



<https://ssoss.ui.ac.ir/?lang=en>

Strategic Research on Social Problems

E-ISSN: 3041-8623

Vol. 15(4), 1-24

Received: 08.04.2025 Accepted: 16.05.2026

Research Paper

Women's Membership and Retention in the Nar-Anon Twelve-Step Program: A Qualitative Study in Yazd, Iran

Seyed Reza Javadian* 

Associate professor, Department of Social Work and Social Policy, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran
Javadian@yazd.ac.ir

Asieh Kafian Yazdi 

MA in Counseling and Guidance, Yazd, Iran
a.s.akafian@gmail.com

Zahra Falakodin 

Assistant professor, Department of Sociology, Faculty of Literature and Humanities, University of Birjand, Birjand, Iran
zahra.falakodin@birjand.ac.ir

Introduction

In recent centuries, proliferation of numerous individual and social harms, along with various forms of deviance, can be attributed to dysfunctions within the family institution. One of the fundamental challenges confronting many contemporary societies is the issue of addiction. Drug addiction is a behavioral disorder encompassing physical, mental, and psychological dimensions and due to its progressive nature, it poses a threat to the health of individuals, families, and society across all aspects of life. The significance of the family stems from the fact that this institution constitutes the first and most influential system shaping the physical, emotional, and psychological development of individuals. Family functioning is defined on the basis of emotional bonds, communication patterns, and the norms governing internal relationships; any weakness in this domain may lead to serious psychological and behavioral problems among family members. In this context, group-based treatment programs—such as the Nar-Anon Twelve-Step Program—have been proposed as an effective approach to mitigating the adverse effects of addiction and enhancing the quality of life for family members of addicts. The reasons underlying individuals' membership and participation in such programs warrant further detailed investigation. This study examined the reasons for participation in and continued adherence to the Nar-Anon Twelve-Step Program among women in Yazd.

Materials & Methods

The present study employed a qualitative approach by using the content analysis method. The study population consisted of all female members of Nar-Anon family groups in Yazd City. Nar-Anon is a twelve-step, self-help recovery program designed to support the family members and friends of individuals struggling with addiction. Data were collected through in-depth interviews with 20 women participating in the Nar-Anon program, who were selected via purposive sampling. The sample comprised individuals whose family members were affected by addiction and who were actively following the twelve steps within the program. To ensure

data richness, only women who had been members of Nar-Anon for a minimum of 5 years by 2023 were included in the sampling process. Necessary arrangements were made to provide access to the study site for willing participants, after which the interviews commenced. Theoretical saturation was achieved after approximately 15 interviews. Beyond this point, the research questions reached saturation and participants' responses began to appear repetitive or similar. Nevertheless, to ensure greater certainty, interviews continued until a total of 20 participants had been interviewed. The collected data were analyzed using Braun and Clarke's 6-step thematic analysis framework, which

*Corresponding author

Javadian, R., Kafian Yazdi, A., & Falakodin, Z. (2026). Women's membership and retention in the nar-anon twelve-step program: A qualitative study in Yazd, Iran. *Strategic Research on Social Problems*, 15(4), 1-24. <https://doi.org/10.22108/srsp.2026.144704.2099>

3041-8623/ © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/srsp.2026.144704.2099>

consisted of the following stages: (1) familiarization with the data, (2) generation of initial codes, (3) searching for themes, (4) reviewing themes, (5) defining and naming themes, and (6) preparing the report. Through careful and immersive examination of the data, the researcher extracted themes, ultimately leading to the formation of several final themes. Throughout all stages of the research, the researcher adhered to the principles of confidentiality and trustworthiness.

Discussion of Results & Conclusion

The results of the study indicated 3 major factors underlying women's entry into the Nar-Anon program: damaged personality, spouses' psychosocial deficits, and poor living conditions. These were subsumed under the overarching theme of insecure living. Conversely, the primary factors contributing to women's continued participation in the program included personal growth, self-improvement, a sense

of peace, empathy from the guide and group members, and improved living conditions. These were encapsulated in the final theme of enhancing quality of life. This study demonstrated that women's persistence in Nar-Anon's twelve-step programs was associated with a range of individual, familial, and social factors. Accordingly, personal growth and development programs for women must simultaneously focus on strengthening individual and social capital while reducing structural barriers in order to make the rehabilitation process a successful and sustainable experience. By elucidating the reasons for women's entry into and sustained engagement with the Nar-Anon program, this study underscored the role of this program in improving the quality of individual and family life.

Keywords: Addiction, Nar-Anon Twelve-Step Program, Women, Membership, Quality of Life.



پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی
سال پانزدهم، شماره پیاپی (۵۵)، شماره چهارم، ۱۴۰۵، ص ۱-۲۴
تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۶

مقاله پژوهشی

عضویت و ماندگاری زنان در برنامه دوازده‌گانه نارانان: یک مطالعه کیفی در شهر یزد

سیدرضا جوادیان* ^{id}، دانشیار گروه مددکاری اجتماعی و سیاست‌گذاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

Javadian@yazd.ac.ir

آسیه کافیان‌یزدی ^{id}، کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، یزد، ایران

a.s.akafian@gmail.com

زهره فلک‌الدین ^{id}، استادیار گروه جامعه‌شناسی، پردیس ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران

zahra.falakodin@birjand.ac.ir

چکیده

اعتیاد به موادمخدر به عنوان اختلال رفتاری چندبعدی با ماهیت جسمی، روانی و اجتماعی شناخته می‌شود که به دلیل ویژگی پیش‌رونده‌اش، همه ابعاد زندگی، سلامت فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد. در این میان، برنامه‌های درمانی مبتنی بر حمایت گروهی، مانند برنامه دوازده‌گانه نارانان به عنوان رویکردی مؤثر برای کاهش آثار منفی اعتیاد و بهبود کیفیت زندگی اعضای خانواده افراد معتاد مطرح شده است. اینکه دلایل عضویت و مشارکت افراد در این برنامه‌ها چیست، نیازمند مطالعه دقیق‌تری است؛ بنابراین، در پژوهش حاضر تلاش شده است تا علت‌های عضویت و شرکت در برنامه دوازده‌گانه نارانان و ماندگاری در آن، در بین زنان شهر یزد بررسی شود. روش این تحقیق کیفی بوده که با استفاده از شیوه تحلیل مضمون انجام گرفته است. داده‌های این تحقیق از طریق مصاحبه عمیق با ۲۰ زن شرکت‌کننده در برنامه نارانان به دست آمده است که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. اطلاعات کسب‌شده با استفاده از کدگذاری شش مرحله‌ای براون و کلارک تجزیه و تحلیل شد. نتایج پژوهش بیانگر سه دلیل اصلی ورود زنان به برنامه نارانان است و شامل شخصیت آسیب‌دیده، نقص روانی اجتماعی همسر و ضعف شرایط زندگی است که در مضمون نهایی زیست‌ناایمن تجمع شدند. همچنین عوامل عمده ماندگار شدن زنان در برنامه نارانان شامل رشد، بهبودی و احساس آرامش، همدلی راهنما و اعضای گروه و بهبود شرایط زندگی است که با مضمون نهایی تعالی بخشی زندگی مطرح شد. این پژوهش ضمن روشن‌سازی علل ورود و ماندگاری زنان در برنامه نارانان بر نقش این برنامه در بهبود کیفیت زندگی فردی و خانوادگی تأکید می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، برنامه دوازده‌گانه نارانان، زنان، عضویت، کیفیت زندگی.

*نویسنده مسئول

جوادیان، سیدرضا، کافیان‌یزدی، آسیه و فلک‌الدین، زهره. (۱۴۰۵). عضویت و ماندگاری زنان در برنامه دوازده‌گانه نارانان: یک مطالعه کیفی در شهر یزد،

پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی، ۱۵(۴)، ۱-۲۴. <https://doi.org/10.22108/srsp.2026.144704.2099>



3041-8623/ © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/srsp.2026.144704.2099>

مقدمه و بیان مسئله

اهمیت خانواده از آنجا ناشی می‌شود که این نهاد نخستین و اصلی‌ترین نظام اثرگذار بر رشد جسمی، هیجانی و روانی افراد است. عملکرد خانواده براساس پیوندهای عاطفی، الگوهای ارتباطی و قواعد حاکم بر روابط درونی آن تعریف می‌شود و هرگونه ضعف در این حوزه می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات جدی روانی و رفتاری در اعضای خانواده شود (Xie et al., 2022). یافته‌ها نشان می‌دهد خانواده‌هایی که کارکرد سالم‌تری دارند، نقش محافظتی قوی‌تری در برابر مشکلات زندگی ایفا می‌کنند (Ye et al., 2025).

در قرون اخیر، گسترش بسیاری از آسیب‌های فردی و اجتماعی و انحرافات مختلف می‌تواند ناشی از اختلال در کارکرد نهاد خانواده باشد. یکی از مشکلات اساسی که امروزه بسیاری از جوامع با آن درگیر هستند، مسئله اعتیاد^۱ است (Colby et al., 2023).

صاحب‌نظران، براساس مشاهدات گسترده خود به این نتیجه رسیده‌اند که خانواده در میان عوامل متعدد مرتبط با اعتیاد به مواد مخدر، نقش محوری و تعیین‌کننده‌ای دارد. به بیان دقیق‌تر، مسئله اعتیاد ارتباط مستقیمی با نوع خانواده، نحوه عملکرد آن، پیشینه منحصر به فرد هر خانواده و ارزش‌های حاکم بر آن دارد (چریلیو، ۱۳۷۹). تئوری‌های خانواده‌درمانی بوئن^۲، هی لی^۳ و مینوچین^۴ تأکید دارد که عملکرد فرد و خانواده به یکدیگر وابسته است؛ به این معنا که مشکلات فردی بازتابی از مشکلات خانواده است و بالعکس. اعتیاد نیز از این قاعده مستثنی نیست. آسیب‌های ناشی از سوء مصرف مواد نه تنها فرد مصرف‌کننده را درگیر می‌کند، به خانواده و اطرافیان نیز سرایت می‌یابد. حتی اگر آنها خود درگیر مصرف مواد اعتیادآور نباشند (Herie et al., 2010)؛ زیرا وابستگی و مصرف مواد، اختلالی مزمن و عودکننده است که پیش‌آیندهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و

معنوی در شیوع و تداوم آن نقش دارد (Perruci et al., 2021). اعتیاد به مواد مخدر نوعی بیماری جسمی، روحی و روانی محسوب می‌شود که به دلیل ماهیت پیش‌رونده خود، تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سلامت فرد، خانواده و جامعه را به مخاطره می‌اندازد (Zhou et al., 2022). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که اختلال مصرف مواد از جمله اختلالاتی است که علاوه بر آسیب‌های فردی، بیشترین آسیب‌های اجتماعی را به خانواده، اطرافیان و جامعه وارد می‌کند (احمدی و نوریان نجف‌آبادی، ۱۴۰۲: ۳۶۰).

اعتیاد یکی از اعضای خانواده باعث تغییر در نقش‌ها، وظایف و کارکرد سایر اعضا می‌شود و در نتیجه، چرخه‌ای معیوب شکل می‌گیرد؛ به این معنا که در ابتدا مصرف مواد موجب تغییر در نقش‌ها، روابط و تعارضات میان اعضای خانواده می‌شود و سپس همین تعارضات و تنش‌ها به عنوان عاملی برای تداوم مصرف و کاهش سلامت روانی افراد خانواده عمل می‌کند (Li et al., 2021). اعضای خانواده بدون در نظر گرفتن سلامت و نیازهای اساسی خود، تلاش فراوانی برای کنترل رفتار فرد معتاد و مراقبت از او انجام می‌دهند؛ در نتیجه، هریک از آنها شیوه‌های مقابله‌ای متفاوتی را به کار می‌گیرند که این واکنش‌ها تا حد زیادی به وضعیت سلامت روانی آنها بستگی دارد (Colby et al., 2023). اعضای خانواده به خصوص زنان به شکلی درگیر مشکلات فرد معتاد می‌شوند که وابستگی زیادی به او پیدا می‌کنند و تمایز کمی از خانواده خود دارند. آنها قادر نیستند احساسات و افکار خود را از دیگران جدا کنند و به راحتی تحت تأثیر هیجاناتی که از سوی خانواده به آنها تحمیل می‌شود، دچار آشفتگی می‌شوند (Madden, & Timulak, 2024)؛ در نتیجه توجه به جایگاه زنان در خانواده و عواقب طردشدن او از سوی جامعه و اثرات آن بر کارکرد خانواده را نمی‌توان نادیده گرفت (Oltean et al., 2020). کروبوئن^۵ نیز بیان می‌کند که ارتباط میان اعضای خانواده

⁴ Minuchin

⁵ Crobuen

¹ Addiction

² Bowen

³ Hey Lee

مستقیماً با عملکرد فردی آنها مرتبط است و توانایی هر عضو در کارکرد فردی، تأثیر مستقیمی بر کارکرد کلی خانواده دارد (Gandy, 2007)؛ بر این اساس، ضروری است که کل سیستم خانواده در فرایند درمان درگیر شود تا نتایج مطلوب‌تری به دست آید؛ مسیر بهبودی به‌درستی طی شود و عملکرد تمامی اعضای خانواده بهبود یابد. در این میان رویکردهای درمانی اعتیاد با چالش‌های زیادی روبه‌رو است که یکی از آنها عدم مشارکت فعالانه معتادان در فرایند درمان است. یکی از روش‌های مؤثر درمانی که معتادان به‌طور فعال در آن شرکت می‌کنند، لنجمن معتادان گمنام بوده و یکی از مهم‌ترین جنبه‌های این انجمن، رویکردهای خانواده‌محوری است. در پایان دهه ۱۹۷۰م، بیش از ۹۰ درصد از برنامه‌های درمانی سوء مصرف مواد در ایالات متحده آمریکا دربرگیرنده مداخلات خانواده‌درمانی بود (Selm, 2002).

