

Research
Article

Phenomenology of Lived Experiences of Women with Substance Use Disorder in a Rehabilitation Center

Ali Taghvaeinia¹, Negin Tavakol Koukhdan²

Received: 2024/12/03

Accepted: 2025/10/07

Abstract

Objective: This study aimed to explore the phenomenology of the lived experiences of women with substance use disorder in a residential rehabilitation center. **Method:** This was a qualitative, phenomenological study. The population of the study consisted of substance-dependent women in Gachsaran in 2024. A purposeful sampling method was used until data saturation was reached, and ultimately, 12 participants were selected. The research tools included semi-structured, in-depth interviews. Thematic analysis using the Colaizzi method was employed for data analysis. **Results:** Data analysis led to the identification of 3 selective themes, 11 axial themes, and 42 open codes. The theme of emotional problems and vulnerability included anger and the formation of destructive relationships, stress and fear, a sense of meaninglessness, feelings of loneliness and social rejection, and the development of pessimism and frustration. Family dysfunction included family-related harms, conflict, and communication breakdown with family. Unpleasant past experiences included experiences of failure, repeated relapses and quitting, and previously experienced maltreatment. **Conclusion:** The findings of this research, in addition to increasing insight and awareness into the contexts leading to substance use disorder in women, can provide the necessary content for designing preventative programs and have important practical implications for psychological interventions for women with substance use disorder.

Keywords: Lived experience, Women, Substance use disorder, Phenomenology

1. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Yasouj University, Yasouj, Iran. Email:ali.taghvaei@yu.ac.ir

2. MA Student, Department of Psychology, Yasouj University, Yasouj, Iran.

پدیدارشناسی تجربه زیسته زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد در یک مرکز باز توانی

علی تقوایی نیا^۱، نگین توکل کوخدان^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۳

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف پدیدارشناسی تجربه زیسته زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد در یک مرکز اقامتی باز توانی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر کیفی و از نوع پدیدارشناسی بود. جامعه این پژوهش شامل زنان وابسته به مواد شهر گچساران در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه گیری به روش هدفمند و تا مرز اشباع انجام شد که در نهایت ۱۲ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد. ابزار پژوهش شامل مصاحبه های نیمه- ساختاریافته و عمیق بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل مضمون کلایزی استفاده شد. **یافته ها:** تجزیه و تحلیل داده ها منجر به شناسایی ۳ مضمون گزینشی، ۱۱ مضمون محوری و ۴۲ مضمون باز گردید. مضمون مشکلات عاطفی و آسیب پذیری شامل خشم و شکل گیری روابط مخرب، استرس و ترس، احساس بی معنایی، احساس تنهایی و طرد اجتماعی، شکل گیری بدینی و ناکامی بود. بد- عملکردی خانواده شامل آسیب های خانواده، تعارض و قطع ارتباط با خانواده بود و تجارب ناخوشایند گذشته شامل تجربه شکست، ترک و لغزش های پیاپی و بد رفتاری های تجربه شده قبلی بود. **نتیجه گیری:** نتایج یافته های پژوهش علاوه بر افزایش بینش و آگاهی نسبت به بسترهای ایجاد اختلال مصرف مواد در زنان، می تواند محتوای لازم را جهت طراحی برنامه های پیشگیرانه فراهم سازد و تلویحات کاربردی مهمی جهت مداخلات روان شناختی برای زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد دارد.

کلیدواژه ها: تجربه زیسته، زنان، اختلال مصرف مواد، پدیدارشناسی

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران. پست الکترونیک:

ali.taghvaei@yu.ac.ir

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران.

مقدمه

امروزه زنان در حال تجربه مرحله بزرگسالی متمایزی نسبت به نسل های گذشته شان هستند. تغییر ارزش های نسلی در روند جهانی شدن، غیرخطی شدن مراحل گذار، توسعه فن آوری و گسترش ارتباطات دیجیتال، تغییر در نوع نگاه به بدن، و مصرف گرایی و زیست لذت گرایانه، اثرات عمیقی را بر روابط زنان در سطوح مختلف خانوادگی و روابط با دوستان ایجاد کرده و به دنبال آن تغییر در سبک زندگی منجر به شکل گیری مخاطراتی شده است که زمینه های افزایش آسیب پذیری را در این گروه تشدید نموده است (تقوائی نیا، ۱۴۰۳). در واقع، تحولات سبک زندگی زنان در سال های اخیر به تدریج ابعاد گوناگونی به خود گرفته و ارزش ها و رفتارهای آنان را نیز دستخوش تغییر نموده است (استولبرگ^۱، ۲۰۲۴).

مصرف مواد مخدر^۲ یکی از چالش های اساسی سلامت عمومی در جهان معاصر است که پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی گسترده ای دارد. براساس آمارهای جهانی، تقریباً ۲۴۷ میلیون نفر در سراسر جهان درگیر مصرف مواد مخدر هستند که از این تعداد ۲۹/۵ میلیون نفر از اختلالات مصرف مواد^۳ رنج می برند (مرز^۴، ۲۰۱۸). در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ اختلالات مصرف مواد مخدر به عنوان مجموعه ای از نشانگان شناختی، رفتاری و جسمانی تعریف شده که باعث می شود فرد علی رغم مشکلات مرتبط با مواد به مصرف آنها ادامه دهد (انجمن روان پزشکی آمریکا^۶، ۲۰۱۳). اختلال مصرف مواد مخدر به دلیل همراه شدن با آسیب های دیگری همچون طلاق، بیکاری، بزه کاری و خشونت بخش عمده ای از آسیب های اجتماعی محسوب می شود (عامری و نجفی، ۱۴۰۳). در واقع، این اختلال بیماری مزمنی است که با جستجوی اجباری و مصرف مواد مخدر در ۲۰ تا ۳۰ درصد افراد مشاهده می شود (لوشر و جانک^۷، ۲۰۲۱) و یکی از بزرگترین معضلاتی است که در طی زمان های مختلف جوامع بشری را

1. Stolberg
2. substance use
3. substance use disorders (SUD)
4. Merz

5. diagnostic and statistical manual of mental disorders- fifth edition (DSM-5)
6. American psychiatric association (APA)
7. Luscher & Janak

درگیر مشکلات و پیامدهای شوم خود نموده است (رگینسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). اگرچه مصرف مواد مخدر عمل و کنشی مردانه تلقی می‌گردد، اما اخیراً فراجنسیتی شده و زنان نیز درگیر مساله وابستگی به مواد هستند. به بیان دیگر، این موضوع از امر مردانه خارج و با ورود زنان به اعتیاد به یکی از چالش‌های اجتماعی تبدیل شده است (پج^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). به اعتقاد گیدنز^۳ (۲۰۲۳)، سنت‌زدایی امکان دموکراتیک شدن رادیکال زندگی روزمره را فراهم نموده و منجر به وجود آمدن مشکل اعتیاد در جامعه می‌شود. او معتقد است که در جوامع سنتی سنت‌های پایدار به افراد پیوندی با گذشته‌شان می‌داد، ولی اکنون این پیوند از بین رفته است و اعتیاد به عنوان تلاشی از سوی افراد برای ساختن یک «روایت از خود» بصورت منسجم و از طریق اعمال تکراری که باعث آرامش آنها می‌شود، درآمده است. اختلال مصرف مواد به مثابه یک آسیب اجتماعی رو به افزایش در جامعه به شکل مخاطره‌آمیز و پیچیده‌ای سلامت خانواده‌ها را تهدید می‌نماید (اوزیر و ارامی^۴، ۲۰۱۶؛ بنچایا^۵ و همکاران، ۲۰۱۹).

