

بررسی تفاوت سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در زنان ویژه معتاد و غیر معتاد (مطالعه موردی شهر تهران)

فاطمه دمیرچی^۱، آناهیتا خدابخش کولایی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین، خمین، ایران

۲. استادیار گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: آناهیتا خدابخش کولایی، گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران،

ایران a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

تاریخ پذیرش: خرداد ۱۳۹۵

تاریخ دریافت: اردیبهشت ۱۳۹۵

نحوه استناد به این مقاله:

Damirchi F, Khodabakhshi Koolae A. Differences between health-promoting lifestyle among sex worker with substance use and non-substance use women (Case study in Tehran). Community Health 2016; 3(3):239-47.

چکیده

زمینه و هدف: رفتارهای پرخطر زنان ویژه رابطه قوی با مصرف مواد دارد. علاوه بر این، سبک زندگی نقش حیاتی در شیوع این مشکلات اجتماعی دارد. بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین تفاوت سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در زنان ویژه معتاد و غیر معتاد انجام شد.

روش و مواد: نوع مطالعه از نوع توصیفی و همبستگی بود. ۱۲۰ زن شامل، ۶۰ معتاد روسپی و ۶۰ روسپی غیر معتاد شهر تهران در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس پرسشنامه مقیاس سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی (HPLP II) را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری و نرم افزار SPSS-20 مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در ابعاد تغذیه و روابط بین فردی میانگین در گروه روسپی غیرمعتاد بیشتر از زنان معتاد روسپی ($P=0/001$) و در سطح معنویت ($P=0/001$)، مسئولیت ($P=0/008$) و مدیریت استرس ($P=0/015$) زنان روسپی غیر معتاد نسبت به زنان معتاد روسپی پایین تر بود.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که اگرچه سبک زندگی ناسالم در زنان معتاد روسپی و روسپی غیرمعتاد بالا است، ولی در ابعاد سبک زندگی بین دو گروه زنان معتاد روسپی و روسپی غیر معتاد تفاوت وجود دارد.

واژگان کلیدی: سبک زندگی، سلامت، مصرف کنندگان مواد، روسپیگری، زنان

مقدمه

شامل کردن روسپیگری گذری، محدود کردن به روسپیگری خیابانی یا شامل کردن هر گونه ارتباط جنسی در مقابل دریافت پول یا کالا دشوار است. با این وجود، شیوع روسپیگری در زنان بالای ۱۵ ساله از ۰/۴ تا ۴/۳ در کشورهای آفریقایی، از ۰/۲ تا ۲/۶ در کشورهای آسیایی و از ۰/۱ تا ۱/۴ در کشورهای اروپایی گزارش شده است (۲). در همین راستا، تخمینی دقیق از شیوع روسپیگری در کشور منتشر نشده است. تنها در گزارش

امروزه هرچند در ماهیت آسیب های اجتماعی دگرگونی قابل ملاحظه ای پدید آمده است اما برخی از آسیب های اجتماعی همچون روسپیگری و اعتیاد همچنان ماهیت خود را حفظ کرده است و از اهمیت و تأثیر منفی آن بر فرد و جامعه چیزی کم نشده است (۱). تخمین تعداد زنان روسپی با توجه به تعاریف ارائه شده متفاوت در مطالعات گوناگون و محاسبه موارد تن فروشی رسمی یا

منتشر نشده‌ای از چهار تا ۳۰ هزار زن خیابانی در کشور در سال ۱۳۸۰ تا تخمین هایی به میزان ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار زن تن فروش در سال ۱۳۸۴ متفاوت می باشد (۳). در مطالعات پیشین دریافته اند که روسپیگری خیابانی یکی از معمول ترین نوع آن می باشد که معمولاً کمترین دریافت را برای این زنان به همراه داشته (۴)، و همچنین خشونت بیشتری بر آنها اعمال شده (۵) و بیشتر در معرض مشکلات سلامت و امنیت قرار می گیرند (۶). عوامل متعددی بر شیوع روسپیگری تأثیر دارد که می توان به متغیرهای نظیر عوامل اقتصادی چون فقر و بی کاری (۷) و عوامل روانشناختی مانند شیوه مقابله متمرکز بر هیجان (۸ و ۹)، اختلالات شخصیت (۱۰) و شرایط ناکارآمد خانواده اشاره کرد.