اهمیت مشارکت اعضای خانواده در فرایند درمان افراد معتاد به‌طور گسترده‌ای اثبات شده است؛ زیرا خانواده‌درمانی در میان پنج مدل برتر درمانی قرار دارد که در تحلیل‌های فراتحلیلی توسط والدورن^۱ در سال ۱۹۹۷م معرفی شده است (Miller, 1999)؛ بنابراین، ضروری است که تمام اعضای خانواده در فرایند بهبودی حضور داشته باشند؛ زیرا با افزایش سطح تمایز در اعضا، عملکرد کلی آنها نیز بهبود می‌یابد. همچنین این ویژگی‌ها قابل آموزش و انتقال از نسلی به نسل دیگر است و بنابراین در نسل‌های آینده نیز تأثیرگذار خواهد بود. در صورت تحقق این امر، گامی بزرگ در درمان و پیشگیری از بروز اعتیاد برداشته خواهد شد؛ زیرا با اصلاح پویایی‌های ناسازگارانه خانواده، ممکن است به پیشگیری از سوء مصرف مواد در سایر اعضای خانواده نیز کمک شود (Kaufman, 1980).

باتوجه به اینکه اعتیاد نه تنها به بروز بیماری‌های روانی در فرد معتاد منجر می‌شود، می‌تواند به عنوان عامل استرس‌زا موجب بروز اختلالات روانی در سایر اعضای خانواده نیز گردد، گروه‌های خانواده نارلنان^۲ در کنار انجمن معتادان گمنام ایجاد شد. گروه‌های خانواده نارانان انجمنی جهانی است که

به افرادی کمک می‌کند که تحت تأثیر اعتیاد فرد دیگری قرار گرفته‌اند. این گروه‌ها با استفاده از برنامه‌ای دوازده‌گانه، از طریق تقسیم تجربه، نیرو و امید به افراد شرکت‌کننده در جلسات یاری می‌رسانند. برنامه دوازده‌گانه‌ی نارانان از رویکردهای شناخته‌شده در درمان اعتیاد به مواد مخدر است که بر اساس اصول حمایت گروهی، معنویت و خودآگاهی عمل می‌کند. این برنامه ابتدا در دهه ۱۹۵۰ میلادی در ایالات متحده آمریکا برای کمک به افرادی که به مواد مخدر اعتیاد داشتند، طراحی شد. در سال ۱۹۸۳م، کتاب پایه این برنامه با عنوان *انجمن معتادان گمنام* منتشر شد که اکنون به عنوان مرجع اصلی این برنامه در دسترس است. در ایران نیز این گروه از سال ۱۳۷۳ با حضور چهار نفر در تهران شروع به فعالیت کرد که به مدت دو سال جلسات آن در منزل برگزار می‌شد و بعد از این زمان، برگزاری جلسات در سازمان بهزیستی آغاز شد. حدود دو سال اطلاع‌رسانی فرد به فرد صورت می‌گرفت و با اولین اطلاع‌رسانی انجمن معتادان گمنام تعداد اعضای این گروه افزایش یافت. بعد از چند ماه این انجمن در شیراز و سپس در مشهد شروع به فعالیت کرد. با رشد انجمن معتادان گمنام این گروه خانواده نیز رشد نمود و تعداد اعضا افزوده شد و در حال حاضر بیش از ۵۰۰ جلسه در ایران فعالیت می‌کند. این برنامه توانسته است در بسیاری از کشورها به عنوان روشی مؤثر در درمان اعتیاد شناخته شود و تأثیرات مثبت آن در رهایی از وابستگی به مواد مخدر اثبات شده است (قاسمی و ویسی، ۱۳۹۳).

اعضای شرکت‌کننده با تمرین دوازده قدم، رفتارهای خود را تغییر می‌دهند و از طریق تبادل پیام‌های امید به یکدیگر، فرصتی فراهم می‌شود تا آنها بدانند که در این مسیر تنها نیستند و گمنامی‌شان حفظ خواهد شد. این برنامه، برنامه‌ای مذهبی نیست، بلکه راهی است که زندگی معنوی را به شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد (ساختار خدماتی گروه‌های خانواده نارانان، ۱۳۸۹). در مطالعات پیشین گزارش شده است که این برنامه دوازده مرحله‌ای شکلی مؤثر از درمان و بهبودی ارائه

² Naranan Family Groups¹ Waldorn

باتوجه به مطلب بیان شده مشخص است که اعتیاد، آسیب‌های روانی اجتماعی فراوانی را برای فرد معتاد و نیز برای اطرافیان او، به‌ویژه اعضای خانواده و همسر به همراه دارد. همچنین شهر یزد نیز از جمله شهرهای سستی ایران است که بافت و ساختار فرهنگی، اجتماعی و مذهبی آن به شدت بر الگوهای رفتاری زنان تأثیر گذاشته است. در این شهر، خانواده و پابندی به ارزش‌های دینی و عرفی نقش محوری دارد و اغلب از زنان انتظار می‌رود که نقش‌های سستی چون همسری، مادری و حفظ آرامش خانواده را بر عهده داشته باشند. فضای اجتماعی یزد گرچه آرام و همبسته است، در مواردی ممکن است به دلیل محافظه‌کاری فرهنگی، مسائل مربوط به اعتیاد در خانواده‌ها پنهان باقی بماند. زنان یزدی در چنین شرایطی معمولاً احساس فشار روحی و انزوای اجتماعی می‌کنند و امکان گفت‌وگو درباره مشکلات خانوادگی را کمتر دارند. عضویت در گروه‌های دوازده‌گانه نارانان برای آنان فرصتی فراهم می‌کند تا بدون قضاوت اجتماعی، احساسات و مشکلات خود را بیان کنند. این گروه‌ها با فراهم کردن فضایی امن و حمایتگر، به زنان یزدی کمک می‌کنند تا ضمن حفظ شأن خانوادگی و اجتماعی، از فشارهای ناشی از اعتیاد بستگان رهایی یابند و مسیر رشد شخصی و آرامش روانی را تجربه کنند؛ به همین دلایل پژوهش حاضر، دلایل عضویت و شرکت زنان شهر یزد را در برنامه دوازده‌گانه نارانان و همچنین عوامل مؤثر بر ماندگاری آنها را در این برنامه مطالعه کرده است. این مطالعه به دنبال پاسخ به این سؤالات است که زنان با چه انگیزه‌ها و دلایلی به این برنامه می‌پیوندند و چه عواملی باعث می‌شود که این عضویت به صورت پایدار ادامه یابد.

پیشینه پژوهش

زارع جوان (۱۴۰۳) پژوهشی با عنوان «بررسی اثربخشی گروه خودیاری بر خودکارآمدی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد» انجام داد. باتوجه به میانگین نمرات خودکارآمدی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل مشخص شد که گروه

داده و نتایج موفقیت‌آمیزی به دست آمده است (Green et al., 1998). در کنار انجمن معتادان گمنام، انجمنی با عنوان نارلنان توسط همسران و خانواده‌های افراد معتاد تأسیس شده که با ساختار تشکیلاتی مشابه در تلاش برای کمک به معتاد و خانواده‌اش است. براساس جست‌وجوی انجام شده، در کشور تحقیقات کافی و جامع درباره اثربخشی این انجمن و تأثیراتی که حضور در این جلسات ممکن است برای فرد به همراه داشته باشد، انجام نشده است؛ بنابراین، نیاز به انجام چنین پژوهش‌هایی احساس می‌شود. به نظر می‌رسد در کشور ما به شیوه خانواده‌درمانی در خانواده‌های افراد معتاد توجه کافی نشده و تحقیقات چندانی نیز در این زمینه انجام نشده است. علاوه بر نقش مهم خانواده‌درمانی در زمینه اعتیاد، جنبه مهم این تحقیق مطالعه وضعیت مشارکت دیگر اعضای خانواده به‌خصوص همسر فرد معتاد و روند بهبودی آنها در برنامه دوازده قدم نارانان است. همچنین به روند بهبود کارکرد اعضای خانواده فرد معتاد و رهایی‌شان از آسیب‌های ناشی از زندگی در یک خانواده دارای فرد معتاد، توجه چندانی نشده است. در برنامه نارانان بهبودی از طریق مشارکت در مراحل دوازده‌گانه آن تسهیل می‌شود؛ به همین دلیل بسیاری از افراد بر گسترش برنامه نارانان در جوامع جهانی به علت کارایی و نتیجه‌بخش بودن آن تأکید دارند؛ بنابراین، فعالیت این گروه‌های مردم‌نهاد در سطح جامعه در جهت بهبودی افراد معتاد و خانواده‌هایشان و همچنین کاهش پیامدهای اعتیاد لازم به نظر می‌رسد (شیخ و کاشی، ۱۳۹۴؛ Chan et al., 2023)؛ زیرا براساس آمارهای رسمی و غیررسمی حدود ۱۵ میلیون نفر از جمعیت کشور با در نظر گرفتن بُعد خانوار، به‌صورت روزمره دغدغه و نگرانی در عرصه مواد مخدر دارند. معاون ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۹، تعداد معتادان کشور را چهار میلیون و دویست هزار نفر اعلام کرده است. همچنین مدیرکل سابق دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر میزان شیوع مصرف مواد مخدر در ایران را در سال ۱۴۰۱ چهار میلیون و چهارصد هزار نفر دانسته است (پورگنجی و علی‌نژاد، ۱۴۰۳: ۱۰۵).

خودداری بر خودکارآمدی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در مقایسه با گروه کنترل مؤثرتر است. براساس یافته‌ها، شرکت کردن افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در گروه خودداری باعث افزایش خودکارآمدی در این افراد می‌شود.

جریان و نجفیان‌پور (۱۴۰۱) در پژوهشی با عنوان «مقایسه سلامت روان در دو گروه ترک اعتیاد به شیوه خودداری و متادون درمانی» نتیجه گرفتند که میزان سلامت روانی کلی و مؤلفه‌های آن در معتادان عضو گروه ان ای (NA) بیشتر از افراد تحت درمان با متادون است.

اسدبیگی (۱۳۹۵) در مطالعه خود نشان داد که هیچ‌یک از دو روش گرفت و نارائان نتوانست این بیماران را در درمان نگه دارد و بیشتر آنها به درمان خود ادامه ندادند. یافته مهم دیگر این بود که هیچ‌یک از دو روش گرفت و نارائان در مقایسه با گروه کنترل در کاهش افسردگی، مؤثرتر از دیگری نبود؛ با این حال، هر دو روش گرفت و نارائان در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش معنی‌دار در کیفیت زندگی افراد شرکت‌کننده در تحقیق شده بود.

عمادیان و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان «تأثیر جلسات گروهی نارائان بر روی کیفیت زندگی و سلامت روانی خانواده‌های معتادان گمنام شهرستان بابلسر» انجام دادند. نتایج تحلیل فرضیه‌ها نشان داد که شرکت در جلسات گروهی نارائان بر کیفیت زندگی خانواده‌های معتادان گمنام تأثیر دارد؛ اما شرکت در این جلسات تأثیر معنی‌داری روی سلامت روانی آنها ندارد.

کرمی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای بهداشت روانی و کارایی خانواده بین خانواده‌های معتادان شرکت‌کننده و غیرشرکت‌کننده در جلسات گروه‌های خودداری را باهم مقایسه کردند. آنان نتیجه گرفتند که شرکت در جلسات گروه‌های خانواده نارائان به ارتقای بهداشت روانی و کارایی خانواده در خانواده‌های معتادان منجر شده است.

تان^۱ و همکاران (۲۰۲۵) پژوهشی با عنوان «گروه‌های

حمایت متقابل برای مصرف الکل و سایر مواد مخدر در شرق، جنوب و جنوب شرقی آسیا: بررسی اجمالی» انجام دادند. در بین تمام استراتژی‌های به کار گرفته شده، استفاده از فضاهای اجتماعی (برای مثال، مراکز اجتماعی و عبادتگاه‌ها) رایج‌ترین بود. شواهد اولیه نشان داد که استراتژی‌ها، به‌ویژه آنهایی که به عوامل اجتماعی - فرهنگی می‌پردازد، با نتایج مثبت بهبودی از مواد مخدر همبستگی دارد. یافته‌های مبتنی بر استراتژی‌های فرهنگ‌محور، زبان‌محور و جامعه‌محور نشان داد که عضویت در گروه حمایت متقابل با نتایج مثبت در بهبودی مرتبط است.

بلاند^۲ و همکاران (۲۰۲۴) در تحقیقی با نمونه‌ای از ۸۲۰ سیگاری شرکت‌کننده در برنامه‌ای شش‌ماهه ترک گروهی نشان دادند که در اثربخشی گروه‌های کمک متقابل در فرایند ترک سیگار، حمایت اجتماعی و عوامل هویت اجتماعی نقش مکانیسم محوری را ایفا می‌کنند. گروه با ارائه حمایت بستری را فراهم می‌کند تا فرد هویت خود را از معتاد به فردی در حال بهبودی تغییر دهد.

کناف^۳ (۲۰۲۴) در پژوهشی با عنوان «کمک به زنان معتاد و نوزادانشان برای کنار هم ماندن و بهبودی» نتیجه گرفت که مراقبت مبتنی بر خانواده با حفظ مادر و کودک در کنارهم به علاوه کمک‌های مالی، فرایند بهبودی زنان معتاد را تسهیل می‌کند.

بباک^۴ و همکاران (۲۰۲۴) یک نظرسنجی از ساکنان آکسفورد هاوز درباره جلسات بهبودی مجازی و جلسات حضوری انجام دادند. مطالعه آنان تفاوت‌های معناداری را در برداشت‌ها بین گروه‌های جمعیتی مختلف مشخص کرد که نشان‌دهنده چالش‌هایی در انتقال پشتیبانی بهبودی به پلتفرم‌های آنلاین است. نکته درخور توجه این است که شرکت‌کنندگان ۴۶ سال به بالا تمایل بیشتری به استفاده از انجمن‌های آنلاین بهبودی نشان دادند و جلسات آنلاین را مناسب یافتند. افراد غیرسفیدپوست و زنان درک مطلوب‌تری از جلسات آنلاین نشان دادند؛ روندی که در میان افرادی که

³ Knopf

⁴ Bobak

¹ Tan

² Blonde



شناسایی علل و انگیزه‌های شرکت در برنامه‌های خودیاری کمک می‌کند، ابعاد جدیدتری از فرایند رشد و بهبودی را نیز به تصویر می‌کشد.