خانواده اولین پایگاه اجتماعی است که افراد در آن فضا شروع به ساخت هویت خود می‌کنند و چالش‌هایی که در این فضا ایجاد می‌شود اثرات حائز اهمیتی بر رفتار فرزندان خواهد داشت. بدون تردید اولین ضربه‌های اختلال مصرف مواد بر پیکر خانواده وارد می‌شود و نتیجه آن برای خانواده چیزی جز پریشانی، عدم کنترل خشم و به وجود آمدن هرج و مرج، مهارت‌های ضعیف و در مواردی بی‌بندوباری نیست (مستدام و همکاران، ۱۴۰۲). نارضایتی، فقدان محبت، احساس تنهایی، مشکلات عاطفی شخصیتی و تاب‌آوری پایین در برابر دشواری‌های زندگی از جمله چالش‌هایی است که فرزندان در نتیجه بدعملکردی خانواده و به دنبال آن مصرف مواد تجربه می‌کنند (داونفریو و امری^۶، ۲۰۱۹). کنش‌های متقابل میان والدین و فرزندان در تمامی مراحل عمر پابرجا هستند و پیامدهای

خود را نشان می‌دهند (نیبل^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، مصرف مواد یکی از اعضای خانواده روی سلامت روان سایر اعضا تأثیر گذار است (داکوف^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). اختلالات مصرف مواد تأثیر منفی بر سلامت و وضعیت اجتماعی اقتصادی مصرف کنندگان، مراقبان و خانواده‌های آنها و همچنین جامعه دارند (تین^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، این اختلالات آسیب‌های متعدد مالی، بهداشتی و روانی نظیر افزایش خشونت، خطر ابتلا به ایدز، بزهکاری، بیکاری، افزایش ابتلا به اختلالات روانی و افکار خودکشی را به همراه دارد (تقوایی نیا، ۱۴۰۲). از سوی دیگر، روابط مبتنی بر عدم رابطه مثبت یا وجود مشکلات خانوادگی و روابط خانوادگی پرتنش و سرد زمینه گرایش به مواد مخدر را افزایش می‌دهند (استبان^۴ و همکاران، ۲۰۲۳؛ کوپلو و دی^۵، ۲۰۲۱). تعداد قابل توجهی از زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد گزارش می‌دهند که تجارب ناخوشایند، فشارهای روانی شدید، بی‌توجهی، احساس درماندگی، سوء رفتار، روابط خارج از چارچوب و وقایع زندگی منفی داشته‌اند (وینگ و اسپلیکنز^۶، ۲۰۱۸). علاوه بر این، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که شکل‌گیری روابط مخرب، دوستان منحرف، طرد شدگی و عدم حمایت اجتماعی، احساس تنهایی، درماندگی و شکست، دشواری در تنظیم هیجانی، مقایسه‌های بیجا و عدم استقلال اقتصادی در تجربه مصرف مواد در زنان موثر بوده‌اند. همچنین، آنها احساسات منفی شدیدی از قبیل کاهش سلامت روانشناختی و فیزیولوژیکی، کاهش عزت نفس، ناامیدی شدید، شک به خود، افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند (ویزر و وایگل^۷، ۲۰۱۵). اختلالات مصرف مواد در زنان آسیب‌های روانی و اجتماعی قابل توجهی همچون نشخوارهای ذهنی، ناکامی، اضطراب، ترس، نگرانی، افسردگی، ناامیدی خودزنی، پریشانی و حتی خودکشی را به دنبال دارد. حاجیها و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با هدف تجربه زیسته زنان وابسته به مواد در شهر تهران به این نتایج دست یافتند که خانواده،

1. Niebel
2. Dakof
3. Thein
4. Esteban

5. Copello & Day
6. Vink & Schellekens
7. Weiser & Weigel

شرایط فردی آسیب‌پذیر، ازدواج ناموفق و تشکیل روابط مخرب بر وابستگی زنان به مواد موثر بودند. این محققین گزارش دادند که این زنان انگ اجتماعی، تحقیر و طرد از خانواده و جامعه و فقر شدید را به عنوان اساسی‌ترین مشکل خود می‌دانستند. مستدام و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که نارضایتی زناشویی، قطع ارتباط عاطفی، اجبار به طلاق و نگرانی در مورد آینده خود و فرزندان از تجارب زیسته زنان متقاضی طلاق با همسر مصرف‌کننده مواد بودند. در مجموع، بر اساس پژوهش‌های مذکور بدون شک زنانی که مصرف مواد را تجربه کرده‌اند به شدت تحت تاثیر پیامدهای منفی آن قرار گرفته‌اند. فرزندان از والدین‌شان انتظار دارند که امنیت آنها را تامین کنند و برای آنها الگوهای رفتاری خوبی ارائه دهند. در صورتی که والدین به هر دلیلی از جمله مصرف مواد از این ویژگی کوتاهی نمایند، آشفتگی‌های روانشناختی و رفتارهای مشکل‌آفرین توسط فرزندان آنها تجربه می‌شود (تقوائی‌نیا، ۱۴۰۲). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد هرچند ترک موفق مصرف مواد به ندرت اتفاق می‌افتد و تعداد قابل توجهی از افرادی که مصرف مواد را کنار می‌گذارند بعد از مدتی دوباره مصرف آن را تجربه می‌کنند (وان دن برینک و هاسین^۱، ۲۰۰۶)، توانبخشی و به کارگیری اقداماتی که کمک می‌کند فرد به زندگی سالم اجتماعی قبل از مصرف مواد باز گردد، حائز اهمیت است. بر همین اساس، افراد مصرف‌کننده مواد که به دنبال ترک هستند به مراکز بازتوانی و ترک اعتیاد ارجاع داده می‌شوند و در آنجا خدمات روان‌شناختی و پزشکی دریافت می‌کنند و بعضاً در ترک مصرف هم موفق می‌شوند. احمدی و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی با عنوان مقایسه حمایت اجتماعی در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد با ترک موفق و ناموفق به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی در ترک موفق مصرف مواد موثر است و با توجه جدی‌تر به آن می‌توان به تسکین یکی از آسیب‌های اجتماعی جامعه کمک کرد.