در همین راستا، مطالعات نشان داده است یکی از عوامل اجتماعی که همبستگی بالایی با روسپیگری دارد اعتیاد است (۱۲). این درحالی است که علت مصرف مواد در زنان به دلایلی چون شرایط نامناسب و ناکارآمد خانوادگی (۱۳) و حتی کاهش وزن می باشد (۱۴) که خود نشان دهنده شیوع بی پروا مصرف مواد در میان زنان است. در تبیین رابطه میان روسپیگری و اعتیاد دو الگوی غالب را می توان ذکر کرد در الگوی نخست، مردان معتاد، پس از ناتوانی در تأمین هزینه اعتیاد از طریق اشتغال یا اعمال مجرمانه یا کمک های والدین، در اغلب موارد، مبادرت به معتادکردن همسران خود و سپس، وادار ساختن آنها به تن فروشی به منظور تهیه هزینه خرید مواد می کنند (۱۵ و ۱۶). براساس الگوی دوم، زنان معتاد مطلقه، یا آنان که هرگز ازدواج رسمی نکرده اند، با تن فروشی اقدام به تهیه هزینه مواد می کنند. در مطالعه ای بر روی زنان روسپی شهر اصفهان دریافته اند ۱۶٪ از زنان روسپی مواد مخدر مصرف می کنند و نیز ۴ / ۶۷٪ آنان در نوجوانی شاهد وقوع جرایمی بوده اند که اعتیاد و پخش مواد مخدر در رأس آنها قرار دارد (۱۵). بنابراین، می توان گفت اعتیاد و مصرف مواد مخدر از جمله عوامل مؤثر در شروع روسپیگری است (۱۷ و ۱۸).

یکی از متغیرهایی که احتمال میزان مصرف مواد و روسپیگری را در زنان بالا می برد سبک زندگی زنان است (۱۱ و ۱۹). بدین معنا که در شرایط استرس زا فرد به

احتمال زیاد به شیوه هماهنگ با سبک زندگی خود واکنش نشان داده و با آن منطبق می شود (۲۰). تحقیقات نشان داده است که سبک زندگی در دوره کودکی شکل می گیرد و توسط فرضیه های اولیه فرد در مورد بهترین روش رسیدن به اهداف خود تعیین شده و تفسیر می شود. این فرضیه ها پیرامون راهبردهای حل مسئله تدوین می شوند و فرد را به سمت آسایش و موفقیت سوق داده و از آسیب و ناکامی دور می کنند (۲۱). Maniacci و همکاران (۲۲)، عوامل مؤثر در رشد سبک زندگی را به دو گروه عوامل زیست شناختی و عوامل روانی- اجتماعی تقسیم می کنند. به بیانی دیگر، سبک زندگی عبارت است از یک شیوه زندگی مبتنی بر الگوهای رفتاری قابل شناخت که این الگوها از تأثیر متقابل بین ویژگی های شخصیتی یک فرد با مداخلات اجتماعی و شرایط اجتماعی- اقتصادی زندگی حاصل می شود (۲۳). از دیدگاه این پژوهشگران، شش طبقه رفتار شامل مدیریت استرس و اضطراب، برقراری ارتباطات حمایتی- اجتماعی و دوری از انزوا و افسردگی، پیشرفت فردی و پذیرش مسئولیت از طریق استفاده متناسب از منابع بهداشتی، ورزش و تغذیه سالم یک سبک زندگی ارتقاء دهنده را شکل می دهد (۲۴).

از این رو با توجه به رشد روزافزون مصرف مواد در میان زنان و ارتباط تنگاتنگ میان اعتیاد، روسپیگری و سبک زندگی (۱۹) و نیز با در نظر گرفتن این امر که اعتیاد به مواد و روسپیگری در زنان تأثیرات انکار ناپذیری در خانواده و جامعه دارد که به دلایل اجتماعی و فرهنگی پژوهش های اندک در این حوزه انجام شده است (۲۵). از این رو این مطالعه با هدف تعیین تفاوت سبک زندگی زنان معتاد روسپی و زنان معتاد شهر تهران در جهت شناسایی ابعادی از این متغیر که در هر دو گروه تقلیل یافته است، انجام شد.