حساسیت نظری

بخش مبانی نظری این پژوهش بر چارچوب توانمندسازی متمرکز است که درمانی فراتر از رویکردهای صرفاً بالینی ارائه می‌دهد. این چارچوب با تلفیق سه بُعد کلیدی سرمایه بهبودی (بهبود ظرفیت منابع فردی و اجتماعی)، توانمندسازی روان‌شناختی (تقویت کنترل درونی و شایستگی) و توانمندسازی اجتماعی (کاهش انگ و افزایش دسترسی به منابع ساختاری) ایجاد شده است. این رویکرد سه‌بعدی، پایه‌ای تحلیلی برای تبیین فرایند پیچید بازتوانی و دستیابی به بهبودی پایدار فراهم می‌آورد.

نظریه توانمندسازی مبتنی بر بهبود: این نظریه که در سال‌های اخیر با مفهوم «سرمایه بهبودی» شناخته می‌شود، توانمندسازی را به‌عنوان افزایش ظرفیت فرد در بهره‌گیری از منابع درونی و بیرونی برای حفظ بهبودی تعریف می‌کند. منابع توانمندسازی شامل چهار بُعد است: سرمایه شخصی (اعتماد به نفس، مهارت دوری از خطر، سلامت روان)، سرمایه اجتماعی (روابط حمایتی مثبت)، سرمایه جسمانی (بهبود وضعیت سلامتی و محیط) و سرمایه فرهنگی معنوی (باورهای امیدبخش و معنا در زندگی).

این نظریه بر ساخت تدریجی این منابع در مسیر بهبودی متمرکز دارد، نه بر اجبار برای ترک سریع. توانمندسازی یعنی فرد خود را به‌عنوان صاحب قدرت تغییر بداند و با حمایت شبکه اجتماعی و برنامه‌های توان‌بخشی، زندگی بدون مواد را برای خود ارزشمند و ممکن تلقی کند. از دیدگاه بست و لادت^۳ (2010)، این مدل بر تعامل پویای بین منابع فردی و اجتماعی تأکید دارد. هرچه سطح سرمایه بهبودی افزایش یابد،

حداقل تحصیلات دانشگاهی داشتند نیز صادق بود. کلارک و اسچول^۱ (2022) پژوهشی با عنوان «الحاق مشاوره انسان‌گرایانه در مدل‌های اعتیاد برای افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد» انجام دادند. در این مطالعه مدل‌های اعتیاد که چارچوبی برای مفهوم‌سازی مراجعان مبتلا به اختلالات مصرف مواد ارائه می‌دهد، شامل مدل‌های زیستی، اجتماعی-فرهنگی، روان‌شناختی، اخلاقی، معنوی و کل‌نگر است. کلارک و اسچول (2022) نتیجه گرفتند که جلسات مشاوره انسان‌گرایانه در مدل‌های اعتیاد گنجانده شود تا بینش مراجع را به مصرف موادمش تسهیل کرده و برنامه‌های درمانی تحت‌هدایت مراجع را تدوین کند.

مک کارتن^۲ و همکاران (2022) در پژوهشی روی پرونده‌های والدین و کودکانی که از خدمات بهداشت روانی، اعتیاد و خدمات کودکان بهره‌مند می‌شوند، نتیجه گرفتند که رویکرد سیستمی و متمرکز بر خانواده می‌تواند به بهبود نتایج کمک کند. این رویکرد باید در تمام زمینه‌های بهداشت روانی، اعتیاد و خدمات کودکان به‌طور هماهنگ و یکپارچه اعمال شود.

همان‌طور که از پیشینه پژوهش‌ها استنتاج می‌شود، موضوع پژوهش در زمینه زنان معتاد و خانواده‌های آنان که در برنامه‌های خودیاری مانند نارانان مشارکت دارند، به‌طور خاص و دقیق بررسی نشده است. پژوهش‌های موجود بیشتر بر اثرات گروه‌های خودیاری بر افراد مبتلا به سوءمصرف مواد به‌طور کلی متمرکز دارد و تحقیقات تخصصی‌تر در حوزه زنان و خانواده‌های آنان در این نوع برنامه‌ها به‌طور محدود صورت گرفته است؛ بنابراین، پژوهش حاضر با استفاده از روش کیفی و تحلیل مضمون، قصد دارد علل ورود و هلندگاری زنان را در برنامه نارانان بررسی و نیاز به توجه بیشتر به این حوزه را نمایان کند.

این پژوهش به دلیل اینکه از نوع کیفی و با رویکرد تفسیری است، از پارادایم تفسیری برای درک و تفسیر رفتارهای زنان در مواجهه با چالش‌ها و تجربیات بهبودی از پیامدهای اعتیاد بهره برده است. این نوع تحلیل نه تنها به

³ Best & Laudet

¹ Clarke & Scholl

² McCartan

موقعیت‌های پرخطر، عاملیت خود را اعمال کند. از منظر بالینی، سنجش مداوم میزان کنترل درونی با ابزارهایی مانند مقیاس کنترل درونی چندبعدی (MCIS) می‌تواند مسیر پیشرفت فرد را نشان دهد. این نظریه به‌خوبی نشان می‌دهد که توانمندسازی فرایندی ذهنی اجتماعی است که باید در ساختار برنامه درمانی تعبیه شود (Jason et al., 2007).

نظریه توانمندسازی اجتماعی در درمان اعتیاد: در این نظریه، اعتیاد نه تنها مشکلی فردی، محصول جدایی اجتماعی، فقر، انگ و نابرابری ساختاری نیز تلقی می‌شود. توانمندسازی در این چارچوب یعنی بازگرداندن فرد به جایگاه فعال اجتماعی از طریق دسترسی به منابع (شغل، آموزش، مسکن و حمایت اجتماعی). این نظریه تأکید دارد که بدون کاهش محرومیت اجتماعی، درمان روان‌شناختی یا پزشکی به‌تنهایی کافی نیست. در برنامه‌های بازتوانی اجتماعی، اقدامات شامل ایجاد اشتغال حمایتی، گروه‌های خودیار محلی، آموزش مهارت‌های زندگی و پیوند با خانواده و جامعه است. توانمندسازی اجتماعی موجب افزایش حس تعلق و کاهش انگ اعتیاد می‌شود که از عوامل کلیدی در پایداری ترک به شمار می‌رود.

از دیدگاه جامعه‌شناسی پزشکی و نظریه ساختارگرایی اجتماعی، این مدل اهمیت عوامل کلان اجتماعی را در بهزیستی فرد برجسته می‌سازد؛ زیرا محیط اجتماعی فرد نقش فیلتری در برابر استرس‌های منجر به عود ایفا می‌کند. کاهش انگ مداخله‌ای کلیدی است؛ زیرا انگ نه تنها دسترسی به خدمات را دشوار می‌کند، باعث خودانگاری منفی و افزایش شرم می‌شود و فرد را از جامعه دور می‌سازد؛ بنابراین، توانمندسازی اجتماعی شامل لایه‌برداری ساختاری برای حذف موانع سیستمی در استخدام و مسکن نیز می‌شود. ایجاد سرمایه اجتماعی از طریق شبکه‌های حمایتی قوی، عاملی پیش‌بینی‌کننده مهمی برای نتایج بلندمدت درمانی است. این رویکرد به‌طور ویژه بر «عدالت اجتماعی در بهداشت» تأکید دارد و درمان را فراتر از بالین می‌داند؛ درنهایت، مشارکت در کنش‌های مدنی و حمایت از هم‌تایان بهبودیافته، اوج توانمندسازی اجتماعی تلقی می‌شود (Room, 2005).

احتمال بازگشت به مصرف مواد کاهش می‌یابد. این دیدگاه با رویکرد «مدل بهبودی پایدار» همسوس است؛ زیرا بر رشد تدریجی خودکارآمدی، احساس تعلق و معنا در زندگی تأکید دارد. توانمندسازی در این چهار بُعد، فرد را از مرحله پرخطر اولیه به مرحله ثبات و رشد اجتماعی هدایت می‌کند. در عمل، برنامه‌هایی که بر ایجاد شغل، بازسازی روابط خانوادگی و تقویت باورهای معنوی تمرکز دارد، بیشترین تأثیر را در توسعه سرمایه بهبودی نشان داده است. همچنین، پژوهش‌ها نشان می‌دهد افرادی که در محیط‌های حمایتی با هویت مثبت مشارکت دارند، مسیر بهبودی پایدارتری را تجربه می‌کنند. این نظریه به‌نوعی به‌جای درمان صرف به بازسازی هویت و ارتقای کیفیت زندگی اشاره دارد (Best & Laudetm, 2010).

نظریه توانمندسازی روان‌شناختی در بازتوانی: این نظریه با تکیه بر مفهوم توانمندسازی روان‌شناختی، بر سه بُعد اصلی احساس کنترل شخصی، شایستگی و مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی تأکید دارد. در حوزه اعتیاد، این نظریه بیان می‌کند که افراد زمانی از چرخه مصرف مواد خارج می‌شوند که احساس کنند قادر به هدایت مسیر زندگی خود هستند و کنترل درونی را جایگزین وابستگی بیرونی (مواد یا دیگران) می‌کنند. در مراکز ترک اعتیاد، این دیدگاه به استفاده از روش‌هایی مانند گروه‌درمانی مشارکتی، مسئولیت فردی در فعالیت‌های روزمره و خودارزیابی دوره‌ای منجر می‌شود. مطالعات جاسون و همکاران (2007) در پروژه‌های خانه‌های جامعه‌محور نشان داده است که تقویت حس مالکیت و مسئولیت جمعی، احتمال عود را به‌طور معنی‌داری کاهش می‌دهد.

این تأکید بر کنترل درونی ریشه در نظریه اسناد دارد؛ یعنی فرد باید دلیل موفقیت‌هایش را به توانایی‌های درونی خود نسبت دهد، نه عوامل بیرونی. افزایش شایستگی از طریق مواجهه موفقیت‌آمیز با چالش‌ها و موفقیت‌های کوچک در طول درمان، حیاتی است. این رویکرد نیازمند تغییر پارادایم از «بیمار منفعل» به «مشتری فعال» است که در آن، درمانگر نقش تسهیل‌گر و مشاور را ایفا می‌کند. برای پیاده‌سازی این مدل، آموزش مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری انتقادی ضروری است تا فرد بتواند در

درمجموع، نظریات منتخب نشان داد که بهبودی پایدار در اعتیاد مستلزم مداخلهٔ جامعی است که منابع فردی (سرمایهٔ بهبودی)، عاملیت ذهنی (کنترل درونی) و ساختارهای حمایتی اجتماعی را به‌طور هم‌زمان فعال سازد. تأکید بر این تعامل پویا بین ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی، چارچوب نظری پژوهش حاضر را برای فهم اثربخشی مداخلات چندوجهی تقویت می‌کند؛ درنتیجه اتخاذ این دیدگاه تلفیقی، امکان طراحی برنامه‌های بازتوانی منسجم‌تر و پایدارتر را فراهم می‌آورد.

روش‌شناسی پژوهش

مطالعهٔ حاضر مطالعه‌ای کیفی است که در شهر یزد به روش تحلیل مضمون^۱ انجام شد. جامعهٔ موردپژوهش، تمامی زنان عضو گروه‌های خانواده ناراران در شهر یزد بود. ناراران برنامه‌ای دوازده‌قدمی خودیاری بهبودی است که از خانواده و دوستان معتادان حمایت می‌کند. گروه خانوادهٔ معتادان برای کسانی است که در اثر مشکل اعتیاد یکی از نزدیکان خود، احساس ناامیدی داشته یا دارند. ناراران انجمن افرادی است که دورهم جمع می‌شوند تا برای بهبودی از خرابی‌هایی که اعتیاد به بار آورده است، تجربه، نیرو و امید خود را باهم تقسیم کنند. از آنجاکه ناراران انجمنی غیرانتفاعی است، هیچ شهریه یا تعهدی دریافت نمی‌شود و به هیچ برنامهٔ درمانی یا بیمارستانی وابسته نیست و بین افراد با هر نژاد، عقیده و مذهب تبعیض قائل نمی‌شود.

همچنین برای نمونه‌گیری از شیوهٔ نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. در نمونه‌گیری با کسانی مصاحبه شد که اعضای خانوادهٔ آنان درگیر اعتیاد بوده و در این مجموعه دوازده قدم را طی می‌کردند. برای اطمینان از غنای اطلاعات، زنانی که تا سال ۱۴۰۲ حداقل ۵ سال سابقهٔ عضویت در ناراران داشتند، در فرایند نمونه‌گیری قرار می‌گرفتند. برای دسترسی به میدان مورد مطالعه هماهنگی‌های لازم با کسانی که مایل به مصاحبه بودند، صورت گرفت و مصاحبه‌ها آغاز شد. مصاحبه‌ها با مراجعات مکرر به محل برگزاری جلسات ناراران (یکی از حسینیه‌های شهر یزد) و بیان اهداف تحقیق توسط مصاحبه‌کننده و جلب رضایت زنان انجام گرفت. تقریباً بعد از

۱۵ مصاحبه اشباع نظری حاصل شد. به این صورت که بعد از این تعداد مصاحبه فضای سؤال‌های تحقیق اشباع شد و پاسخ‌های افراد تکراری یا مشابه به نظر می‌رسید؛ ولی برای حصول اطمینان بیشتر مصاحبه تا ۲۰ نفر ادامه یافت. اشباع نظری به مرحله‌ای از گردآوری داده‌ها اطلاق می‌شود که پاسخ‌های داده‌شده به سؤال‌های تحقیق یا مصاحبهٔ انجام‌شده کافی به نظر می‌رسد؛ زیرا داده‌های گردآوری‌شده مشابه و تکراری می‌شود و چیزی بر اطلاعات محققان نمی‌افزاید.