مشخص است که بیشتر تحقیقات انجام شده معمولاً متمرکز بر روش‌های کمی می‌باشد و در مورد تجارب زیسته افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد به صورت کیفی و اکاوی کم‌تری صورت گرفته است (نورونا^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). علاوه بر این، ادراک

عمیق زنان از تجربه مصرف مواد در زمینه سطوح روابط خانوادگی، دوستان و پیامدهای آن زمینه‌ای برای تشخیص بهتر در جهت راهنمایی و تدوین مداخلات آموزشی و درمانی در آینده فراهم می‌آورد. از سوی دیگر، تجربه مصرف مواد تحت تأثیر تفاوت‌های فردی، عوامل فرهنگی، خانوادگی و تعامل پویای ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی واکاوی می‌شود، چراکه شرایط خاص فرهنگی، مذهبی و اجتماعی در ایران لزوم مطالعات پیرامون این موضوع را ضروری می‌سازد. به همین دلیل، به لحاظ روش‌شناختی، پژوهش حاضر با استفاده از روش کیفی به کشف تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد در یک بستر بومی می‌پردازد. بنابراین، نوآوری پژوهش حاضر از این جنبه‌ها حائز اهمیت است و این مطالعه با هدف پدیدارشناسی تجربیات زیسته زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد در یک مرکز بازتوانی زنان انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش با رویکردی کیفی^۱ و با روش پدیدارشناسی^۲ انجام شد. برای درک تجربه زیسته زنان مصرف‌کننده مواد، روش پدیدارشناسی اتخاذ شد که به تشریح ساختار یا ماهیت تجارب زندگی و معنی بخشیدن به آن‌ها و توصیف دقیق پدیده‌ها از خلال تجارب زندگی روزمره می‌پردازد. جامعه پژوهش حاضر را زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد شهر گچساران در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. نمونه مورد نظر شامل ۱۲ نفر بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و تکنیک اشباع داده‌ها انتخاب شدند. اشباع داده‌ها رویکردی در پژوهش کیفی برای تعیین کفایت نمونه‌گیری است و زمانی رخ می‌دهد که داده‌ی بیشتری که سبب توسعه، بزرگ‌تر شدن یا اضافه شدن به مفاهیم موجود گردد به پژوهش وارد نشود (برنز و گروف^۳، ۲۰۱۸). در این تحقیق از نمونه‌گیری هدفمند (غیراحتمالی) از نوع ملاکی^۴ استفاده شد. در نمونه‌گیری ملاکی افراد براساس ملاک خاصی مانند داشتن تجربه یک پدیده خاص انتخاب می‌شوند (بازرگان، ۱۳۹۹). در این پژوهش نیز

شرکت کنندگان همگی دارای تجربه مصرف مواد بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- داشتن تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، ۲- داشتن حداقل یک ماه پاک‌ی کامل از ماده مصرفی، ۳- داشتن سواد حداقلی برای پاسخگویی به سوالات، و ۴- عدم سابقه بیماری جسمانی و روانی مزمن. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: ۱- پاک‌ی زیر یک ماه، و ۲- عدم همکاری مشارکت کنندگان. حجم نمونه تا اشباع نظری ادامه یافت و نهایتاً ۱۲ نفر انتخاب شدند.

در این پژوهش، به منظور گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق استفاده شد و محور اصلی سؤال‌های مصاحبه در راستای کشف تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد بود. قبل از انجام مصاحبه، به شرکت کنندگان در مورد رعایت اصول اخلاقی پژوهش توضیحات لازم داده شد و پس از کسب رضایتشان، به آن‌ها پیرامون حق انصراف از مصاحبه و محرمانه بودن مشخصات در کل فرایند پژوهش اطمینان داده شد. همچنین، در مورد ضبط مصاحبه از شرکت کنندگان اجازه گرفته شد و سپس برای انجام تحلیل‌های بعدی، مصاحبه‌ها به دقت روی کاغذ پیاده‌سازی شد. لازم به ذکر است که برای محفوظ ماندن مشخصات آزمودنی‌ها، در گزارش نقل قول‌ها از عبارات (شرکت کننده شماره ۱، ۲ و ...) استفاده گردید و مصاحبه‌ها بین ۶۵-۴۵ دقیقه متناسب با روایات، میزان تحمل و علاقه مشارکت کنندگان به طول انجامید.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کلایزی^۱ استفاده شد که یکی از رویه‌های پرکاربرد تحلیل در تحقیقات پدیدارشناسی است (محمدپور، ۱۳۹۲). طبق این روش، در این پژوهش پس از انجام مصاحبه و پیاده‌سازی مصاحبه بر روی کاغذ، چندین مرتبه متن خوانده شد و در ادامه خواندن یافته‌های مهم هر مصاحبه و هم احساس شدن با افراد مشارکت کننده به منظور درک آن‌ها، استخراج جملات مهم در رابطه با پدیده مورد مطالعه، دادن مفاهیم خاص به جملات استخراج شده (فرمول‌بندی)، دسته‌بندی مفاهیم مشترک به دست آمده، رجوع به مطالب اصلی و مقایسه ایده‌ها و ترکیب آن‌ها، توصیف نهایی پدیده مورد مطالعه و در نهایت بازگردانی توصیف پدیده‌ها به مشارکت کنندگان

در راستای معتبرسازی نتایج انجام شد. جهت بررسی اعتبار و صحت داده‌های پژوهش، از چهار معیار قضاوت شامل اعتبار^۱، قابلیت انتقال^۲، اطمینان پذیری^۳ و تایید پذیری^۴ که توسط گوبا و لینکن^۵ (۱۹۹۴) پیشنهاد شده است استفاده شد. برای تضمین اعتبار، درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش وجود داشت. از نظرات اساتید در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها و تحلیل آن‌ها استفاده شد. برای بررسی اطمینان‌پذیری داده‌ها از نظارت اساتید متخصص استفاده شد و متن مصاحبه‌ها برای بررسی دقیق‌تر کدگذاری‌ها به اساتید ارائه شد. برای رسیدن به اصل انتقال‌پذیری سعی شد از زنان در سطوح مختلف شغلی، اجتماعی و فرهنگی استفاده گردد. افزون بر این، جهت تأمین تاییدپذیری سعی شد پژوهشگران قضاوت‌ها و سوگیری‌های خود را تا حد امکان در کار دخالت ندهند و با ثبت همه‌ی مراحل انجام کار و داده‌های حاصله و حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش به تضمین قابلیت تایید این پژوهش کمک نمایند.

