رویش روان شناسی، سال۱۰، شماره۱۲، شماره پیاپی ۶۹، اسفند ۱۴۰۰
*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(12), 2022*

# مطالعه‌ی کیفی کیفیت زندگی زنان معتاد داوطلب مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان

# The Qualitative Study on the Quality of Life of Volunteered Addicted Women in Drug Addiction Rehabilitation Centers of Isfahan City

**فروغ السادات موسوی تکیه**
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
**دکتر زهرا یوسفی** (نویسنده مسئول)
استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روانشناسی،دانشگاه آزاد اسلامی، واحداصفهان (خوراسگان)،اصفهان، ایران.

**Forugh Sadat Mousavi Tekieh**
M.A Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
**Dr. Zahra Yousefi***
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education And Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. z.yousefi@khuisf.ac.ir

## چکیده
هدف از پژوهش حاضر، مطالعه کیفی کیفیت زندگی زنان معتاد شهر اصفهان بود. نوع این پژوهش کیفی، تحلیل محتوا بود و داده‌ها با روش تحلیل مضمون شش مرحله‌ای کلارک و براون (۲۰۰۶) ارزیابی شد. جامعه‌ی آماری پژوهش، زنان معتاد در مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بودند که ۱۷ نفر به شکل هدفمند و به روش نمونه‌گیری همگون انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود که حاوی سوالات مرتبط با کیفیت زندگی زنان معتاد براساس نظریه‌ی فریش (۲۰۰۶) بود. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی زنان معتاد در چهار حوزه قابل بررسی است: (۱) وضعیت سلامت جسمانی و روانشناختی، (۲) جایگاه اقتصادی، (۳) وضعیت اجتماعی و (۴) وضعیت خانوادگی. با توجه به چارچوب نظریه فریش می‌توان چنین نتیجه گرفت که کیفیت زندگی زنان معتاد بیشتر در سایه این چهار حوزه ذکر شده تغییر می‌کند و درمانگران اعتیاد برای درمان این زنان معتاد بایستی توجه خود را به بهبود و بالا بردن سطح این چهار حیطه متمرکز کنند.

***واژه‌های کلیدی:*** *کیفیت زندگی، زنان معتاد، نظریه فریش، تحلیل مضمون*

## Abstract
The aim of the current research was a qualitative study of the quality of life of addicted women in Isfahan city. The type of this qualitative study was contents analysis and data was evaluated through Braun and Clark's (2006) six-phase thematic analysis process. The statistical population of the study was all addicted women in addiction withdrawal centers in Isfahan city in 2018 and 17 persons were selected using purposive and homogeneous sampling. Data were collected through semi-structured interviews that included questions about the quality of life-based on Frisch's theory (2006). The results showed that the quality of life of addicted women could be analyzed in four domains: 1) physical and psychological health status, 2) material possession, 3) social status, and 4) family status. With regard to Frisch's theory, it can be concluded that the quality of life among addicted women is mostly changed alongside the four mentioned domains and addiction therapists should focus their attention on the improvement of these four areas for the therapy of these addicted women.

***Keywords:*** *quality of life, addicted women, Frisch's theory, thematic analysis*

**نوع مقاله : پژوهشی** | **دریافت : شهریور ۱۴۰۰** | **پذیرش: آذر ۱۴۰۰** | **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۰**

## مقدمه

جامعه مورد مطالعه‌ی این پژوهش زنان معتاد داوطلب مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان تحت نظارت سازمان بهزیستی است. زنان از نخستین قربانیان بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی از جمله اعتیاد به مواد مخدر هستند. هزینه‌های اقتصادی بالا، مرگ و خودکشی، ازدواج‌های ناموفق، مشکلات نامطلوب رفتاری، اجتماعی و بهداشتی از پیامدهای اعتیاد در زنان است (رضوی و همکاران، ۱۳۹۹). اعتیاد یک اختلال مغزی است که به واسطه اجباری در محرکهای پاداش با وجود عواقب ناگوار ایجاد می‌شود (ولکو[1]، ۲۰۱۶).

1. Volkow

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.17.9 ]

کیفیت زندگی مفهوم گسترده‌ای است که دارای معانی گوناگون برای افراد و گروه‌های مختلف است. یکی از نظریه‌های مربوط به کیفیت زندگی، نظریه فریش[۱] (۲۰۰۶) است. فریش، معتقد است کیفیت زندگی به شکل آشکار یا پنهان در نقطه مقابل کمیت قرار می‌گیرد و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که ممکن است عالی، رضایت آمیز و لذت‌بخش باشد. در واقع کیفیت زندگی مفهومی پویا و ادراکی است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کنند دارند، زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی متناسب با اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق که در آن هستند، تعریف می‌شود. ۱۶ حوزه اصلی کیفیت زندگی در رویکرد فریش عبارتند از:۱) بهداشت و سلامت جسمانی، ۲) عزت نفس، ۳) اهداف و ارزش‌ها، ۴) پول و مادیات، ۵) کار، ۶) بازی، ۷)یادگیری، ۸) خلاقیت، ۹) کمک به دیگران،۱۰) عشق، ۱۱) دوستان،۱۲) فرزندان، ۱۳) خویشاوندان، ۱۴) خانه و همسایه‌ها، ۱۵) جامعه، ۱۶) همسر (آقایی و یوسفی، ۱۳۹۶).

در حوزۀ زنان در بحث اعتیاد اطلاعات کمی وجود دارد و سازمان‌های مرتبط با امر اعتیاد، آمارهای خود را به صورت منظم و با تفکیک جنسیت تنظیم نمی‌کنند. از طرفی، شیوع اعتیاد در زنان نیز مشابه مردان در حال افزایش است و این مسائل اهمیت بررسی جوانب مختلف اعتیاد در زنان معتاد را نشان می‌دهد و در حقیقت، یک مطالعۀ همه‌جانبه در توصیف وضع موجود و برنامه‌ریزی برای آینده مفید خواهد بود (خرسندی، ۱۳۹۵). در پژوهشی کاکرفت[۲] و همکاران (۲۰۱۹)، نشان دادند که اکثریت زنان با اختلالات سوءمصرف مواد، مشکلاتشان را به دلیل ترس از انگ‌زدن و تبعیض پنهان می‌کنند. بنابراین شناخت تاثیرات اعتیاد بر کیفیت زندگی زنان معتاد داوطلب به مراکز ترک اعتیاد بیشتر قابل بررسی است. هم‌چنین به نظر می‌رسد با توجه به عمق آسیب‌های اعتیاد در زنان و نقاط تاریک و روشن آن، پژوهش کیفی برای بررسی کیفیت زندگی زنان معتاد مؤثرتر از پژوهش‌های کمی باشد. بنابراین مطالعه‌ی این ابعاد به دقت و با روش های مناسب اکتشافی و عمیق ضروری است. از نتایج چنین پژوهشی می‌توان در جهت روشن‌سازی و شناخت تأثیرات اعتیاد بر کیفیت زندگی زنان معتاد و تهیه‌ی بسته‌های درمانی با محوریت بهبود کیفیت زندگی زنان معتاد بهره گرفت. هم‌چنین در جهت برنامه‌ریزی‌های روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی برای افزایش سطوح کیفیت زندگی زنان معتاد و کاهش اثرات اعتیاد بر آنان با همکاری متولیان پیشگیری از اعتیاد و کاهش اثرات سوءمصرف مواد در زنان استفاده گردد. از این رو پژوهش حاضر برآن بود تا کیفیت زندگی زنان معتاد را به‌طور عمیق و به شکل کیفی بررسی نماید و به این سئوال پاسخ دهد که کیفیت زندگی زنان معتاد بر اساس نظریه فریش (۲۰۰۶)، از چه وضعیتی برخوردار است؟