روش و مواد

مطالعه حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه زنان معتاد روسپی و غیر معتاد بود که از مهر ۱۳۹۴ تا اسفند ۱۳۹۴ به مرکز مداخله در بحران، سلامت، اورژانس اجتماعی، مرکز اقامتی بانوان چیتگر (جمعیت تولد دوباره) و مرکز سرپناه

شبهانه شوش (جمعیت تولد دوباره) مراجعه کردند. نخست ۱۵۶ پرسشنامه در بین شرکت کنندگان در مطالعه ارائه شد، اما پس بررسی صرفاً ۱۲۰ تا از آنها به طور کامل تکمیل شده بود و پرسشنامه هایی که آزمودنی ها در آنها با دقت پاسخ نداده بودند از مطالعه خارج شدند. در نهایت، نمونه مطالعه ۱۲۰ نفر (۶۰ زن معتاد روسپی و ۶۰ زن روسپی غیرمعتاد) انتخاب شدند. نمونه گیری از طریق نمونه گیری در دسترس انجام شد.

شرایط ورود به مطالعه برای دو گروه: ۱- داشتن تحصیلات حداقل سیکل برای درک صحیح و پاسخگویی مستقلانه به پرسشنامه ها، ۲- داشتن حداقل یک سال روسپیگری، ۳- داشتن پرونده در بهزیستی بود و داشتن اعتیاد و روسپیگری همزمان برای زنان معتاد در نظر گرفت شد. شرایط خروج از مطالعه شامل تکمیل ناقص و بی دقت پرسشنامه، ابتلا به بیماری روانی خاص یا مصرف داروهای روانی و سابقه روسپیگری کمتر از یک سال بود. برای اندازه گیری سبک زندگی از مقیاس سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی (HPLP II) استفاده شد. این پرسشنامه توسط Walker در سال ۱۹۸۷ ساخته شده است (۲۶) و شامل ۵۶ سوال است که شش زیر مقیاس تحت عناوین، ۱- تغذیه، ۲- ورزش و فعالیت بدنی، ۳- مسئولیت پذیری در مورد سلامتی، ۴- مدیریت استرس، ۵- روابط بین فردی و ۶- رشد معنوی و خودشکوفایی دارد. نحوه امتیازدهی پرسشنامه به این شکل است که نمره کل سبک زندگی از حداقل ۵۶ تا ۲۰۸ نمره و در چهار سطح هرگز، گاهی، اغلب، دائم، به ترتیب با امتیاز ۱ تا ۵ امتیازدهی می شود. در سطح بندی نمره سبک زندگی، نمره زیر ۱۰۰ ضعیف و از نمره ۱۰۱ تا ۱۵۰ متوسط و از نمره ۱۵۱ تا ۲۰۸ خوب به حساب می آید. Walker و همکاران (۱۹۹۰)، پایایی پرسش نامه را به وسیله آلفای کرونباخ برای شش مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۵، ۰/۷۹، ۰/۸۷ و برای کل پرسش نامه ۰/۹۴ را به تأیید رسانده اند (۲۷). همچنین محمدی زیدی (۲۸) پایایی این پرسشنامه را با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲ برای کل ابزار و برای زیر شاخه ها ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ به دست آورد. روایی سازه این پرسش نامه توسط پورمیدانی، نوری، شفتی (۲۹)، بررسی شد و همبستگی

زیر مقیاس های آن با نمره کل بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۰ به دست آمد و پایایی آن ۰/۸۳ به دست آمد. مطالعه حاضر پس از تأیید در کمیته اخلاق دانشگاه خاتم، با رعایت ملاحظات اخلاقی اجرا گردید. پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، جمع آوری داده ها با بکارگیری پرسشنامه بی نام انجام شد و به زنان شرکت کننده اعلام گردید برای حضور در مطالعه اختیار تام دارند و می توانند در صورت تمایل نتیجه آزمون به دست آمده را شخصاً دریافت کنند. پس از جمع آوری اطلاعات، در نهایت داده ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری و نرم افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن آزمودنی ها در گروه زنان روسپی غیر معتاد ۲۹/۱ (۴/۵) سال و برای زنان معتاد روسپی ۲۸/۱ (۳/۸) سال بود. همچنین میانگین (انحراف معیار) مدت زمان اعتیاد در گروه زنان روسپی معتاد ۳۰/۲ (۵/۸) سال و برای زنان معتاد روسپی ۳۳/۴ (۶/۱) ماه بود. میانگین (انحراف معیار) مدت زمان روسپیگری برای زنان روسپی غیر معتاد ۲/۳ (۸/۳) و معتاد ۲/۲ (۸/۱) ماه بود. همچنین، ۵۰٪ از زنان روسپی غیر معتاد مجرد و ۵۶/۷٪ از زنان معتاد روسپی مورد بررسی مطلقه بودند. علاوه بر این، ۴۳/۳٪ از زنان روسپی غیر معتاد و ۴۷/۶٪ از زنان معتاد روسپی دارای تحصیلات در مقطع دبیرستان، ۶۰٪ از زنان روسپی غیر معتاد و ۵۱/۷٪ از زنان معتاد روسپی بدون فرزند بودند. نتایج بررسی وضعیت اقتصادی در دو گروه حاکی از آن بود که ۵۱/۷٪ از زنان روسپی غیر معتاد در سطح زیر متوسط و ۴۶/۷٪ از زنان معتاد روسپی در سطح متوسط بودند (جدول شماره ۱).

