛ قوامی، نسرین السادات (۱۳۹۴): بررسی ویژگی‌های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر
- کرسول، جان (۱۳۹۵): درآمدی بر روش‌های پژوهش آمیخته، ترجمه مرتضی اکبری و راضیه اکبری، انتشارات جامعه شناسان، چاپ اول
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۸): تجدد و تشخیص (جامعه و هویت شخصدر عصر جدید)، ترجمه ناصر موفقیان، نشر نی، چاپ اول
- لطف آبادی، حسین (۱۳۷۸)، روان شناسی رشد (نوجوانی، جوانی و بزرگسالی)، تهران سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت)
- ماهنامه پیشگیری نوین، گاهنامه داخلی، ویژه اساتید، مسئولین، مدیران و کارشناسان دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی کشور
- مختاری، م و عنایت، ح (۱۳۸۸)، نظریه مبنایی جامعه پذیری دوران کودکی و تصور بدنی زنان: بررسی زنان تحت عمل جراحی زیبایی بینی در شهر شیراز، مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان، سال ۷، شماره ۱، ۷-۳۰
- مدرسی، که ژال (۱۳۹۱)، بررسی رابطه بین سببک زندگی و مدیریت بدن (مطالعه موردی زنان شهر سنج)، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه کردستان، گروه جامعه شناسی، دی‌ماه ۱۳۹۱، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه شناسی
- معیدفر، سعید؛ ذکایی، محمدسعید، شفیعی، سمیه سادات؛ فاضلی، نعمت‌الله (۱۳۹۴): زنان و زندگی شهری (زنان و فرهنگ شهری)، مرکز مطالعات و برنامه ریزی شهر تهران
- مهریار، امیر هوشنگ؛ جزایری، مجتبی (۱۳۸۷)، اعتیاد، پیشگیری و درمان، انتشارات روان‌پور، بهار ۱۳۸۷
- موحد، مجید؛ غفاری نسب، اسفندیار؛ حسینی، مریم (۱۳۸۹): آرایش و زندگی اجتماعی دختران جوان، پژوهش زنان، دوره ۸، شماره ۳، ۷۹-۱۰۵
- نوری، رویا؛ رفیعی، حسن، نارنجی‌ها، هومان؛ باغستانی، احمدرضا؛ کیومرثی، علیرضا؛ قرقلو، بابک؛ دیلمی زاده، عباس؛ اکبریان، مهدی و قادری، صلاح الدین (۱۳۸۹): بررسی روند مصرف مواد محرک در شهر تهران، واحد پژوهش جمعیت تولد دوباره موسسه مطالعات رفتاری و اجتماعی دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در تهران
- نوری، رویا؛ قرقلو، بابک؛ نارنجی‌ها، هومان؛ رفیعی، حسن و مهدی اکبریان (۱۳۹۰): بررسی نیازهای زنان مصرف کننده مواد شهر تهران در زمینه کنترل اعتیاد و پیشگیری از ابتلا به اچ آی وی / ایدز
- همتی، فریده (۱۳۸۰): زنان معلول معناد، فصلنامه توانبخشی، شماره ۴ و ۵، بهار و تابستان ۱۳۸۰، ۶۴-۵۸
- Abasiubong, F., Atting, I., Bassey, E., Ekott, J. (2008). A comparative study of use of psychoactive substances amongst secondary school students in two local government areas of Akwa Ibom State, Nigeria. *Nigerian Journal Clinical Practice*, 11(1), 45-51.