## روش

موضوع این پژوهش بررسی کیفیت زندگی زنان معتاد در شهرستان اصفهان بود، به این ترتیب این پژوهش از نوع کیفی و از نوع تحلیل مضمون[۳] بود. پژوهش کیفی تلاشی است برای فهمیدن موقعیت‌ها از جنبه منحصربه‌فردشان، به عنوان بخشی از یک بافت خاص و تعامل‌هایی که در آن موقعیت‌ها روی می‌دهند (میریام[۴] و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر جامعه‌ی پژوهش عبارت بود از کلیه زنان وابسته به مواد که در مراکز ترک اعتیاد زنان شهر اصفهان از جمله کمپ و مرکز اجتماع درمان محور پذیرش شدند که یا در مرحله سم‌زدایی بوده و یا این مرحله را با موفقیت پشت سر گذاشته بودند. شرکت‌کنندگان پژوهش به شکل هدفمند و به روش همگون[۵] از بین زنان معتادی انتخاب شدند که در خرداد و تیر سال ۱۳۹۷ در مراکز ترک اعتیاد زنان (کمپ و مرکز اجتماع درمان محور) شهر اصفهان حضور داشتند. پس از اخذ مجوز و هماهنگی‌های لازم، با مراجعه به مرکز ترک اعتیاد زنان به صورت هدفمند انتخاب شدند و انتخاب شرکت‌کنندگان برای اطمینان از اشباع داده‌ها تا هفده نفر ادامه یافت. جلسات مصاحبه در فضایی آرام و مورد توافق مصاحبه‌کننده (پژوهشگر) و مصاحبه شونده از لحاظ مکانی و زمانی در مراکز ترک اعتیاد زنان برگزار شد. هر مصاحبه به طور متوسط حدود ۹۰ دقیقه زمان برد. جدول (۱) ویژگی‌ها و مشخصات افراد نمونه رانشان می دهد.

**جدول۱: ویژگی ها و مشخصات افراد نمونه**

2. Frisch
2. Cockroft
2. content analysis
3. Merriam
4. Hemogenouse Sampling

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.17.9 ]

| نفرات | سن | سطح تحصیلات | محل سکونت | سابقه سوء مصرف مواد در خانواده | مشخصات خانواده پدری | سابقه در مراکز ترک اعتیاد | سابقه زندان | وضعیت و کیفیت تاهل |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| اول | ۴۳ | یک ماه و نیم نهضت سوادآموزی | اصفهان | عدم مصرف موادمخدر در خانواده | تبعه افغانستان با دو خواهر و دو برادر | سومین دوره و هفت روز در کمپ | سابقه زندان نداشته | مادر ۵ دختر و ۴ پسر که پس از فوت همسر اولش که ۴۲ سال از او بزرگتر بوده دو سال پیش صیغه مردی معتاد شده است. |
| نفرات | سن | سطح تحصیلات | محل سکونت | سابقه سوء مصرف مواد در خانواده | مشخصات خانواده پدری | سابقه در مراکز ترک اعتیاد | سابقه زندان | وضعیت و کیفیت تاهل |
| دوم | ۳۳ | دبیرستان | اصفهان | پدر، برادرها و خواهرانش به جز یک نفر | خانواده ۱۰ نفره (پدر، نامادری، هفت خواهر و سه برادر ناتنی). پدرش شش بار ازدواج کرده که مادر وی زن چهارم پدرش بود که در یک سالگی‌اش از پدرش جدا شده است. پدرش ابتدا کشاورزوالآن مسافرکشی می‌کند. نامادری‌اش ۳۵ سال از پدرش کوچکتر است. | دهمین دوره در کمپ و به مدت ۱۴ روز | دوبار به دلیل مصرف مواد (بار اول ۳۶ روز و بار دوم ۱۸ روز) | دو بار ازدواج کرده بار اول در سن ۱۶ سالگی که پس از ۱۳ سال زندگی مشترک با وجود یک فرزند پسر از همسرش جدا می‌شود. همسر اولش تعمیرگاه ماشین (محل پاتوق معتادین) داشته و او را به مصرف مواد ترغیب می کرده است. پس از یک سال و نیم طلاق مجددا با همسرش که کارمند گاز بوده، ازدواج می‌کند. خود عامل اعتیاد شوهر دومش بوده که به علت اعتیاد اخراج شده است. |
| سوم | ۱۶ | ششم ابتدایی | اصفهان | مادرش مصرف‌کننده شیشه بوده و به مدت سه ماه در مرکز TC[1] بوده است | فوت پدر در سن سه سالگی. دو خواهر۱۳ و ۵ ساله که خواهرتنی‌اش‌درخانه کودک و نوجوان بهزیستی زندگی می‌کند. ناپدری به علت سرقت ماشین زندانی است. | اولین دوره به مدت شش ماه در مرکز TC | سابقه زندان نداشته | مجرد |
| چهارم | ۲۵ | دیپلم کامپیوتر | اصفهان | یکی از عموها، دایی‌ها و پدر مادرش که به مدت پنج ماه ترک کرده‌اند. | فرزند اول. یک خواهر و دو برادر. تحصیلات پدر و مادر: پنجم ابتدایی. مادر خانه‌دار و پدر کار روی ماشین خاکبرداری. | اولین دوره و به مدت چهار روز در کمپ | سابقه زندان نداشته | مجرد بوده که دوست پسرش ساقی مواد بوده که پس از آمدن به کمپ ارتباطش را با او قطع کرده است. |
| پنجم | ۲۲ | دیپلم مدیریت گردشگری | اصفهان | تمامی اعضای خانواده مصرف‌کننده مواد هستند. | فرزند سوم خانواده. خانواده پنج نفره (پدر، مادر و سه برادر). پدرش نابینا و تحت پوشش بهزیستی است. | چهارمین بار کمپ. شروع مصرف مواد با وابستگی به مادر | سابقه زندان نداشته | هفت ساله که نامزد دارد و نامزدش به دلیل تهیه مواد در زندان می‌باشد. انواع شغل‌ها از جمله کار در کارخانه و ثبت احوال و ویزیتوری را تجربه کرده است. |

1. treatment-oriented communitycenter

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.17.9 ]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ششم** | ۲۲ | فوق دیپلم طراحی لباس | اصفهان | پدر ، عمو و پسرعموها معتاد | پدرش صاحب کارخانه ریخته‌گری که ورشکسته و فوت شده و دو خواهر و یک برادر بزرگتر دارد. | دومین دوره و ۲۴ روز | سابقه زندان نداشته | چهار سال جدا از خانواده زندگی می‌کند. تاکنون ازدواج نکرده ولی رابطه‌ی خارج از چهارچوب ازدواج بادوست پسرمعتادش داشته است. |
| هفتم | ۱۴ | هفتم متوسطه اول | اصفهان | پدر معتاد و زندانی به علت هذیان‌گویی | جدایی والدین در سن سه سالگی. بیکاری پدر به دلیل حقوق پایین در دانشگاه علوم‌پزشکی | سه ماه و دو هفته در مرکز **TC** | سابقه زندان نداشته | تک فرزند و مجرد |
| نفرات | سن | سطح تحصیلات | محل سکونت | سابقه سوء مصرف مواد در خانواده | مشخصات خانواده پدری | سابقه در مراکز ترک اعتیاد | سابقه زندان | وضعیت و کیفیت تاهل |
| هشتم | ۴۰ | دیپلم | اصفهان | عدم مصرف موادمخدر در خانواده | آخرین فرزند با هشت تا خواهر و برادر که همه به خاطر فوت پدر بر اثر سرطان زود ازدواج کردند. پس از فوت مادر و برادرش خانواده‌اش او را طرد کردند. | اولین دوره و ۱۴ روز در کمپ | سابقه یک بار زندانی به خاطر حمل یک گرم هروئین | در سن ده سالگی با مردی معتاد و با ۱۸ سال اختلاف سنی ازدواج می‌کند. مادر دو فرزند یک پسر بیست و نه (مهندس برق) و یک دختر۱۶ ساله که نزد خانواده‌ی شوهرش زندگی می‌کنند. الان با حقوق پدرش امرار معاش که به خاطر خرجی صیغه‌ی یک ادم معتاد شده که زندانی است. |
| نهم | ۲۲ | سوم دبیرستان | لردگان | یکی از برادرانش به مدت پنج سال مصرف تریاک | خانواده یازده نفره (مادر، ۵ تا خواهر و ۴ تا برادر). برادرانش وکیل، قاضی و بنگاه دار معاملاتی یکی از خواهرانش پرستار و مادرش خانه دار است. | اولین دوره و به مدت هشت روز در کمپ | سابقه زندان نداشته | در ۱۶ سالگی با پسردایی‌اش ازدواج کرده و یک فرزند پسر چهار ساله دارد. همسرش کاشی‌کار و سالم می‌باشد. |
| دهم | ۳۲ | اول راهنمایی | اصفهان | برادران و مادرش هم سابقه مصرف مواد داشته است. | اصالتا کرمانی، از ۷ سالگی همراه با خانواده شش نفره (دو خواهر و دو برادر) در اصفهان زندگی می‌کند. پدرش دستفروش و سالم است. | ۴۵دوره و الان ۱۳ روز در کمپ . مصرف‌کننده از ۱۷ سالگی | سابقه زندان نداشته | مطلقه که در ۱۵ سالگی ازدواج کرده است. دو دختر دوقلوی ۹ ساله دارد که یکی از آنها در نزد عمه و دیگری پیش خواهرش زندگی می‌کند. شوهر سابقش نقاش ساختمان بوده است. |