سؤالاتی که پرسیده شد به این شرح بود: شما به‌عنوان یک زن چگونه وارد مجموعهٔ ناراران شدید؟ چه دلایلی باعث شد که در مجموعه هلندگار شوید؟ شما در این مجموعه چه فعالیت‌هایی را انجام می‌دهید؟ و سؤالاتی از این دست. البته درحین مصاحبه خرده‌سؤالاتی نیز پرسیده شد تا بیشتر دربارهٔ موضوع ناراران صحبت کنند و زوایای مختلف آن روشن شود. مصاحبه‌های استفاده‌شده در پژوهش حاضر در فاصلهٔ زمانی حداقل ۶۰ و حداکثر ۱۲۰ دقیقه انجام گرفت. در مرحلهٔ بعد مصاحبه‌ها ضبط و روی کاغذ پیاده شد. با آگاهی از اصل رازداری و گمنامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش، این مرحله انجام شد و در مرحلهٔ آخر با روش تحلیل مضمون، کدگذاری و تحلیل انجام گردید.

مراحل روش تحلیل مضمون به این شرح است: مرحلهٔ اول آشنایی با داده‌ها، مرحلهٔ دوم تولید کدهای اولیه، مرحلهٔ سوم جست‌وجوی مضامین، مرحلهٔ چهارم مرور مضامین، مرحلهٔ پنجم تعریف و نام‌گذاری مضامین، مرحلهٔ ششم تهیه گزارش (Nowell, 2017: 4). سپس محقق با مطالعهٔ دقیق داده‌ها و غوطه‌ور شدن در آنها به استخراج مضامین پرداخت و چند مضمون نهایی در نهایت شکل گرفت.

در پژوهش حاضر برای ارزیابی قابلیت اعتماد پژوهش، از روش بازخورد مشارکت‌کننده^۲ استفاده شد؛ به این معنی که بعد از گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، کدگذاری‌ها در اختیار تعدادی از مشارکت‌کنندگان در پژوهش (شامل الهه، فاطمه، نوشین، مهری، نسرين، سارا، سعیده، مهدیه و شایسته)

² Member Checking

¹ Thematic analysis

قرار گرفت تا دربارهٔ صحت اطلاعات مدنظر، اظهارنظر و ها را تأیید کنند.

در بحث تأییدپذیری نیز روش توافق میان کدگذاران به کار گرفته می‌شود که در آن از چندین کدگذار برای تحلیل داده‌های دست‌نویسی شده استفاده می‌شود (کرسول، ۱۳۹۶: ۲۵۷). در آخر برای بررسی تأییدپذیری داده‌ها به همکاران پژوهش که به روش کیفی تسلط دارند، داده‌های کدگذاری‌شده در اختیارشان قرار گرفت تا آنها را مجدداً کدگذاری کنند و با کدگذاری محقق تطبیق داده شد تا در مواردی که عدم‌هماهنگی وجود دارد، اصلاح و رفع شود. همچنین از ابتدا تا انتهای پژوهش همواره فرایند رفت و برگشتی بین داده‌های خام و کدگذاری‌ها صورت گرفت تا اگر به زوایایی پرداخته نشده

است اصلاح شود.

ملاحظات اخلاقی

در تمام مراحل پژوهش محقق سعی کرده که اصل رازداری و امانت‌داری را حفظ کند؛ به این صورت که با افرادی که مایل به مصاحبه بودند، دربارهٔ موضوع و اهداف پژوهش صحبت شد و به آنان اطمینان داده شد که از مصاحبه‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده می‌شود. از بین آنان کسانی که مایل به مصاحبه بودند، انتخاب شدند و با رعایت اصل رازداری داده‌ها جمع‌آوری و با رعایت اصل گمنامی تجزیه و تحلیل شد. در روند پژوهش نیز از اسامی مستعار استفاده شده که مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱- سیمای مشارکت‌کنندگان در پژوهش

Table 1- Characteristics of research participants

اسامی مستعار	سن	مدرک تحصیلی	مدت زمان اعتیاد همسر	نوع مواد مصرفی همسر	مدت زمان عضویت در نارائان	تعداد فرزندان
بهناز	۳۵ سال	لیسانس	۱۲ سال	تریاک	۷ سال	یک فرزند
منصوره	۳۰ سال	دیپلم	۱۵ سال	سیگار و تریاک	۱۰ سال	یک فرزند
الیه	۲۸ سال	لیسانس	۷ سال	تریاک	۴ سال	دو فرزند
طناز	۲۹ سال	لیسانس	۱۲ سال	سیگار و تریاک	۹ سال	یک فرزند
مهری	۴۵ سال	دیپلم	۱۵ سال	تریاک	۱۵ سال	دو فرزند
فرشته	۵۴ سال	لیسانس	۸ سال	تریاک	۱۵ سال	دو فرزند
نسرین	۳۶ سال	لیسانس	۱۲ سال	هرویین	۶ سال	یک فرزند
محبوبه	۳۴ سال	دیپلم	۱۰ سال	سیگار	۴ سال	یک فرزند
سعیده	۲۷ سال	دانشجوی فوق‌لیسانس	۱۲ سال	سیگار	۵ سال	-
شایسته	۴۸ سال	دیپلم	۲۵ سال	تریاک	۹ سال	دو فرزند
مهدیه	۳۵ سال	لیسانس	۸ سال	تریاک	۳ سال	یک فرزند
زهره	۴۲ سال	لیسانس	۱۷ سال	تریاک	۵ سال	دو فرزند
یلدا	۲۵ سال	دیپلم	۵ سال	سیگار و قلیان	۲ سال	یک فرزند
سارا	۲۴ سال	دیپلم	۸ سال	سیگار و قلیان	۲ سال	-
نوشین	۴۵ سال	سیکل	۲۰ سال	تریاک	۱۵ سال	دو فرزند
فاطمه	۵۱ سال	ابتدایی	۱۶ سال	تریاک	۱۴ سال	سه فرزند
جواهر	۴۲ سال	لیسانس	۱۳ سال	تریاک	۱۲ سال	یک فرزند
الهام	۲۵ سال	دیپلم	۱۰ سال	سیگار و قلیان	۵ سال	یک فرزند
فاطمه السادات	۴۸ سال	دیپلم	۲۰ سال	تریاک و هرویین	۱۸ سال	دو فرزند
منیژه	۳۹ سال	دیپلم	۱۵ سال	تریاک و سیگار	ده سال	یک فرزند

یافته‌های پژوهش

باتوجه به یافته‌های پژوهش، دلایل ورود زنان به برنامه دوازده قدم ناراران، شامل سه مضمون فرعی شخصیت آسیب‌دیده، نقص روانی و اجتماعی همسر و ضعف شرایط زندگی بود که در یک مضمون اصلی با عنوان «زیست ناایمن» تجمیع شد. همچنین دلایل ماندگاری زنان در این برنامه نیز شامل سه مضمون فرعی رشد، بهبودی و احساس آرامش، بهبود شرایط زندگی و همدلی راهنما و اعضای گروه بود که در یک مضمون اصلی «تعالی بخشی زندگی» تجمیع شد. در زیر به توضیح هر کدام پرداخته می‌شود.

زیست ناایمن

جدول ۲- مضامین اکتشافی مرتبط با دلایل ورود زنان به برنامه دوازده قدم ناراران

Table 2- Exploratory themes related to women's reasons for entering the Nar-Anon twelve-step program

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم
زیست ناایمن	شخصیت آسیب‌دیده	نامیدبودن، ترس‌های درونی، وابسته بودن به همسر، پایین بودن اعتمادبه‌نفس، از بین رفتن توانایی‌ها، تصمیم‌گیری‌های غلط داشتن، احساس شکست، احساس قربانی بودن، توانمندنبودن، داشتن افسردگی، داشتن اضطراب زیاد، وابستگی‌های ناسالم، مشخص نبودن وظایف اعضای خانواده.
	نقص روانی و اجتماعی همسر	اعتماد به همسر، بیکاری همسر، خیانت‌های مکرر همسر، تهدید زدن همسر، مشکوک بودن شوهر، رفیق باز بودن شوهر، عدم مسئولیت‌پذیری شوهر، دعوایی بودن همسر.
	ضعف شرایط زندگی	آشفته‌گی‌های زندگی، تخریب رابطه‌ها، مشکلات زندگی مربوط به فرزندان و ...، مسائل مالی.

شخصیت آسیب‌دیده

یکی از عمده‌ترین دلایلی که باعث وارد شدن زنان به برنامه دوازده قدم ناراران می‌شود، آسیب‌ها و بحران‌های مختلف شخصیتی است که در خود حس می‌کنند و آنها را تحت فشار قرار می‌دهد تا جایی که این مسائل به حدی شدید می‌شود که از خودشان خسته می‌شوند و با خستگی و ناامیدی کامل وارد برنامه می‌شوند. این آسیب‌ها می‌تواند جنبه‌های روحی، جسمی، نگرشی و ... داشته باشد. زنانی که درگیر آسیب‌های شخصیتی شده‌اند، ناامید و خسته‌اند و به هر دری زده‌اند که

مشکلات زندگی‌شان را حل و فصل کنند. بسیاری از آنان به مراکز مشاوره مختلف رفته‌اند؛ همسرانشان را به کمپ برده‌اند؛ با پلیس درگیر شده‌اند و ... ولی فایده‌ای نداشته است. بسیاری از آنان در اثر زندگی کردن در محیطی بیمارگونه دچار ترس‌های واهی مختلفی مانند ترس از دست دادن همسر، ترس از دست دادن زندگی، ترس از بین رفتن آبرو می‌شدند. بسیاری از آنان دچار اعتمادبه‌نفس ضعیف هستند تا حدی که توانایی‌های بسیار محرز خود را باور ندارند و مرتب احساس شکست و احساس قربانی بودن می‌کنند؛ آنها فکر می‌کنند مقصر

همه این آشفتگی‌های زندگی هستند و نتوانسته‌اند به خوبی زندگی‌شان را مدیریت کنند؛ تا حدی که بسیاری از آنها مشکل اعتیاد همسرشان را تقصیر خودشان می‌دانستند و به همین علت روزبه‌روز سرخورده‌تر و مأیوس‌تر می‌شوند و اضطراب و افسردگی آنها روزبه‌روز شدت می‌یابد.

منصوره ۳۰ ساله می‌گوید:

«همسرم مرتب به من خیانت می‌کرد. دوستانش رو می‌آورد خونه و من باید از آنها پذیرایی می‌کردم؛ ولی طوری رفتار می‌کرد که انگار من خیلنت‌کارم، انگار من مشکل دارم. جوری رفتار می‌کرد که من واقعاً باورم شده بود و فکر می‌کردم حتماً من دارم اشتباه رفتار می‌کنم که اون این‌جوری فکر می‌کنه. نمی‌فهمیدم ایراد از بیماری اونه، نه از من.»

یکی دیگر از آسیب‌های شخصیتی زنان خانواده‌های معتاد وابسته‌بودن بیش‌ازحد آنان به همسرانشان است تا حدی که باوجود اشتباهات مکرر همسرانشان بازهم از او حمایت‌های ناسالم می‌کنند و نمی‌توانند از قاطعیت لازم در برابر او برخوردار باشند. یکی دیگر از مسائل مشخص‌نبودن وظایف اعضای خانواده است که زن خانواده در این باره نیز سعی می‌کند به جای همه کار کند، به جای همه تصمیم بگیرد، به جای همه مدیریت کند تا شاید بتواند شرایط آشفته را مدیریت کند.

برای مثال الهه ۲۸ ساله می‌گوید:

«من دیگه زن نبودم. من مرد شده بودم. رفتار من مردانه بود. من چک‌ها را پاس می‌کردم؛ من قسط‌ها رو می‌دادم؛ من به جای شوهرم تصمیم‌گیری می‌کردم و اصلاً به شوهرم اعتماد نداشتم که مسئولیت‌ها را به اون بسپارم. حتی حرف‌زدن من مردانه شده بود.»

مورد دیگری از آسیب‌های وارده بر شخصیت این زنان، به وجود آمدن روابط وابسته ناسالم بود. در بسیاری از این خانواده‌ها به دلیل روابط سرد عاطفی، فشارهای روانی زیاد و خلاً بزرگ عاطفی که احساس می‌کنند، برای رفع نیازهای عاطفی و جنسی خود وارد روابط وابسته‌گونه ناسالم می‌شوند؛ به نحوی که خودشان هم به این روابط معتاد می‌گردند.

یکی دیگر از مفاهیمی که می‌توان جزء دلایل ورود زنان به برنامه نارائان ذکر کرد، دیدن پیشرفت و رشد افرادی است که وارد این برنامه شده‌لند. وقتی آنها افرادی را می‌بینند که

مشکلاتی شبیه مشکلات آنها را داشته‌اند و با واردشدن به این برنامه زندگی‌شان متحول شده، از همه نظری پیشرفت کرده‌اند، از نظر مالی مستقل شده‌اند، همسرانشان دست از اعتیاد برداشته‌اند و ...، نور امید در دل آنان روشن می‌شود و تشویق می‌شوند که آنها نیز این راه را امتحان کنند.

بهناز ۳۵ ساله می‌گوید:

«همسایه ما چهارتا پسر معتاد داشت. وقتی اونها وارد برنامه شدند، اعتیادشان را گذاشتند کنار. کار پیدا کردند. یکیشون که توی زندان بود، عفو بهش خورد و اومد بیرون. روزبه‌روز وضعشون بهتر شد. عزت‌خدایی پیدا کردند. الآن طوری شده که همه، اونها را قبول دارند و حتی تو کاراشون با اونها مشورت می‌کنند. من که اینها رو دیدم، تو مسیر ثابت‌قدم‌تر می‌شدم.»

آسیب‌های شخصیتی زنان معتاد که عمدتاً ناشی از مشکلات روانی، عاطفی و اجتماعی است، یکی از مهم‌ترین دلایل ورود آنها به برنامه دوازده قدم نارائان است. این آسیب‌ها می‌تواند شامل احساس خستگی و ناامیدی، اعتمادبه‌نفس کم، ترس‌های بی‌مورد و احساس شکست در زندگی باشد. زنان معمولاً خود را مقصر مشکلات خانواده‌شان می‌دانند و در بسیاری از موارد به دلیل وابستگی‌های ناسالم نبود قاطعیت در مدیریت خانواده، تحت فشار شدید قرار دارند.

