

ارزیابی کیفی روش‌های ترک اعتیاد بر اساس تجارت شخصی زنان وابسته به مواد و ارائه‌ی راهکارهای ارتقاء‌بخش کیفیت درمان*

ضحسی حاجیها^۱، هادی بهرامی احسان^۲، سید سعید پورنقاش تهرانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، کشف محسن و معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان با اختلال مصرف مواد در شهر تهران و ارائه راهکارهای کارآمد جهت ارتقاء کیفیت درمان آنان بوده است. **روش:** روش پژوهش حاضر، روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌ای بوده است. جامعه‌ی پژوهش، زنان با اختلال مصرف موادی بوده است که سابقه‌ی تجربه‌ی حداقل یک اقدام ارادی و یا غیرارادی جهت ترک اعتیاد خود داشته‌اند. نمونه‌ی پژوهش حاضر، ۴۰ نفر از زنان با اختلال مصرف مواد بود که جهت ترک اعتیاد خود، به مرکز اقامتی ترک اعتیاد بانوان بهبود گستران همگام مراجعه کرده بودند و در سال‌های ۹۷ و ۹۸، با روش نمونه‌گیری نظری انتخاب شدند و مورد مصاحبه‌ی عمیق قرار گرفتند.

یافته‌ها: شش روش درمانی ترک در کمب اقامتی ترک اعتیاد با مجوز، ترک در کمب اقامتی ترک اعتیاد بدون مجوز، ترک در منزل، ترک در بیمارستان، ترک در زندان و ترک در کلینیک‌های ترک اعتیاد با قرص و دارو، به عنوان مهم‌ترین روش‌های ترک اعتیاد زنان در شهر تهران کشف شد. با تجزیه و تحلیل متن مصاحبه‌ها، ۳ تم محسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان، معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان و پیامدهای مثبت و منفی روش‌های مختلف ترک اعتیاد برای زنان ظهور کرد. همچنین راهکارهایی جهت ارتقاء کیفیت روش‌های درمانی مختلف ارائه شد. **نتیجه‌گیری:** هر یک از روش‌های ترک اعتیاد برای زنان، محسن و معایب اخلاقی و مشترکی دارد و زنان وابسته به مواد، خانواده‌های آنان و کادر درمانی لازم است نسبت به آن آگاه باشند و متناسب با شرایط فرد، بهترین انتخاب را برای وی فراهم نمایند.

کلیدواژه‌ها: ارزیابی، محسن و معایب، زنان با اختلال مصرف مواد، روش‌های ترک اعتیاد، راهکارهای ارتقاء کیفیت درمان

*. این مقاله برگفته از رساله‌ی دکتری نویسنده‌ی اول در دانشگاه تهران است و توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

۱. دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. پست الکترونیکی: hbahrami@ut.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

طبق گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر ایران، زنان ۷ درصد جمعیت سوءصرف کننده‌ی مستمر مواد در ایران را تشکیل می‌دهند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۷). هر چند تعداد زنان با اختلال مصرف مواد در ایران در مقایسه با مردان با اختلال مشابه کمتر است، به دلیل اثرات منفی گسترده‌ی سوءصرف مواد توسط زنان (اسکیان، کراس، بابا، کدیر و شرقی^۱، ۲۰۱۶؛ کسنتینو، کارنیرو و یانا، دوناسیمتو سوزا و دیبریزو لا پردونسینی^۲، ۲۰۱۷)، نیازهای درمانی ویژه (گالانتر، کلبر و بریدی^۳، ۲۰۱۵) و پیچیدگی‌ها و شرایط منحصر به فردی که درمان آن‌ها باید داشته باشد (چو، کوپرسادلو، دیاموند، موروتی و بیلر-استین^۴، ۲۰۲۰)، توجه به وضعیت درمانی این گروه خاص حائز اهمیت است.

زنان با اختلال مصرف مواد با چالش‌های متعددی مانند فقدان حمایت اجتماعی (پندو، زموره، بلتران-گیرون، گیلبرت و کاسترو،^۵ ۲۰۱۹)، ترس از عدم مراقبت و از دست دادن کودکان (بروگلی، لینک و نیومن^۶، ۲۰۱۸)، هزینه‌های بالا و امکانات دور از دسترس (آپشور، ژنکیتز، وینرب، گلبرگ و اروک^۷، ۲۰۱۸) و کمبود کادر آموزش دیده و متخصص (کلامن، لورویک و جونز^۸، ۲۰۱۹؛ شوگرمن، میر، ریلی و گرینفیلد^۹، ۲۰۲۰)، جهت ورود به فرآیندهای درمانی مواجه هستند و اغلب مراجعه‌ی کمتری در مقایسه با مردان دارند (گالانتر و همکاران، ۲۰۱۵). از این رو توجه به کیفیت، مزایا و معایب روش‌های درمانی که زنان با اختلال مصرف مواد با وجود فرصت‌های محدودی که در درمان‌شان دارند (هیل^{۱۰}، ۲۰۰۰)، تجربه می‌کنند، بسیار مهم است. پژوهش‌های مختلفی در زمینه‌ی انواع روش‌های درمان اعتیاد زنان صورت گرفته است. بررسی پیشینه‌ی پژوهش‌های خارج از ایران توسط نویسنده‌گان نشان داده است که در اکثر پژوهش‌های

۱۴۰۱، ۱۶۰، ۶۹، ۵۴، ۵۰، ۴۳، ۳۷، ۲۰۲۲
۱۴۰۱، ۱۶۰، ۶۹، ۵۴، ۵۰، ۴۳، ۳۷، ۲۰۲۲

- | | |
|--|--|
| 1. Askian, Krauss, Baba, Kadir & Sharghi
2. Cosentino, Carneiro Vianna, Do Nascimento Souza & De Brizola Perdonssini
3. Galanter, Kleber & Brady
4. Chou, Cooper-Sadlo, Diamond, Muruthi & Beeler-Stinn | 5. Pinedo, Zemore, Beltrán-Girón, Gilbert & Castro
6. Brogly, Link & Newman
7. Upshur, Jenkins, Weinreb, Gelberg & Orvek
8. Klaman, Lorwick & Jones,
9. Sugarman, Meyer, Reilly & Greenfield
10. Hill |
|--|--|

مرتبط با مراکز درمانی اقامتی زنان، کيفيت اين روش‌های درمانی ارزیابی نشده‌اند و صرفاً نمونه‌ی اين پژوهش‌ها از اين مراکز انتخاب شده‌اند. در اين پژوهش‌ها، اغلب به موضوعات مختلفی در زمينه‌ی اختلالات روان‌پزشکی، مانند رابطه‌ی بين اختلال شخصیت مرزی با وابستگی به مواد و رفتارهای جنسی پر خطر (تول، گراتز و ویز^۱، ۲۰۱۱)، رابطه‌ی اختلال استرس پس از سانحه با مشکلات مرتبط با سلامتی و افسردگی (مش برگ-کوهن، پرسو، تاکر، هفner و سیویکس^۲، ۲۰۱۶) و شدت اعتیاد به مواد (آروالو، پرادو و آمارو^۳، ۲۰۰۸)، پرداخته شده و عواملی مانند مشخصات مشارکت‌کنندگان (گلسوی، ناکانو، واگنر، دی اویویرا سیلوا و فیچر^۴، ۲۰۱۶)، ویژگی‌های پیش‌بینی کننده‌ی شرکت افراد در این نوع درمان‌ها (سیکول^۵، ۲۰۱۳) و موانع نگهداری کودکان (چو و همکاران، ۲۰۲۰؛ روینسون، کلی، دین و تومند^۶، ۲۰۱۹) مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