یافته‌ها

جدول نمونه پژوهش حاضر شامل ۱۲ نفر از زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد بودند که اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شرکت‌کننده	سن	وضعیت تاهل	تحصیلات	سن تجربه مواد	مدت زمان مصرف	نوع مواد مصرفی
۱	۳۷	متاهل	دیپلم	۲۶ سالگی	۸ سال	ماری جوانا و شیشه
۲	۲۲	متاهل	سیکل	۱۶ سالگی	۶ سال	هروئین و شیشه
۳	۲۵	مجرد	دیپلم	۱۵ سالگی	۱۰ سال	هروئین
۴	۴۴	متاهل	سیکل	۳۲ سالگی	۱۲ سال	تریاک و شیره
۵	۲۰	مجرد	دیپلم	۱۶ سالگی	۴ سال	ماری جوانا و شیره
۶	۳۴	متاهل	پنجم	۲۳ سالگی	۱۱ سال	تریاک و شیشه
۷	۴۶	متاهل	سیکل	۳۵ سالگی	۱۱ سال	تریاک
۸	۲۸	متاهل	سیکل	۱۳ سالگی	۱۵ سال	تریاک

1. credibility
2. transferability
3. dependability

4. confirmability
5. Guba & Lincoln

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شرکت‌کننده	سن	وضعیت تاهل	تحصیلات	سن تجربه مواد	مدت زمان مصرف	نوع مواد مصرفی
۹	۴۴	متاهل	ابتدائی	۳۰ سالگی	۱۴ سال	تریاک و شیره
۱۰	۲۹	متاهل	سیکل	۲۴ سالگی	۵ سال	تریاک و هروئین
۱۱	۳۴	متاهل	دیپلم	۲۳ سالگی	۱۱ سال	تریاک و شیشه
۱۲	۳۰	متاهل	دیپلم	۲۰ سالگی	۱۰ سال	تریاک و شیره

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، ۱۲ زن مبتلا به اختلالات مصرف مواد مقیم مرکز بازتوانی ترک اعتیاد در پژوهش حاضر شرکت کردند. از بین این شرکت‌کنندگان، تعداد ۸ نفر (۶۶/۷ درصد) متاهل و ۴ نفر (۳۳/۳ درصد) مجرد بودند. همچنین، میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۲/۷۵ سال، میانگین میزان تحصیلات (۴ نفر) ۳۳/۳ درصد دیپلم و (۸ نفر) ۶۶/۷ درصد سیکل و پایین‌تر بودند. در ادامه به تشریح اطلاعات به‌دست آمده از مشارکت‌کنندگان پرداخته شد.

جدول ۲: مضامین انتخابی، محوری و باز مشارکت‌کنندگان

مضامین انتخابی	مضامین محوری	مضامین باز
مشکلات عاطفی و آسیب‌پذیری	خشم و شکل‌گیری روابط مخرب	روابط متعدد شکست خورده
		آسیب به خود
		احساس خودکم‌بینی و تنفر
		بی‌تفاوتی نسبت به دیگران
	استرس و ترس	فشارهای متعدد، احساس بی‌ارزشی
		ترس از آینده نامعلوم و آینده فرزندان
	احساس بی‌معنایی	عدم رضایتمندی
		احساس پوچی و بی‌هدفی
		ناامیدی
	احساس تنهایی و طرد اجتماعی	بی‌توجهی و طرد
		نبود حمایت اجتماعی و خلاء ارتباطی
		فقدان شادی، پریشانی و احساس غم
	شکل‌گیری بدبینی	بدبینی نسبت به والد
		بدبینی نسبت به همسر
		بدبینی نسبت به دیگران

جدول ۲: مضامین انتخابی، محوری و باز مشارکت کنندگان

مضامین انتخابی	مضامین محوری	مضامین باز
	ناکامی	تصمیم‌گیری‌های آنی و لحظه‌ای
		درماندگی و پریشانی
		تنش درونی و نشخوار فکری
بدعملکردی خانواده	آسیب‌های خانواده	والد مصرف‌کننده و دسترسی آسان
		تحقیر شدن و خشونت
		عدم حمایت و عدم نظارت
		سلطه‌گری
		فروپاشی
	تعارض و قطع ارتباط با خانواده	عدم اعتماد، اختلاف و فرار
تجارب ناخوشایند گذشته	تجربه شکست	شکست عشقی و عاطفی
		خیانت و عدم تعهد به روابط زناشویی
		طلاق
		نگرانی از آینده نامعلوم
		نگرانی از فرزند طلاق
		مشکلات مالی شدید
	ترک و لغزش‌های پیاپی	آبروی از دست رفته
		فقدان موقعیت اجتماعی
		دلخوشی موقت
		اعتماد مجدد خانواده
		سوختن و ساختن
		تسلیم در برابر مصرف
	بدرفتاری‌های تجربه شده قبلی	تنبیه بدنی
		مقایسه
		سوء استفاده
		خشونت
		اقدام به خودکشی
		غفلت

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، تجزیه و تحلیل داده‌ها در خصوص پدیدارشناسی تجربه زیسته زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد منجر به تولید ۳ مضمون انتخابی، ۹ مضمون محوری و ۳۰ مضمون باز گردید. مضمون مشکلات عاطفی و

آسیب‌پذیری فردی شامل خشم و شکل‌گیری روابط مخرب، استرس و ترس، احساس بی‌معنایی در زندگی، احساس تنهایی، شکل‌گیری بدبینی و احساس شرم و گناه بود. مشکلات خانواده شامل آسیب‌های خانواده، تعارض و قطع ارتباط با خانواده بود و تجارب ناخوشایند گذشته عبارت بود از: تجربه شکست، ترک و لغزش‌های پیاپی و بدرفتاری‌های تجربه شده قبلی. در ادامه به معرفی بیشتر مضامین اصلی پرداخته شده است.

مشکلات عاطفی و آسیب‌پذیری

منظور از مشکلات عاطفی و آسیب‌پذیری پیامدهایی است که زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد به صورت هیجانی و حتی آسیب‌زا از خود بروز دادند. این موارد شامل خشم و شکل‌گیری روابط مخرب، احساس بی‌تفاوتی، اهانت به فرزندان و شکل‌گیری بدبینی بود که در ادامه توضیح داده شده است.

احساس خشم و شکل‌گیری روابط مخرب: برخی زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد عواطف منفی را نسبت به خود ابراز می‌داشتند. در این زمینه شرکت‌کننده شماره ۱ عنوان کرد که: "احساس می‌کردم از خودم متنفرم و هم‌طور از شوهرم، اخیراً هم از بچم و بابا و مامانم، از شدت عصبانیت دستم را چند بار تیغ زدم." شرکت‌کننده شماره ۴ نیز گزارش داد که: "شوهرم دست بزن داره بدنم را سیاه کرده، چشمم قرمز شده و ابروم بخیه خورده. بهم خیانت کرده من هم از شدت عصبانیت این کار را انجام دادم."

استرس و ترس: فشار روانی به دنبال تحریک درونی یا بیرونی ایجاد می‌شود. استرس، اضطراب و مشغله روانی مواردی تنش‌زا هستند که زنان وابسته به مواد تجربه کرده بودند. در این زمینه دو نفر از شرکت‌کنندگان نظر خود را عنوان کردند. شرکت‌کننده شماره ۶ بیان کرد که: "ترس شدید دارم. چندبار توسط پدر و برادرم کتک خوردم بدجور. بار اول دماغم را شکستند. چندبار سرم شکسته شد. از سایه خودم هم می‌ترسم." شرکت‌کننده شماره ۵ هم گفت که: "کلافه‌ام، خیلی فشار روم است. خیلی مشکل در زندگی دارم و هر روز بدتر از دیروزه. مادرم از دنیا رفت و داغش داغونم کرد. نگرانم مبادا اتفاق دیگری بیفتد. هیچی درست نمیشه."