- Alamdar Saravi M. Study of personality traits in cosmetic surgery candidates in Azar Clinic [dissertation]. Iran University of Medical Sciences and Health Services; 2002. [In Persian]
- Baumeister, S. E, Tossmann, P. (2005). Association between early onset of cigarette, alcohol and cannabis use and later drug use patterns: An analysis of a survey in European metropolises. *European Addiction Res.* 11(2): 92-98.
- Bolhari, J. (2001). Evaluation of drug abuse in Iran prison. *Journal of Addiction Research*, 1,(3), 13-49.
- Brecht M. L., Greenwell L, Anglin M. D. (2007). Substance use pathways to methamphetamine use among treated users. *Addiction Behavior*, 32(1): 24-38
- Brown B. Body image and femininity. *Br J Med Psychol* 2001; 59: 279-87.
- D'Amico E. J, McCarthy D. A. (2008). Escalation and initiation of younger adolescents' substance use: The impact of perceived peer use. *Journal Adolescent Health.*, 39(4): 481-487.
- Etcoff, N(2004), " The real truth about beauty: a global report", Finding of the Global Study On Women, Beauty and Well being
- Faden V. B. Trends in initiation of alcohol use in the United States 1975 to 2003. (2006). *Alcoholism: Clinical Exp Res* 30 (6): 1011-1022
- Featherstone, Mike. (1999). "Body Modification: An Introduction, Body and Society, Vol. 5, No. 2-3, PP. 1-13.
- Featherstone, Mike. (2010). "Body, Image and Affect in Consumer" Culture, Body and Society, Vol. 16, No.1, PP. 193-221.
- Gottfried, Heid (2003), "Tempting bodies: shaping gender at work in Japan.", *Sociology*, Vol.37,No.2
- Kanayama G, Barry S, Hudson JI, Pope HG. Body image and attitude toward male role in Anabolic Androgenic Steroids use. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(4):697-703
- Korhonen, T., Huizink, A.C., Dick, D.M., Pulkkinen, L., Rose, R.J., Kaprio, J. (2008). Role of individual, peer and family factors in the use of cannabis and other illicit drugs: A longitudinal analysis among Finnish adolescent twins. *Drug Alcohol Dependency*, 97(1-2): 33-43.
- Laber MP. Adolescent boys and the muscular mole body ideal. *J Adolesc Health Care*. 2002; 30 (4). 233-42.
- Maxwell J.C. Are we becoming more alike? Comparison of substance use in Australia and the United States as seen in the 1995, 1998, 2001 and 2004 national household surveys. *Drug Alcohol Rev*, 27(5): 473-481.
- Miller KE, Barnes GM, Sabo DF, Melnick MJ, Farrell MP. Anabolic-androgenic steroid use and other adolescent problem behaviors: Rethinking the mole athlete assumption. *Sociol Perspect*. 2002; 45(4): 467-89.
- Mohammadi N, Sajjadinejad MS. [Evaluation of psychometric indexes worry questionnaire about body image and testing of relative model of BMI, dissatisfaction of body image and self-esteem in juvenile girls].

- Quarterly Journal of Psychological Studies of Alzahra University 2008; 3: 85-101. [Persian]
- Movahed M, Ghafarinasab E, Hoseini M. [Make up and young girls social life]. Women in Development and Politics (Women's Research 2009;8:79-105. [In Persian]
 - Nilsson S, Baigi A, Marklund B, Fridlund B. The prevalence of androgenic-anabolic steroids by adolescent in county of Sweden. Eur J Public Health. 2001; 11(2):195-7.
 - Noghani M, Mazloun Khorasani M, Varshoe S. [Effective social factors on women's cosmetic surgery]. Journal of Women's Studies (Sociological & Psychological) 2011; 8: 75- 101. [Persian]
 - Padersen W, Wichstrom L, Blekesaune M. Violent behaviors, violent victimization, and doping agent: A normal population study of adolescents. J Interpers Violence. 2001; 16(8): 808-32.
 - Pavlovic, Z., Jakovljevic, B. (2008). Frequency and risk factors of the use of psychoactive substances among the young. (Serbian). *Vojnosanitetski Pregled*, 65(6), 441-448.
 - Peters MA, Phelps L. Body image dissatisfaction and distortion, steroid use, and sex differences in college age body builders. Psychol Sch. 2001; 38(3): 283-9.
 - Primack, B. A, Land S. R, Fine M. J. (2008). Adolescent smoking and volume of exposure to various forms of media. *Public Health*. 122(4): 379-389.
 - Sterk C. E, Theall K. P, Elifson K. W. (2007). Getting into ecstasy: Comparing moderate and heavy young adult users. *Journal Psychoactive Drugs*. 39(2): 103- 113.
 - Toni, C. Antonucci(2004), " The Dove Report: Challenging Beauty.", New York, Edelman Publication
 - Tu A.W., Ratner P. A & Johnson J. L. (2008) Gender differences in the correlates of adolescents' cannabis use. *Substance Use Misuse*, 43(10): 1438-1463
 - Young S. J, Longstaffe S., Tenenbein M. (1999) Inhalant abuse and the abuse of other drugs. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 25(2): 371-375.
 - Zakaie MS. [Sociology of Iranian youth]. Tehran: Agah Press;2006. [In Persian]
 - Zamani SN, Fazilatpour M. [The effects of eosmetic surgery on patients' self-esteem and negative 2 image of themselves]. Journal of Kerman University of Medical Siences 2013; 20:492-504. [Persian]

– ضمائم و پیوست‌ها

پیوست ۱: فرم رضایت آگاهانه شرکت در تحقیق

عنوان: بررسی مصرف و شیوع مواد در آرایشگاه‌ها، سالن‌های زیبایی و ورزشی زنانه شهر اصفهان

اینجانب با آگاهی کامل رضایت می‌دهم که به عنوان یک فرد

مورد مطالعه در پژوهش بررسی مصرف و شیوع مواد در سالن‌های زیبایی و اماکن ورزشی بانوان شهر اصفهان شرکت نمایم. کلیه اطلاعاتی که از من گرفته می‌شود و نیز نام من محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج تحقیقات به صورت کلی و در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر می‌گردد و نتایج فردی در صورت نیاز بدون ذکر نام و مشخصات فردی عرضه خواهد گردید. این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب در مقابل (افراد مسئول برنامه) در صورتی که عملی خلاف و غیر انسانی انجام شود نخواهد بود. شرکت شما در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهید بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان مایل بودید از پژوهش مذکور خارج شوید.