در این میان، تجربه‌های فردی نشان می‌دهد که بسیاری از این زنان با مشاهده تغییرات مثبت در زندگی افرادی که وارد برنامه نارائان شده‌اند، انگیزه بیشتری برای شروع این مسیر پیدا می‌کنند. پیشرفت‌های حاصل از این برنامه مانند استقلال مالی، بهبود روابط خانوادگی و رهایی از اعتیاد برای آنان چراغ امیدی است که می‌تواند آنها را به تغییرات بنیادی در زندگی‌شان سوق دهد؛ درنهایت، ورود به برنامه نارائان نه تنها به عنوان راهی برای درمان اعتیاد، به عنوان فرصتی برای بازسازی شخصیت و زندگی فردی نیز در نظر گرفته می‌شود.

نقص روانی و اجتماعی همسر

یکی دیگر از مضامین فرعی که باعث عضویت زنان خانواده‌های معتاد در برنامه دوازده قدم نارائان می‌شود،

زن‌ها به‌طور مداوم احساس گناه و شکست می‌کنند و خود را مسئول مشکلات و خشونت‌های خانوادگی می‌دانند. این احساسات به‌شدت بر روحیه و روان زن‌ها تأثیر می‌گذارد و آنها را در موقعیت‌های دشوار و شکننده قرار می‌دهد.

به‌طور کلی، مشکلات و نقایص روانی و اجتماعی همسران معتاد یکی از عوامل مؤثر در ورود زنان به برنامه دوازده قدم نارائان است؛ زیرا بسیاری از آنها امیدوارند با تغییر همسران خود، شرایط زندگی و روابط خانوادگی بهتری را تجربه کنند.

ضعف شرایط زندگی

علاوه بر آسیب‌ها و مشکلاتی که فرد معتاد در خانواده ایجاد می‌کند، یکسری عوامل دیگر هم وجود دارد که باعث می‌شود زنان این خانواده‌ها وارد برنامه دوازده قدم نارائان شوند. یکی از مفاهیم این مقوله تخریب رابطه‌هاست. در اثر اعتیاد فرد معتاد و مسائل مربوط به آن روابط اعضای خانواده با یکدیگر مختل شده است؛ فرزندان خانواده رفتارهای ناسالم زیادی دارند؛ بسیاری از آنها ترک تحصیل می‌کنند؛ بسیاری از فرزندان این خانواده‌ها درگیر اعتیاد، دوستان ناباب، رفتارهای وابسته‌کننده و ... می‌شوند. رابطه افراد با اعضای فامیل، دوستان، همسایگان، همکاران نیز تخریب می‌شود و دیگر آنها از عزت نفس کافی در برقراری ارتباط برخوردار نیستند.

برای مثال مهری ۴۵ ساله می‌گوید:

«در فامیل هیچ‌کس به ما اهمیت نمی‌داد. هیچ‌کس برای ما ترحم نمی‌کرد. من دوست نداشتم به خیلی از مهمانی‌ها برم. به بچه‌ها هم محل نمی‌داشتن».

از مفاهیم دیگر این مقوله مسائل مالی است که خانواده درگیر آن می‌شود. همسر معتاد به دلیل تأمین مواد مورد نیاز خود به هر دری می‌زند. حتی قمار کردن، نزول کردن و در بسیاری از موارد کل دودمان زندگی را به باد فنا می‌دهد.

برای مثال فرشته ۵۴ ساله می‌گوید:

«خیلی وقت‌ها پول خرید نون توی خونه نداشتیم. من قوطی شیرخشک بچه‌ام را می‌فروختم تا پول نون به دست بیارم».

مشکلات و مسائل متعددی است که در همسران آنها وجود دارد. آنها وارد برنامه می‌شوند که همسرانشان را تغییر دهند و کاری کنند که همسرانشان بهبود یابند، غافل از اینکه خودشان هم در شکل‌دادن رفتارهای نامناسب همسرانشان نقش بسزایی داشته‌اند. نقص‌هایی که در این خانواده‌ها در همسران معتاد دیده می‌شود، عمدتاً اعتیاد به مواد مختلف و عواقب این اعتیاد است. شوهر خانواده در اثر اعتیاد کارش را از دست می‌دهد، دوستان متعددی را دور خود جمع می‌کند تا به مصرف مواد بپردازد. از زیر بار مسئولیت خانواده شانه خالی می‌کند، از نظر عاطفی سرد و بی‌روح می‌شود و نمی‌تواند روابط جنسی خوبی با همسرش داشته باشد.

همسران معتاد این زنان به دلیل اعتیاد خود، سعی می‌کنند به زنان برچسب بزنند و به نحوی آنها را ساکت کنند. بسیاری از آنها به زنانشان تهمت خیانت می‌زنند، در صورتی که خودشان خیانت می‌کنند؛ ولی سعی می‌کنند با برچسب‌زدن و کم کردن عزت نفس طرف مقابل او را تسلیم خود کنند. برای مثال بهناز ۳۵ ساله می‌گوید:

«همسر ساعت‌ها من رو می‌زد. چیزهای خونه را می‌شکست؛ ولی من هیچ‌چیز نمی‌گفتم. فکر می‌کردم تقصیر منه که اون داره این‌طوری رفتار می‌کنه؛ چون اون اعتیاد داشت».

بسیاری از زنان خانواده‌های معتاد به دلیل مشکلات اختلالات رفتاری و روانی همسرانشان وارد برنامه دوازده قدم نارائان می‌شوند. این زنان غالباً با امید به تغییر همسرانشان و بهبود شرایط زندگی خانوادگی وارد این برنامه می‌شوند؛ اما غافل از آنکه خودشان نیز در شکل‌گیری بسیاری از رفتارهای همسرانشان نقش دارند. همسران این زنان به علت اعتیاد به مواد مختلف با مشکلات متعددی روبه‌رو هستند که از جمله آنها می‌توان به از دست دادن شغل، فرار از مسئولیت‌های خانوادگی، بی‌تفاوتی عاطفی و سردی روابط جنسی اشاره کرد.

اعتیاد این مردان نه تنها زندگی خانواده را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، موجب کاهش عزت نفس زنان نیز می‌شود. در بسیاری از موارد، همسران معتاد با استفاده از برچسب‌زدن و تهمت‌زدن، سعی در کنترل و ساکت کردن همسران خود دارند. به گونه‌ای که

و آنان را بیشتر در مسیر بهبود و جست‌وجوی راه‌حل‌های جدیدی مانند برنامه دوازده قدم نارانون قرار می‌دهد.

تعالی بخشی زندگی

این مضمون اصلی به رشد و تغییرات مثبتی اشاره دارد که مشارکت‌کنندگان پژوهش در فرایند عضویت خود در برنامه نارانون به دست آورده‌اند. باتوجه به یافته‌های پژوهش و مطابق با جدول ۳، درباره دلایل ماندگارشدن زنان در این برنامه و ترک‌نکردن آن، سه مضمون فرعی رشد، بهبودی و احساس آرامش، بهبود شرایط زندگی و همدلی راهنما و اعضای گروه احصا شد. باتوجه به مشکلات زندگی، این زنان بعد از واردشدن و عضویت در این گروه و طی کردن دوازده قدم آن، با تغییرات شگرفی در زندگی خود مواجه شدند و حتی در بسیاری از موارد توانستند باعث ترک اعتیاد همسران خود شوند؛ در نتیجه این افراد تمایل پیدا کردند که در این مجموعه باقی بمانند و از ظرفیت آن برای تغییر سبک زندگی خویش استفاده کنند.

ضعف شرایط زندگی یکی دیگر از عوامل اصلی است که زنان خانواده‌های معتاد را به برنامه دوازده قدم نارانون جذب می‌کند. این مشکلات معمولاً شامل تخریب روابط خانوادگی، مشکلات مالی و آسیب‌های اجتماعی است که به دلیل اعتیاد همسران و تبعات آن به وجود می‌آید. اعتیاد نه تنها روابط میان اعضای خانواده را به هم می‌زند، بر روابط فردی آنها با دایره گسترده‌تری از افراد مانند فامیل، دوستان، همکاران و همسایگان نیز تأثیر منفی می‌گذارد. این مشکلات باعث می‌شود که زنان احساس انزوای اجتماعی و کاهش عزت‌نفس کنند؛ زیرا بسیاری از آنها احساس می‌کنند از طرف جامعه طرد شده‌اند و دیگر قادر به برقرارکردن روابط سالم و مؤثر با دیگران نیستند.

مسائل مالی نیز به شدت زندگی این خانواده‌ها را تحت فشار قرار می‌دهد. همسر معتاد به طور مداوم برای تأمین مواد مخدر خود منابع مالی خانواده را به خطر می‌اندازد و این امر به مشکلات جدی اقتصادی می‌انجامد که در بسیاری از موارد باعث تنگ‌دستی شدید می‌شود. زنان در این شرایط، اغلب مجبورند برای تأمین نیازهای اولیه زندگی حتی از وسایل ضروری خانه مثل شیرخشک فرزند خود بگذرند. این وضعیت نه تنها بر وضعیت مالی، بر روحیه و روان آنها نیز تأثیرگذار است

جدول ۳- مضامین اکتشافی دلایل ماندگارشدن زنان در برنامه دوازده قدم نارانون

Table 3- Exploratory themes related to the reasons for women's retention in the Nar-Anon twelve-step program

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم
تعالی بخشی زندگی	رشد، بهبودی و احساس آرامش	آرام‌شدن فرد، پیشرفت خود فرد، رشد تصمیم‌گیری‌های فرد، رشد خودباوری، توانایی حل مسئله، افزایش توانایی‌ها و اعتمادبه‌نفس، رشد روحانی فرد، از بین رفتن هیجانات منفی.
	بهبود شرایط زندگی	ترک مواد توسط معتاد، آرام‌شدن شوهر، کار پیدا کردن شوهر، گرم‌شدن همسر از نظر عاطفی، بهترشدن زندگی، پیشرفت رابطه‌ها با دیگران، افزایش صمیمیت در ارتباطات، رشد شغلی، رشد ارتباطی، رشد مالی.
	همدلی راهنما و اعضای گروه	همراه‌بودن راهنما، تشویق‌های راهنما، پذیرش راهنما، تأثیر الگوی سالم، دیدن رشد بقیه اعضا، عدم قضاوت اعضا، همدلی اعضا، رشد بقیه افراد گروه، استقبال افراد قبلی، شبیه‌بودن اعضای گروه، حمایت عاطفی اعضا، رشد معتادان.

از دلایل دیگری که باعث می‌شود اعضای گروه نارانون به این

رشد، بهبودی و احساس آرامش

مسیر ادامه دهند، رشد و بهبودی خودشان از همه جوانب است. وقتی افراد به تدریج با جلسات آشنا شده و وارد جلسات نارائن می‌شوند، در جلسات مشارکت و کارکرد دوازده قدم را آغاز می‌کنند، اولین اتفاقی که برای آنها می‌افتد، آرام‌شدن آنها از نظر درونی است.

این آرامش ناشی از شروع فرایند پذیرش و تغییر است که به افراد این امکان را می‌دهد تا به تدریج از آشفتگی‌های ذهنی و عاطفی خود رها شوند. افراد در این مسیر یاد می‌گیرند که چگونه با خودشان صادق باشند؛ مسئولیت زندگی‌شان را به دوش بکشند و با پذیرش مشکلات و چالش‌هایشان، آرامش بیشتری پیدا کنند. این احساس آرامش درونی نه تنها باعث بهبود وضعیت روانی اعضا می‌شود، به آنها کمک می‌کند تا در سایر جوانب زندگی‌شان نیز رشد کنند. در زندگی روابط سالم‌تر و تصمیم‌گیری‌های بهتری داشته باشند و به کیفیت زندگی بهتری دست پیدا کنند.

به‌طور کلی، آرامش و بهبودی فردی که در مراحل اولیه، حضور در جلسات نارائن را تجربه می‌کند، نقطه آغازین تغییرات مثبتی است که وی را به ادامه مسیر امیدوار و بانگیزه می‌سازد. مه‌دیه ۳۵ ساله می‌گوید:

«وقتی برای اولین بار وارد جلسه شدم، بدون هیچ قضاوتی مرا پذیرفتند. اصلاً نگفتند تو از کجا آمدی؟ چرا سرووضع این‌طوریه؟ وقتی اعضا را در آغوش می‌گرفتم، احساس آرامش عجیبی داشتم و همین باعث شد که من بقیه جلسات را هم هرطور که هست شرکت کنم؛ چراکه روزبه روز خودم را بیشتر باور می‌کنم.»

با شرکت اعضا در برنامه دوازده قدم نارائن آنان به تدریج خود را باور می‌کنند و با افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس که به دست می‌آورند، روزبه‌روز توانایی‌های خود را بیشتر دیده و آنها را رشد و پرورش می‌دهند؛ قدرت تصمیم‌گیری آنها در مسائل و مشکلات زندگی افزایش می‌یابد؛ مهارت حل مسئله پیدا می‌کنند و وقتی این پیشرفت را در خود می‌بینند، انگیزه آنها برای ادامه دادن مسیر بیشتر می‌شود. زهرا ۴۲ ساله می‌گوید:

«من سه ماه بعد از شروع قدم‌ها آرایشگاه زدم و شروع به کار کردم. من که اعتماد به نفسم له شده بود و دیگه فکر نمی‌کردم بتوانم هیچ کاری انجام بدهم، شروع به کار کردم و الان شعبه دوم آرایشگاهم را تأسیس کرده‌ام.»