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.17.9 ]

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| یازده | ۲۹ | پنجم ابتدایی | فلاورجان | فوت خواهر به دلیل مصرف تمریزک. فوت مادر به خاطر مصرف شیشه. اعدام برادر به دلیل حمل ۲۰۰ گرم کراک. پدر زندانی و معتاد به شیشه و تریاک. | دارای یک خواهر و یک برادر. پدر زندانی و مادر متوفی | اولین دوره و یازده روز در کمپ پس از دستگیری پلیس | چهار سال قبل به دلیل حمل هروئین | صیغه یک پسر معتاد در ۲۸ سالگی |
| دوازده | ۳۱ | دیپلم و دانشجوی انصرافی داروسازی | اصفهان | سابقه سوءمصرف وجود نداشته | تک فرزند. پدر بازنشسته تربیت بدنی و مادر معلم که دو سال قبل به خاطر تصادف فوت کردند. | ۷ روز در کمپ و برای اولین دوره | سابقه زندان نداشته | ازدواج اول در سن ۱۴ سالگی با یک فرد معتاد. طلاق پس از دو سال زندگی مشترک. زندگی دو پسر سه ساله و یازده ماهه از ازدواج دومش در مراکز بهزیستی |
| نفرات | سن | سطح تحصیلات | محل سکونت | سابقه سوء مصرف مواد در خانواده | مشخصات خانواده پدری | سابقه در مراکز ترک اعتیاد | سابقه زندان | وضعیت و کیفیت تاهل |
| سیزده | ۱۴ | ششم ابتدایی | یاسوج | پدر و عمویش قبلاً معتاد بودند که در حال حاضر ساکن مبارکه هستند. | خانواده دو نفره (مادر و ناپدری). طلاق والدین در پنج سالگی و واگذاری حضانت به مادر. سکونت یک برادر نه ساله در خانه کودک و نوجوان بهزیستی. تحت پوشش بهزیستی قبل از ازدواج مادر. پدر نقاش و تاپدری نگهبان. | اولین دوره و به مدت ۱۲ روز در کمپ | سابقه زندان نداشته | مجرد |
| چهارده | ۲۹ | دیپلم ردی گرافیک کامپیوتر | اصفهان | برادر معتاد شیشه و نه ماهه پاک. یک خواهر معتاد | خانواده چهار نفره (سه خواهر و یک برادر). پدر و مادرش سالم که چند ساله فوت کردند. | دومین دوره و به مدت ۷ ماه در کمپ | سابقه زندان نداشته | مجرد بوده تنها و با نصف حقوق بازنشستگی پدر و تن‌فروشی امرارمعاش می‌کند. |
| پانزده | ۱۵ | هشتم متوسطه اول | اصفهان | | جدایی والدین در سن سه سالگی. زندگی با مادر و برادر ناتنی پنج ساله. سکونت برادر تنی در مراکز بهزیستی. | ۹ ماه در مرکز **TC** | سابقه زندان نداشته | مجرد |
| شانزده | ۲۵ | دیپلم ردی | اصفهان | عدم مصرف موادمخدر در خانواده | فرزند اول خانواده. دارای دو خواهر ۱۱و ۱۸ و یک برادر ۸ ساله | دومین دوره در کمپ. | سابقه زندان نداشته | مادر یک دختر که همسرش سالم و برق صنعتی خوانده وشروع مصرف مواد از ۲۳ سالگی است. |

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.17.9 ]

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| هفده | ۳۶ | دوم راهنمایی | فلاورجان | پدر معتاد به تریاک و پاکی در هشت ماه. یکی از برادران سابقه زندان و معتاد هروئین | دارای خانواده پنج نفره (پدر، دو خواهر و دو برادر). مادرش به دلیل سرطان سینه و یکی از برادرانش فوت کرده‌اند. | به مدت چهارماه و دو روز در مرکز **TC** | سابقه زندان نداشته | در سن ۲۲ سالگی ازدواج کرده که به علت اعتیاد همسرش پس از ۵ سال زندگی مشترک جدا می‌شود. بعد از طلاق مجددا نامزد می‌کند که به سرانجام نمی‌رسد. |

**ابزار سنجش**

**مصاحبه نیمه ساختاریافته[1] (SSI):** مصاحبه در بسیاری از مطالعات کیفی، بیشتر باز-پاسخ و کمتر ساختاریافته است. در قالب‌های کمتر ساختاریافته فرض می‌شود که هر پاسخ‌دهنده، دنیا را به شیوه‌ای منحصر به خویش تعریف می‌کند. به همین دلیل سوال باید بیشتر باز-پاسخ باشد (میربام و همکاران، ۱۳۹۸). بنابراین به منظور گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. سؤالات مصاحبه براساس ابعاد کیفیت زندگی در نظریه فریش (۲۰۰۶) آماده شد. چند نمونه از این سوالات عبارتند از« مواد چه اثری روی تو و خانواده‌ات گذاشت؟ یعنی چه دیدگاهی نسبت به خودت پیدا کردی و خانواده‌ات چه دیدگاهی درباره تو پیداکردند؟ در کل به طور متوسط۲۷ سوال پرسیده شد، اما بسته به شرکت کننده و پاسخ‌های وی برخی سوالات حذف و یا سوالاتی اضافه شد.

به منظور تحلیل داده‌ها و پاسخگویی به سوال پژوهش « وضعیت کیفیت زندگی زنان معتاد چگونه است» و با توجه به اینکه روش پژوهش تحلیل مضمون بود، از روش شش مرحله‌ای براون و کلارک[2] (۲۰۰۶)، استفاده شد:

۱) آشنا شدن با داده‌ها: ابتدا پژوهشگر کلیه مصاحبه‌های ضبط شده را پس از انجام هر مصاحبه پیاده‌سازی و به شکل دست‌نویس تبدیل کرد. کلیه‌ی صداها و حالات مهم چهره و هرگونه حالت جسمانی که می‌توانست بار معنایی داشته باشد، یادداشت شد. ۲) تولید کدهای اولیه: در این مرحله محققین در کنار هم طی جلساتی کدگذاری‌های مرتبه اول را بررسی کردند. ۳) جستجوی مضامین: در این مرحله محققین کوشیدند تا کدهای مرتبه‌ی اول مشابه را تحت عنوان کدبندی مقدماتی در مقوله‌های سازمان‌دهنده داده‌ها دسته‌بندی کنند؛ ۴) بررسی مضامین: طی جلسات مختلف و بازبینی کدبندی‌های اولیه و مقوله‌بندی‌های سازمان‌دهنده به تدریج مقوله‌های هسته‌ای پدیدار شدند. ۵) تعریف و نام‌گذاری مضامین: در این مرحله محققین طرح تماتیک برگرفته از کدبندی مرتبه اول و مقوله‌های سازمان‌دهنده را با جاگذاری در مقوله‌های هسته‌ای استخراج و در خصوص آن به تأیید نهایی رسیدند و ۶) آماده‌سازی گزارش.