مقایسه ابعاد سبک زندگی در دو گروه معتاد روسپی و روسپی غیر معتاد با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی کوواریانس ها نشان داد که این مفروضه برقرار است ($F_{21/51}=1/496$, $P=0/067$). نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (Mbox = ۳۳/۲۱۵). نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (جدول شماره ۲) نشان داد که در ابعاد تعالی معنوی، مسئولیت، تغذیه، مدیریت استرس و روابط بین فردی

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیت شناختی زنان روسپی معتاد و غیرمعتاد

متغیر	گروه	سطوح متغیر	تعداد	درصد	
وضعیت تاهل	غیر معتاد	متاهل	۴	۶/۷	
		مجرد	۳۰	۵۰	
		مطلقه	۲۶	۴۳/۳	
	معتاد	متاهل	۷	۱۱/۷	
		مجرد	۱۹	۳۱/۷	
		مطلقه	۳۴	۵۶/۶	
سطح تحصیلات	غیر معتاد	ابتدایی	۷	۱۱/۷	
		راهنمایی	۱۶	۲۶/۷	
		دبیرستان	۲۶	۴۳/۳	
		دیپلم	۱۰	۱۶/۷	
		بالای دیپلم	۱	۱/۷	
	معتاد	ابتدایی	۱۰	۱۶/۷	
		راهنمایی	۱۶	۲۶/۷	
		دبیرستان	۲۸	۴۶/۷	
		دیپلم	۶	۱۰	
		بالای دیپلم	-	-	
دارا بودن فرزند	غیر معتاد	دارای فرزند	۲۴	۴۰	
		بدون فرزند	۳۶	۶۰	
	معتاد	دارای فرزند	۲۹	۴۸/۳	
		بدون فرزند	۳۱	۵۱/۷	
	سطح درآمد	غیر معتاد	کم	۲۳	۳۸/۳
			زیر متوسط	۳۱	۵۱/۷
متوسط			۶	۱۰	
معتاد		بالای متوسط	-	-	
		کم	۱۰	۱۶/۷	
		زیر متوسط	۲۲	۳۶/۷	
	متوسط	۲۸	۴۶/۷		
	بالای متوسط	-	-		

بین دو گروه زنان معتاد روسپی و روسپی غیر معتاد تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0.008$). با توجه به میانگین این ابعاد در دو گروه می توان بیان کرد که در بعد تغذیه، فعالیت جسمی، مدیریت استرس و روابط بین فردی میزان میانگین در گروه معتادان روسپی غیرمعتاد بیشتر از زنان معتاد روسپی بود.

بحث

مطالعه نشان داد که سبک زندگی این دو گروه در ابعاد تعالی معنوی، مسئولیت، تغذیه، مدیریت استرس و روابط بین فردی تفاوت معنی داری داشت. به این معنا که

میانگین ابعاد مسئولیت و تعالی معنوی و مدیریت استرس در زنان معتاد روسپی بیشتر و میانگین ابعاد تغذیه، فعالیت جسمی و روابط بین فردی در گروه زنان روسپی غیر معتاد کمتر می باشد. علی رغم جستجوی فراوان در مطالعات داخلی و خارجی مطالعه مشابهی که بتوان نتیجه مطالعه حاضر را با آن مقایسه کرد به دست نیامد از این رو هر یک از این ابعاد بطور جداگانه بررسی شد. در بعد روابط بین فردی نتایج این مطالعه همسو با نتایج مطالعات پیشین از جمله Murphy (۳۰) و Dalla (۳۱)، می باشد. Murphy (۳۰) در مطالعه ای بر