امضاء

نام و نام خانوادگی و امضاء

پژوهشگر

کد:

تاریخ:

شماره تماس:

محل پژوهش:

پیوست ۲: پرسشنامه تحقیق

پرسشنامه‌ای که در مقابل شماست مربوط به یک مطالعه علمی است. این مطالعه در نظر دارد میزان دسترسی و مصرف انواع مخدر و سایر مواد محرک را در محیط‌های ورزشی و سالن‌های زیبایی بانوان در سطح شهر اصفهان مطالعه کند. خواهشمند است با پاسخ‌های صادقانه خود ما را در انجام دقیق این تحقیق یاری دهید. قبلاً از همکاری صمیمانه شما سپاسگزاریم. پاسخ‌های شما به صورت ناشناس در این پرسشنامه درج می‌شود. در صورت آمادگی برای ارائه اطلاعات بیشتر به محقق و همکاری در تکمیل اطلاعات تحقیق می‌توانید از طریق اکانت تلگرام این شماره (۰۹۲۱۱۵۵۷۹۷۱) آمادگی خود را اعلام کنید.

۱. سن	کمتر از ۱۵ سال	بین ۱۵ تا ۱۸ سال	بین ۱۹ تا ۲۹ سال	بین ۳۰ تا ۳۹ سال	بین ۴۰ تا ۴۹ سال	بین ۵۰ تا ۵۹ سال	۶۰ سال و بیشتر
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲. وضعیت تحصیلات	بی سواد	سواد خواندن و نوشتن	ابتدایی	راهنمایی	دیرستان	دیپلم	کاردانی
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳. وضعیت تاهل	مجرد	متاهل	متارکه	مطلقه	بیوه	سایر	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴. وضعیت اشتغال	دانش آموز	دانشجو	شاغل	خانه دار	شاغل پاره وقت	بازنشسته و مستمری بگیر	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ارزیابی شما از تجربیات و مشاهداتتان از دسترسی به هر کدام از موارد زیر در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیبایی سطح شهر که به آن‌ها مراجعه کرده‌اید چه قدر است؟

۵. قلیان	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلاً
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۶. سیگار	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلاً
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۷. الکل	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلاً
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۸. حبشیش	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلاً
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۹. علف (گل)	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلاً
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۰. تریاک	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلاً
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۱. ترامادول	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلاً
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۲. متادون	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلاً
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۳. آرام بخش‌ها، ضد افسردگی‌ها	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلاً
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۴. اکستازی	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلاً
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۱۵. مورفین	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۶. کوکائین	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۷. کراک	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۸. شیشه	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۹. LSD	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۰. اطلاعی ندارم	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ارزیابی شما از تجربیات و مشاهداتتان از مصرف هر کدام از موارد زیر در آرایشگاه‌ها و سالن‌های زیباییِ سطح شهر که به آن‌ها مراجعه کرده‌اید چه قدر است؟						
۲۱. قلیان	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۲. سیگار	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۳. الکل	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۴. حشیش	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۵. علف (گل)	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۶. تریاک	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۷. ترامادول	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۸. متادون	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۹. آرام بخش‌ها، ضد افسردگی‌ها	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۰. اکستازی	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۱. مورفین	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۲. کوکائین	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۳. کراک	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳۴. شیشه	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۵. LSD	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۶. اطلاعاتی ندارم	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ارزیابی شما از تجربیات و مشاهداتتان از دسترسی به هر کدام از موارد زیر در باشگاهها و سالنهای ورزشی و ماساژ سطح شهر که به آنها مراجعه کردهاید چه قدر است؟						
۳۷. قلیان	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۸. سیگار	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۹. الکل	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴۰. حشیش	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴۱. علف (گل)	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴۲. تریاک	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴۳. ترامادول	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴۴. متادون	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴۵. آرام بخش ها، ضد افسردگی ها	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴۶. اکستازی	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴۷. مورفین	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴۸. کوکائین	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴۹. کراک	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۵۰. شیشه	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۵۱. LSD	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۵۲. اطلاعاتی ندارم	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ارزیابی شما از تجربیات و مشاهداتتان از مصرف هر کدام از موارد زیر در باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی و ماساژ سطح شهر که به آن‌ها مراجعه کرده‌اید چه قدر است؟						
۵۳. قلیان	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۵۴. سیگار	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۵۵. الکل	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۵۶. حشیش	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۵۷. علف (گل)	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۵۸. تریاک	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۵۹. ترامادول	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۶۰. متادون	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۶۱. آرام بخش‌ها، ضد افسردگی‌ها	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۶۲. اکستازی	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۶۳. مورفین	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۶۴. کوکائین	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۶۵. کراک	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۶۶. شیشه	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۶۷. LSD	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۶۸. اطلاعاتی ندارم	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	اصلا
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