در اغلب پژوهش‌های مرتبط با درمان‌های نگهدارنده و سرپایی مخصوص زنان با اختلال مصرف مواد نیز، به مسائلی مانند نیازهای خاص این گروه در دوران بارداری (درینگتون^۷ و همکاران، ۲۰۱۵؛ کرانز^۸ و همکاران، ۲۰۱۸؛ روینو ویچ، موکیت، شیبلر، سالیسبیری-افشار و ترپلن^۹، ۲۰۱۶؛ اسمیت^{۱۰}، ۲۰۲۰؛ بلزنگوئی-اراسو و پاستور-گوزالبز^{۱۱}، ۲۰۲۰)، خدمات بهداشت بارداری (رأیت^{۱۲}، ۲۰۱۹؛ برنشتاين، برگ و گیپسون^{۱۳}، ۲۰۲۰)، آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری (کلرژ-دوول^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۷)، چالش‌های مراقبت از کودکان (بروگلی و همکاران، ۲۰۱۸)، اثربخشی مداخلات پیشگیری از ایدز (کین^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰)، و بررسی اطلاعات دموگرافیک زنان مراجعه کننده (بروگلی

- | | |
|--|--|
| 1. Tull, Gratz & Weiss | 8. Krans |
| 2. Meshberg-Cohen, Presseau, Thacker, Hefner & Svikis | 9. Robinowitz, Muqueeth, Scheibler, Salisbury-Afshar & Terplan |
| 3. Arévalo, Prado & Amaro | 10. Smith |
| 4. Gallassi, Nakano, Wagner, De Oliveira Silva & Fischer | 11. Belzunegui-Eraso & Pastor-Gosálbez |
| 5. Sekol | 12. Wright |
| 6. Robinson, Kelly, Deane & Townsend | 13. Bornstein, Berger & Gipson |
| 7. Derrington | 14. Clergue-Duval |
| | 15. Qin |

و همکاران، ۲۰۱۸)، پرداخته شده و به کیفیت درمان‌های ارائه شده برای زنان و محاسن و معایب شان اشاره‌ای نشده است.

بررسی پژوهش‌های مرتبط با روش‌های درمان اعتیاد در ایران هم نشان داده است که در اکثر موارد، افراد ساکن در مرکز درمانی مخصوص مردان، به عنوان نمونه‌ی پژوهش‌هایی با موضوعاتی در زمینه‌ی بررسی اثربخشی درمان‌های مختلف بر این گروه از افراد، مانند اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و تاب آوری (عبدی زرین و مهدوی، ۱۳۹۷)، اثربخشی موسیقی درمانی بر اضطراب (سلیمانی و صنوبر، ۱۳۹۴)، اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی (پیری، حسینائی، اسدی و شریعتی‌نیا، ۱۳۹۸) و اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتئی بر ذهن آگاهی بر سوءصرف مواد و شدت علائم افسردگی (زمستانی، بابامیری و سپیانی، ۱۳۹۵) بوده و تعداد اندکی از پژوهش‌ها (عسگری کویری، گنجی، بابائی فرد و شیره‌پز، ۱۳۹۸؛ اسلامی، طالبی، مهدی‌پورخراسانی، ذاکری‌همانه و کاظمی، ۱۳۹۶؛ حرافقی و حرافقی، ۱۳۹۷؛ مغنی‌باشی منصوریه، فتحی، براتی‌ساده و اسلامیان، ۱۳۹۶)، به ارزیابی روش‌های درمان اعتیاد مردان پرداخته‌اند. در این بین، توجه به روش‌های درمانی زنان با اختلال مصرف مواد و ارزیابی آن، مغفول مانده است که لزوم انجام پژوهش جهت ارزیابی درمان‌های مختلف با هدف بهبود کیفیت آن‌ها را نشان می‌دهد (بلژونگوئی-اراسو و پاستور-گوزالبز، ۲۰۱۹). براساس بررسی نویسنده‌گان، پژوهش حاضر، جز محدود پژوهش‌هایی بوده است که به بررسی کیفیت روش‌ها و مکان‌های ترک اعتیاد زنان در ایران پرداخته است. با توجه به خدمات و امکانات متفاوتی که در مکان‌های مختلف ترک اعتیاد برای زنان فراهم می‌شود، امکان تفکیک دقیق روش درمانی از مکان درمانی وجود ندارد و این دو در هم تبیین نمی‌شوند. به طور مثال، ترک اعتیاد در کمپ اقامتی با مجوز در شهر تهران، به صورت پرهیز‌مدار است و هیچ گونه قرص و ماده‌ای به فرد داده نمی‌شود، در حالی که ترک در کلینیک‌های ترک اعتیاد، همراه با دریافت قرص و دارو است و در هر دو مکان ترک نیز، کادر درمانی متخصص حضور دارد. با این وجود، دقیقاً مشخص نیست که زنان ایرانی زمانی که در فرآیندهای درمانی متفاوت قرار می‌گیرند، با چه آسیب‌ها و

فرصت‌هایی مواجه می‌شوند. بر همین اساس، هدف پژوهش حاضر، کشف محاسن و معایب روش‌های ترک اعتیاد زنان بوده است. با استفاده از یافته‌های این پژوهش، می‌توان راهکارهایی کارآمد جهت ارتقاء کیفیت درمان زنان با اختلال مصرف مواد ارائه کرد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی پژوهش حاضر، زنان با اختلال مصرف مواد بوده است که سابقه‌ی تجربه‌ی حداقل یک اقدام ارادی و یا غیرارادی جهت ترک اعتیاد خود داشته‌اند. نمونه‌ی پژوهش حاضر، ۴۰ نفر از زنان با اختلال مصرف مواد بود که جهت ترک اعتیاد خود، به مرکز اقامتی ترک اعتیاد بانوان بهبود گستران همگام مراجعه کرده بودند و در سال‌های ۹۷ و ۹۸، با آن‌ها مصاحبه‌ی عمیق انجام شد. روش انجام پژوهش حاضر، روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌ای^۱ بوده است. تحقیق کیفی شیوه‌های گوناگونی از جمله نظریه‌ی زمینه‌ای، مردم‌نگاری، نگرش‌های پدیدارشناختی و وقایع زندگی دارد. انتخاب یک روش از بین روش‌های موجود به شیوه‌ها، اهداف و نگرش‌های تحلیلی پژوهشگر بستگی دارد. در انتخاب روش کیفی، دیدگاه پژوهشگر در زمینه میزان و نحوه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها تعیین کننده است. بعضی از محققان با تجزیه و تحلیل داده‌ها موافق نیستند و معتقدند که تعبیر و تفسیر داده‌ها یا نباید اصلاً صورت گیرد و یا با حداقل دخل و تصرف صورت گیرد. برخی دیگر از محققان نیز معتقدند که توصیف صحیحی از یافته‌ها باید ارائه شود و تعبیر و تفاسیر خود را در داخل و یا حواشی متن‌های توصیفی جای می‌دهند. برخی محققان نیز که روش نظریه‌ی زمینه‌ای را برمی‌گزینند، معتقدند که برای بیان روش حقیقت، باید به تعبیر داده‌ها پرداخت. این محققان با تبدیل داده‌ها به مفاهیم و ارتباط مفاهیم به یکدیگر، داده‌ها را تعبیر و تفسیر می‌کنند و نه تنها به تبیین حقیقت کمک می‌کنند، بلکه چارچوبی برای عمل نیز فراهم می‌کنند (کورین و استراوس^۲، ۲۰۱۴). انتخاب روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌ای در این تحقیق نیز بر همین اساس بوده است. روش

نمونه‌گیری پژوهش، روش نمونه‌گیری نظری^۱ بوده است. بر این اساس، پژوهشگر، پس از انجام مصاحبه‌ی نخستین، اقدام به پیاده‌سازی آن کرد. سپس، متن مصاحبه‌ی اول، با روش کد‌گذاری باز^۲، که مخصوص روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌ای است، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و مراحل خرد کردن، برچسب‌زنن، مفهوم‌پردازی پدیده‌ها، کشف مقولات و نام‌گذاری مقولات، انجام شد (کورین و استراوس، ۲۰۱۴). سپس، براساس منطق نمونه‌گیری نظری، مصاحبه‌ی دوم انجام و مطابق مصاحبه‌ی اول، تجزیه و تحلیل آن صورت گرفت. پس از کشف مقولات در مصاحبه‌های بعدی و تطبیق آن‌ها با سایر مصاحبه‌ها، تم‌های پژوهش شکل گرفتند. پس از کشف و نام‌گذاری مقولات و تم‌ها، سایر مراحل کد‌گذاری، متشكل از کد‌گذاری محوری^۳ و کد‌گذاری انتخابی^۴ اجرا شد. این روند، برای تمامی مصاحبه‌ها تکرار شد و نهایتاً پژوهشگر پس از ۴۰ مصاحبه به اشباع رسید. سپس تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های جدید، منجر به کشف مقولات و تم‌های جدیدی نشد و نمونه‌گیری به پایان رسید.