یکی دیگر از اتفاقات شیرینی که در این مسیر رخ می‌دهد، بینش روحانی است که فرد کسب می‌کند و روزبه‌روز ارتباط او با خدا (نیروی برتر) بهتر می‌شود؛ به نحوی که شاید الان مشکلات صد درجه بدتر و سخت‌تر در زندگی‌اش اتفاق بیفتد، ولی با وصل بودن به خداوند آنها را پشت سر می‌گذارد. افرادی که در برنامه نارائن شرکت می‌کنند، در ابتدا سرشار از هیجانات منفی مثل اضطراب، افسردگی، ناامیدی، سرخوردگی و ... هستند؛ ولی به تدریج با شرکت در جلسات و تعامل با اعضا و راهنما رفته‌رفته این هیجانات برون‌ریزی می‌شود تا جایی که دیگر اثری از این هیجانات در فرد دیده نمی‌شود.

در فرایند بهبودی در گروه نارائن، همراهی و حمایت ازسوی راهنما یکی از عوامل کلیدی برای پیشرفت اعضا است. تشویق‌های مستمر و پذیرش بی‌قید و شرط ازسوی راهنما موجب می‌شود که اعضا احساس امنیت و اعتماد کنند و بتوانند با آرامش بیشتری در مسیر بهبودی گام بردارند. این حمایت نه تنها ازسوی راهنما، از طرف سایر اعضا نیز مشهود است. مشاهده رشد و پیشرفت سایر اعضا و دیدن تغییرات مثبت در زندگی دیگران، انگیزه‌ای بزرگ برای ادامه مسیر بهبودی فراهم می‌آورد. در جلسات نارائن هیچ‌گونه قضاوتی ازسوی اعضا وجود ندارد و این خود محیطی امن و پذیرنده را ایجاد می‌کند که در آن همدلی و حمایت عاطفی بین اعضا به راحتی جریان دارد. این احساس هم‌ذات‌پنداری و شبیه‌بودن تجربه‌ها به اعضا کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنند و درک کنند که در این مسیر تنها نیستند؛ علاوه بر این، الگوبرداری از افرادی که پیشرفت‌های چشمگیری داشته‌اند، به عنوان نمونه‌هایی سالم، تأثیر عمیقی بر رشد اعضا دارد. همه این عوامل، از جمله حمایت عاطفی و پذیرش بی‌قید و شرط موجب می‌شود که اعضای گروه نارائن احساس کنند که رشد

مصمم می‌شود که راهی که در آن قدم نهاده مناسب‌ترین راه برای اوست. شاید برای بعضی اثربخش نباشد، ولی برای او بهترین مسیر است.

منیژه ۳۹ ساله می‌گوید:

«بعد از اینکه من قدم‌ها را کار کردم، سهم خود را در روابطم دیدم؛ چقدر رابطه من با خانواده همسر بهتر شد. الآن شاید کارهای گذشته را هم برای آنها انجام نمی‌دهم؛ ولی چون می‌دانم چطور ابراز محبت کنم و همه اینها از ته دل من است، آنها هم بیشتر مرا دوست دارند.»

جواهر ۴۲ ساله می‌گوید:

«الآن خیلی وقت‌ها مادرشوهرم زنگ می‌زند و می‌گوید جواهر فقط بیا اینجا ما تو را ببینیم. دلمون برات تنگ شده. تو به ما آرامش می‌دی و اینها برای من بسیار ارزشمند است. محبوبه‌ای که تا حالا هیچ‌کس چشم دیدنش رو نداشت، چی شده این قدر عزیز شده؟ من همه اینها رو مدیون برنامه هستم.»

یکی از عوامل مهم که اعضای خانواده‌های معتاد را به ادامه مسیر بهبودی ترغیب می‌کند، تغییرات مثبت و رشدی است که در فرد معتاد مشاهده می‌کنند. هنگامی که اعضای خانواده مشاهده می‌کنند که همسر یا عزیزشان بهبودی حاصل می‌کند و در جهت ترک مواد مخدر گام برمی‌دارد، این خود انگیزه‌ای بزرگ برای ادامه روند بهبودی در خانواده می‌شود. این تغییرات شامل کاهش پرخاشگری، توجه بیشتر به خانواده، جست‌وجوی شغل و کسب درآمد پایدار و بهبود وضعیت روانی و عاطفی فرد معتاد است. از آنجاکه این بهبودی‌ها هم‌زمان با پیشرفت اعضای خانواده در برنامه دوازده قدم نارائان صورت می‌گیرد، اعضای خانواده به تجربه‌های خود نیز دست می‌یابند و در نتیجه، روابط بهبود می‌یابد. بسیاری از این افراد می‌گویند که به محض وارد شدن به برنامه، ارتباطاتشان با دیگران تغییر کرده و روابطشان با اعضای خانواده مستحکم‌تر و صمیمی‌تر شده است. همچنین، درک درست‌تری از حدود مرزهای ارتباطی پیدا کرده‌اند و دیگر احساس قربانی بودن نمی‌کنند. به تدریج، عزت‌نفس‌شان افزایش می‌یابد و به استقلال مالی و شخصی دست پیدا می‌کنند. این تغییرات به آنها این اطمینان را می‌دهد که مسیر انتخابی‌شان بهترین راه است و این فرایند نه تنها برای فرد معتاد، برای اعضای خانواده نیز تحولی بزرگ به همراه دارد. کسانی که زمانی به نظر

فردی آنها تنها به خودشان بستگی ندارد، بلکه بر رشد جمعی و بهبود دیگران نیز تأثیرگذار است.

بهبود شرایط زندگی

یکی از عوامل مهمی که باعث می‌شود اعضای خانواده معتاد به مسیر بهبودی خود ادامه دهند، تغییر و رشدی است که در طرف مقابل یعنی فرد معتاد زندگی خود می‌بیند. درست است که این رشد و بهبود و تغییر به موازات تغییرات در زنان اتفاق می‌افتد، ولی همین‌ها باعث ماندگار شدن و دوام آوردن اعضای خانواده در برنامه و رشد عملکرد آنها می‌شود.

در بسیاری از خانواده‌های معتادان، به مجرد ورود آنها به برنامه و طی کردن قدم‌ها در برنامه نارائان، همسر معتادشان تصمیم به ترک می‌گیرد و در بسیاری از موارد ترک می‌کند (پاک می‌ماند)؛ در نتیجه به تدریج شوهر معتاد آرام می‌شود و دیگر پرخاشگری‌های سابق را ندارد؛ به دنبال شغل مناسب می‌گردد و راه درآمدی پیدا می‌کند. از همه مهم‌تر از نظر عاطفی و روانی روز به روز بهتر و بهتر می‌شود و به همسر و فرزندانش توجه بیشتری می‌کند.

محبوبه ۳۴ ساله می‌گوید:

«همسر دیگه چیزی نمی‌شکست. دیگه پرخاشگری نمی‌کرد. وقتی می‌آمد خانه، می‌دیدم مثلاً بیسکویت خریده. میگه این مال تو، بچه‌ها کجان؟ احوال بچه‌ها رو می‌پرسید. دنبال درآمدزایی افتاد و همه اینها برای من تعجب‌آور بود. من فکر می‌کردم همیشه خونه رو بیلید با بخاری گرم کنم، ولی فایده‌ای نداشت و بعد از وارد شدن من به برنامه روز به روز خونه گرم‌تر شد.»

به محض وارد شدن فرد به برنامه دوازده قدم نارائان ارتباطات او با دیگران به گونه دیگری تعریف می‌شود. با افراد جدیدی ارتباط برقرار می‌کند و روابطش با اعضای خانواده‌اش بهتر و بهتر می‌شود؛ دیگر احساس قربانی شدن ندارد؛ حدود مرزها در ارتباطاتش کاملاً تعریف می‌شود و به دلیل حال خوبی که از خودش دارد، روز به روز صمیمیت بیشتری را در روابطش تجربه می‌کند. عزت‌نفس بیشتری پیدا کرده و روز به روز از نظر شغلی پیشرفت می‌کند؛ در نتیجه از نظر مالی به استقلال می‌رسد. وقتی فرد این پیشرفت‌ها را در زندگی خود می‌بیند،

پوشش من مورد تأیید خانواده همسر من نبود. وقتی آمدم جلسه، دیدم فقط منو بغل می‌کنن و می‌گن خوش اومدی. دیگه هیچ‌کس نگفت چرا این تیپی اومدی؟ این خیلی منو جذب کرد. خیلی اونجا احساس راحتی کردم و همین احساس، جلسات بعد هم منو کشوند اونجا.»

وقتی عضو خانواده معتاد وارد جلسات دوازده‌قدمی نارانا می‌شود با افرادی مواجه می‌شود که تجربیاتی شبیه تجربیات او دارند. شاید ظاهراً مشکلات باهم فرق داشته باشند، ولی اصل و ریشه همه آنها یکی است و می‌بیند آنها دردهایی را کشیده‌اند که شبیه دردهای اوست و چقدر زیبا رشد و پیشرفت کرده‌اند؛ به استقلال مالی رسیده و ادامه تحصیل داده‌اند. تشویق می‌شود که او هم می‌تواند. وقتی فرد وارد جلسات می‌شود، با گروهی از انسان‌ها مواجه می‌شود که فقط او را در آغوش می‌گیرند؛ به او ابراز علاقه می‌کنند و به او می‌گویند خوش آمدی. دیگر او را قضاوت نمی‌کنند. نمی‌گویند چرا فلان پوششی داری، چرا فلان‌طور حرف زدی؟ با او همدلی می‌کنند و به او اطمینان می‌دهند که جای خوبی آمده است. همه اینها فرد تازه‌وارد را جذب می‌کند و او را در مسیر بهبودی و برنامه نارانا نگه می‌دارد.

بحث و نتیجه

پژوهش حاضر به دنبال مطالعه دلایل عضویت و ماندگاری زنان در برنامه دوازده‌قدم نارانا بود که با روش تحلیل مضمون در شهر یزد در سال ۱۴۰۲ انجام گرفت. از آنجاکه هر پدیده‌ای متأثر از یکسری شرایط و بسترهاست، بنابراین عوامل مختلفی نیز سبب سوق‌دادن زنان به شرکت در برنامه دوازده‌قدمی نارانا شده است. این شرایط از دیدگاه زنانی که در برنامه دوازده‌قدمی نارانا شرکت کرده بودند، عبارت‌اند از: نقص روانی و اجتماعی همسر، شخصیت آسیب‌دیده و ضعف شرایط زندگی.

نقص روانی و اجتماعی همسر بیانگر مشکلاتی است که باعث سوق‌دادن زنان به شرکت در برنامه نارانا می‌شود. مشکلاتی که چه از نظر روانی و چه از نظر اجتماعی در همسر خود که اکثراً مصرف‌کننده هستند مشاهده می‌کنند. همسران

می‌رسید در زندگی خود دچار مشکلات شدید هستند، اکنون به نقطه‌ای می‌رسند که دیگران به آنها احترام می‌گذارند و روابطشان با اطرافیان‌شان بهبود می‌یابد.

همدلی راهنما و اعضای گروه

فرد بعد از چند ماه حضور در جلسات و تبادل تجربیات، شخصی را که در جلسات از او خوشش آمده، حرف‌هایش به دلش نشست و احساس می‌کند می‌تواند با او راحت باشد و حرف دلش را با او بزند، به عنوان راهنما انتخاب می‌کند و قدم‌های دوازده‌گانه را با او شروع می‌کند. وقتی در جلسات خصوصی با راهنما شروع به مشارکت می‌کند، متوجه می‌شود که او بدون هیچ‌گونه قضاوت و سرزنشی به حرف‌های او گوش می‌دهد و می‌داند که هرکسی حق دارد اشتباه کند. حس می‌کند که پذیرفته شده و راهنما با او همدلی کرده است. با وجود همه نقص‌هایی که الآن در آن غوطه‌ور است، می‌بیند خیلی از تجربیاتی که او دارد با تجربیات راهنمایش مشترک است و او هم یک زمانی با آنها دست‌وپنجه نرم کرده است. با تشویق‌های راهنما متوجه می‌شود که او هم مثل هر شخص دیگری که در این برنامه توانسته بهبود یابد، می‌تواند بهبود یابد و حال بهتری را تجربه کند. با دیدن راهنما به عنوان یک الگو به تدریج از او خط‌مشی می‌گیرد، از راهنمایی‌های او استفاده می‌کند و رفته‌رفته مسیر بهبودی را می‌یابد.

فاطمه‌السادات ۴۸ ساله می‌گوید:

«وقتی من با راهنما حرف زدم، دیدم او فقط داره به من گوش می‌ده. نمی‌گه آهای فاطمه تو هم اینجا رو اشتباه کردی، تو هم نباید فلان کار رو می‌کردی. فقط گوش داد. چقدر با آرامش این کار رو انجام داد و چقدر حس خوب به من منتقل کرد. انگار من به‌جایی پیدا کرده بودم که دیگه بدون ترس برم و حرف‌های دلم رو بزنم. من حتی می‌ترسم ببینم که همسر رو دوست ندارم؛ ولی خیلی راحت این موضوع رو با راهنما در میان می‌گذاشتم و چقدر قشنگ اون منو راهنمایی می‌کرد و مسیر رو به من نشون داد.»

سعیده ۲۷ ساله می‌گوید:

«خوب من یک دختر تهرانی بودم که اومه بودم یزد.

دیگر وضعیت معیشتی و مالی خانواده به دلیل مصرف مواد و بیکاری سرپرست خانواده در بسیاری از موارد دچار بحران می‌شود. همه این شرایط و مسائل از علت‌های ورود زنان به برنامه نارائان است تا شاید بتوانند راه‌حلی برای برون‌رفت و بهبود اوضاع زندگی و ارتقای خودکارآمدی‌شان بیابند؛ در همین راستا نتایج مطالعه زارع جوان (۱۴۰۳) نیز نشان داد که حضور در گروه‌های خودیاری موجب خودکارآمدی افراد می‌شود.