در صورت سابقه و تجربه مصرف مواد مخدر به سوالات زیر پاسخ دهید:					
۶۹- فرد پیشنهاد دهنده برای اولین بار مصرف مواد			۷۰- دلایل برای اولین بار مصرف مواد		
کد	فرد یا افراد پیشنهاد دهنده	کد	دلایل برای اولین مصرف مواد		
۱	☐ یکی از افراد خانواده	۱	☐	رفع مشکلات جنسی	
۲	☐ یکی از بستگان	۲	☐	رفع درد	
۳	☐ دوستان مدرسه	۳	☐	کاهش علائم یک بیماری جسمی	
۴	☐ دوستان دانشگاه	۴	☐	کسب لذت	
۵	☐ همکاران محل کار	۵	☐	کنجکاوی	
۶	☐ دوستان سالن زیبایی	۶	☐	رفع مشکلات روحی	
۷	☐ دوستان باشگاه ورزشی	۷	☐	زیبایی و تناسب اندام	
۸	☐ افراد غریبه و سایرین	۸	☐	در دسترس بودن	
۹	☐ بدون پیشنهاد دیگران	۹	☐	سایر	
۱۰	☐ به خاطر ندارم	۱۰	☐	هیچ کدام	
۷۱- موقعیت اولین شروع مصرف مواد			۷۲- واقعه منجر به اولین مصرف مواد		
۱	☐ مهمانی خانوادگی	۱	☐	مشکلات کاری	
۲	☐ مهمانی دوستانه				
۳	☐ پارک	۲	☐	مشکلات تحصیلی	
۴	☐ مدرسه				
۵	☐ کوچه و خیابان	۳	☐	مشکلات خانوادگی	
۶	☐ خوابگاه یا منزل دانشجویی				
۷	☐ محل کار	۴	☐	روابط بین فردی (خانواده، کار و تحصیل)	
۸	☐ سالن زیبایی				
۹	☐ باشگاه ورزشی	۵	☐	نارضایتی از ظاهر	
۱۰	☐ سالن ماساژ				
۱۱	☐ منزل	۶	☐	سایر	
۱۲	☐ سایر				
۱۳	☐ بخاطر ندارم	۷	☐	هیچ واقعه مشخصی وجود نداشت	

۷۳- حالات روحی منجر به اولین مصرف مواد مخدر		
۱	☐	اضطراب، ترس، نگرانی و ... موارد مشابه
۲	☐	غمگینی، افسردگی و موارد مشابه
۳	☐	خشم، پرخاش، عصبانیت و موارد مشابه
۴	☐	سرخوشی، وجد، شعف، کیف و موارد مشابه
۵	☐	هیچکدام
۶	☐	سایر

در صورت مصرف هر کدام از موارد زیر لطفا وضعیت خود را نسبت به مصرف آن‌ها در موقعیت‌های عنوان شده در طی سال اعلام کنید								
کد	ماده	۷۴	اصلا	۷۵	اصلا	۷۶		
		در طول عمر		حد اقل یکبار در ماه گذشته		تعداد مصرف در ۱۲ ماه گذشته		
						کمتر از ۱۰ بار	۱۰ تا ۵۰ بار	بیش از ۵۰ بار
۱	قلیان	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲	سیگار	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳	الکل	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴	حشیش	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۵	علف (گل)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۶	تریاک	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۷	ترامادول	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۸	متادون	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۹	آرام بخش‌ها، ضد افسردگی‌ها	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۰	اکستازی	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۱	مورفین	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۲	کوکائین	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۳	کراک	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۴	شیشه	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۵	LSD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

در صورت مصرف هر کدام از موارد زیر لطفا وضعیت خود را نسبت به مصرف آن‌ها در موقعیت‌های عنوان شده در طی سال اعلام کنید								
کد	ماده	۷۷			۷۸			
		مصرف مواد قبل از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی			تغییر مصرف مواد بعد از ورود به سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی			
		مصرف تکرده‌ام	قبل از ورود	بعد از ورود	دیگر مصرف نمی‌کنم	یکسان	کاهش	افزایش
۱	قلیان	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲	سیگار	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳	الکل	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۴	حشیش	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۵	علف (گل)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۶	تریاک	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۷	ترامادول	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۸	متادون	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۹	آرام بخش‌ها، ضد افسردگی‌ها	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۰	اکستازی	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۱	مورفین	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۲	کوکائین	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۳	کراک	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۴	شیشه	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۵	LSD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

لطفا در صورت استعمال هر کدام از موارد زیر وضعیت خود را نسبت به محل مصرف هر کدام از موارد زیر در ۱۲ ماه گذشته اعلام کنید.															
۷۹	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
	قمار	بیسگار	الکل	هشیش	علف (گل)	تریاک	ترامادول	متادون	آرام بخش ها	اکستازی	مورفین	کوکائین	کراک	پیشنه	LSD
در منزل به تنهایی	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
در منزل با دوستان	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
در منزل دوستان	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
در جشن ها و مهمانی های خانوادگی	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
در میهمانی ها و پارتنی های دوستانه	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
در سفر و گردش تفریحی با دوستان	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
در سفر و گردش تفریحی با خانواده	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
در سالن زیبایی	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
در باشگاه ورزشی	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
مصرف کننده نیستم	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