لیچمن[3] (۲۰۱۳)، « برای پژوهش کیفی خوب»، «معیارهای شخصی» خود را ارائه داده است که ضمن اشاره به آن‌ها نحوه برقراری این معیارها در پژوهش حاضر توضیح داده می‌شود. این معیارها عبارت‌اند از: ۱) روشن بودن نقش پژوهشگر و رابطه وی با افراد مطالعه شده: در این پژوهش محققین تلاش کردند تا با آگاهی از جایگاه خویش، از هرگونه سوگیری در انتخاب آزمودنی‌ها، تحلیل و تفسیر مصاحبه‌ها پرهیز نمایند. ۲) نشان دادن اهمیت مطالعه: این پژوهش می‌تولند در جهت آگاهی‌دهی به خانواده‌ها و جامعه در جهت شناسایی پیامدها و عوارض اعتیاد بر زنان مفید و مؤثر باشد. ۳) مشخص و روشن بودن شیوه انجام پژوهش: در پژوهش حاضر تمامی شرایط افراد مدنظر قرار گرفت تا زمینه مورد بررسی را کامل‌تر توصیف نماید. و ۴) متقاعدکننده بودن یافته‌های ارائه شده: در این پژوهش تلاش شد تا گزارش‌های کیفی به شکل جدول و نموداری درآید و فهم آن آسان گردد.

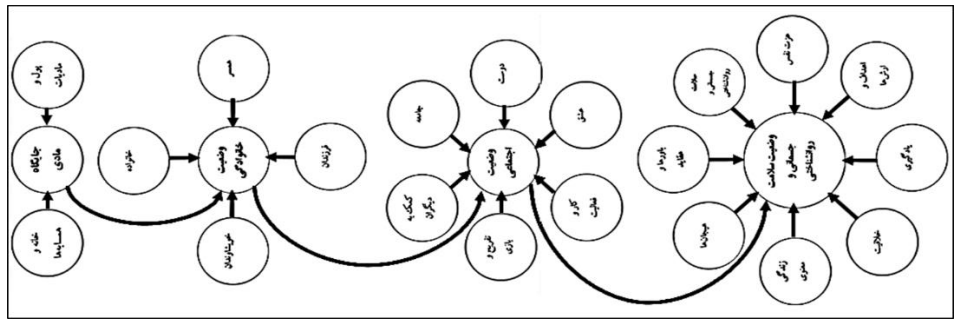
## یافته ها

با تحلیل مضمون مصاحبه‌ها از ۷۳۳ کد اولیه‌ی استخراجی در کل چهار مقوله‌ی اصلی، بیست مقوله سازمان‌دهنده و ۱۳۸ مقوله‌بندی مرتبه اول، پس از حذف کدبندی‌های اولیه تکراری استخراج شد. شکل (۱) کدبندی و مقوله‌بندی کیفیت زندگی زنان معتاد را نشان می‌دهد.

1. semi-structured interview

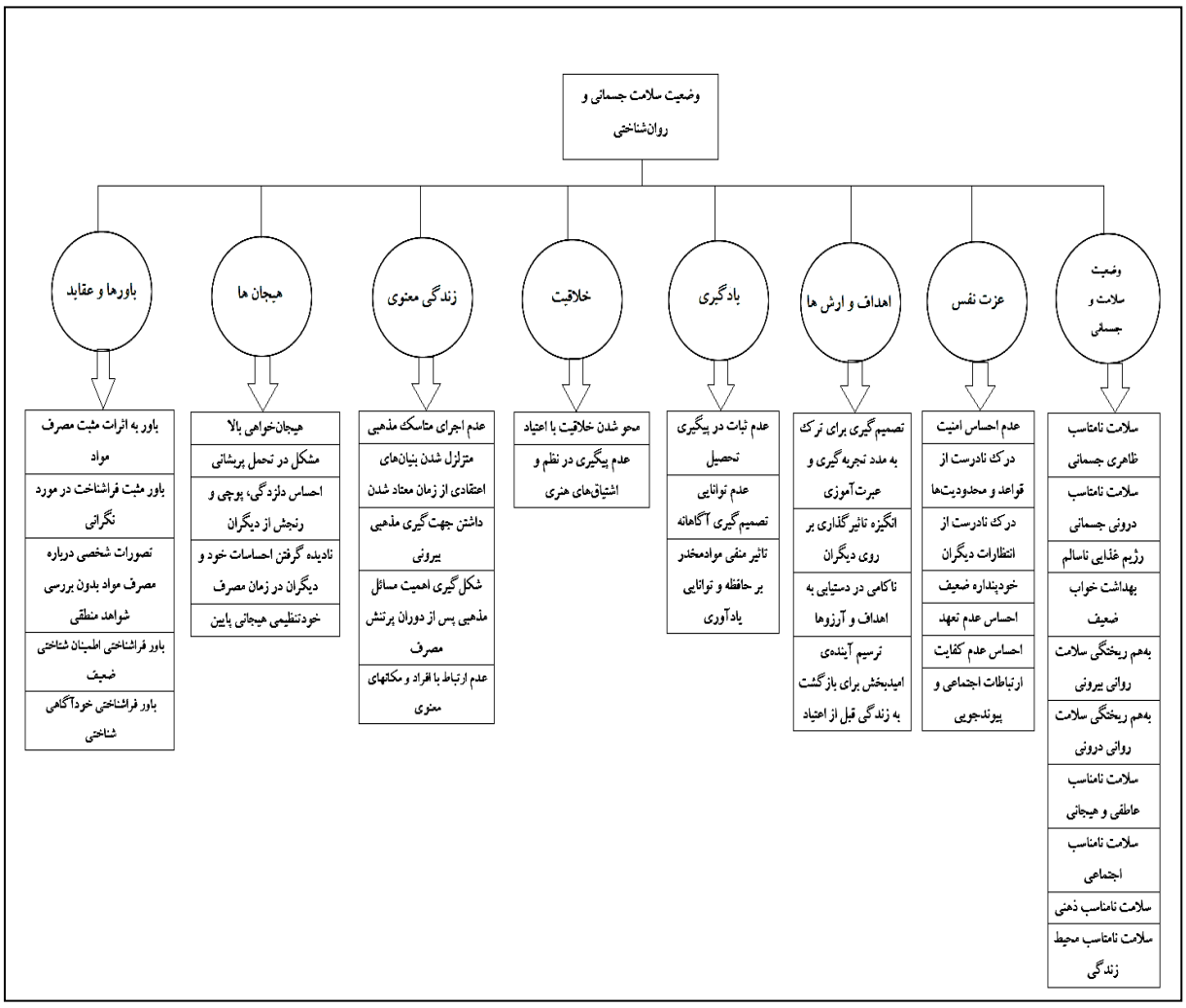
1. Brown & Clark
2. Lichtman

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.17.9 ]



**شکل (۱) تحلیل تماتیک کیفیت زندگی زنان معتاد**

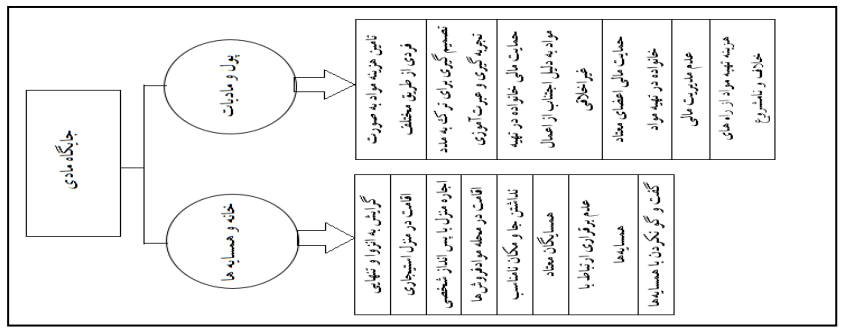
تحلیل مضمون مصاحبه‌ها مشخص کرد که اولین مقوله از مقوله‌های اصلی، وضعیت سلامت جسمانی و روانشناختی بود که خود شامل هشت مقوله‌ی سازمان‌دهنده دیگر بود که عبارت‌اند از (۱) سلامت جسمانی و روانشناختی با ۱۰ مقوله‌ی مرتبه اول (۲) عزت‌نفس شامل ۷ مقوله مرتبه اول (۳) اهداف و ارزشها شامل ۴ مقوله مرتبه‌ی اول (۴) یادگیری شامل ۳ مقوله مرتبه‌ی اول (۵) مقوله‌ی خلاقیت با ۲ مقوله‌ی مرتبه اول (۶) مقوله‌ی زندگی معنوی با ۵ مقوله‌ی مرتبه اول (۷) هیجان‌ها با ۵ مقوله‌ی مرتبه اول و (۸) مقوله‌ی باورها و عقاید با ۵ مقوله‌ی مرتبه اول. شکل (۲) مقوله اصلی سلامت جسمانی و روانشناختی به همراه مقوله‌های سازمان‌دهنده و مقوله‌بندی مرتبه اول را نشان می‌دهد.