ملاک ورود افراد به پژوهش، داشتن تجربه‌ی حداقل یک اقدام ارادی و یا غیرارادی
جهت ترک اعتیاد، تمایل شخصی به حضور و مشارکت در پژوهش و موافقت افراد جهت
یادداشت برداری اطلاعات شان و ثبت آن‌ها به صورت ناشناس بود. ملاک خروج افراد از
پژوهش، سوءصرف هر نوع ماده‌ی اعتیادآور و یا عدم سرمزدایی فیزیکی کامل از مواد
صرفی (عدم تکمیل دوره‌ی ۸ روزه سرمزدایی) بود. در ابتدای هر مصاحبه، نحوه‌ی
رازداری و حفظ اطلاعات، برای مشارکت کنندگان پژوهش توضیح داده می‌شد و اعتماد
آن‌ها نسبت به ثبت و یادداشت برداری یافته‌های مصاحبه، به نحوی که هویت آن‌ها افشا
نشود، جلب می‌شد. همچنین به آن‌ها اعلام شد در هر زمانی می‌توانند مصاحبه را ترک
نمایند و از ادامه‌ی حضور در پژوهش، امتناع ورزند.

ابزار

مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته‌ی عمیق چھربه چھر، ابزار پژوهش حاضر بوده است. در فرآیند پژوهش، از مشارکت کنندگان پژوهش خواسته شد تا اطلاعات جامعی در زمینه‌ی انواع روش‌های ترک قبلی خود ارائه دهند و تاثیراتی که هر روش ترک، بر روی آنان داشته است را بیان نمایند. سپس همان‌طور که اشاره شد، اطلاعات به دست آمده از طریق روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌ای، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. هر مصاحبه، بین ۳۰ دقیقه تا ۱ ساعت انجام گرفت و کل فرآیند جمع‌آوری اطلاعات، پیاده‌سازی مصاحبه‌ها و تجزیه و تحلیل یافته‌ها، به مدت یک سال و نیم، از اردیبهشت ۹۷ تا آبان ۹۸، به طول انجامید.

اعتمادپذیری^۱ یافته‌های پژوهش: با توجه به کیفی بودن روش پژوهش حاضر، از ۴ ملاک ارزشیابی پژوهش‌های کیفی گوبا و لینکلن^۲ (۱۹۸۹)، جهت بررسی میزان اعتمادپذیر بودن یافته‌های پژوهش، استفاده شد. یکی از این ملاک‌ها، قابلیت انتقال^۳ یافته‌های پژوهش بوده است. جهت ارتقاء این ملاک، مطابق دیدگاه دنزین و لینکلن^۴ (۲۰۱۱)، محدودیت‌های نمونه‌ی پژوهش و اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان تحقیق، بیان شد. در ادامه مدت زمان انجام مصاحبه‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها گزارش شده است. ملاک دیگر ارزشیابی یافته‌های پژوهش، قابلیت باورپذیری^۵ یافته‌های پژوهش بوده است. جهت افزایش این ملاک، از ۳ روش استفاده شده است. روش اول، بازبینی مشارکت کنندگان تحقیق^۶ بوده است. در این روش، یافته‌های پژوهش، جهت دریافت بازخورد مشارکت کنندگان تحقیق، به آن‌ها ارائه شد و یافته‌ها مورد تایید افراد قرار گرفت. روش دوم، استفاده از نظرات متخصصین حوزه‌ی اعتماد^۷ بود. آخرین روش ارتقاء ملاک باورپذیری یافته‌های پژوهش نیز، مراجعه به نتایج مطالعات پیشین در زمینه‌ی پژوهش حاضر بود که توسط پژوهشگر انجام شد. قابلیت اطمینان^۸، ملاک دیگر اعتمادپذیری یافته‌های پژوهش بوده است که عبارت است از بیان چگونگی گردآوری

۱۳

13

پژوهش‌شناسی، شماره ۱۳، پیاپی ۱۴، سال ۱۴، Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. trustworthiness
2. Guba & Lincoln
3. transerability
4. Denzin & Lincoln

5. plausibility
6. member check
7. peer check
8. dependability

اطلاعات و توانایی شناسایی جایی که داده‌های یک مطالعه معین از آنجا آمده است (کراسول^۱، ۱۹۹۳). جهت تایید این ملاک، اطلاعاتی در راستای مسیر تحقیق و نحوه‌ی طراحی آن، فرآیند جمع‌آوری اطلاعات و مراحل انجام تحقیق، ارائه شده است. آخرین ملاک ارزشیابی و اعتمادپذیری یافته‌های پژوهش، قابلیت تایید^۲ بوده است. تأییدپذیری با جزئیات روش‌شناسی‌های به کار رفته در تحقیق ارتباط دارد و به این سؤال پاسخ می‌دهد که آیا محقق به اندازه کافی جزئیاتی در اختیار ما گذاشته است که بتوانیم گردآوری و تحلیل داده‌ها را ارزیابی کنیم یا خیر (محمدپور، ۱۳۸۹). جهت افزایش و ارتقاء این ملاک، منطق انتخاب روش پژوهش (روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌ای)، نمونه‌ی پژوهش (زنان مقیم کمپ اعتیاد با حداقل سابقه‌ی یک دوره‌ی ترک) و روش تجزیه و تحلیل پژوهش (کدگذاری باز، محوری و انتخابی) مشخص شده است.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان پژوهش، زنان با اختلال مصرف مواد، با میانگین سنی ۲۹/۱ سال و انحراف استاندارد ۱/۷ بودند. مشارکت کنندگان، ۱۳ سالگی را، پایین‌ترین سن مصرف اولیه‌ی مواد و ۳۵ سالگی را، بالاترین سن مصرف اولیه‌ی مواد گزارش کردند. ۱۳ نفر از پاسخگویان (۳۲/۵ درصد موارد)، قبل از حضور در کمپ، مشاغلی غیر رسمی مانند منشی‌گری، فروشنده‌گری، آرایشگری، خیاطی و آشپزی را تجربه کرده بودند و ۵ نفر از پاسخگویان (۱۲/۵ درصد موارد) نیز دزدی و قاچاق و فروش مواد را به عنوان منع اصلی تامین مالی بیان کرده‌اند. تنها ۲ نفر از پاسخگویان (۵ درصد موارد)، تجربه‌ی مشاغل دولتی را داشتند و سایر افراد نیز بیکار بودند. ۱۹ نفر از پاسخگویان (۴۷/۵ درصد موارد)، تحصیلات کمتر از دیپلم، ۱۶ نفر از پاسخگویان (۴۰ درصد موارد)، تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، و ۵ نفر از پاسخگویان نیز (۱۲/۵ درصد موارد)، تحصیلات لیسانس و بالاتر داشتند. تنها ۱۲ نفر از پاسخگویان (۳۰ درصد موارد)، در زمان انجام پژوهش، متاهل بودند و سایر افراد، مطلقه و یا مجرد بودند. اغلب زنان متاهل و مطلقه دارای حداقل یک فرزند بودند و تنها ۸ نفر (۲۷/۵ درصد) آنان، هیچ فرزندی نداشتند. مجموع تعداد فرزندان

۱۴

14

۱۴۰۱، ۱۶۰۱، ۰۴۰۱، ۰۶۰۱، ۰۷۰۱، ۰۸۰۱، ۰۹۰۱، ۱۰۰۱، ۱۱۰۱، ۱۲۰۱، ۱۳۰۱، ۱۴۰۱، ۱۵۰۱، ۱۶۰۱، ۱۷۰۱، ۱۸۰۱، ۱۹۰۱، ۲۰۰۱، ۲۱۰۱، ۲۲۰۱

مشارکت کنندگان پژوهش نیز ۳۰ نفر بوده است. ۹ نفر از پاسخگویان (۲۲/۵ درصد موارد)، کارتن خواب و یا ساکن در در منازل تیمی بودند و ۴ نفر از پاسخگویان (۱۰ درصد موارد)، در بهزیستی زندگی می‌کردند. سایر افراد نیز، در منزل شخصی، به همراه خانواده و یا به تنهایی زندگی می‌کردند (جدول ۱).