لطفا در صورت استعمال هر کدام از موارد زیر وضعیت خود را نسبت به سن شروع مصرف در هر کدام از موقعیت های زیر اعلام کنید.															
۸۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
	قمار	بیسگار	الکل	هشیش	علف (گل)	تریاک	ترامادول	متادون	آرام بخش ها	اکستازی	مورفین	کوکائین	کراک	پیشنه	LSD
۱۲ سالگی و پایین تر	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۱۳ تا ۱۹ سالگی	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۲۰ تا ۲۹ سالگی	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
۳۰ تا ۳۹ سالگی	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
بالا تر از ۴۰ سالگی	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

لطفا میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از گویه‌های زیر مشخص کنید.						
کد	۸۱	کاملا مخالفم	مخالقم	تا حدوی مخالفم	موافقم	کاملا نظری ندارم
۱	توجه مردم به اندام ظریف زنان است.					
۲	زنان باید در بیرون از منزل با بهترین وضعیت زیبایی خود ظاهر شوند.					
۳	به خاطر دیگران به وضعیت زیبایی می‌رسم.					
۴	زنان خوش هیکل موفقیت بیشتر در فروشندگی دارند.					
۵	لاغری اندام نشانه زیبایی زن است.					
۶	دیگران هیکل زیبا را تحسین می‌کنند.					
۷	افکار دیگران به زیبایی زن توجه چندانی ندارد.					
۸	دیگران به زن دارای هیکل نامناسب چندان توجه نمی‌کنند.					
۹	خوش هیکلی یا لاغری، وسیله‌ای برای جلوگیری از دلدادگی شوهر به غیر از همسر است.					
۱۰	اندام چاق آدم را بین دوستانش انگشت نما می‌کند.					
۱۱	خواستگاران مرد به اندام و صورت دختر توجه زیادی دارند.					
۱۲	کارفرمایان به زیبایی زنان هنگام استخدام آنان توجه زیادی دارند.					
۱۳	زنان خوش هیکل در محیط‌های شغلی احترام بیشتری دارند.					
۱۴	زنان خوش هیکل در پیدا کردن شغل شانس بالاتری دارند.					
۱۵	برای جوان‌تر شدن صورتم از جراحی‌های پلاستیک استفاده می‌کنم.					
۱۶	برای زیباتر شدن اندام و صورتم از جراحی‌های پلاستیک استفاده می‌کنم.					
۱۷	جراحی‌های پلاستیک چهره را غیرطبیعی می‌کند.					
۱۸	برای لاغری باید از روشهای سالم مثل پیاده روی استفاده کرد.					

لطفا میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از گویه‌های زیر مشخص کنید.						
کد	۸۲	کاملا مخالفم	کاملا موافقم	تا حدی مخالفم	موافقم	نظری ندارم
۱۹	زنان باید تحصیلات قابل قبولی در جامعه داشته باشند.					
۲۰	زنان باید تلاش بسیاری در زندگی داشته باشند.					
۲۱	زنان باید انگیزه بسیاری برای زندگی داشته باشند.					
۲۲	زنان باید برای کسب تحصیل و شغل تلاش بسیاری داشته باشند.					
۲۳	زن باید متین و سنگین باشد.					
۲۴	زنان باید رعایت محرم یا نامحرمی را بیشتر از سایرین داشته باشند.					
۲۵	زن نباید بلند بلند بخندد.					
۲۶	زنان باید دیندار باشند.					
۲۷	زن خوب باید رعایت اخلاق را داشته باشد.					
۲۸	زن باید کدبانوی خوبی باشد.					
۲۹	زن باید زیبا باشد.					
۳۰	زن باید به ظاهر خود رسیدگی کند.					
۳۱	زن باید شیک پوش باشد.					
۳۲	زن باید به بزرگترها با احترام و ادب برخورد داشته باشد.					
۳۳	زن خوب خانواده خود را شرمند نمی‌کند.					
۳۴	زن باید خوش خلق و اجتماعی باشد.					
۳۵	زن باید بداند در هر موقعیتی چطور برخورد کند.					
۳۶	زن نباید مطیع باشد.					
۳۷	زن نباید پر رو باشد.					
۳۸	زن باید مهربان و با محبت باشد.					