احساس بی‌معنایی: بعضی از زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد احساس پوچی و بی‌هدفی داشتند. در این زمینه، شرکت‌کننده شماره ۸ بیان کرد که: "هدفی در زندگی ندارم. از هیچی لذت نمی‌برم، بی‌ارزشم، ته خطم. زندگی را باختم. دل و دماغ هیچ کاری را ندارم. حس خوبی ندارم از زندگی. دوست دارم از این وضعیت خلاص شم." شرکت‌کننده شماره ۲ نیز بیان کرد که: "ایتقدر بدبختی تو زندگیم دیدم که فکر خوشبختی نمی‌کنم، نه برا خودم ارزش دارم و نه برا خانواده‌ام مفیدم، آینده مثبتی نمی‌بینم و احساس می‌کنم پوچم و هیچ. امیدی به زندگی و رسیدن به اهدافم را دیگر ندارم."

احساس تنهایی و طرد اجتماعی: وجود احساس تنهایی و طرد اجتماعی یکی دیگر از احساسات منفی بود که شرکت‌کنندگان به زندگی خود داشتند. مصرف مواد به ویژه در زنان موجب می‌شود که تصور دیگران نسبت به آنها مخدوش شود و منجر به طرد آنها در جامعه گردد. برخی از این زنان به دلیل اینکه نگرانند توسط دیگران قضاوت منفی و طرد شوند، تمایل به کناره‌گیری و تنهایی دارند و سعی می‌کنند در موقعیت‌های مختلف خود را منزوی کنند که این موضوع منجر به بی‌کفایتی و احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی آنها می‌شود. شرکت‌کننده شماره ۱۲ در این مورد می‌گوید: "در جامعه ما به ویژه در اینجا اگر زنی معتاد باشد باعث تعجب است. من اولش خیلی سعی کردم کسی از این قضیه بویی نبرد. تا جای ممکن از دیگران دوری می‌کردم، حتی اقوام خیلی نزدیک را هم از دست دادم. احساس می‌کنم تنهاییم و کسی تحویل نمی‌گیره و به حسابم نمی‌اره."

شکل‌گیری بدبینی و دوری‌گزینی: بدبینی نسبت به همسر و خانواده، بدبینی نسبت به دیگران و بدبینی نسبت به جنس مخالف از جمله تجربیات زیسته برخی از زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد بود. در این زمینه، شرکت‌کننده شماره ۱۰ عنوان کرد که: "به هیچ کس اعتماد ندارم. نمی‌توانم روقول خانواده‌ام حساب کنم. هیچ کس به فکر من نیست تو خانواده. همسر هم دیگه مرا دوست نداره و حتی بچه‌هام." شرکت‌کننده شماره ۵ نیز بیان کرد که: "به هیچ مردی اعتماد ندارم. همه دروغ می‌گویند و به فکر خودشون هستند. صیغه کردم، کتک خوردم از دستشون، درکم نکردند. به احساساتم توجهی شد و همش منو مقصر میدونستند. از همه کس بیزارم، رهایم کنید."

ناکامی: منظور از ناکامی در زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد عدم کامیابی و شکست در دستیابی به اهداف مورد نظر است. برخی از این زنان اظهار داشتند که نمی‌توانند تصمیم‌گیری درستی داشته باشند و حتی در مورد ترک و پیامدهای آن هم تصمیمات‌شان زودگذر و آنی است. آنها فکر می‌کنند مستاصل شده‌اند و کاری از دستشان ساخته نیست، پریشان و آشفته‌حال هستند و افکار تکرار شونده منفی به صورت مداوم باعث رنجش درونی آنها می‌شود. در این زمینه، شرکت‌کننده شماره ۹ می‌گوید که: "به هدف‌های مورد نظرم نرسیدم و آرزوهایم بر باد رفت، با خودم حرف می‌زنم و خودخوری می‌کنم، هرچه می‌کنم نمی‌تونم از دست این افکار لعنتی خلاص شوم." شرکت‌کننده شماره ۸ نیز اظهار داشت که: "به دلیل جدایی از شوهرم بچه‌هام هم از دست رفتند. دوست داشتم بزرگ شدن بچه‌هام و مدرسه رفتنشون ببینم. دیگر امیدی برای زندگی ندارم."

بدعملکردی خانواده: تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه با شرکت‌کنندگان مشخص ساخت که عملکرد خانواده و مشکلات مرتبط با آن از جمله تجارب زیسته اغلب زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد بود که شامل آسیب‌های خانوادگی، تعارض و قطع ارتباط با خانواده است.

آسیب‌های خانوادگی: سست شدن بنیان خانواده در نتیجه آسیب‌های خانوادگی جایگاه و موقعیت اجتماعی خانواده را به مخاطره می‌اندازد و در کارکردهای اجتماعی آن اختلال ایجاد می‌کند. در این زمینه، شرکت‌کننده شماره ۱ عنوان کرد که: "خیلی داغون بودم، بابام دست بزن داشت و زود از کوره در می‌رفت. اگر سر موقع مصرف نمی‌کرد مادرم، خودم، خواهر و برادرم را به بهانه‌های مختلف کتک می‌زد، جهنم بود خونه ما." شرکت‌کننده شماره ۸ نیز بیان داشت که: "شوهرم مصرف می‌کرد، من هم وابسته شدم. فرزندانم هم در تحصیل موفق نشدند و رها کردند مدرسه را. زندگیمون از هم پاشید."

تعارض و قطع ارتباط با خانواده: وجود احساس نارضایتی و اختلاف، بیرون زدن از خانه تا پاسی از شب، خشونت خانوادگی و حتی فرار از دیگر احساسات منفی بود که شرکت‌کنندگان نسبت به زندگی خود داشتند. در این زمینه دو نفر از شرکت‌کنندگان نظر

خود را عنوان کردند. شرکت‌کننده شماره ۹ گفت که: "جو خانواده متشنج، آشفته و پراز تعارض است. اعتمادی بین اعضای خانواده وجود ندارد. همه چی رها شده به امان خدا." شرکت‌کننده شماره ۵ نیز اظهار داشت که: "یادم هست خیلی مواقع از خونه بیرون می‌زدم و تا دیر موقع بر نمی‌گشتم، در حالی که هیچ نظارتی نبود در عوضش تو خونه خشم و عصبانیت بود و خشونت بیداد می‌کرد."

تجارب ناخوشایند گذشته

منظور از تجربیات ناخوشایند گذشته بدرفتاری‌ها، تحقیرها، سرزنش‌ها، شکست‌ها (عاطفی و عشقی) و شیوه زندگی معیوبی بوده است که زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد در گذشته تجربه کرده بودند. در ادامه مصداق‌های آن‌ها ذکر شده است.