[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.17.9 ]

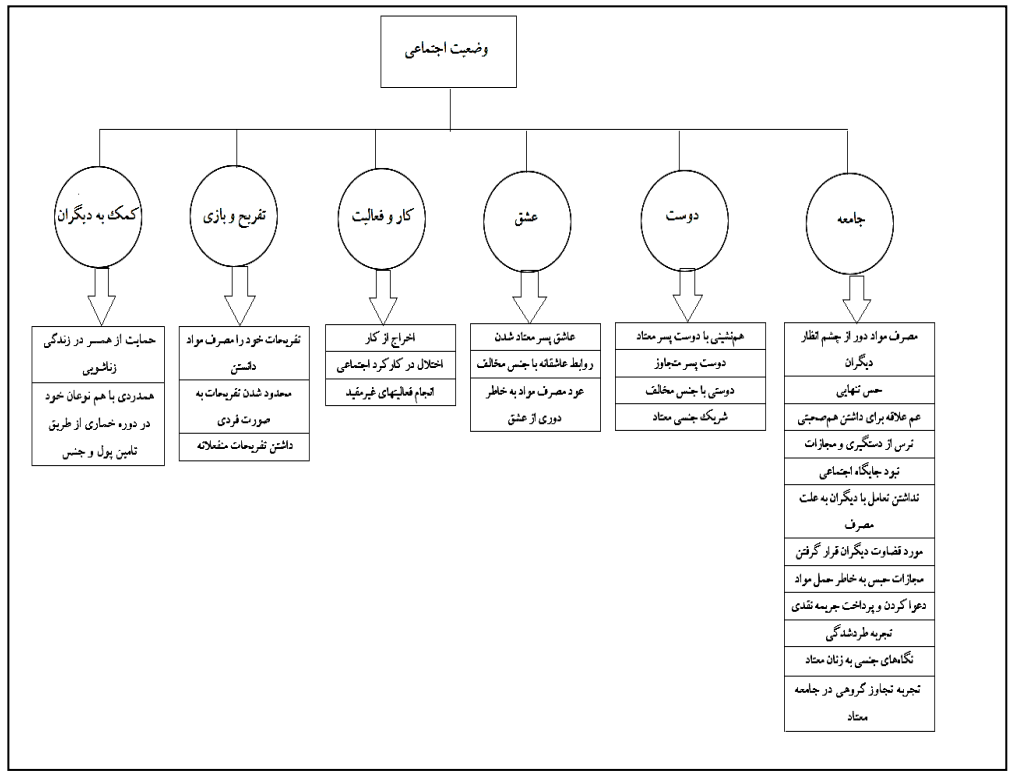
**شکل(۲) تحلیل تماتیک کیفیت زندگی زنان معتاد در بعد سلامت جسمانی و روانی**

تحلیل مضمون مصاحبه‌ها مشخص کرد که مقوله دیگری از مقوله‌های اصلی، جایگاه مادی بود که نشان می‌دهد مصرف موادمخدر اثرات منفی بر وضعیت مادی و امکانات رفاهی زنان دارد. این مقوله حاوی دو مقوله‌ی سازمان‌دهنده بود که عبارت بودند از: مقوله‌ی پول و مادیات و مقوله‌ی خانه و همسایه‌ها. شکل (۳) مقوله اصلی جایگاه مادی به همراه مقوله‌های سازمان‌دهنده و مقوله‌بندی مرتبه اول را نشان می‌دهد.




**شکل(۳) تحلیل تماتیک کیفیت زندگی زنان در حیطه جایگاه مادی**

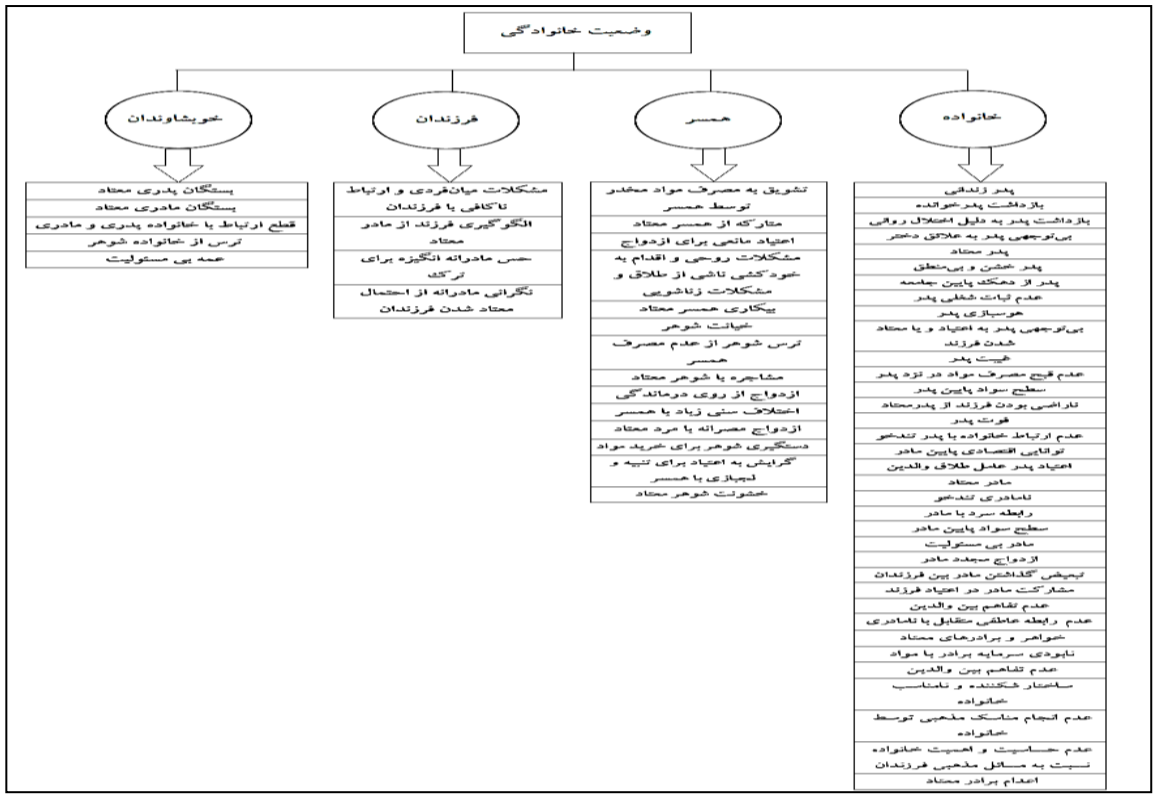
هم‌چنین یکی دیگر از مقوله‌های اصلی، وضعیت اجتماعی بود که به بررسی این مطلب می‌پردازد که تا چه اندازه روابط اجتماعی و عاطفی زنان معتاد بر اثر مصرف موادمخدر دچار آسیب می‌گردد. این وضعیت شامل شش مقوله سازمان‌دهنده بود: (۱) جامعه با ۱۱ مقوله‌ی مرتبه اول (۲) دوست شامل ۴ مقوله‌ی مرتبه اول (۳) عشق با ۳ مقوله‌ی مرتبه اول (۴) کار و فعالیت شامل ۳ مقوله‌ی مرتبه اول (۵) تفریح و بازی با ۳ مقوله‌ی مرتبه اول و (۶) کمک به دیگران شامل ۲ مقوله‌ی مرتبه اول. شکل (۴) مقوله اصلی وضعیت اجتماعی به همراه مقوله‌های سازمان‌دهنده و مقوله‌بندی مرتبه اول را نشان می‌دهد.