لطفا میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از گویه‌های زیر مشخص کنید.							
کد	۸۳	کاملاً مخالفم	مخالفتم	تا حدوی مخالفم	موافقم	کاملاً موافقم	نظری ندارم
۳۹	برای رسیدن به اندامی خوش فرم حاضرم قرصهای خاص استفاده کنم.						
۴۰	اگر قرص‌های خاصی شادی ایجاد می‌کند حاضرم از آنها مصرف کنم.						
۴۱	در میان دوستان صمیمی من از مواد مخدر استفاده می‌کنند.						
۴۲	تا به حال برای مصرف مواد مخدر کنجکاوی بوده‌ام.						
۴۳	حاضر نیستم با کسانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند ارتباط داشته باشم.						
۴۴	لذت زندگی در تجربیات آن است و مصرف مواد مخدر هم تجربیات جالبی به همراه دارد.						
۴۵	مصرف مواد در بین همگروهی‌هایم کلاس بالایی دارد.						
۴۶	برای اینکه عزیزانم دلقور نشوند دست رد به مصرف مواد مخدر نمی‌زنم.						
۴۷	زنها هم مثل مردان می‌توانند مواد مصرف کنند.						

پیوست ۴: کاربست نتایج

ردیف	نتایج حاصل از پژوهش	محل اجرای نتایج (کمیته‌های ستاد، دستگاه‌های عضو ستاد، دستگاه‌های عضو شورای هماهنگی استان‌ها و ...)
۱	نتایج حاصل از بررسی ارزیابی پاسخگویان از دسترسی به مواد اعتیاد آور در سالن‌های زیبایی و باشگاه‌های ورزشی نشان می‌دهد از حیث دسترسی به مواد دروازه‌ای سیگار و الکل و از حیث دسترسی به سایر مواد مخدر و محرک آرام بخش‌ها، مورفین و ترامادول بالاترین رتبه دسترسی را در محیط‌های مذکور دارا بوده‌اند.	کلیه دستگاه‌های درگیر مبارزه با مواد مخدر کشور
۲	نتایج حاصل از بررسی ارزیابی پاسخگویان از مصرف مواد اعتیاد آور در سالن‌های زیبایی و باشگاه‌های ورزشی نشان می‌دهد از حیث مصرف مواد دروازه‌ای سیگار و الکل و از حیث مصرف سایر مواد مخدر و محرک آرام بخش‌ها، ترامادول، مورفین و متادون بالاترین رتبه مصرف را در محیط‌های مذکور دارا بوده‌اند.	کلیه دستگاه‌های درگیر مبارزه با مواد مخدر کشور
۳	نتایج حاصل از مطالعه پاسخگویان دارای تجربه حداقل یکبار مصرف از حیث افراد پیشنهاد دهنده در اولین بار مصرف نشان می‌دهد نقش دوستان مدرسه نسبت به سایر گروه‌های نامبرده شده بیشتر بوده است.	کلیه دستگاه‌های درگیر مبارزه با مواد مخدر کشور
۴	نتایج حاصل از مطالعه پاسخگویان دارای تجربه حداقل یکبار مصرف از حیث واقعه و حالات روحی منجر به اولین بار مصرف نشان می‌دهد برخلاف تصور رایج وجود مشکل عامل گرایش و یا حتی تجربه مصرف در بسیاری از افراد محسوس نمی‌شود و هیچ‌کدام از هیجان‌های روحی مثبت یا منفی عامل گرایش و یا حتی تجربه مصرف در بسیاری از افراد محسوب نمی‌شود.	کلیه دستگاه‌های درگیر مبارزه با مواد مخدر کشور
۵	نتایج حاصل از مطالعه پاسخگویان دارای تجربه حداقل یکبار مصرف از حیث وضعیت مصرف در دوره‌های مختلف زندگی نشان می‌دهد الگوی غالب در اکثریت افراد چند مصرفی بوده است.	کلیه دستگاه‌های درگیر مبارزه با مواد مخدر کشور
۶	نتایج حاصل از مطالعه پاسخگویان دارای تجربه حداقل یکبار مصرف از حیث مقایسه وضعیت تغییر مصرف مواد قبل و بعد از شروع سالن زیبایی یا باشگاه ورزشی نشان داد اختلاف نسبت کسانی که تغییرات مصرف در آن‌ها مثبت بوده نسبت به کسانی که تغییرات مصرف آن‌ها منفی بوده بیشتر است. البته این به معنای قضاوت در مورد نقش	کلیه دستگاه‌های درگیر مبارزه با مواد مخدر کشور