جدول شماره ۲- نتایج تحلیل واریانس چند متغیر جهت مقایسه ابعاد سبک زندگی در زنان روسپی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	F	P
تعالی معنوی	غیر معتاد	۲۴/۱	۲/۰	۲۶۱/۵	۰/۰۰۱
	معتاد	۳۰/۳	۲/۱		
مسئولیت	غیر معتاد	۲۲/۵	۲/۲	۷/۲	۰/۰۰۸
	معتاد	۲۳/۴	۱/۷		
تغذیه	غیر معتاد	۱۴/۰	۱/۶	۹۷/۶	۰/۰۰۱
	معتاد	۱۰/۹	۱/۸		
فعالیت جسمی	غیر معتاد	۸/۲	۱/۴	۰/۳	۰/۵۹۶
	معتاد	۸/۱	۱/۳		
مدیریت استرس	غیر معتاد	۱۲/۷	۱/۷	۶/۱	۰/۰۱۵
	معتاد	۱۳/۶	۱/۹		
بین فردی	غیر معتاد	۱۵/۵	۱/۶	۷۶/۴	۰/۰۰۱
	معتاد	۱۳/۰	۱/۶		

دامن می زند. برخی از مطالعات نشان داده اند که سرقت، قتل، جراحت شدید جسمی در زنان معتاد روسپی در مقایسه به زنانی که روسپی هستند ولی اعتیاد ندارند بیشتر است (۱۸).

در بعد مدیریت استرس و مسئولیت، نتایج این مطالعه با یافته های مطالعات پیشین سیدی و همکاران (۹)، انصاری و همکاران (۱۰) و بخشی پور و همکاران (۳۳) هم راستا می باشد. بخشی پور و همکاران (۳۳) در مطالعه ای دریافتند که معتادان در ویژگی های شخصیتی توافق جویی، گشودگی و وظیفه شناسی نمره های پایینی به دست آورده اند. همچنین، سیدی و همکاران (۹) و انصاری و همکاران (۱۰) در مطالعاتی جداگانه نشان دادند زنان روسپی در مقایسه با زنان معتاد در مواجهه با فشار روانی بیشتر از شیوه های حل مسأله هیجان مدار استفاده می کنند. یکی از عوامل مؤثر در روی آوردن به رفتارهای ناهنجار استرس های روانی-اجتماعی است و آنچه سلامت روانی و کارکرد اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد خود استرس نیست، بلکه الگوی مقابله با استرس است که این الگو در زنان روسپی الگو سازنده ای نیست (۹ و ۱۰).

در بعد تغذیه و فعالیت ورزشی این نتایج با یافته های مطالعه Huq (۳۴) همسو می باشد. Huq (۳۴) در مطالعه ای بر روی ۱۰۰ مصرف کننده مواد و زن روسپی در

روی ۱۲ زن روسپی در آمریکا دریافت یکی از فاکتورهای مهم که موجب بقای زنان روسپی در این شرایط و سبک زندگی مختل می شود روابط اجتماعی است که در میان این خرده فرهنگ در میان این گروه از زنان ایجاد می شود. در همین راستا Dalla (۳۱) نیز آشکار کرد ممکن است حس دوستانه و حمایتی بین این زنان وجود داشته باشد که موجب بوجود آمدن روابط حمایتی بین زنان روسپی شود که از آنان علیرغم حس رقابتی در بین آنان همچون سدی در برابر خطرات حفاظت کند. براساس نظریه Putnam می توان گفت روابط درون گروهی در میان زنان روسپی بیشتر از نوع معامله متقابل عمومی است که به رابطه ای اشاره دارد که در همه حال یکطرفه و غیرمتوازن است، اما انتظارات متقابلی ایجاد می کند، مبنی بر اینکه سودی که اکنون اعطا شده، باید در آینده پرداخت شود که مبتنی بر انگیزه دوستی کوتاه مدت و حفظ منافع خود در بلندمدت می باشد (۳۲). از سوی دیگر، زنان روسپی با افراد و سلیقه های گوناگون برخورد داشته اند و شاید این تعامل های زیاد سبب رشد مهارت های خاصی در آنان شده باشد (۹). این در حالی است که اعتیاد موجب کاهش حس اعتماد به نفس در زنان شده و حس انزوا در این زنان بیشتر مشاهده می شود (۱). روسپیگری خود آسیب اجتماعی است و هنگامی که با اعتیاد همراه شود به آسیب های اجتماعی بیشتری را