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان تحقیق

اطلاعات دموگرافیک	توضیحات	توزیع فراوانی	درصد فراوانی
سن	نوجوان (۱۹-۱۱) سال	۳	۷/۵
جوان (۲۰-۳۴) سال	۲۵	۶۲/۵	
میانسال (۳۵-۵۰) سال	۱۲	۳۰	
مجموع	۴۰	۱۰۰	
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۱۹	۴۷/۵
دیپلم و فوق دیپلم	۱۶	۴۰	
لیسانس	۴	۱۰	
فوق لیسانس و بالاتر	۱	۲/۵	
مجموع	۴۰	۱۰۰	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۱	۲۷/۵
متاهل	۱۲	۳۰	
مطلقه	۱۷	۴۲/۵	
مجموع	۴۰	۱۰۰	
وضعیت اشتغال	مشاغل غیر رسمی	۱۸	۴۵
مشاغل دولتی	۲	۵	
بیکار	۲۰	۵۰	
مجموع	۴۰	۱۰۰	

۱۵
۱۵

جلد شانزدهم، شماره ۹۳، پیاپی ۱۴۰، Vol. 16, No. 63, Spring 2022

با بررسی تمامی مصاحبه‌ها با روش کدگذاری باز، مقوله‌ها کشف و نامگذاری شد. با ارتباط دادن مقولات با یکدیگر در مرحله‌ی کدگذاری محوری و انتخابی، مقوله تجربه‌ی زنان و دختران از روش‌های ترک اعتیاد، به عنوان مقوله‌ی کانونی کشف و جایگذاری شد. سپس تمامی مقولات با مقوله‌ی کانونی ارتباط داده شدند و نهایتاً در اجزاء مدل پارادایمی نظریه‌ی زمینه‌ای (شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط میانجی، راهبردهای

کنش و کنش متقابل، و پیامدها)، جایگذاری شدند. دو مقوله‌ی سابقه‌ی وابستگی به مواد و سابقه‌ی اقدام به ترک داوطلبانه و یا غیرداوطلبانه، در بخش شرایط علی و یا مقدم مدل، دو مقوله‌ی محسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان و معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان در بخش شرایط زمینه‌ای مدل، ۶ مولفه‌ی داشتن / نداشتن شغل، فرزند، راهنمایی، موقعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت جسمی و روانی و حمایت یا عدم حمایت خانواده، در بخش شرایط میانجی مدل، دو مقوله‌ی بهره‌مندی از محسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد و تاثیرپذیری از معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد در بخش‌های راهبردهای کنش و کنش متقابل و دو مقوله‌ی پیامدهای مثبت روش‌های مختلف ترک در صورت بهره‌مندی زنان از محسن آن‌ها و پیامدهای منفی روش‌های مختلف ترک در صورت تاثیرپذیری زنان از محسن آن‌ها، در بخش پیامدها قرار گرفتند. مدل پارادایمی تجربه‌ی زنان و دختران از روش‌های ترک اعتیاد در شکل ۱ ارائه شده است. تم‌های اجزاء مختلف مدل، به همراه مقولات، ویژگی‌ها^۱ و جهت اختصار، برخی کدهای مفهومی تشکیل‌دهنده‌ی آن‌ها در زیر آورده شده است:

۱. تم شرایط علی: این تم، از دو مقوله‌ی زیر تشکیل شده است:

✓ سابقه‌ی وابستگی به مواد: این مقوله، متشکل از ویژگی زیر است:

- سابقه‌ی مصرف و وابستگی به هر نوع ماده‌ی اعتیادآور، از جمله قرص‌ها، مخدراها و محرک‌ها. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۸ می‌گوید: من ۱۴ سال مصرف کننده بودم، اوایل فقط تریاک می‌کشیدم، ولی بعدش رقم سراغ شیشه. ۲ سال آخر هروئین هم اضافه شده بود.

✓ سابقه‌ی اقدام به ترک داوطلبانه و یا غیرداوطلبانه: این مقوله، متشکل از ویژگی زیر است:

- سابقه‌ی ترک به کمک یکی از روش‌های ترک اعتیاد به صورت داوطلبانه و یا غیرداوطلبانه (حکم قضایی، اجبار خانواده و حضور در زندان). مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۱ می‌گوید: من خودم نمی‌خواستم

ترک کنم و با حکم قاضی منو آوردن کمپ، این دوره‌ام که تموم شه
هوجور شده میرم بیرون.

۲. تم شرایط زمینه‌ای: ۶ روش درمانی ترک در کمپ اقامتی ترک اعتیاد با مجوز، ترک در کمپ اقامتی ترک اعتیاد بدون مجوز، ترک در منزل، ترک در بیمارستان، ترک در زندان و ترک در کلینیک‌های ترک اعتیاد با قرص و دارو، به عنوان مهم‌ترین روش‌های ترک اعتیاد زنان در شهر تهران کشف شد که در بخش شرایط زمینه‌ای به آن‌ها اشاره می‌شود. این تم از دو مقوله‌ی زیر تشکیل شده است:

۷ محسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان: این مقوله، مشتمل از ۸ ویژگی است:

- محسن مشترک ترک در کمپ اقامتی با مجوز، زندان، کلینیک و بیمارستان: عدم دسترسی به مواد و حضور کادر درمانی متخصص. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲ می‌گوید: توی کمپ مجوزدار که بودم، دستم به قرص و مواد نمی‌رسید، کامل پاک بودم و مددکارهای اون‌جا هوامو داشتند. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۷ نیز می‌گوید: زندان که بودم، روان‌شناس داشتیم که کمکمون می‌کرد و می‌تونستیم باهش صحبت کنیم.

- محسن مشترک ترک در کمپ اقامتی با مجوز و زندان: فرصت تجربه‌ی قطع مصرف مواد، تامین مناسب نیازهای اولیه و سطح مناسب بهداشت، امکان برقراری ارتباط با خانواده، برخورداری از جلسات مشاوره و کلاس‌های آموزشی، امکان مهارت‌آموزی، عدم امکان فرار از فرآیند درمان، داشتن تعامل با افراد با تجارت پاکی بالا و استفاده از تجارت بهبودی آن‌ها و نهایتاً تجربه‌ی بهبودی. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴ می‌گوید: توی زندان همه‌چیز فراهم بود، جای خواب، غذا و چای گرم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۱ نیز می‌گوید: درسته به اجراء آوردنم کمپ، ولی اون‌جا برخورد خوبی با ما داشتن، با چههای با پاکی بالا که صحبت می‌کردیم، تجربه‌مون بیشتر می‌شد.

• مزیت مشترک ترک در کمپ‌های اقامتی با مجوز و بدون مجوز و زندان: عدم مواجهه با یادآورهای مصرف قبلی. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۹ می‌گوید: بیرون کمپ اگه مواد نمی‌زدم خیلی و سوسه می‌شدم ولی اینجا چون از محیط مصرفم دورم، سوسه‌هام کمتره.

• حسن مشترک ترک در منزل، کلینیک و بیمارستان: آشنا نشدن با مصرف کنندگان جدید، مواد فروشان و قاچاقچیان جدید، پاتوق‌های مصرف جدید و ماده‌های جدید. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۱ می‌گوید: تو خونه که ترک می‌کردم، خودم بودم و خودم، مثل الان که توی کمپم، با دخترای سوء‌صرف‌کننده‌ی دیگه ارتباط نداشت.