همچنین بسیاری از زنانی که در خانواده‌های دارای فرد معتاد زندگی کرده‌اند، تحت‌تأثیر رفتارهای مخرب فرد معتاد، آسیب‌های مختلفی از نظر جسمی، روحی، روانی، عاطفی و خانوادگی را تجربه کرده‌اند؛ در نتیجه بیشتر این زنان احساس یأس و ناامیدی می‌کنند؛ چون هر تلاشی برای ترک معتاد خود و بهبود شرایط او و زندگی‌شان کرده‌اند، بی‌نتیجه بوده است. بسیاری از آنها به دلیل خلأهای عاطفی که در زندگی‌شان وجود دارد، درگیر روابط وابسته‌گونه ناسالم می‌شوند. برخی دیگر برای کاهش این فشارها، خود را مشغول کار و تحصیلات می‌کنند؛ غافل از اینکه با این مشغولیات کمیت و کیفیت حضور خود را در خانه و در کنار فرزندان کاهش می‌دهند و به تبع آن فرزندان نیز آسیب می‌بینند. وقتی این زنان وارد چنین زندگی می‌شوند، توانایی‌ها و استعدادهای دوران قبل از ازدواج خود را فراموش می‌کنند و به دلیل سرکوب‌ها، سرزنش‌ها، اهانت‌ها و تحقیرهای دریافتی از همسر، بسیار سرخورده می‌شوند؛ تا جایی که احساس درماندگی و ناتوانی کرده و عزت‌نفس‌شان آسیب می‌بیند. همه این شرایط زمینه‌ساز ورود زنان به برنامه نارائان می‌شود تا خود را از این حالات روحی، روانی، رفتاری و درماندگی که از آن رنج می‌برند، نجات دهند. در همین زمینه کرمی و همکاران (۱۳۸۹) نیز بیان کردند که شرکت در گروه‌های خودیاری موجب ارتقای بهداشت روانی خانواده معتادان می‌شود. علاوه بر این شرایطی که موجب می‌شود زنان در این برنامه عضو شوند، عواملی نیز وجود دارد که موجب ماندگاری این گروه در این برنامه می‌شود. به عنوان نتیجه این مطالعه، تأثیر حضور راهنما و اعضای گروه، بهبود شرایط زندگی و رشد،

این زنان دچار بسیاری از رفتارهای مخرب از جمله اعتیاد به مصرف مواد شده‌اند و در پی آن انواع رفتارهای خودمخرب را که باعث آسیب‌زدن به خانواده‌شان می‌شود، از خود نشان می‌دهند. بسیاری از آنان کار خود را از دست داده‌اند و معیشت خانواده به تبع آن با تنگناهای فراوانی مواجه شده است. به دنبال دوستان ناباب هستند و بیشتر وقت خود را با آنان می‌گذرانند. به همسر و فرزندانشان بی‌توجه شده و با آنها پرخاشگر می‌شوند تا حدی که گاهی آنها را ضرب و شتم می‌کنند. دروغ‌گو می‌شوند و در بعضی موارد حتی به همسران خود تهمت‌های مختلف می‌زنند تا بدین وسیله آنها را تسلیم خود کنند. این یافته‌ها با پژوهش مک‌کارتین و همکاران (2022) که نشان دادند تمرکز بر خانواده می‌تواند در ترک اعتیاد مؤثر باشد و نتایج پینار^۱ (2022) مبنی بر اینکه مراقبان خانوادگی می‌توانند باعث ترک اعتیاد افراد شوند، مشابهت دارد. به نظر می‌رسد که همه این رفتارهای مخرب شوهران معتاد، همسرانشان را به حدی تحت فشار قرار می‌دهد که حاضرند به هر دری بزنند تا این مشکلات را حل کنند؛ زیرا شخصیت آنان توسط همسر آسیب دیده است و آنان با مشکلات روحی - روانی، ناامیدی، احساس اضطراب و استرس و احساس ناکافی بودن درگیر هستند.

وقتی در خانواده‌ای فرد یا افراد معتاد وجود دارند، با رفتارهای مخرب خود آسیب‌های فراوانی به سیستم خانواده وارد می‌کنند؛ در نتیجه شرایط زندگی سایر اعضای خانواده نیز دچار اختلال می‌شود. فرزندان این خانواده‌ها از اعتماد به نفس کافی برخوردار نیستند و بسیاری از آنها ترک تحصیل می‌کنند. همین فرزندان ممکن است با دوستان ناباب رفت‌وآمد کنند و خیلی از آنها در معرض اعتیاد قرار می‌گیرند. در این شرایط معمولاً تعاملات اعضای خانواده با دیگر افراد فامیل دچار اختلال می‌شود. دیگران از معاشرت با خانواده معتاد امتناع می‌کنند و جایگاه فامیلی و اجتماعی آنان از بین می‌رود. همچنین در صورتی که فرزندان خانواده در سن ازدواج قرار داشته باشند، دچار سرخوردگی فراوان می‌شوند. از طرف

¹ Pinar

بهبودی و احساس آرامش از جمله این دلایل است.

زمانی که فرد به دلیل نقص‌های رفتاری و کارکردی همسر، شرایط نابسامان زندگی و تجربه کردن آسیب‌های گوناگون وارد برنامهٔ دوازده‌قدمی می‌شود، با اعضای گروهی مواجه می‌شود که صمیمانه از او استقبال می‌کنند. اعضایی که نه تنها او را قضاوت نمی‌کنند، با او همدل نیز هستند. افرادی که تجربیاتی شبیه او داشته و با شرکت در این برنامه و عملکردی که داشته‌اند، در حال حاضر در شرایطی بسیار بهتر و مطلوب‌تر به سر می‌برند؛ بنابراین، حضور در چنین فضای گروهی و تجربهٔ این شرایط، باعث دلگرمی هرچه‌بیشتر افراد تازه‌وارد می‌شود و از عوامل مداخله‌گر در ورود این اعضا به برنامهٔ نارانان است.

پس از اینکه فرد تازه‌وارد به سیستم اعتماد کرد و توانست ارتباط‌های صمیمانه‌تری با اعضا برقرار کند، یک نفر را به عنوان راهنما انتخاب می‌کند. او با خیال راحت می‌تواند بسیاری از مسائل زندگی‌اش را که تا به حال نتوانسته با کسی در میان بگذارد، با او مطرح کند. به دلیل اینکه فرد راهنما تجاربی مشابه تجارب او دارد، بسیار عالی وی را درک می‌کند و راهکارهای فوق‌العاده‌ای برای بهبود شرایط زندگی به او ارائه می‌دهد. همین موضوع یکی از اصلی‌ترین شرایط مداخله‌گر در ورود فرد به برنامهٔ نارانان است؛ در همین راستا اسدیگی (۱۳۹۵) بیان کرده است که حضور در گروه نارانان موجب افزایش کیفیت زندگی می‌شود. همچنین عمادیان و همکاران (۱۳۹۳) نیز نتیجه گرفته‌اند که شرکت در جلسات گروهی نارانان موجب افزایش کیفیت زندگی خانوادهٔ معتادان می‌شود.

در خلال شرکت در جلسات و استفاده از تجارب راهنما و اعضای گروه، زنان مشارکت‌کننده به این نتیجه می‌رسند که تلاش برای تغییر دادن عضو یا اعضای معتاد خانواده تلاشی بیهوده است و تا خود فرد نخواسته باشد و میل به تغییر نداشته باشد، نمی‌توان کاری برای او انجام داد. البته این موضوع با نتایج بلاند و همکاران (۲۰۲۴) مبنی بر اینکه حمایت اجتماعی موجب بهبودی در ترک اعتیاد می‌شود و کناف (۲۰۲۴) که نشان داد که مراقبت خانوادگی موجب

بهبودی و ترک اعتیاد می‌شود، بحث‌برانگیز و قابل تأمل است. در چنین شرایطی فرد تصمیم می‌گیرد به جای تلاش برای تغییر و بهبودی عضو معتاد، روی خودش کار کند. استعدادها و توانایی‌های ازیادرفته و عزت نفس خودش را بازیابد و با مهارت‌های مختلفی که در برنامه فرامی‌گیرد، افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس کم، وابستگی‌های مختلف، احساس یأس و ناامیدی و سایر آسیب‌هایی را که در این روابط خانوادگی تجربه کرده است، بهبود بخشد؛ در نهایت، آرامش، رشد و بهبودی که همیشه آرزوی آن را داشت، حس کند. در همین زمینه کائو و لیانگ (۲۰۲۰) نیز بیان می‌کنند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده موجب رضایت از زندگی افراد معتاد می‌شود.

این مطالعه نشان داد که ماندگاری زنان در برنامه‌های دوازده‌گامی نارانان با عوامل مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی مرتبط است. مباحث مطرح‌شده در نظریه‌های توانمندسازی، اعم از توانمندسازی مبتنی بر بهبود، توانمندسازی روان‌شناختی و توانمندسازی اجتماعی می‌تواند در تقویت این فرایند نقش مؤثری ایفا کند. به‌ویژه، توانمندسازی روان‌شناختی که بر احساس کنترل شخصی و شایستگی فردی تأکید دارد. این نظریه در کنار تقویت روابط اجتماعی و دسترسی به منابع حمایتی، مسیر بهبودی را پایدارتر می‌کند. همچنین، براساس نظریه‌های ساختارگرایی اجتماعی نیز می‌توان گفت که برای حفظ ماندگاری، نیاز به کاهش محرومیت اجتماعی و کاهش انگ مرتبط با اعتیاد احساس می‌شود. به‌طور خاص، زنانی که در محیط‌های حمایتی و با هویت مثبت مشارکت دارند، شانس بیشتری برای رشد و بهبودی پایدار دارند؛ در نتیجه، برنامه‌های رشد و توسعهٔ فردی برای زنان باید به‌طور هم‌زمان بر تقویت سرمایه‌های فردی و اجتماعی و کاهش موانع ساختاری تمرکز کند تا به این ترتیب فرایند بازتوانی به تجربه‌ای موفق و پایدار تبدیل شود.

پیشنهادهای کاربردی

زنان با شخصیت آسیب‌دیده نیاز به حمایت‌های روانی دارند

کمک کنند و فضایی امن و حمایت‌گر ایجاد کنند که اعضای گروه بتوانند با یکدیگر تعامل داشته باشند و در کنار هم مسیر بهبودی را طی کنند.

پیشنهاد می‌شود که برنامه دوازده قدم نارائان در مراکز ترک اعتیاد به‌طور سیستماتیک و با مشارکت فعال خانواده‌ها پیاده‌سازی شود. این می‌تواند شامل جلسات مشاوره‌ای مشترک با حضور اعضای خانواده و فرد معتاد باشد که در آن هم‌زمان به درمان فرد و مسائل خانواده توجه شود. تشکیل گروه‌های پشتیبانی مخصوص خانواده‌ها که بتواند پس از اتمام دوره‌های درمانی به همدیگر کمک کنند و تجربیات خود را به اشتراک بگذارند، می‌تواند پایداری تغییرات مثبت را در خانواده‌ها تقویت کند.

پیشنهاد می‌شود که برای افزایش همدلی و حمایت خانواده‌ها از افراد معتاد، جلسات مشترک برگزار شود که در آن، اعضای خانواده و نیز فرد معتاد به بحث و تبادل نظر بپردازند و به رشد و بهبودی یکدیگر کمک کنند؛ درنهایت ایجاد و تقویت شبکه‌های حمایتی درون‌سازمانی، شامل گروه‌های همسالان و مشاوران متخصص می‌تواند به تقویت حس تعلق و انگیزه در زنان کمک کند. این گروه‌ها می‌توانند با برگزاری جلسات حمایتی و مشاوره‌های گروهی، روحیه همکاری و اعتمادبه‌نفس را در اعضای گروه افزایش دهند.

از مشکلات و محدودیت‌های پژوهش دسترسی سخت محققان به افراد مورد مطالعه بود. همچنین، مجاب کردن افراد مورد مطالعه به شرکت در مصاحبه بود که فرایند جلب اعتماد آنها را طولانی‌تر می‌کرد.

منابع فارسی

احمدی، س.، و نوریان نجف‌آبادی، م. (۱۴۰۲). رابطه تعهد اجتماعی و ترک موفق اختلال مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها. *تداوم و تغییر اجتماعی*، ۲(۲)، ۳۷۵-۳۵۹.
<https://doi.org/10.22034/jsc.2023.19556.1060>
 اسدیگی، ح. (۱۳۹۵). *مقایسه اثربخشی تقویت اجتماعی و آموزش خانواده (کرفت) با گروه خودیاری خانواده*

تا بتوانند آسیب‌های روحی و عاطفی خود را شناسایی و درمان کنند. برنامه‌های مشاوره فردی و گروهی می‌تواند به آنها کمک کند تا احساس ارزشمندی و اعتمادبه‌نفس خود را بازسازی کنند. همچنین آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در برابر استرس‌ها و چالش‌های زندگی می‌تواند بسیار مؤثر باشد. این مهارت‌ها می‌تواند شامل روش‌های آرام‌سازی، خودمراقبتی و مقابله با افکار منفی باشد. در بسیاری از موارد، کیفیت رابطه با همسر یا شریک زندگی تأثیر زیادی بر وضعیت روانی و فرایند بهبودی زنان دارد؛ بنابراین، مشاوره‌های زوجی می‌تواند کمک کند تا همسران از یکدیگر حمایت کنند و مشکلات ارتباطی‌شان حل شود. همچنین می‌توان برنامه‌های آموزشی برای خانواده‌ها و همسران تدارک دید تا درک بهتری از فرایند درمان و مشکلات فردی خود داشته باشند و بتوانند حمایت‌های مؤثری به یکدیگر ارائه دهند.

زنان افراد معتاد در صورتی که شرایط زندگی‌شان ضعیف باشد، نیاز به شبکه‌های اجتماعی حمایتی دارند تا از انزوا بیرون بیایند. این شبکه‌ها می‌تواند شامل گروه‌های همیاری، برنامه‌های اجتماعی و فرهنگی و فعالیت‌های گروهی برای تقویت حس تعلق اجتماعی باشد.