اندک مطالعه‌های انجام‌شده در داخل تعمیم یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌سازد.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که در ابعاد سبک زندگی بین دو گروه زنان معتاد روسپی و روسپی غیر معتاد تفاوت معنی داری وجود دارد. اگرچه سبک زندگی ناسالم در زنان معتاد روسپی و روسپی غیرمعتاد بالا است اما با توجه به میانگین این ابعاد در دو گروه می‌توان بیان کرد که در ابعاد تغذیه، فعالیت جسمی و روابط بین فردی میانگین در گروه روسپی غیرمعتاد بیشتر از زنان معتاد روسپی و در سطح معنویت، مسئولیت و مدیریت استرس زنان روسپی غیر معتاد نسبت به زنان معتاد روسپی پایین‌تر بود. این گروه به عنوان گروه در معرض خطر بالا شمرده می‌شود و توجه به نیازهای روانی، اجتماعی و بهداشتی بالایی را می‌طلبد. بنابراین، روانشناسان و مشاوران و کارشناسان بهداشت فعال در نهادهای مرتبط با زنان روسپی و معتادین می‌توانند با تمرکز بر یافته‌های این مطالعه بر ابعاد تقلیل یافته سبک زندگی این دو گروه به ارتقا سلامت در زنان روسپی و معتاد کمک کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی نویسنده اول دفاع شده در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین با کد ثبت پایان نامه ۶۵۲۲۰۷۰۱۹۴۱۰۳۹ در بهار ۱۳۹۵ می‌باشد. در پایان نویسندگان مقاله، خود را ملزم می‌دانند مراتب تشکر و قدردانی خود را نسبت به زنان شرکت کننده در این پژوهش ابراز نمایند.

بنگلادش نشان داد به ترتیب ۶۲٪ از زنان مصرف کننده و ۵۲٪ از زنان روسپی دچار سوءتغذیه می‌باشند.

در بعد تعالی معنوی پژوهشی یافت نشد که این بعد را در دو گروه زنان روسپی غیرمعتاد و معتاد مقایسه کند اما مطالعات بسیاری نشان داده است که بالا بردن بعد معنویت در زنان می‌تواند به عنوان فاکتوری تأثیرگذار برای خروج از وادی روسپیگری باشد بدین معنا که معنویت با ایجاد امید و حفظ انگیزه و خویشتن داری به زنان روسپی کمک شایانی کند (۳۰، ۳۵-۳۷).

در تبیین نتایج این مطالعه و مطالعات پیشین می‌توان این گونه گفت که زنان روسپی غیر معتاد و معتاد روسپی به واسطه مشکلات متعدد در طول دوران زندگی سبک زندگی متفاوتی برمی‌گزینند و سطح معنویت، مسئولیت و مدیریت استرس زنان روسپی غیرمعتاد نسبت به زنان معتاد روسپی پایین‌تر می‌باشد. که می‌تواند ناشی از تفاوت زندگی هر فرد، خودپنداره، احساس‌های فرد نسبت به دیگران و نگرش فرد نسبت به دنیا باشد که حاصل کنار آمدن با محدودیت‌ها، موانع، تضادها و بحران‌هایی است که فرد در مسیر پیشرفت به سوی آرمانش دارد (۹). در واقع، سبک زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی و ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زای زندگی است. از این‌رو، با توجه به مشکلات و آسیب‌هایی که آدمی در فرایند رشد و زندگی خود تجربه می‌کند، توانایی غلبه بر دشواری‌ها و حفظ سبک زندگی سالم و تعادل روانی با توجه به گستره آسیب‌های اجتماعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. محدود بودن نمونه‌ها به شهر تهران به ویژه چند مرکز مشخص، شیوه نمونه‌گیری دردسترس، شمار

REFERENCES

1. Mirzaei B, Ranjgar B. The Study of Social, Financial and Family Condition of the Woman Prostitutes in Tehran. *Applied Psychology*. 2007;4(1):41-49. (Full Text in Persian)
2. Malery khah Langeroudi Z, Delbarpour Ahmadi S, Esmaeili M. Barriers of Condom Use among Female Sex Workers in Tehran, a Qualitative Study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2014;12(2):23-34. (Full Text in Persian)
3. Madani Ghahfarokhi S. Rapid Situational Assessment of Prostitution in Tehran with Emphasis on High-risk Behaviors Related to HIV. Tehran-Iran, Center for Disease Control, Iran Ministry of Health, United Nations Population Fund, Iranian National Center for Addiction Studies. 2008. (Full Text in Persian)
4. Main GL. Women on the Edge: Life at Street Level in the Early Republic. *Journal of the Early Rep Chang HH, Weng Y. Working in the Dark: A Look at the Violence Risk of the Street Prostitution Service. Journal of Social Service Research*. 2015;41(4):545-55.