• محاسن مشترک ترک در منزل و کلینیک: شخصی بودن انگیزه‌ی فرد برای ترک و عدم اجبار (در اغلب موارد)، امکان ترک در کنار خانواده و فرزندان و نداشتن دغدغه‌ی دوری آن‌ها، امکان حفظ شغل، عدم اطلاع اطرافیان و نترسیدن از برچسب‌زنی آن‌ها. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۳ می‌گوید: هر سری تو خونه ترک می‌کردم، خواست خودم بود و کسی مجبورم نکرده بود. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱ نیز می‌گوید: دفعه‌ی قبلی، با متادون ترک کردم، تو خونه پیش دختر ۴ ساله‌ام بودم و کسی هم نمی‌فهمید دارم ترک می‌کنم.

• محاسن اختصاصی ترک در کمپ اقامتی با مجوز: امکان حضور در فرآیند درمان همراه با کودکان (در برخی موارد). مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۷ می‌گوید: من قبل به خاطر دوری از پسر ۲ ساله‌ام، نمی‌تونستم ترک کنم و جایی نبود که بتونم با خودم ببرم، ولی اینجا (کمپ مجوزدار) با پسرم با هم هستیم و می‌تونم ترک کنم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴ نیز می‌گوید: اینجا پاکی با درد و رنج هست، چون برash زحمت می‌کشیم و سخت به دست می‌داد، قدرشو بیشتر می‌دونیم.

• محاسن اختصاصی ترک در منزل: امکان بهره‌مندی از حمایت خانواده جهت کاهش و مدیریت علائم روانی و جسمی ترک، یادآوری انگیزه‌های پاکی فرد به وی، تشویق فرد به ادامه‌ی پاکی و اقدام جهت مواجهه‌ی کارآمد فرد با وسوسه.

مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۹ می‌گوید: تو خونه که ترک می‌کردم، مامانم کمکم می‌کرد و موقع بدن دردم، ماساژم می‌داد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴ نیز می‌گوید: همسرم قبل از ترک کرده بود، من که وسوسه می‌شدم، منو با ماشین می‌برد بیرون می‌گردوند تا وسوسه‌ام کم بشه.

• محسن اختصاصی ترک در بیمارستان: امکان سمزادی فیزیکی سریع^۱ و کنترل مناسب علائم ترک. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۵ می‌گوید: یک بار توی بیمارستان ترک کردم، ۲ روز کامل پاک شدم و با قرص‌هایی که بهم می‌دادن، هیچ مشکلی نداشت.

✓ معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان: این مقوله، متشكل از ۸ ویژگی است:

- معایب مشترک ترک در کمپ‌های اقامتی با مجوز و بدون مجوز و زندان: ترک اجباری و نداشتن انگیزه‌ی شخصی در اغلب موارد، اقامت اجباری طولانی مدت، همنشینی با افراد سوء‌صرف کننده، آشنایی با مصرف کنندگان جدید، مواد فروشان و قاچاقچیان جدید، پاتوق‌های مصرف جدید و ماده‌های جدید، شکسته شدن تابوی روش‌های مصرف پرخطر (مثل تزریق) و مواد پرخطری که فرد از مصرف آنها ترس داشته (مثل هروئین، کمیکال)، تجربه‌ی احساسات خشم و نفرت از خانواده (در صورت اجبار و فریب فرد جهت شرکت در درمان و عدم حضور در جلسات ملاقات) و مواجهه‌ی ناگهانی با چالش‌های زندگی گروهی.
- مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۰ می‌گوید: تو اتفاق خواب بودم که منو گذاشتن تو آمبولانس و بردن، خودم اصلاً نمی‌خواستم ترک کنم، واسه همین تا آخرین روز از خانواده‌ام عصبانی بودم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۲ نیز می‌گوید: هر سری او مدم کمپ، حتی کمپ مجوزدار، با مواد جدید و آدم‌های جدید آشنا شدم، کلا مصرف هر ماده‌ای برام عادی شد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۴ هم می‌گوید: یک سال زندان بودم ولی خانواده‌ام یکبار هم به ملاقاتم نیومند، روزی نبود که برای انتقام ازشون هم که شده به مواد فکر نکنم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۵ نیز

می گوید: وقتی دستگیر شدم، خیلی مصرف کرده بودم، اصلاً آمادگی ترک نداشتم و دوست نداشتم پاک باشم.

- عیب مشترک کمپ های اقامتی با مجوز و بدون مجوز: سیگاری شدن.
مصاحبه شونده شماره ۲۳ می گوید: من قبل این که بیام کمپ، فقط شیشه می کشیدم و اصلاح به سیگار نزد ه بودم، ولی اینجا برای این که شیشه دیگران بشم و شیشه یادم بر سیگاری شدم، خانواده ام ناراضی ان من سیگاری شدم و میگن باید بذارم، کنار.

- معايب مشترک ترک در منزل، بيمارستان و كلينيک: ترک يك ماده با جايگزني
قرص و مواد ديگر و نهايتا ايجاد وابستگی های جديد، مواجهه با يادآورهاي
صرف مواد و تجربه‌ی وسوسه‌های شدید، نداشتن تعامل نزديک با افراد با تجارب
موفق پاکی، برگزار نشدن و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی مناسب.
مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳ می‌گويد: من برای ترک از کلينيک متادون می‌گرفتم،
ولي بعد از خوردن متادون، نه تنها مصرفم کم نشد، بلکه متادون هم بهش اضافه
شد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۰ نيز می‌گويد: من هم توی خونه و هم توی
بيمارستان ترک كردم،ولي هيچ کدوم منجر به پاکی طولاني نشد چون من هيچ
کلاس و مشاوره‌اي شرکت نكرده بودم.

- عیب اختصاصی ترک در کمپ‌های اقامتی با مجوز: هزینه‌های بالای پذیرش.
مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۵ می‌گوید: اینجا (کمپ مجوزدار) باید پول بدیم و هزینه‌اش زیاده.

- معایب اختصاصی ترک در کمپ‌های اقامتی بدون مجوز: امکان تهیه مواد، تجربه‌ی خشونت‌های جسمی و روانی (مانند کتک خوردن، تبعیض، تحقیر و توهین)، سطح پایین بهداشت، نامناسب بودن تغذیه و محل خواب، عدم حضور کادر متخصص، امکان فرار از کمپ و تجربه‌ی آسیب‌های پس از آن (زخمی شدن، دزدیده شدن، و ناپدید شدن)، فقدان امکان ارتباط مناسب با خانواده، بی‌اعتمادی نسبت به هر نوع فعالیت که مواد، ترس، شدید از حضور محدود در مراکز اقامتی،

(حتی کمپ‌های اقامتی مجوزدار) و شکل‌گیری احساس تنفر و افکار انتقام‌آمیز نسبت به خانواده و مسئولین درمان. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۴ می‌گوید: مدتی که اون جا (کمپ بدون مجوز) بودم، منو می‌زدن، مسخره می‌کردن و شرایط خیلی سختی داشتم، واسه همین از بابام که بهزور منو برده بود اون جا منتظر شده بودم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۸ نیز در این زمینه می‌گوید: توی کمپ بدون مجوز، همه‌چیز بد بود، از برخوردهای بدی داشتن و من تحمل اون جا رو نداشتم و یک شب فرار کردم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۴ هم می‌گوید: من قبل این که برم کمپ بدون مجوز، فقط شیشه‌ای بودم، ولی اون جا چون به همه متادون می‌دادن، از اون به بعد متادون هم می‌خوردم.