**شکل(۴) تحلیل تماتیک کیفیت زندگی زنان معتاد در حیطه وضعیت اجتماعی**

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.17.9 ]

تحلیل مضمون مصاحبه با زنان معتاد نشان داد که یکی از مقوله‌های اصلی در مورد کیفیت زندگی این زنان، وضعیت خانوادگی می‌باشد. وضعیت خانوادگی اشاره دارد به تاثیراتی از مصرف مواد مخدر که در ارتباط با تعاملات این زنان با حیطه مسائل خانوادگی به وجود می‌آید. این وضعیت، چهار مقوله سازمان‌دهنده را در برمی‌گیرد: (۱) خانواده شامل ۳۵ مقوله مرتبه اول ۲) همسر شامل ۱۴ مقوله مرتبه اول (۳) فرزندان شامل ۴ مقوله مرتبه اول و (۴) خویشاوندان شامل ۵ مقوله مرتبه اول. شکل (۵) مقوله اصلی وضعیت خانوادگی به همراه مقوله‌های سازمان‌دهنده و مقوله‌بندی مرتبه اول را نشان می‌دهد.




**شکل(۵) تحلیل تماتیک کیفیت زندگی زنان معتاد در حیطه خانوادگی**

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی ۱۷ نفر زن داوطلب معتاد مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ براساس نظریه فریش (۲۰۰۶)، انجام شد. نتایج تحلیل مضمون نشان داد که کیفیت زندگی زنان معتاد در چهار مقوله‌ی هسته‌ای دسته‌بندی می‌شود که عبارتند از وضعیت سلامت جسمانی و روانشناختی، جایگاه مادی، وضعیت اجتماعی و وضعیت خانوادگی.

تحلیل یافته‌ها در مقوله‌ی سلامت جسمانی و روانشناختی نشان داد که وضعیت نامناسب سلامت ظاهری و وضعیت نامناسب سلامت درونی جسمانی و رژیم غذایی ناسالم در کیفیت زندگی زنان معتاد مشاهده می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که امکان ابتلای زنان معتاد به ایدز و دیگر بیماریهای ناشی از روابط جنسی بیشتر از مردان می‌باشد و در مقایسه با زنان دیگر، احتمال بیش‌تری وجود دارد که به بیماری‌های زنانه و معضلات آن دچار شوند (اکبری‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸). هم‌چنین نتیجه‌ها حاکی از وضعیت به هم ریختگی سلامت روانی بود. به نظر می‌رسد تجربه و تحمل سطح بالایی از نگرانی و اضطراب و افسردگی در زنان معتاد، آسیب‌پذیری آن‌ها را نسبت به بیماری‌های روانی دیگر افزایش می‌دهد. از یک جهت وضعیت نامناسب سلامت شناختی ناشی از اختلال در حافظه، عدم تمرکز بر مسائل، فراموشی و بی‌توجهی در متن مصاحبه‌ها مشاهده شد. از جهت دیگر وضعیت نامناسب سلامت عاطفی و هیجانی زنان معتاد ناشی از کاهش توان تحمل و بردباری در برابر مشکلات، پرخاشگری است. شکست در موقعیت های ارزشمند و نرسیدن به اهدافی مانند موقعیت تحصیلی و شغلی ناشی از تجربه روابط تلخ و شکننده مثل روابط نامطلوب خانوادگی و تجربه جدایی و طلاق در محیط خانوادگی، باعث می‌شود که

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.17.9 ]

افراد در این مواقع سمت اعتیاد بروند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۶). در تبیین زیرمقوله‌ی عزت‌نفس باید گفت براساس گفته‌های آنان بسیاری از این زنان از احساس امنیت برخوردار نیستند و احساس تهدید، ترس و از دست دادن آبرو را دارند. تهیه و مصرف مواد به هر شیوه و ترفندی از جمله دزدی، دروغگویی و تن‌فروشی این وضعیت را تشدید می‌نماید. به طورکلی این یافته‌ها با نتایج محسن‌زاده و دیگران (۱۳۹۸)، مطابقت داشت که اکثریت زنان معتاد مورد مطالعه با بیماری‌های جسمی نظیر سوءتغذیه، ناراحتی ریوی، مشکلات دهان و دندان، استهلاک بدن، بیماری‌های عفونی و زنانه همراه با نشانگان بیمارهای روحی نظیر افسردگی، استرس، ناامیدی شدید، اعتماد به نفس پایین، اختلالات شخصیت ضداجتماعی و... مواجه بوده‌اند.

اهداف و ارزش‌ها زیر مقوله دیگری بود که نشان می‌داد زنان معتاد چه تصاویری از خود و آینده در پیش‌رو در ذهن خود ساخته‌اند. متن مصاحبه‌ها نشان می‌داد ناکامی در دستیابی به اهداف و آرزوها یکی از دلایل زنان برای روی آوردن به مصرف مواد است. با این‌حال اکثر آنان امید داشتند به واسطه ترک بتوانند الگوی موثری برای دیگر اعضای معتاد خانواده قلمداد شوند.

در همین وضعیت، دو زیر مقوله یادگیری ضعیف و خلاقیت پایین، نشان‌دهنده اثرگذاری مواد اعتیادآور بر مغز و در نتیجه بر روی توانایی‌های شناختی آنان بود. عدم توانایی تصمیم‌گیری آگاهانه از ناتوانی زنان معتاد برای حل مسائل حکایت داشت. پژوهش مولر[1] و همکاران (۲۰۱۶)، نشان داد که کیفیت زندگی در زنان بی سواد و با سطح تحصیلات پایین نامطلوب بود. هم‌چنین زیرمقوله‌ی زندگی مذهبی-معنوی نشان داد این افراد قادر به اجرای مناسک مذهبی و معنوی نیستند، اگرچه باورها و اعتقادات مذهبی دارند، اما کسالت ناشی از مصرف مواد آنان را از عمل هدفمند معنوی و مذهبی باز می‌دارد. هفتمین زیر مقوله سازمان‌دهنده در مقوله سلامت جسمانی و روانشناختی، هیجان‌ها بود. آنان قادر به تنظیم هیجانات و توانایی مدیریت روابط خود نیستند. بدین معنا که زنان معتاد در مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد تمایل پیدا می‌کنند (رضایی و نجفی، ۱۳۹۶). اثرگذاری زیرمقوله‌ی باورها و عقاید هم به نحوی است که آنان را به سوی مصرف موادمخدر سوق می‌دهد. این زنان هیجان منفی خود را به شکل اضطراب و افسردگی تجربه می‌کنند، ممکن است انتظاراتی از مصرف مواد داشته باشند، مبنی بر این‌که مواد باعث کاهش نگرانی و تنش ناشی از اضطراب می‌شود.