5. Cianelli R, Villegas N. Social Determinants of Health for HIV among Hispanic Women. *Hispanic Health Care International*. 2016;14(1):4-9.
6. Varvaie A, Niazkhani M, KOLAKI H. Analysis of Economic Factors Effective on the Tending to the Street Prostitution and Social- police Solutions of its Prevention. *Entezam-E-Ejtemaie* 2010;2(1):125-158.
7. Syvertsen JL, Bazzi AR, Martinez G, Rangel MG, Ulibarri MD, Fergus KB, Amaro H, Strathdee SA. Love, Trust, and HIV Risk among Female Sex Workers and their Intimate Male Partners. *American journal of public health*. 2015;105(8):1667-74.
8. Zareidoost E, Atefvahid MK, Bayanzadeh SA, Birashk B. Comparison of Locus of Control, Coping Style and Irrational Beliefs in Prostitutes and Non-Delinquent Women. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007;13(3):272-9. (Full Text in Persian)
9. Seydi M, Ghafouri A, Jalali M. The Study of Personality Traits and Defense Mechanism among Prostitutes, Addicted and Normal Women. *Journal of research on addiction*. 2014;8(29):89-105. (Full Text in Persian)
10. Ansari S, Gharraee B, Afsar-Kazerouni P. Personality Disorders and Coping Strategies in Female Sex-workers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011;17(1):71-5. (Full Text in Persian)
11. Firmin MW, Lee AD, Firmin RL, Deakin LM. A Qualitative Analysis of Prostitution's Detrimental Relational Effects. *Journal of Criminal Justice & Law Review*. 2013;3(1/2):23-37.
12. Reid JA, Piquero AR. On the Relationships between Commercial Sexual Exploitation/Prostitution, Substance Dependency, and Delinquency in Youthful Offenders. *Child maltreatment*. 2014;19(3-4):247.
13. Zafarghandi MB, Jadidi M. Drug Dependency and Women's Health. *Women's Health Bulletin*. 2014;2(1):1-10 (Full Text in Persian)
14. Rahmatizadeh M, Khodabakhshi Koolae A. The Association between Family Flexibility, Food Preoccupation and Body Image among Crystal Abuser Women. *International journal of high risk behaviors & addiction*. 2012;1(3):126.
15. Afzali M, Shahhosseini Z, Hamzeghardeshi Z. Social Capital Role in Managing High Risk Behavior: a Narrative Review. *Materia socio-medica*. 2015;27(4):280. (Full Text in Persian)
16. Fatehi A, Sadeghi S, Ekhlasi I. Description and Analysis of the Sociological and Psychological Characteristics of Female Sex Workers in Isfahan. *Journal of Iranian Social Studies*. 2011;2(10):86-105. (Full Text in Persian)
17. Shdaimah CS, Wiechelt SA. Crime and Compassion Women in Prostitution at the Untersection of Criminality and Victimization. *International Review of Victimology*. 2013;19(1):23-35.
18. Shafiei S, Kootanai KG, Rad SS. The Effect of Some Social Factors on Tendency of Women to Prostitution in Tehran City. *International Journal of Economy, Management and Social Sciences*. 2014;3(1):6-10. (Full Text in Persian)
19. Firmin MW, Lee AD, Firmin RL, Deakin LM, Holmes HJ. Qualitative Perspectives toward Prostitution's Perceived Lifestyle Addictiveness. *Journal of behavioral addictions*. 2013;2(4):231-8.
20. Dolan SL, Rohsenow DJ, Martin RA, Monti PM. Urge-specific and Lifestyle Coping Strategies of Alcoholics: Relationships of Specific Strategies to Treatment Outcome. *Drug and alcohol dependence*. 2013;128(1):8-14.
21. Minh A, Matheson FI, Daoud N, Hamilton-Wright S, Pedersen C, Borenstein H, O'Campo P. Linking Childhood and Adult Criminality: Using a Life Course Framework to Examine Childhood Abuse and Neglect, Substance Use and Adult Partner Violence. *International journal of environmental research and public health*. 2013;10(11):5470-89.
22. Maniaci MP, Maniaci SL, Moscllt HH. Adlerian Psychotherapy. *Current Psychotherapies*. USA: Brooks/Cool; 2013:55.
23. Van Acker V, Goodwin P, Witlox F. Key Research Themes on Travel Behavior, Lifestyle, and Sustainable Urban Mobility. *International Journal of Sustainable Transportation*. 2016;10(1):25-32.
24. Savoy SM, Penckofer S. Depressive Symptoms Impact Health-Promoting Lifestyle Behaviors and Quality of Life in Healthy Women. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015;30(4):360-72.