تجربه شکست: شکست عاطفی و نگرانی از تنهایی ناشی از آن، ترس از سرزنش، ترس از فقدان پشتیبان، ترس از آینده نامعلوم از جمله تجربیات زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد بود. در این زمینه، شرکت‌کننده شماره ۴ عنوان کرد که: "ترسم از آینده خودم و بچه‌هام دارم از اینکه می‌بینم اونا هم به سرنوشت خودم گرفتار میشن. خیلی از وسایل زندگیمون را فروختیم از راه ناچاری. وقتی متوجه شدم بچم به مواد گرایش پیدا کرده دنیا از نظرم سیاه شده است." شرکت‌کننده شماره ۲ نیز بیان کرد که: "یادم میاد بابام خیلی اذیتم کرد بعد که شوهر کردم آن هم از پدرم بدتر بود، خوار و ذلیل و کسی را ندارم. قبح خیانت برام ریخته و برا شوهرم همینطور."

ترک و لغزش‌های پیاپی: تعدادی از زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد که به مرکز بازتوانی (کمپ ترک اعتیاد) آمده بودند اظهار داشتند که بعد از مدتی که در کمپ بودند و ماده مصرفی را کنار گذاشتند حالشان بهتر شد و خانواده دوباره به آنان اعتماد کرده و امید می‌دادند که در نتیجه این اقدامات امید به زندگی بیشتر و حمایت‌های اجتماعی هم دریافت می‌کردند. با وجود این، متأسفانه بعد از مدتی که دوباره لغزش داشتند این خوشی و دریافت حمایت از دست می‌رفت. در این مورد، شرکت‌کننده شماره ۱۲ عنوان کرد که: "من حدود ۱۵ ماه پاکی داشتم. خود و خانواده خیلی امیدوار شدیم. فکر می‌کردم برای همیشه پاکم، ولی لغزش پیدا کردم و دوباره مصرف مواد را از سر گرفتم. خیلی ناراحتم،

همه چیز بر باد رفت و دوباره به کمپ برگشتم. "شرکت کننده شماره ۶ نیز بیان داشت که: "مدتی که ترک کرده بودم حتی به کار کردن هم علاقمند شدم و در کار کشاورزی (چیدن خیار و گوجه) شرکت می کردم. پاکی ام زیاد دوام نیاورد و لغزش پیدا کردم."

بدرفتاری های تجربه شده گذشته: منظور از این بدرفتاری ها آزاردیدگی ها، رویدادهای استرس زای همراه با بار عاطفی منفی، و سوء استفاده جسمی، جنسی، غفلت و خشونت است که شرکت کنندگان در مراحل قبلی زندگی خود تجربه کرده بودند و از رخ دادن این اتفاقات اغلب احساس شرم و گناه می کردند. در این زمینه، شرکت کننده شماره ۱۱ گفت: "حوادث سختی را پشت سر گذاشتم. داغ دار شدم. غصه دست بردارم نبود. شوهرم هم غافل بود و دائم می زدم، سرزنش می کرد و با دیگران مقایسه." شرکت کننده شماره ۷ نیز عنوان کرد که: "خیلی ناراحتم. احساس شرم و گناه می کنم که بچه هام را رها کردم، البته هم بدرفتاری های بابام و هم شوهرم باعث و بانی سرنوشت من شدند. از شوهرم به خاطر برخی کارهای احمقانه تنفر پیدا کردم."

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر پدیدارشناسی تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد مقیم یک مرکز باز توانی بود. از تحلیل مصاحبه های انجام شده در خصوص تجارب زیسته زنان وابسته به مواد چنین استنباط می شود که آنها از لحاظ مشکلات عاطفی و آسیب پذیری، بدعملکردی خانواده و تجارب ناخوشایند گذشته تحت تاثیر قرار می گیرند. اولین مضمون انتخابی استخراج شده مشکلات عاطفی و آسیب پذیری بود. در واقع، مشارکت کنندگان پژوهش حاضر اذعان داشتند که به دلیل وابستگی به مواد نسبت به خود، همسر، فرزند، پدر و مادر و دیگران احساسات منفی و آشفتگی های هیجانی پیدا کرده اند. مجموعه این عواطف خود را به صورت خشم و شکل گیری روابط مخرب، تنش، آسیب به خود و دیگران، روابط شکست خورده، احساس حقارت و تنفر نشان می دهد. مطالعه حاضر همسو با برخی شواهد تجربی و پژوهشی مانند بخشی و همکاران (۱۴۰۲)، جوادی و پيله وری (۱۳۹۶) و استولبرگ (۲۰۲۴) نشان داد که زنان آسیب پذیر به دلیل تغییر در ابراز احساسات، از دست دادن شبکه اجتماعی، و تغییر در سلامت جسمی و روانی در

پاسخ به تجربیات تلخ زندگی به مصرف مواد به عنوان نوعی راهبرد مقابله‌ای گرایش پیدا می‌کند. نظریه مبتنی بر هیجان^۱ علت بیشتر مشکلات روانی افراد را نقض در روابط عاطفی می‌داند. بر اساس این دیدگاه، هیجانات از جمله خشم می‌توانند کل وجود فرد را تغییر دهند و منجر به عواطف منفی از جمله تنفر نسبت به افراد مختلف شوند (فولکمن و لازاروس^۲، ۱۹۸۸؛ لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۶). همچنین، بی‌تفاوتی نسبت به دیگران به عنوان محصول و پیامد تجارب زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد بیانگر بی‌احساسی، بی‌میلی و به عبارت بهتر نوعی افسردگی اجتماعی است (جوادی و پيله‌وری، ۱۳۹۶). در حقیقت، این زنان برای رهایی از این احساسات و هیجانات منفی به مصرف مواد پناه می‌برند و فکر می‌کنند که این مصرف به آنها آرامش و حس خوب می‌دهد، در حالی که پیامد آن تجربه شکل‌گیری نگرش‌های منفی، احساس تنهایی و بی‌معنایی در زندگی، طرد اجتماعی، بی‌تفاوتی، ناکامی، پریشانی، ناامیدی و بعضاً خودزنی در آنان است. در مجموع، می‌توان چنین نتیجه گرفت که تجربه مصرف مواد در زنان پژوهش حاضر منجر به شکل‌گیری مشکلات عاطفی و آسیب‌پذیری فردی شده است. همچنین، طبق یافته‌های این پژوهش بسیاری از شرکت‌کنندگان احساسات و هیجانات منفی را تجربه کرده و نسبت به زندگی زناشویی خود نیز بدبین شده بودند.