هم‌چنین تحلیل مضمون مشخص کرد یکی از مقوله‌های اصلی، جایگاه مادی است که نشان می‌دهد مصرف موادمخدر اثرات منفی بر وضعیت مادی و امکانات رفاهی زنان دارد. جایگاه مادی دربردارنده دو زیر مقوله‌ی سازمان‌دهنده بود که عبارت بودند از مقوله‌ی پول و مادیات و مقوله‌ی خانه و همسایه‌ها. در زیر مقوله‌ی سازمان‌دهنده‌ی پول و مادیات، این زنان عدم مدیریت مالی و برنامه‌ریزی ناکارآمد داشتند. در زیر مقوله‌ی خانه و همسایه‌ها گفته‌های زنان حاکی از تاثیرات سوء موادمخدر برای برقراری ارتباط صحیح با همسایگان بود، هم‌چنین اکثر آنان مجبور بودند در محله موادفروش‌ها زندگی کنند که شرایط فرهنگی آن به گونه‌ای بود که ساکنان آن درکی از مفاهیم مسئولیت اجتماعی، تغییر اجتماعی، مشارکت و امثال آن نداشتند. از عمده مشکلات اجتماعی که زنان دارای همسر معتاد با آن مواجه اند، به خطر افتادن امنیت خانه و خانواده، رفت و آمد با افراد معتاد یا دلالان مواد مخدر، برخورد سرزنش‌آمیز و تحقیرکننده اجتماع، عدم حمایت اجتماعی و عدم اطمینان از حمایت قانونی از آنان است (زاروئیان و هنرپروران، ۱۳۹۸).

مقوله‌ی هسته‌ای وضعیت اجتماعی به بررسی این مطلب می‌پردازد که تا چه اندازه نیازها و روابط اجتماعی و عاطفی زنان معتاد بر اثر مصرف موادمخدر دچار آسیب می‌گردد. وضعیت اجتماعی شامل شش مقوله سازمان‌دهنده است که عبارتند از جامعه، دوست، عشق، کار و فعالیت، تفریح و بازی و کمک به دیگران. در جامعه آنان از نقص در روابط اجتماعی و هنجارهای اجتماعی رنج می‌کشیدند. طبق پژوهش آپسلی[2] و همکاران (۲۰۲۱)، زنان معتاد در دسترسی به درمان و بهبودی از این اختلالات با موانع اجتماعی متفاوتی نسبت به مردان روبرو هستند. در زمینه دوستی متن مصاحبه‌ها نشان داد اکثر زنان معتاد با دوستانی معتاد در ارتباط هستند. این زنان در واقع گرایش دارند تا از طریق روابط نزدیک و صمیمانه با مواد مخدر آشنا شوند که این امر می‌تواند به طور بالقوه نتایج مصیبت‌باری برای سلامتی آنان در برداشته باشد (عنایت و همکاران، ۱۳۹۸). مقوله سازمان‌دهنده کار و فعالیت در این وضعیت به مواردی از جمله میزان سطح فعالیت و بهره‌وری اقتصادی پایین زنان معتاد اشاره دارد. آن‌ها در انجام امور ساده شخصی از جمله نظافت، تنظیم امور خود، کار روزمره و خوراک دچار اشکال بودند. رفتارها بیشتر بر موادجویی و خرید و فروش مواد متمرکز بود. در واقع برچسب اعتیاد بر روی زنان موجب می‌شود فرصت‌های تحصیلی، اشتغال و تغییر محیط زندگی از آنان گرفته شود (مایرز[3] و همکاران، ۲۰۱۶). پنجمین مقوله سازمان‌دهنده در مقوله

1. Muller
2. Apsley
3 . Myers

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.17.9 ]

وضعیت اجتماعی، تفریح و بازی بود که بیانگر تاثیرات منفی مصرف موادمخدر بر روی اعمالی است که زنان معتاد در اوقات فراغت برای سرگرمی انجام می‌دهند. علائق تفریحی محدود به استعمال مواد مخدر بود. زیرمقوله‌ی کمک به دیگران نشان داد که اعتیاد زنان اثرات نامطلوبی بر انگیزه‌های آنان برای حمایت از دیگران می‌گذارد و مدل کمک آن‌ها به اطرافیانشان در جهت منفی بود. مثل تامین پول مواد همسر در زندگی زناشوئی و همدردی با هم‌نوعان خود از طریق تامین پول و جنس.

چهارمین مقوله هسته‌ای برآمده از تحلیل داده‌ها، وضعیت خانوادگی است. این وضعیت، چهار مقوله سازمان‌دهنده را در برمی‌گیرد از قبیل خانواده، همسر، فرزندان و خویشاوندان. تحلیل مضمون مصاحبه‌ها در مقوله‌ی خانواده نشان داد که پدر و حتی پدرخوانده نقش مهمی در سوق دادن دختران و یا زنان به مصرف موادمخدر دارند. پدر آنان معمولا معتاد، غایب، زندانی و یا فوت شده، سطح سواد پایین، خشن، بی‌توجه به علائق دختر و قبح مصرف مواد، نداشتن ثبات شغلی، هوسباز و از دهک پایین جامعه بودند. هم‌چنین نتایج این پژوهش نشان می‌داد اغلب این زنان مادری معتاد داشتند که بنا به یافته‌های سوارز[1] و همکاران (۲۰۱۹)، هیچ‌کدام از مادران، الگویی برای مراقبت نداشتند و اغلب آنها از فقدان پرورش مناسب در تجربیات خودشان به عنوان یک دختر سخن می‌گفتند. عدم انجام مناسک مذهبی و عدم اهمیت خانواده نسبت به مسائل مذهبی فرزندان نیز در بین آنان به کرات مشاهده می‌شد.

همسر دومین زیرمقوله سازمان‌دهنده در وضعیت خانوادگی نشان داد که اعتیاد شوهر یکی از عناصر مهم در کاهش کیفیت زندگی این زنان است. زنان معتاد بیان داشتند که به دلیل وابسته بودن به همسر یا شریک جنسی خود و به علت ترس شوهر از جدایی زن از وی، یا برای خاموش کردن اعتراضات زن، یا برای داشتن شریک جرم و داشتن همدم در مصرف و یا سوءاستفاده از زن در تهیه پول مواد یا تهیه مواد مخدر، زن خود را به راحتی معتاد کرده‌اند؛ که این بخش از یافته‌ها با نتایج پژوهش رحمتی و همکاران (۲۰۱۹)، مطابقت داشت. طبق پژوهش مایر[2] و همکاران (۲۰۱۹)، زنان مصرف‌کننده موادمخدر در معرض خشونت و آسیب شریک زندگی و از دست دادن سرپناه قرار می‌گیرندکه باید به عنوان بخشی از مراقبت یکپارچه درمان موثر مسائل مصرف مواد در زنان مورد توجه قرار گیرد.

زیر مقوله‌ی فرزندان در مقوله خانواده نشان داد مصرف موادمخدر در مادران تاثیرات منفی بر افکار و رفتارهای فرزندان‌شان دارد. از آنجایی که زنان وظیفه مادری و تربیت نسل آینده را برعهده دارند، حضور مادر معتاد در خانواده می‌تواند آسیب جدی به همسر، فرزندان و در نتیجه به جامعه وارد کند (فلکس[3]، ۲۰۱۹). مطالعات نشان می‌دهند بچه‌هایی که با مادر معتاد زندگی می‌کنند، ضربه‌های روانی شدیدی را تجربه کرده از مشکلات عدیده و پیچیده‌ای رنج می‌برند (لومبارد[4] و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش نشان داد که زنان معتاد در کمپ، وجود حس مادرانه را عاملی برای مصرف نکردن مجدد مواد ذکر کرده و نگران معتاد شدن فرزندانشان بودند. چهارمین مقوله این وضعیت، خویشاوندان است که نشان‌دهنده تاثیرات رفتارها و روابط بستگان نسبی و سببی بر زنان معتاد بود. قطع ارتباط با بستگان پدری و مادری، ترس از خانواده شوهر در زنان معتاد به معنای این است که اعتیاد موجب می‌شود تا از میزان حمایت های خانوادگی و روابط فامیلی کاسته شود. این مسئله می‌تواند آسیب‌های جدی بر پیکر خانواده معتاد وارد کند (قادری و همکاران، ۱۳۹۶).