- معایب اختصاصی ترک در زندان: آشنایی با خلاف کارهای حرفه‌ای و گرایش به فروش و قاچاق مواد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۱ می‌گوید: من کلا ۳ ماه زندان بودم ولی با چندتا قاچاقچی آشنا شدم و بعد از آزادی‌ام براشون جنس می‌فروختم.
- معایب اختصاصی ترک در منزل: امکان حضور اعضاء معتاد در خانواده، پیشنهاد خانواده به مصرف مجدد هنگام مواجهه با عالائم ناخوشایند ترک در فرد، مواجهه‌ی نادرست خانواده با وسوسه‌های فرد و مقصر دانستن فرد در این زمینه. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۲ می‌گوید: من هر سری تو خونه ترک کردم، کمتر از ۳ روز لغزش کردم، چون دو تا برادرام معتاد بودن و من مصرف می‌کردم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۶ نیز می‌گوید: تو خونه برای اینکه راحت‌تر ترک کنم، قرص می‌خوردم که بعدا اونم به مصرفم اضافه شد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۶ هم می‌گوید: تو خونه که ترک می‌کردم، خیلی وسوسه می‌شدم، وقتی وسوسه‌ها می‌باشد.

- معایب اختصاصی ترک در بیمارستان: بیش‌برآورد کردن درد جهت دریافت بیشتر قرص و مسکن، عدم تحمل درد و سختی در مسیر ترک اعتیاد، کم‌برآوردن کردن ارزش‌پاکی، آشنایی و دوستی با کادر بیمارستان و تهیه‌ی قرص‌های اعتیاد‌آور توسط آن‌ها. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۸ می‌گوید: با دکتر بیمارستان

دوست شدم و بعدا اون قرص هامو برام جور می کرد. مصاحبه شونده شماره‌ی ۲۸ نیز می گوید: من همچ توی بیمارستان جوری و انmod می کردم که انگار خیلی درد دارم تا مسکن بیشتری بهم بزنند.

- ۰ معايب اختصاصي ترک در کلينيک: امكان دريافت مقادير بيشتر دارو و عدم
صرف صحيح داروهای تجویزی. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴۰ می‌گويد: من
همش سر و کله می‌زدم که متادون بيشتری بگیرم، چون بهش وابسته شده بودم.
مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۱ نيز می‌گويد: من از کلينيک متادون می‌گرفتم و
وانمود می‌کردم که می‌خورم، ولی نمی‌خوردم و بعد از چند روز، يك جا همه رو
با هم صرف می‌کردم.

۳. تم راهبردهای کنش و کنش متقابل: این تم، از دو مقوله‌ی زیر تشکیل شده است:
✓ بهره‌مندی از محاسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد: این مقوله، متشکل از ۲
ویژگی است:

- توجه به ویژگی های مثبت. مصاحبه شونده شماره ۲۶ می گوید: توی کمپ، جای خواب و غذای گرم و چای داشتیم. اونجا سختی هم می کشیدیم ولی یه سقفی بالاسرمن بود.
 - اجتناب از حضور در موقعیت های آسیب زا. مصاحبه شونده شماره ۱۲ می گوید: تو خونه که ترک کردم، پدرم جلوم مصرف می کرد، ولی من واسه این که لغزش نکنم چندین روز توی بالکن بودم و می خواهیدم.

✓ تاثیرپذیری از معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد: این مقوله، متشکل از ویژگی است:

- توجه به ویژگی‌های منفی. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۹ می‌گوید: منو
به اجیار آوردن کمپ، الان ۶ ماهه این جا هستم، یک سال دیگه هم
که منو نگه دارن باز برم مصرف می‌کنم.

• گرایش به حضور در موقعیت‌های آسیب‌زا، مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی

۱۲ می‌گوید: من قبل پذیرشم در مرکز سیگاری نبودم، ولی وقتی

می‌بینم بچه‌ها تو حیاط سیگار می‌کشن، منم پیششون می‌شینم و

می‌کشم.

۴. تم پیامدهای راهبردهای کنش و کنش متقابل: این تم از دو مقوله‌ی زیر تشکیل

شده است.

✓ پیامدهای مثبت روش‌های مختلف ترک در صورت بهره‌مندی زنان از محاسن

آن‌ها: این مقوله، متشكل از ۷ ویژگی است:

• تجربه‌ی ترک‌های طولانی‌مدت، افزایش اعتماد به‌نفس، شکل‌گیری اعتماد

متقابل بین فرد و خانواده، بازگشت به شغل، نگهداری مجدد از فرزندان.

مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲ می‌گوید: زندان برای من فرصتی بود که بتونم مواد

رو بذارم کنار، هر چند اوایل خودم نمی‌خواستم، ولی بعد آزادی‌ام هم پاک

موندم و تونستم دوباره بچه‌مو خودم نگه دارم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۶ نیز

می‌گوید: بعد از ترک قبلی‌ام توی کمپ، یک سال و نیم پاکی داشتم، تونستم

دوباره برم سرکار و پول جمع کنم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۵ هم می‌گوید: من

توی خونه ترک کردم و حدود ۲ سال پاکی داشتم، خانواده‌ام دوباره با من

ارتباط گرفتن و حتی منو به مهمونی‌اشون دعوت می‌کردن.

✓ پیامدهای منفی روش‌های مختلف ترک در صورت بهره‌مندی زنان از معایب

آن‌ها: این مقوله، متشكل از ۴ ویژگی است:

• تجربه‌ی ترک‌های متعدد کوتاه‌مدت با لغزش‌های پیاپی، تغییر نامطلوب الگوی

صرف مواد (چندماده‌ای شدن و افزایش میزان مصرف)، کاهش شدید اعتماد

به‌نفس، نالمیدی از بهبودی، افزایش بی‌اعتمادی خانواده و کاهش چشم‌گیر

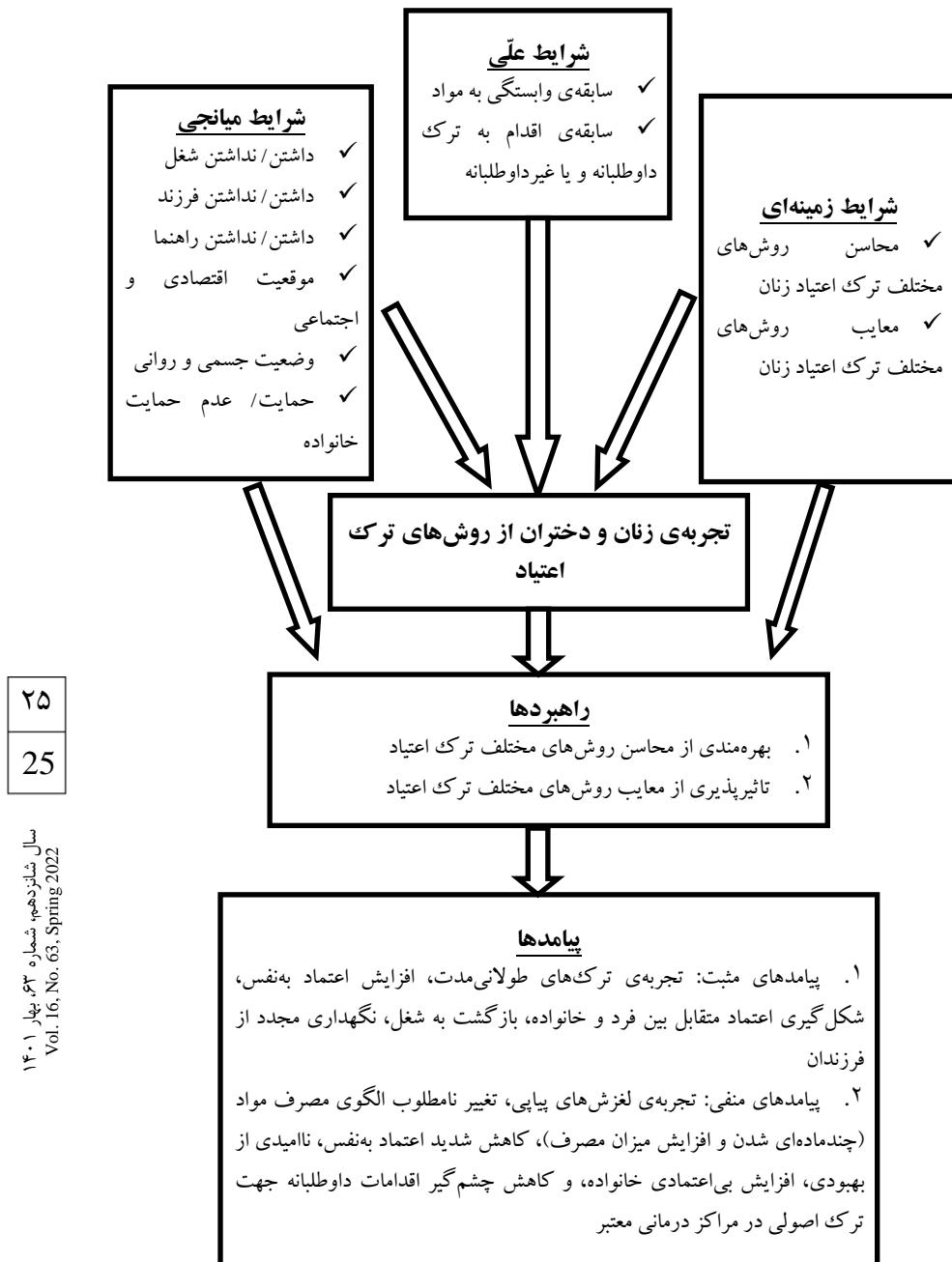
اقدامات داوطلبانه جهت ترک اصولی در مراکز درمانی معتبر. مصاحبه‌شونده‌ی