	قطعی محیط‌های مذکور در کاهش و یا افزایش مصرف مواد در بین زنان نیست. روند افزایشی برای مصرف الکل و کوکابین و روند کاهشی برای مصرف آرام بخش‌ها از تغییرات قابل توجه قبل و بعد از ورود به اماکن مذکور بوده است.	
کلیه دستگاه‌های درگیر مبارزه با مواد مخدر کشور	نتایج حاصل از مطالعه پاسخگویان دارای تجربه حداقل یکبار مصرف از حیث سن شروع مصرف مواد نشان می‌دهد سن شروع به مصرف مواد دروازه‌ای سیگار و قلیان و ماده محرک گل به دوره نوجوانی (بازه سنی ۱۳-۱۹ سالگی) کاهش یافته است و در مورد مصرف آرام‌بخش‌ها دو بازه سنی ۱۳-۱۹ سالگی و ۲۰-۲۹ سالگی پرتکرارترین بازه‌های سنی شروع به مصرف این ماده بوده است که به نوعی به بحران‌های روانی-اجتماعی زنان در این دو مقطع سنی ارتباط پیدا می‌کند.	۷
بنابراین سیاست‌گذاران باید به این مساله توجه داشتند و پایه‌های تغییر در گرایش زنان به تصور بدنی منفی، گرایش به جراحی زیبایی، استفاده از لوازم آرایشی و در نهایت صرف وقت و انرژی برای ساختن بدن ایده‌آل خود را در روند تغییر جامعه قرار دهند که آموزش زنان و مردان از جمله این اقدامات برای تغییرات اجتماعی در جامعه است.	نتایج پژوهش نشان داد عوامل اجتماعی و فرهنگی در نوع ادراک زنان از بدن شان تاثیر فراوانی دارد.	۸
برای حل این مشکل نخست باید بدانیم کجا مصرف آگاهانه اتفاق می‌افتد و از کجا ناآگاهانه است. اگر چه تا چند سال قبل زنان فقط با انگیزه همراهی با همسران یا با فشار یکی از مردان خانواده و با هدف همسر شدن با انگیزه‌های منفعت جویانه مردان معتاد درگیر اعتیاد می‌شدند. امروزه پژوهش‌ها نشان می‌دهد تنها عامل درگیری زنان در اعتیاد این‌گونه عوامل نیست و انگیزه‌های دیگری همچون کاهش وزن، رهایی از استرس، تفریح و اصرار دوستان جز عوامل اصلی اعتیاد در زنان به شمار می‌آید. مطالعات نشان می‌دهد ۵۰ درصد از زنان معتاد در ۱۵ تا ۱۹ سالگی مصرف مواد را آغاز کرده‌اند.	نتایج حاصل از پژوهش نشان داد بسیاری از زنان از روی کنجکاوی و کسب لذت و بسیاری ناآگاهانه با اولین تجربه مصرف مواد روبرو شده‌اند.	۹
امید به مهار معضل رو به گسترش اعتیاد ، بدون دخالت فعالانه مردم و توانمند سازی آن‌ها برای اطلاع رسانی و آموزش هم‌تایان خود امکان پذیر نمی‌باشد.	عرضه داروهای بدن‌سازی و قرص‌های لاغری در برخی باشگاه‌های ورزشی و سالن‌های زیبایی زنانه از طریق مراجع غیرقانونی که خطر بروز علائم مصرف مواد محرک را به همراه دارد، توجه ویژه به این اماکن را می‌طلبد.	۱۰

۱۱	نابرابری‌های جنسیتی و تلاش برای رسیدن به هر آن‌چه حق مردانه تلقی می‌شود و زنان از آن محرومند نوعی مواجهه منفی زنان با حقوق نابرابر خود را باعث شده است که مصرف مواد حتی به صورت تفننی و گاه‌گاهی یکی از استراتژی‌هایی هست که گروهی از زنان در رویکرد برابری خواهانه خود دنبال می‌کنند.	یکی از نیازهای زنان و دختران شهری که اکنون دیگر در خانه‌ها محصور نیستند نیازهای فراغت است. اگر چه برخی از زنان شاغل خانه‌دار ممکن است در شرایط فعلی (عدم مشارکت مردان در کارهای خانگی و فقدان حمایت‌های اجتماعی) از وقت آزاد کمتری برخوردار باشند اما با دگرگونی تدریجی سبک زندگی و کاسته شدن از تعداد فرزندان و اهمیتی که زنان برای سلامت، سرگرمی و فعالیت‌های فراغتی برون خانگی قایل می‌شوند، لازم است برنامه ریزان به نیازهای آنان توجه نموده و در جهت گسترش فضاهای فراغتی عمومی نظیر ورزشگاه‌ها، فرهنگسراها و مراکز تفریحی مناسب با علایق زنان اقدام کنند
۱۲	رویکرد زنان به مصرف مواد به واسطه محیط‌های زنانه‌ای مانند آرایشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی متفاوت از رویکرد زنانی است که مثلاً به واسطه محیط زندگی و یا اطرافیان نزدیک خود به مصرف مواد ترغیب و کشیده می‌شوند.	در نظر گرفتن این عوامل در توسعه مداخلات و خدمات مناسب ضروری است.
۱۳	برخی محیط‌های اجتماعی نظیر آرایشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی می‌تواند سبب افزایش آسیب پذیری فرد در برابر گرایش به مصرف مواد مخدر و اعتیاد شود.	با محدودیت و موانعی که امروزه برای حضور دختران و زنان در غالب فضاهای عمومی شهری وجود دارد، به نظر می‌رسد فراغت این قشر می‌تواند از بیرون به مکان‌های سر بسته‌ای که آسیب‌های بیشتری در پی دارد کشانده شود. سیاست‌های فرهنگی معطوف به فضاهای فراغتی می‌تواند نحوه گذران فعالانه، خلاقانه و غیرآسیب‌زای اوقات آزاد دختران و زنان جوان را بارور سازد
۱۴	زنان بیشتر تحت تاثیر عوامل فردی به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند. از همین رو به طور ضمنی با توجه به سایر یافته‌ها تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که شدت آسیب‌پذیری زنان در محیط‌های بیرون از خانواده در قبال اعتیاد به مواد مخدر بیشتر شده است.	به این ترتیب پیشنهاد می‌گردد که برنامه ریزان فرهنگی و مسئولان مبارزه با موالد مخدر بیش از سایر گروه‌ها، برای نوجوانان، جوانان و زنان اهمیت ویژه‌ای قائل شوند و در گام نخست این گروه‌های اجتماعی را به عنوان گروه هدف برگزینند.