دومین مضمون انتخابی استخراج شده بدعملکردی خانواده بود که در قالب آسیب‌های خانواده، تعارض و قطع ارتباط با خانواده مطرح شد. از دیدگاه زنان وابسته به مواد شرکت‌کننده، بخشی از تجربه آنها مربوط به بدعملکردی خانواده بود. پژوهش‌های مشابهی نشان داده‌اند خانواده و کارکرد آن نقش اساسی در گرایش به سمت مصرف مواد در اعضای خانواده دارد (جهاندار لاشکی، ۱۴۰۲). مصرف مواد موجب آشفتگی و از هم پاشیدن زندگی خانوادگی می‌شود و آسیب‌ها و بدکارکردی‌های خانواده از عوامل تاثیرگذار بر اعتیاد افراد درون خانواده می‌باشد. به عنوان مثال، والدگری نامناسب به عنوان بخشی از آسیب خانواده بیانگر سبک‌های فرزندپروری ناکارآمدی است که مصرف مواد را ترغیب می‌کند. وجود فرد وابسته به مواد در خانواده جنبه‌های مختلف زندگی

خانوادگی را تحت تاثیر قرار داده و هیجان‌های منفی را در پی دارد. در تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان سرخوردگی و رنج ناشی از این وابستگی منجر به خیانت، طلاق، فروپاشی خانواده، گرایش به دوستان و شرکای مصرف‌کننده و درنهایت پناه بردن به مرکز بازتوانی (کمپ ترک اعتیاد) شده است. وجود خیانت همیشه موجب ضربه شدید عاطفی به طرفین می‌شود و همسران نیز از چنین تجربه‌ای به شدت آسیب می‌بینند و اغلب دچار افسردگی شدید یا احساس گناه می‌شوند یا حتی به فکر خودکشی می‌افتند (اومارزو و همکاران، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها مشابهی همان‌گونه که مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر اذعان داشته‌اند نیز نشان داده‌اند آسیب‌های وارده ناشی از خیانت زناشویی منجر به طلاق، مصرف مواد، واکنش‌های پریشانی، سرزنش خود، خشم و کاهش اعتماد به نفس می‌شوند (دین‌دوست و چراغی، ۱۴۰۳؛ گوردون و میتچل^۲، ۲۰۲۰). در تبیینی دیگر می‌توان به نظریه یادگیری ساترلند استناد کرد که معتقد بود یادگیری رفتار انحرافی از طریق همنشینی و داشتن رابطه با افراد مجرم ایجاد می‌شود (جهاندار لاشکی، ۱۴۰۲). به طور مشابهی، تحلیل متنی مصاحبه‌ها نشان داد که زندگی با شوهر وابسته به مواد و مصرف مواد به پیشنهاد وی و در دسترس بودن آن در مصرف مواد آنها نقش داشته است. به علاوه، در این پژوهش همسو با یافته‌های حاجیها و همکاران (۱۳۹۷)، تعارض و قطع ارتباط با خانواده منجر به احساس تنهایی و تجربه هیجان‌های منفی می‌شود و زنان را به سوی مصرف مواد سوق می‌دهد.

یکی دیگر از مضامین حاصل از تحلیل متنی مصاحبه‌های انجام شده تجارب ناخوشایند گذشته بود. نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که وقایع دردناک زندگی منجر به تغییرات شناختی همچون دیدگاهی خاص در زمینه خودارزشمندی، تغییر در نگرش راجع به دیگران (اعتماد و صمیمیت کمتر) و توسعه عقاید آسیب‌زا خواهد شد (جوادی و پیله‌وری، ۱۳۹۶). در واقع، مشارکت‌کنندگان در مورد تجارب ناخوشایند گذشته خود نیز حس ترس، ناراحتی و شرم و سرخوردگی داشتند و همین امر زمینه‌ساز شکست‌های عاطفی، لغزش خیانت، طلاق، گرایش به همسالان منحرف، بی‌اعتباری و حتی اقدام به

خودکشی است. تجارب ناخوشایند گذشته منجر به تنش و رنجش در فرد و در نهایت سرزنش توسط خود و ترحم توسط اطرافیان می شود که عدم تعهد، نگرانی و مشکلات عدیده ای را به همراه دارد. در تبیین دیگر این مضمون می توان به نظریه روان تحلیل گری استناد کرد که بر مبنای آن دوره کودکی و نوجوانی می تواند با دشواری ها و آشوب های زیادی همراه باشد که مهم ترین آنها انواع چهارگانه بدرفتاری (جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت) و تجربه فقدان و یا جدا شدن از اعضای خانواده است (آلزی^۱، ۲۰۰۹). از دیدگاه نظریه ی درمان متمرکز بر شفقت^۲ نیز مولفه کلیدی شفقت درمانی با این مشاهده مرتبط است که افراد با سطوح بالای شرم و خودانتقادی ممکن است ایجاد احساس رضایت، امنیت یا ملایمت و گرما را در روابط خود با سایرین و با خودشان بسیار سخت و دشوار بدانند (ایگان^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، فرزندان که شاهد و ناظر کشمکش ها، درگیری ها، قهرها و ناآرامی های والدینشان هستند و لحظه های ناخوشایند حاصل از چنین وقایعی را تجربه می کنند از عوارض و پیامدهای آن نیز صدمه می بینند. همسو با این پژوهش ها، مضامینی در یافته های پژوهش حاضر از جمله شکست های عاطفی، نگرانی از آینده نامعلوم خود و فرزندان، سردرگمی، خشونت، غفلت، مشکلات مالی شدید و حتی آسیب به خود وجود داشت که این زنان گزارش کردند. در تبیینی دیگر طبق نظریه شناختی-رفتاری، مشکلات روان شناختی ناشی از تجارب ناخوشایند گذشته به این علت است که فرد یک پاسخ شناختی درونی نسبت به موقعیت زندگی اش می سازد که سازگارانه نیست (لشچ^۴ و همکاران، ۱۹۸۵).

این پژوهش دارای محدودیت هایی است. نخست اینکه این تحقیق در خصوص زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد تنها در یک مرکز بازتوانی در شهر گچساران انجام گرفت. بنابراین، نمی توان درخصوص تعمیم نتایج به سایر مناطق و شهرها اظهار نظر کرد. دوم، در پژوهش حاضر نمونه به زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد که برای ترک اقدام کرده بودند محدود شد. بر اساس یافته های پژوهش پیشنهاد می شود که تدوین پروتکل

1. Elzy

2 . Therapy theory focused on compassion

3. Egan

4. Leszcz

مشاوره‌ای در دستور کار مشاوران و روان‌شناسان قرار گیرد و برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی در زمینه افزایش سطح آگاهی و راه‌های پیشگیری از اعتیاد زنان به ویژه در مناطق حاشیه‌نشین برگزار شود. در خصوص پایش بعد از ترک و واکنش‌های روان‌شناختی این زنان نیز پژوهشی صورت گیرد. در انتها نیز پیشنهاد می‌گردد با توجه به اینکه طرد اجتماعی و از دست دادن حمایت‌های مختلف از پیامدهای منفی پس از بازپروری زنان وابسته به مواد می‌باشد، ضرورت دارد مسئولان امر و سازمان‌های متولی اقدامات لازم را جهت بازگشت این زنان به چرخه زندگی سالم و عادی فراهم سازند.

منابع

احمدی، سیروس؛ صرامی فروشانی، حمیدرضا و نوریان نجف آبادی، محمد (۱۴۰۳). مقایسه حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد با ترک موفق و ناموفق. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۸ (۷۲)، ۲۳۰-۲۱۱. بازرگان، عباس (۱۳۹۹). *مقدمه‌ای بر روش‌های تحقیق کیفی و آمیخته: رویکردهای متداول در علوم رفتاری*. تهران، نشر دیدار.

بخشی، قدیر؛ عشایری، طاها؛ جهان‌پرور، طاهره و باقری، سمیرا (۱۴۰۲). مطالعه عوامل موثر بر اعتیاد زنان: فرا تحلیل پژوهش‌های بازه زمانی. *زن و جامعه*، ۱۴ (۵۳)، ۹۱-۱۱۲.