همچنین برنامه‌های جامعه‌محور که به زنان و خانواده‌هایشان کمک می‌کند تا مهارت‌های زندگی را بهبود بخشند و وارد بازار کار شوند، می‌تواند به کاهش مشکلات معیشتی و اجتماعی آنها کمک کند. علاوه‌براین، برای کمک به زنان افراد معتاد برگزاری جلسات درمانی با رویکرد ذهن‌آگاهی می‌تواند بسیار مؤثر باشد. این جلسات به زنان کمک می‌کند تا با تمرینات تنفسی، آرام‌سازی و آگاهی از لحظه حال، اضطراب و استرس خود را کاهش دهند و احساس آرامش بیشتری پیدا کنند. این رویکرد نه تنها به بهبود سلامت روانی آنها کمک می‌کند، مسیر رشد شخصی و توسعه فردی را نیز تسهیل می‌کند. ایجاد گروه‌های حمایتی ویژه زنان افراد معتاد که شامل راهنماهای باتجربه است می‌تواند به ایجاد حس همدلی و فهم متقابل کمک کند. راهنماها با توجه به تجربه شخصی خود می‌توانند در مواقع بحرانی به دیگران

ایران و جهان. پرتال تخصصی مددکاری اجتماعی ایران.

<https://www.madadkar.org/prevention-of-social-damage/naran-history-world-and-iran.html>

کرمی، ج.، گرام، ک.، و غریبی، م. (۱۳۸۹). مقایسه

بهداشت روانی و کارایی خانواده بین خانواده‌های معتادان

شرکت‌کننده و غیرشرکت‌کننده در جلسات گروه‌های

خودیاری. *اعتیادپژوهی*، ۴(۱۵)، ۲۳-۳۴.

<http://etiadjohi.ir/article-1-375-fa.html>

کرسول، ج. (۱۳۹۶). طرح پژوهش رویکردهای کمی، کیفی و

ترکیبی (علیرضا کیامنش و مریم دانای طوس، مترجمان).

جهاد دانشگاهی دانشگاه علامه طباطبائی.

References

Ahmadi, S., & Norian Najafabadi, M. (2024). Relationship between social commitment and successful withdrawal of the drug abuse. *Journal of Social Continuity and Change (JSCC)*, 2(2), 359-375. [In Persian].

<https://doi.org/10.22034/jssc.2023.19556.1060>

Asadbeigi, H. (2016). *Comparing the effectiveness of social reinforcement and family education (CRAFT) with the narcotics anonymous family self-help group (NARANAN) in changing the motivational stages of drug users and depression and the quality of life of their family members* [Doctoral thesis, University of Welfare and Rehabilitation Sciences]. [In Persian].

<https://elmnet.ir/doc/11200816-51941>

Best, D., & Laudet, A. (2010). *The potential of recovery capital*. RSA.

Blondé, J., Falomir-Pichastor, J. M., & Desrichard, O. (2024). Unveiling the psychological mechanisms of mutual help groups for addiction recovery: The role of social identity factors. *British Journal of Social Psychology*, 63(4), 2011-2030.

<https://doi.org/10.1111/bjs.12771>

Bobak, T. J., Wilson, D., Bell, J. S., & Jason, L. A. (2024). Perceptions of virtual versus in-person recovery meetings: A cross-sectional survey of Oxford House residents. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 34(4), e2833.

<https://doi.org/10.1002/casp.2833>

Cao, Q., & Liang, Y. (2020). Perceived social support and life satisfaction in drug addicts: Self-esteem and loneliness as mediators. *Journal of Health Psychology*, 25(7), 976-985.

<https://doi.org/10.1177/1359105317740620>

Chan, S., Markoulakis, R., & Levitt, A. (2023). Predictors of barriers to accessing youth mental health and/or addiction care. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 27.

<https://europepmc.org/article/med/36776928>

معتادان گمنام (نارانان)، در تغییر مراحل انگیزشی

مصرف‌کنندگان مواد و افسردگی و کیفیت زندگی اعضای

خانواده آنان [رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و

توانبخشی]. <https://elmnet.ir/doc/11200816-51941>

پورگنجی، ا.، و علی‌نژاد، م. (۱۴۰۳). درک معنایی

مصرف‌کنندگان مواد مخدر عضو انجمن معتادان گمنام

نسبت به اعتیاد، فرایند و درمان آن. *اعتیادپژوهی*، ۱۸(۷۱)،

۱۰۳-۱۳۸. <http://etiadjohi.ir/article-1-375-fa.html>

جربان، م.، نجفیان‌پور، ب. (۱۴۰۱). مقایسه سلامت روان در

دو گروه ترک اعتیاد به شیوه خودیاری و متادون درمانی.

ایده‌های نوین روانشناسی، ۱۵(۱۹)، ۹-۱.

<http://jnpi.ir/article-1-856-fa.html>

چیریلو، ا. (۱۳۷۹). *اعتیاد به مواد مخدر در آینده روابط*

خانوادگی (سعید پیرمادی، مترجم). نشر همام.

زارع جوان، ط. (۱۴۰۳). بررسی اثربخشی گروه خودیاری بر

خودکارآمدی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد. *اختلالات*

جنسی و روان‌شناختی (روانشناسی مرضی با تأکید بر

اختلال‌های جنسی)، ۱(۲)، ۳-۲۸.

<https://civilica.com/doc/1977162>

ساختار خدماتی گروه‌های خانواده نارنانان. (۱۳۸۹).

کمیته نشریات خدمات جهانی گروه خانواده نارنانان.

<https://khmir.ir/%D8%A7%D8%B5%D9%88%D9%84-%D9%85%D8%A7/>

شیخ، م.، و کاشی، ع. (۱۳۹۴). بررسی میزان شیوع مصرف

مواد مخدر در دانش‌آموزان ایرانی و ویژگی‌های

جمعیت‌شناختی مرتبط با الگوی مصرف این مواد.

مطالعات راهبردی ورزش و جوانان، ۱۴(۳۰)، ۱۴۵-۱۶۰.

<https://www.sid.ir/paper/375838/fa>

عمادیان، س. ع.، پوریوسف، آ.، و ابراهیمی، ص. (۱۳۹۳).

تأثیر جلسات گروهی نارنانان بر روی کیفیت زندگی و

سلامت روانی خانواده‌های معتادان گمنام شهرستان بابلسر.

اولین کنگره ملی روان‌شناسی خانواده گامی در ترسیم

الگوی مطلوب خانواده، اهواز.

<https://civilica.com/doc/518890>

قاسمی، ا.، و ویسی، ب. (۱۳۹۳). *تاریخچه نارنانان در*

- Kaufman, E. (1980). Myth and reality in the family patterns and treatment of substance abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 7(3-4), 257-279. <https://doi.org/10.3109/00952998008993426>
- Knopf, A. (2024). Helping addicted women and their newborns stay together and recover. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 40(6), 9-10. <https://doi.org/10.1002/cbl.30795>
- Li, M., Li, L., Wu, F., Cao, Y., Zhang, H., Li, X., Zou, J., Guo, Z., & Kong, L. (2021). Perceived family adaptability and cohesion and depressive symptoms: A comparison of adolescents and parents during COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 287, 255-260. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.048>
- Madden, L., & Timulak, L. (2024). It takes three to tango: Clients' experiences of couple therapy-A meta-analysis of qualitative research studies. *Counselling Psychology Quarterly*, 37(1), 1-24. <https://doi.org/10.1080/09515070.2022.2151978>
- Mappledoram, M., Blake, D., McGuigan, K., & Hodgetts, D. (2024). It's a sanity restorer: Narcotics anonymous (NA) as recovery capital during COVID-19 in Aotearoa New Zealand. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 34(2), e2770. <https://doi.org/10.1002/casp.2770>
- McCartan, C., Davidson, G., Donaghy, M., Grant, A., Bunting, L., Devaney, J., & Duffy, J. (2022). Are we starting to 'think family'? Evidence from a case file audit of parents and children supported by mental health, addictions and children's services. *Child Abuse Review*, 31(3), e2738. <https://doi.org/10.1002/car.2738>
- Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 688. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.67.5.688>
- Nar-Anon Family Group Service Structure, booklet. (2010). Nar-anon family group global service publications committee. [In Persian]. <https://khmir.ir/nashreyat/booknaranon/>
- Narcotics Anonymous (NA). (2021). *Basic text of narcotics anonymous*. World Service Office. <https://nauca.us/wp-content/uploads/2015/05/1988-5th-Edition-Basic-Text-Books-1-2.pdf>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1609406917733847. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Oltean, I. I., Perlman, C., Meyer, S., & Ferro, M. A. (2020). Child mental illness and mental health service use: Role of family functioning (family functioning and child mental health). *Journal of Child and Family Studies*, 29(9), 2602 -2613. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01784-4>
- Perruci, L. G., Diehl, A., Da Silveira, B. V., Teixeira, J. Cirillo, A. (2000). *Drug addiction in the mirror of family relations* (S. Pirmoradi, Trans.). Hammam Publishing. [In Persian].
- Clarke, P. B., & Scholl, M. B. (2022). Integrating the models of addiction into humanistic counseling for individuals with substance use disorders. *The Journal of Humanistic Counseling*, 61(1), 2-17. <https://doi.org/10.1002/johc.12171>
- Colby, M. H. (2023). *The faces of substance use: a reverse correlation analysis of perceptions of alcohol and cannabis use*. The College of William and Mary.
- Cresswell, J. (2017). *Research design: Quantitative, qualitative and mixed approaches* (A. Kiamanesh & M. Danae Toos, Trans.). Jihad Daneshgahi Publications Allameh Tabatabaei University. [In Persian].
- Emadian, S., Pouryousef, A., & Ebrahimi, S. (2014). The effect of group meetings of Nar-Anon on the quality of life and mental health of families of addicts anonymous in Babolsar city. *First National Congress of Family Psychology: A Step in Drawing the Desired Family Model*, Ahvaz, [In Persian]. <https://civilica.com/doc/518890>
- Gandy, P. (2007). *A psycho educational group treatment model for adolescence with behavior problems based on an integration of bowen theory (BT) and rational-emotive therapy (RET)* [Doctoral Dissertation, Alliant International University]. https://books.google.com/books/about/A_Psychoeducational_Group_Treatment_Mode.html?id=ElsWPwAACAAJ
- Ghasemi, E., & Veysi, B. (2014). *The history of nar-anon in iran and the world*. Iran social work portal. [In Persian]. <https://www.madadkar.org/prevention-of-social-damage/naran-history-world-and-iran.html>
- Green, L. L., Fullilove, M. T., & Fullilove, R. E. (1998). Stories of spiritual awakening: The nature of spirituality in recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(4), 325-331. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(97\)00211-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(97)00211-0)
- Herie, M., Godden, T., Shenfeld, J., & Kelly, C. (2010). *Addiction: an information guide*. Centre for Addiction and Mental Health.
- Jarban, M., & Najafianpuor, B. (2023). Comparison of mental health on two groups of drug withdrawal and self-help and methadone therapy. *Journal of Psychology New Ideas*, 15(19), 1-9. [In Persian]. <http://jnip.ir/article-1-856-fa.html>
- Jason, L. A., Davis, M. I., & Ferrari, J. R. (2007). The need for substance abuse after-care: Longitudinal analysis of Oxford House. *Addictive Behaviors*, 32(4), 803-818. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.06.014>
- Karami, J., Geram, K., & Gharibi, M. (2010). Comparison of mental health and family efficiency between the addicts' families participating and not participating in the sessions of anonymous addicts. *Research on Addiction*, 4(15), 23-34 [In Persian]. <http://etiadpajohi.ir/article-1-375-fa.html>

- to it among them. *Strategic Studies on Youth and Sports*, 14(30), 145-160. [In Persian]. https://faslname.msy.gov.ir/article_134.html?lang=fa
- Tan, W. J., Larance, B., Walter, E. E., Haynes, C. J., & Kelly, P. J. (2025). Mutual-support groups for alcohol and other drug use in East, South and Southeast Asia: A scoping review. *Drug and Alcohol Review*, 44(6), 1711-1755. <https://doi.org/10.1111/dar.14094>
- Xie, Q., Xu, Y. M., & Zhong, B. L. (2022). Anxiety symptoms in older Chinese adults in primary care settings: Prevalence and correlates. *Frontiers in Public Health*, 10, 1009226. <https://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.1009226>
- Ye, Z. Y., Han, Z. Y., & Zhong, B. L. (2025). Family functioning and anxiety in children: A narrative review. *Translational Pediatrics*, 14(9), 2311-2320. <https://dx.doi.org/10.21037/tp-2>
- Zare Javan, T. (2024). Investigating the effectiveness of self-help groups on self-efficacy in people with substance abuse. *Journal of Sexual and Psychological Disorders (Psychology with an Emphasis on Sexual Disorders)*, 1(2), 3-28. [In Persian]. <https://civilica.com/doc/1977162>
- Zhou, M., Zhu, W., Sun, X., & Huang, L. (2022). Internet addiction and child physical and mental health: Evidence from panel dataset in China. *Journal of Affective Disorders*, 309, 52-62. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.115>
- A., Souza, J., Miaso, A. I., & Wagstaff, C. (2021). The emotional and psychiatric problems of adolescents on parole whose parents are substance users: A Brazilian cross-sectional study. *Journal of Child Health Care*, 25(2), 253-267. <https://doi.org/10.1177/1367493520925661>
- Pinar Boluktas, R. (2022). Caregiving burden of family caregivers of substance-addicted people in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 1657-1664. <https://doi.org/10.1111/ppc.12974>
- Pourgarnji, A., & Alinejad, M. (2024). The semantic understanding of substance users who are members of narcotics anonymous towards addiction, its process and treatment. *Research on Addiction*, 18(71), 103-138. [In Persian]. <http://etiadpajohi.ir/article-1-3037-fa.html>
- Qolbi Ruzain, R. B., & Fadhlia, T. N. (2023). The relationship between family social support and the resilience of former drug addicts. *Indonesian Journal of Economics, Social, and Humanities*, 5(1), 43-53. <https://doi.org/10.31258/ijesh.4.3.211-219>
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143-155. <https://doi.org/10.1080/09595230500102434>
- Selm, L. J. (2002). *A family system approach to treatment of addictive disorders: Confluence of two exiting constructs*. La Salle University.
- Sheikh, M., & Kashi, A. (2016). Prevalence of narcotic abuse among Iranian adolescent and factors related