شماره‌ی ۱۸ می‌گوید: من توی این ۳ سال اخیر، کلا ۳ ماه هم پاکی نداشتم،

همش در رفت و آمد کمپ بودم. دیگه امیدی برام نمونده و خیلی خودمو باختم.

مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴ نیز می‌گوید: من هر سری که توی خونه ترک کردم، مصرفم یا بیشتر شد، یا یه ماده‌ی دیگه یا فرص دیگه‌ای هم بهش اضافه شد. خانواده‌ام دیگه قبول ندارن. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۴ هم می‌گوید: انقدر توی کمپ‌های بدون مجوز، اذیت شده بودم که دیگه خودم حاضر نبودم توی هیچ مرکزی پذیرش بشم، الان منو بهزور و با آمبولانس آوردن اینجا.

۵. شرایط میانجی: شرایط مداخله گر (میانجی)، شرایطی هستند که در راستای تسهیل یا محدودیت راهبردهای کنش/کنش متقابل در زمینه‌ی خاصی عمل می‌کنند و شرایط کلی تر و وسیع‌تری هستند که بر چگونگی کنش/کنش متقابل اثر می‌گذارند (کوریین و استراس، ۲۰۱۴). از آنجایی که این شرایط در افراد مختلف، به‌طور متفاوتی تاثیر خود را اعمال می‌کنند و برای اعمال اثر خود، با سایر شرایط نیز در ارتباط هستند، استخراج آن‌ها در قالب مقوله صورت نگرفته است. پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، ۶ مولفه‌ی داشتن/نداشتن شغل، فرزند، راهنمای، موقعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت جسمی و روانی و حمایت یا عدم حمایت خانواده به عنوان شرایط مداخله گر (میانجی) کشف شده است. خلاصه‌ی یافته‌های پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.



شكل ۱: مدل پارادایمی تجربه‌ی زنان و دختران از مصرف مواد

داهکارهای پیشنهادی جهت ارتقاء کیفیت درمان

با توجه به یافته های پژوهش حاضر، راهکارهایی جهت ارتقاء کیفیت روش های درمانی مختلف پیشنهاد می شود:

- راهکارهای اختصاصی برای مراکز اقامتی:
 - ✓ نفیکیک محل و نوع ارائه‌ی خدمات براساس سن و سوابق مصرف افراد: اختصاص سالن‌های مجزا و جلسات آموزشی اختصاصی به سوء‌صرف کنندگان نوجوان و بزرگسال مواد مخدر، مواد محرک، فرصهای اعتیادآور و افرادی که از طریق طرح‌ها و اقدامات فوریت‌های اجتماعی شهرداری و نیروی انتظامی به مراکز مراجعه می‌کنند.
 - ✓ اختصاص دو حیاط مجزا برای افراد سیگاری و غیرسیگاری جهت پیشگیری از سیگاری شدن سوء‌صرف کنندگان بدون سابقه‌ی مصرف سیگار.
 - ✓ اختصاص مخصوصی‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت تحت نظارت خانواده و پیگیری مسئولین مرکز: در نظر گرفتن مخصوصی‌های درمانی برای افراد با تبعیت درمانی بالا و متناسب با شرایط و روند بهبودی افراد، با هدف تنظیم احساسات و هیجاناتی مانند دلتنگی و همچنین تمایلات جنسی (به طور مثال اختصاص مخصوصی‌های ساعتی برای افراد با سابقه‌ی پاکی کمتر از ۳ ماه، مخصوصی‌های ۲ تا ۳ روز برای افراد با سابقه‌ی پاکی بالاتر از ۳ ماه و موافقت با نیمه‌اقامتی شدن افراد با سابقه‌ی پاکی بالاتر از ۶ ماه).
 - ✓ مخالفت مسئولین با ترجیح زودهنگام افراد قبل از اتمام دوره‌ی درمانی و توضیح فواید تکمیل درمان برای خانواده‌ها، مانند لزوم خروج فرد از فرآیند درمانی پس از شکل‌گیری تجارب خوشایند بهبودی، مسئولیت پذیری و احساس پاکی با هدف بازگشت مجدد فرد به مرکز در صورت لغزش مجدد.
 - ✓ تشویق افراد به مراجعه‌ی هفتگی و ماهیانه به مرکز جهت شرکت در جلسات و پادآوری تلاش‌های آن‌ها در مسیر بهبودی.

- ✓ عدم موافقت مسئولین با حضور دو هم مصرف به طور همزمان در یک مرکز با هدف پیشگیری از اشتراک خاطرات مصرف مواد و بروز وسوسه‌های شدید.
- راهکارهای مشترک برای مراکز اقامتی و زندان:
 - ✓ نظارت مسئولین بر نوع تعاملات افراد با یکدیگر جهت پیشگیری از شکل‌گیری روابط آسیب‌زا میان افراد، مانند ترغیب یکدیگر به سوء مصرف مواد جدید، یادآوری خاطرات مثبت مصرف مواد و معرفی پاتوق‌های جدید.
 - ✓ تدوین برنامه‌ها و جلسات متنوع و دادن اختیار به افراد جهت انتخاب و شرکت در آن‌ها با هدف القاء احساس آزادی و ارتقاء مشارکت درمان.
 - ✓ برگزاری جلسات مجزا و مشترک برای افراد و خانواده‌های آن‌ها جهت تنظیم و بازسازی احساسات و هیجانات منفی طرفین نسبت به یکدیگر.
 - ✓ آگاهی‌بخشی چالش‌های زندگی گروهی و آموزش مهارت‌های سازگاری مانند حفظ حریم شخصی خود، احترام به حریم شخصی دیگران و اجتناب از درگیری فیزیکی و کلامی.
- ✓ پیگیری بلندمدت وضعیت افراد پس از خروج از مرکز حداقل به مدت ۶ ماه.

۲۷
۲۷

پژوهش‌شناسنامه، شماره ۹۳، پیاپی ۱۴۰، Vol. 16, No. 63, Spring 2022

- راهکارهای اختصاصی برای زندان‌ها:
 - ✓ تفکیک سالن‌های محل سکونت افراد بر مبنای خلاف آن‌ها.
 - ✓ آموزش پیامدها و خطرات اختصاصی مشارکت زنان در خرید و فروش مواد.
- راهکارهای مشترک برای ترک در منزل، بیمارستان و کلینیک
 - ✓ کنترل و مدیریت میزان مصرف داروهای ترک اعتیاد و برنامه‌ریزی بلندمدت جهت قطع کامل مصرف آن‌ها جهت پیشگیری از ایجاد وابستگی‌های جدید.
 - ✓ پاکسازی محل زندگی و اشتغال از یادآورهای مصرف مواد جهت پیشگیری از تجربه‌ی وسوسه‌های شدید.
 - ✓ حضور همزمان در جلسات مشاوره و آموزشی و برقراری تعامل نزدیک با افراد با تجارت موفق پاکی.