تقوائی‌نیا، علی (۱۴۰۲). واکاوی تجربه وابستگی به مصرف مواد در دانشجویان: یک مطالعه مبتنی بر نظریه زمینه‌ای. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷ (۷۰)، ۳۰-۷.

تقوائی‌نیا، علی (۱۴۰۳). *تدوین مدل اقدام به خودکشی بر اساس کیفیت زندگی و عملکرد خانواده با میانجیگری نقش خودزنی و تحمل پریشانی در نوجوانان استان کهگیلویه و بویراحمد و اثربخشی آموزش مبتنی بر مدل تدوین شده بر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی در نوجوانان این استان*. طرح پژوهشی، دانشگاه یاسوج.

جهاندار لاشکی، زینب (۱۴۰۲). واکاوی روایت خانواده‌ها از زندگی با فرد معتاد: مطالعه‌ای کیفی. *مطالعات راهبردی زنان*، ۲۶ (۱۰۱)، ۱۹۹-۱۷۷.

جوادی، سید محمد حسین و پیله‌وری، اعظم (۱۳۹۶). بررسی تجربه زیسته مصرف‌کنندگان بی‌خانمان: پژوهشی کیفی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱ (۴۱)، ۴۸-۲۷.

حاجیه‌ها، ضحی؛ بهرامی احسان، هادی و رستمی، رضا (۱۳۹۷). تجربه زیسته زنان معتاد در شهر تهران: دستیابی به یک الگوی تبیینی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲ (۴۷)، ۱۳۴-۱۱۱.

دین دوست، مرضیه و چراغی، مونا (۱۴۰۳). تجارب زیسته فرزندان از روابط فرازنشویی والدین: یک مطالعه پدیدارشناسانه. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۸ (۲)، ۶۰-۳۳.

عامری، نرجس و نجفی، محمود (۱۴۰۳). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه‌های شرم و انگ درونی در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۸ (۷۳)، ۲۴۱-۲۵۸.

محمدپور، احمد (۱۳۹۲). روش تحقیق کیفی ضد روش‌ها. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

مستدام، زهرا؛ رضایی شریف، علی و صرامی، حمیدرضا (۱۴۰۲). تجربه زیسته زنان متقاضی طلاق با همسر وابسته به مواد: یک مطالعه پدیدارشناسی. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۷ (۷۰)، ۵۸-۵۵.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(5th ed). Washington, DC: Auth.
- Benchaya, M. C., Moreira, T. D. C., Constant, H. M. R. M., Pereira, N. M., Freese, L., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2019). Role of parenting styles in adolescent substance use cessation: Results from a Brazilian prospective study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3432.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2018). *the Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 8th Edition, Elsevier, St. Louis.
- Copello, A., & Day, E. (2021). Addiction Problems in a Family and Social Context. In *Seminars in Addiction Psychiatry*. Cambridge University Press, 252.
- D'Onofrio B, Emery R. (2019). Parental divorce or separation and children's mental health. *World Psychiatry*, 18(1), 100-111.
- Dakof, G. A., Cohen, J. B., Henderson, C. E., Duarte, E., Boustani, M., Blackburn, A., ... & Hawes, S. (2010). A randomized pilot study of the Engaging Moms Program for family drug court. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 263-274.
- Egan, H., O'Hara, M., Cook, A., & Mantzios, M. (2022). Mindfulness, self-compassion, resiliency and wellbeing in higher education: a recipe to increase academic performance. *Journal of Further and Higher Education*, 46(3), 301-311.
- Elzy, M. B. (2009). *Exploring the relationship between chidoohood sexual abuse and borderline personality features using social support as moderating factor*. A theses submitted for the degree Master of Arts, University of South Florida.
- Esteban, J., Suárez-Relinque, C., & Jiménez, T. I. (2023). Effects of family therapy for substance abuse: A systematic review of recent research. *Family Process*, 62(1), 49-73.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *journal of personality and social psychology*, 54(3), 466-475.
- Giddens, A. (2023). Modernity and self-identity. In *Social theory re-wired* (pp. 477-484). Routledge.
- Gordon, K. C., & Mitchell, E. A. (2020). Infidelity in the Time of COVID19. *Family Process*, 59(3): 956-966.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of Qualitative Research*, 2(163-194), 105-118.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In *Dynamics of stress: Physiological, psychological and social perspectives* (pp. 63-80). Boston, MA: Springer US.
- Leszcz, M., Yalom, I. D., & Norden, M. (1985). The value of inpatient group psychotherapy: Patients' perceptions. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35(3), 411-433.
- Luscher, C., & Janak, P. H. (2021). Consolidating the circuit model for addiction. *Annual Review of Neuroscience*, 44, 173-195.
- Merz, F. (2018). United nations office on drugs and crime: World Drug Report 2017. *SIRIUS-Zeitschrift für Strategische Analysen*, 2(1), 85-86.
- Niebel, A., Pragst, F., Krumbiegel, F., & Hartwig, S. (2022). Prevalence of cathinones and other new psychoactive substances in hair of parents and children of families with known or suspected parental abuse of conventional illegal drugs, *Forensic Science International*, 331, 111148.
- Norona, J. C., Khaddouma, A., Welsh, D. P., & Samawi, H. (2015). Adolescents' understandings of infidelity. *Personal Relationships*, 22(3), 431-448
- Omarzu, J., Miller, A.N., Schultz, CH. & Timmerman, A. (2012). Motivations and Emotional Consequences Related to Engaging in Extramarital Relationships. *International Journal of Sexual Health*, 24(2), 154-162
- Ouzir, M., & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 148, 59 -68.
- Page, S., Fedorowicz, S., McCormack, F., & Whitehead, S. (2024). Women, addictions, mental health, dishonesty and crime stigma: Solutions to reduce the social harms of stigma. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(1), 63.
- Reginsson, G. W., Ingason, A., Euesden, J., Bjornsdottir, G., Olafsson, S., Sigurdsson, E., ... & Stefansson, K. (2018). Polygenic risk scores for schizophrenia and bipolar disorder associate with addiction. *Addiction Biology*, 23(1), 485-492.
- Stolberg, V. B. (2024). Issues between addiction and gender. *International Journal of Psychiatry Research*, 7(2), 1-3.
- Thein, K. Z. K., Herberholz, C., Sandar, W. P., Yadanar.(2021). Caring for persons with drug use disorders in the Yangon Region, Myanmar: Socioeconomic and psychological burden, coping strategies and barriers to coping. *PLoS One*, 16(10), e0258183.
- Van den Brink, W., & Hassen, C. (2006). Evidence-based treatment of opioid dependent patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 635-646.
- Vink, J. M., & Schellekens, A. (2018). Relating addiction and psychiatric disorders. *Science*, 361(6409), 1323-1324.
- Weiser, D., & Weigel, D. (2015). Investigating experiences of the infidelity partner: Who is the "Other Man/Woman"? *Personality and Individual Differences*, 85, 176-181.