پیوست ۵: تعهد نامه مجری طرح

اینجانب محسن نیازی مجری طرح پژوهشی بررسی مصرف و شیوع مواد در محیط های کار خاص (مطالعه موردی سالن های

زیبایی و اماکن ورزشی بانوان در شهر اصفهان) متعهد می شوم از ارائه هر گونه اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی (در

حین اجرا یا پس از اجرا) اجتناب نموده و قبل از اقدام، هماهنگی لازم را با دفتر تحقیقات و

آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری انجام و نسبت به کسب مجوز کتبی از دفتر یاد

شده مبادرت نمایم.

نام و نام خانوادگی مجری

دکتر محسن نیازی



Study of substance use in hairdressers and women's gyms

Abstract

Aims: a comparison of the limited statistics published in recent years suggests that addiction has become an issue for the women in society. Meaning that the number of women consuming drugs is increasing. With the aim of investigating the state of drug consumption among the female clients of beauty salons and fitness gyms, this study explores the issue of drug consumption and the spread of addiction in beauty salons and fitness gyms in the city of Esfahan. **Methods:** the current project is descriptive-explanatory in terms of research, and temporary in terms of time and has been conducted between September 2017 to March 2018 in the city of Esfahan. The statistical population for the research consist of the female clients of beauty and fitness salons in the city of Esfahan, and depending on the nature of research prevalence, 971 individuals have participated and have had their information collected in the study using the cluster random sampling method. A validity coefficient of 0.79 was obtained for the questionnaire. Data analysis and interpretation was performed using the spss software.

Findings: the descriptive findings of the research showed that the average of the indexes of both availability and consumption of a variety of light, fatigue-inducing, hallucinogenic, and stimulating substances is more prevalent in hair dressing and beauty salons than sports clubs and fitness gyms. For the individual's temptation into first drug use, the influence of friends' circles is stronger than the influence of family gatherings. The majority of subjects have not identified any specific incidents as having a major effect on their first experience of drug use. In other words, and contrary to the common belief, the existence of positive or negative mental issues or emotions is not a decisive factor in the inclination towards drug abuse among many individuals. Monitoring the state of drug consumption at different stages of individual's life showed that the majority of consumers have had the experience of multiple drug uses. Also the age at which individuals start to consume cigarettes, shisha and cannabis has been reduced to early teens; and this fact in itself reveals the ease with which this group of girls can access drugs. Investigating the changes in drug consumption habits before and after attending beauty salons or fitness gyms indicates a rise in drug consumption among the female clients of these environments. In a manner that the percentage of cigarette, alcohol, tranquilising pills and cocaine consumption has seen the sharpest rise among addictive substances. Overall, the sharpest rise has been associated with cocaine. The results of the research assumptions test indicated that there is a meaningful relationship between inclination towards drug use and the body control variables ($\text{sig} < 0.01$ and $r = 0.218$); normative expectations ($\text{sig} < 0.01$ and $r = -0.305$) and the social acceptance of the body ($\text{sig} < 0.01$ and $r = 0.312$). with the difference that the direction of correlation has been positive in the variables of body control and social acceptance, and negative in the variable of normative expectations. The correlation has also been weak in all three variables compared

to the variable of inclination towards drug consumption. Also, there hasn't been any significant correlation between body perception and the inclination towards drug abuse ($\text{sig} > 0.05$ and $r = -0.019$). **Conclusion:** in general, the facilitating influence of female environments such as beauty salons and fitness gyms on the increased consumption and motivation to first drug use and experience should not be neglected.

Keywords: drug use, light substances, hallucinogenic, stimulating, fatigue inducing, women, addiction, beauty salons, fitness gyms



Iran Drug Control Headquarters

Title

Evaluation of Substance Abuse and Addiction in Certain Social Groups

(Case study hairdressing and sport facilities for women in Isfahan)

By

Dr.Mohsen niazi

Research Associates

Milad norowzi, Dr.Marjan zarandi, Dr.Pari Ataee

Spectator

Dr. Reza Mirmahdi

**February
2018**