25. Allahqoli L, Saeedi ZA, Azin A, Hajian S, Majd HA, Molavi N. Social Damaged Women: A Qualitative Study in Tehran, Iran. *History*. 2015;27(99):63-72. (Full Text in Persian)
26. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. *Nursing research*. 1987; 36(2):76-81.
27. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish Language Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*. 1990; 39(5):268-273.
28. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2012; 21 (1) :102-113. (Full Text in Persian)
29. Pourmeidani S, Noori A, Shafiti SA. Relationship between Life Style and Marital Satisfaction. *Journal of Family Research*. 2014; 10(3): 331-344. (Full Text in Persian)
30. Murphy LS. Understanding the Social and Economic Contexts Surrounding Women Engaged in Street-level Prostitution. *Issues in Mental Health Nursing*. 2010 Dec 1;31(12):775-84.
31. Dalla RL. Night moves: A Qualitative Investigation of Street-level Sex Work. *Psychology of Women Quarterly*. 2002;26(1):63-73.
32. Bahari R, Golshan FMR. Status of Social Participation among Prostitutes (a Comparative Study in Tehran, Isfahan, Shiraz, Kermanshah and Rasht) in 1930. *Social Research* 2013;3(18):157-178. (Full Text in Persian)
33. Bakhshipour R. A, Mahmood Alilou M, Irani S. The Comparison of Personality Traits, Personality Disorders, and Problem-solving Strategies in Self-introduced Addicts and Normal Population. *IJPCP*. 2008; 14 (3) :289-297. (Full Text in Persian)
34. Huq AO, Chowdhury T, Rana M, Alam J, Moktadir SG, Manir MZ. Nutritional status and KAP about HIV/AIDS among Floating Drug Addicted and Commercial Sex Workers in Dhaka City, Bangladesh. *Journal of AIDS and HIV Research*. 2013;5(9):334-40.
35. Love R. Street Level Prostitution: a Systematic Literature Review. *Issues in mental health nursing*. 2015;36(8):568-76.
36. Cimino AN. A Predictive Theory of Intentions to Exit Street-level Prostitution. *Violence against women*. 2012;18(10):1235-52.
37. Thorlby KE. Global Perspectives on Sustainable Exit from Prostitution: Ananalysis of Social Enterprise Approaches Adopted by Faith-based Projects Supporting Women to Leave Prostitution. England: Durham University; 2015.

Original Article

Differences between health-promoting lifestyle among sex worker with substance use and non-substance use women (Case study in Tehran)

Fatemeh Damirchi¹, Anahita Khodabakhshi Koolae^{2*}

1. Master of Clinical Psychology, Psychology Department, Islamic Azad University of Khomain, Khomain, Iran.

2. Assistant Professor of Counseling, Department of psychology and Education, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

***Corresponding Author:** Anahita khodabakhshi koolae; psychology and Education department, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

Email: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

Received: 16 April 2016

Accepted: 22 June 2016

Published: 18 August 2016

How to cite this article:

Damirchi F, Khodabakhshi Koolae A. Differences between health-promoting lifestyle among sex worker with substance use and non-substance use women (Case study in Tehran). Community Health 2016; 3(3):239-47.

Abstract

Background and Objective: The high risks behaviors in sex worker women have a strong relationship with substance use. In addition, lifestyle has a key role in prevalence of social problems. Therefore, the aim of current study is to investigate the differences between health-promoting lifestyle among women sex workers with substance and non-substance use.

Materials and Methods: This study is a descriptive correlation research. The 120 women including 60 sex worker with substance use and 60 non-substance use women who were selected by convenience sampling in Tehran in 2016. They completed the Health- Promoting Lifestyle Profile (HPLP). Data was analyzed by utilizing multivariate analysis of variance. SPSS software version 20 was used.

Results: The results indicated that there was a the higher mean scores in nutrition and interpersonal sub-scales in non-substance use women than sex worker women ($P=0.001$). In addition, in spiritual level ($P=0.001$), responsibility ($P=0.008$) and Stress Management ($P=0.015$) in non-substance women had lower scores than substance use women sex-worker.

Conclusion: These findings indicated that even though the life style in two group of sex worker women was unhealthy and unsafe but, in life style components in two women sex worker with and without substance abuse were different.

Keywords: Life Style, Health, Drug User, Sex worker, Women