در کل این پژوهش حاوی نتایج و تلویحات مهمی در کیفیت زندگی است از جمله این‌که ۱) زنان معتاد میزان زیادی از مشکلات و بیماری‌های زنانه، اختلالات افسردگی یا اضطراب و رفتارهای خودکشی را نشان می‌دهند؛ ۲) از احساس امنیت برخوردار نیستند و احساس تهدید، ترس و از دست دادن آبرو را دارند؛ ۳) در حافظه، رمزگردانی، ذخیره، مکانیسم بازیابی، یادگیری و خلاقیت ضعف دارند؛ ۴) جهت‌گیری دینی بیرونی دارند، اعمال و رفتارهای دینی مانند نماز و دعا، تمرکز و مراقبات معنوی را به جا نمی‌آورند و در معنایابی دچار مشکلند؛ ۵) در تحمل پریشانی و خودتنظیمی ضعف دارند؛ باورهای غیرمنطقی در مورد مصرف مواد مثل کاهش نگرانی و تنش ناشی از اضطراب با مصرف مواد در زنان معتاد وجود دارد؛ ۶) مواد هم از راه‌های درست و هم از راه‌های غیرقانونی من‌جمله سرقت یا تن‌فروشی تامین می‌شود؛ ۷) معمولا در محله موادفروش‌ها زندگی می‌کنند و ارتیاطی با همسایه‌ها ندارند؛ ۸) پیوندهای مستحکم عاطفی و وفاداری به ندرت در زنان معتاد وجود دارد؛ ۹) معمولا از طریق روابط نزدیک و صمیمانه، با مواد مخدر آشنا می‌شوند؛ ۱۰) در انجام امور ساده شخصی دچار اشکال می‌شوند؛ ۱۱) والدین و خویشاوندان این زنان، بستر اعتیاد را فراهم می‌کنند؛ و یکی یا هر دو والدین آنان معتاد

1. Suarez
2 . Meyer
3 . Flacks
4. Lombard

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.17.9 ]

بوده‌اند؛ ۱۲) همسران زنان معتاد آنها را به کارهای ناپسند و نامشروع نظیر گدایی، فروش موادمخدر و خودفروشی می‌کشانند و حتی زن خود را معتاد می‌کنند؛ ۱۲) زنان معتاد از مشکلات میان‌فردی، ارتباط کم با فرزندان و عدم پذیرش از طرف آن‌ها شکایت دارند.

به این ترتیب این پژوهش نیز هم‌چون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت از جمله تحلیل دقیق و مقوله‌بندی داده‌ها، عدم امکان مصاحبه‌های طولانی و عمیق‌تر، عدم کنترل اعتبار نتیجه‌گیری و عدم قابلیت تعمیم‌پذیری.

با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش پیشنهاد می‌شود که ۱) کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های فرزندپروری برای تصحیح روابط مادران معتاد با فرزندان‌شان فراهم گردد،۲) برنامه‌های آگاه‌سازی والدین معتاد برای کاهش آسیب‌پذیری فرزندان این خانواده‌ها از قبل تولد آغاز گردد، ۳) بسته‌های آموزشی مبتنی بر ایجاد روابط سالم خانوادگی آماده شود و ۴) در محله‌های موادفروش‌ها اماکن مذهبی و تفریحی بیشتری ساخته شود و با نصب بنرهای مرتبط اقدامات موثرتری در جهت آگاه‌سازی زنان معتاد و خانواده‌هایشان صورت گیرد.

## منابع

آقایی، ص.، یوسفی، ز. (۱۳۹۶). تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود سرمایه روان‌شناختی و ابعاد آن در مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۴(۲)، ۴۹-۵۹

اکبری‌زاده، ف.، نجات، س.، حاجبی، ا.، جهانپور، ف. (۱۳۹۸). زنان معتاد بوشهر چگونه معتاد شدند؟ (یک مطالعه کیفی). *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۸(۱)، ۴۳-۳۳.

رضایی، س.، نجفی، م.(۱۳۹۶).مقایسه دشواری‌های تنظیم هیجانی و پریشانی روانی در افراد معتادو عادی.*سلامت اجتماعی و اعتیاد*.۴(۱۳)، ۱۱۰-۹۵.

رضوی، ر.، عرب، ع.، شیرازی،م. (۱۳۹۹). اثربخشی بخشایش مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی در معتادان متجاهر زن تحت درمان در مراکز اقامتی اجباری شهرستان زاهدان. *مجله طب انتظامی*. ۹(۳). ۱۶۴-۱۵۷.

زاروئیان، آ.، هنرپروران، ن.(۱۳۹۸).پدیدارشناسی کیفیت زندگی زنان با همسرمعتاد. *فصلنامه راهبردهای نو در روانشناسی وعلوم‌تربیتی*، ۱(۳)،۱۱-۳۵.

سلیمانی، س.، گلچین، م.، قادری، ص. (۱۳۹۶). اعتیاد زنان از منظر کنشگران دستگاه‌های اجرایی در استان البرز. *مجله مطالعات اجتماعی ایران*. ۱۱(۴)، ۵۲-۷۴.

میریام، ش. بی.، تیسدل، ا.ج.(۱۳۹۸).پژوهش کیفی: راهنمای طراحی و کاربست (علیرضا کیامنش و مریم دانای طوس، مترجم).تهران. انتشارات سمت.

عنایت، ح.، و غفاری، د.(۱۳۹۸). مطالعه پدیدارشناسانه بسترهای اعتیاد به مواد مخدر در زنان. *فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد*.۱۳(۵۱).۵۴- ۳۱.

قادری، ص.، نوری، ر.، کریمی، ج. (۱۳۹۶). سبب‌شناسی اعتیاد زنان (مقایسه دیدگاه‌های مصرف کنندگان، متخصصان و مردم). *فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران*. ۸(۱)، ۱۶۲-۱۳۹.

Cockroft, J. D., Adams, S. M., Bonnet, K., Matlock, D., McMillan, J., & Schlundt D. (2019). "A scarlet letter": Stigma and other factors affecting trust in the health care system for women seeking substance abuse treatment in a community setting. *Subst Abus*, *40*(2), 170-177. doi:10.1080/08897077.2018.1544184

Flacks, S. (2019). Dangerous drugs, dangerous mothers: Gender, responsibility and the problematisation of parental substance use. *Critical Social Policy*, *39*(3), 477-497. doi: 10.1177/0261018318795573

Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Apsley, H. B., Cross-Ramirez, M., & Miller, S. E. (2021). Within-person methodology to study the addiction recovery process of women. *Journal of Addictive Diseases*, *39*(4), 1-5. doi:10.1080/10550887.2021.1971023

Lichtman, M. V. (2013). *Qualitative research in education: A user's guide.* Thousand Oaks, CA: Sage

Lombard S. J-F., Pullen, D. & Swabey, K. (2017). Conceptualizing trauma for children of drug addicted mothers: A developmental mapping. *Journal of Trauma & Treatment*, *6*(1). 1-4. doi:10.4172/2167-1222.1000352

Muller, A. E., Skurtveit, S., & Clausen, T. (2016). Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific. *Health and Quality of Life Outcomes*,*14*(39),1-10. doi:10.1186/s12955-016-0439-1

Meyer, J. P., Isaacs, K., El-Shahawy, O., Burlew, A. K., & Wechsberg, W. (2019). Research on women with substance use disorders: Reviewing progress and developing a research and implementation roadmap. *Drug and Alcohol Dependence*, *1*(197),158-163. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.01.017

Myers B, Carney T., & Wendee M. W. (2016). "Noton the agenda": A qualitative study of influences on health services use among poor young women who use drugs in Cape Town South Africa. *International Journal of Drug Policy*, *30*, 52-58. doi:10.1016/j.drugpo.2015.12.019

Rahmati, A., Herfeh, F. Z., & Hosseini, S. O. (2019). Barriers to quitting addiction in Iranian women: A qualitative study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, *21*(5), e65976. doi:10.5812/ircmj.65976

Suarez, M. A., Horton-Bierema, W., & Bodine, C. E. (2018). Challenges and resources available for mothers in opiate recovery: A qualitative study. *The Open Journal of Occupational Therapy*, *6*(4).1-8. doi:10.15453/2168-6408.1483

Volkow, N. D., Koob, G. F., & Mclellan A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, *347*(4), 363-371. doi: 10.1056/NEJMra1511480.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.17.9 ]