۰ اهکارهای اختصاصی به ای تک در منزل

- ✓ عدم اقدام به ترک در منزل در صورت حضور اعضاء معتاد.
 - ✓ عدم بیان وسوسه به اعضاء ناآگاه خانواده، جهت پیشگیری از مواجهه با برخوردها و راهکارهای نامناسب آنها.

• راهکارهای اختصاصی برای تک در کلینیک

- ✓ ممانعت جدی از دریافت مقادیر بیشتر دارو.
 - ✓ نظارت جدی بر مصرف صحیح داروهای تجویزی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، کشف محسن و معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان با اختلال مصرف مواد در شهر تهران، و ارائه‌ی راهکارهای کارآمد جهت ارتقاء کیفیت درمان آنان بوده است. پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها با روش نظریه‌ی زمینه‌ای، اجزای مدل پارادایمی تجربه‌ی زنان و دختران از روش‌های ترک اعتیاد، به دست آمد. دو مقوله‌ی سابقه‌ی وابستگی به مواد و سابقه‌ی اقدام به ترک داوطلبانه و یا غیرداوطلبانه، در بخش شرایط علی و یا مقدم مدل، دو مقوله‌ی محسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان و معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان در بخش شرایط زمینه‌ای مدل، ۶ مولفه‌ی داشتن/نداشتن شغل، داشتن/نداشتن فرزند، داشتن/نداشتن راهنمای، موقعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت جسمی و روانی و حمایت/عدم حمایت خانواده، در بخش شرایط میانجی مدل، دو مقوله‌ی بهره‌مندی از محسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد و تاثیرپذیری از معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد در بخش‌های راهبردهای کنش و کنش متقابل، و دو مقوله‌ی پیامدهای مثبت روش‌های مختلف ترک در صورت بهره‌مندی زنان از محسن آن‌ها و پیامدهای منفی روش‌های مختلف ترک در صورت تاثیرپذیری زنان از محسن آن‌ها، در بخش پیامدها قرار گرفتند. ۶ روش درمانی ترک در کمپ اقامتی ترک اعتیاد با مجوز، ترک در کمپ اقامتی ترک اعتیاد بدون مجوز، ترک در منزل، ترک در بیمارستان، ترک در زندان و ترک در کلینیک‌های ترک اعتیاد با قرص و دارو، مهم‌ترین روش‌های ترک اعتیاد زنان در شهر تهران بوده است.

هر يك از اين روش‌ها، محاسن و معابيي داشته است که در ادامه مورد بحث واقع خواهد شد. قرار گرفتن در معرض هر نوع درمانی، باید منجر به کاهش مشکلاتی شود که به طور معمول با اعتياد همراه بوده است و كيفيت زندگي سوء مصرف کتندگان مواد را بهبود بخشد (سيکول، ۲۰۱۳). در اين ميان، توجه به جنسیت، يکی از موارد مهم در درمان اختلالات مصرف مواد است (هسلین، گبل و دوبالین^۱، ۲۰۱۵). از آنجايی که اکثر زنانی که مواد مصرف می کنند، سابقه‌ی بزهديگی و خشونت دارند (صيري، گرين و لوکاس^۲، ۲۰۱۹) و با موضوعات منحصر به فردی در رابطه با مصرف مواد روبهرو هستند (دوب، فولر و داؤسن^۳، ۲۰۱۵)، انجام غربالگری اولیه جهت دسترسی به خدمات روانپژشكی و پژشكی در کنار خدمات درمان اعتياد آنان، ضروري است (مشبرگ-کوهن و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی ديگر، زنان در مناطق مختلف، نيازهای درمانی متفاوتی دارند (فلايگر، لينسن، نيكلاسن و نيلسن^۴، ۲۰۲۰) و مولفه‌های درمان‌های خاص جنسیت زنان، باید با فرهنگ آنان نيز سازگار باشد (ونر^۵ و همکاران، ۲۰۱۶) تا ميزان موفقیت درمان آنها، بهبود يابد (بلژونگوئی-اراسو و پاستور-گوزالبز، ۲۰۱۹)؛ در اين صورت از ارائه‌ی خدمات ناسازگار با نيازهای افراد (روماني^۶، ۲۰۱۳) پيشگيری می شود. هرچند زنان با اختلال مصرف مواد در ايران، فراز و نشيب‌هایي را در مسیر قطع مصرف مواد، تجربه می کنند (بروندفر، کيان‌پور و افشاري، ۲۰۲۰) و دسترسی محدودی به کمب‌های اقامتی با مجوز ترک اعتياد مخصوص زنان دارند (حاجيهها، بهرامي احسان و رستمي، ۱۳۹۷)، مطابق يافته‌های اين پژوهش در بخش شرایط زمينه‌اي مدل، راهبردهای کنش و کنش مقابل و پيامدهای راهبردها، ترک اعتياد در اين مراكز، محاسن فراوانی برای آنان داشته است. يکی از اين محاسن، امكان حضور زنان در فرآيند درمان همراه با کودکان‌شان بوده که امكان مراقبت نزديك از آنها را فراهم کرده است. مطابق پيشينه‌ي پژوهش، مادران، درصد کمی از زنان با اختلال مصرف مواد که برای درمان اقدام می کنند را تشکيل می دهند

۲۹

29

پژوهش‌شناسنده، شماره ۹۳، پیاپی ۱۴۰، Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. Heslin, Gable & Dobalian,
2. Sabri, Greene & Lucas
3. Doab, Fowler & Dawson

4. Flyger, Nielsen, Niclasen & Nielsen
5. Venner
6. Roman

و به طور کلی، مشکلات شدیدتری، مانند مشکلات پزشکی، سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی را نسبت به زنان با اختلال مصرف مواد که فرزندی ندارند، تجربه می‌کنند (فرناندز-مونتالوو و لوپز-گونی^۱، ۲۰۱۹). با این وجود، زمانی که فرزندان این زنان در فرآیند درمانی، تحت مراقبت آن‌ها باقی می‌مانند، بیشتر در گیر درمان می‌شوند (چو و همکاران، ۲۰۲۰) و در صورت ورود به موقع زنان به درمان، اتمام درمان و بهره‌مند شدن از برنامه‌هایی که سطح بالاتری از مراقبت‌های یکپارچه را فراهم می‌کنند، پیوند ارتباطی بهتری بین مادر و کودک شکل می‌گیرد (دوب و همکاران، ۲۰۱۵). پیشینه‌ی پژوهش نشان داده است که تلفیق برنامه‌های متصرکز بر جنسیت و هادری در برنامه‌های درمان اختلال مصرف مواد برای زنان، منجر به نتایج مثبت برای آن‌ها شده است (استاور، کارلسون و پاتل^۲، ۲۰۱۷) که لزوم ایجاد مراکز ویژه‌ی توانبخشی زنان جهت کمک به آنها در تأمین نیازهای خاص شان را نشان می‌دهد (برومندفر و همکاران، ۲۰۲۰).

حسن دیگر ترک در این مراکز، داشتن تعامل با افراد با تجارت پاکی بالا و استفاده از تجارت بهبودی آن‌ها بوده که مطابق با پیشینه‌ی پژوهش، منجر به جامعه‌پذیری همتایان^۳ (زموره و کازکوتاز^۴، ۲۰۰۸) و سطوح بالای همدلی در میان آنان شده است (اسلامی و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین پیشینه‌ی پژوهش نشان داده است که افزایش زمان ماندن در درمان اقامتی با نتایج بالینی مطلوب‌تری برای افراد مقیم همراه بوده است (آرنادووا، جین و آمارو^۵، ۲۰۲۰). افرادی که این درمان را ادامه داده‌اند، در مقایسه با گروهی که درمان را ترک کرده‌اند، انطباق اجتماعی و دوستان صمیمی بیشتری داشته‌اند (لنگ و بلنکو^۶، ۲۰۰۰) و در مقایسه با گروهی که در زندان ترک کرده‌اند، مشارکت بیشتری در خلق مجدد پاکی گزارش کرده‌اند (زموره و کازکوتاز، ۲۰۰۸). این موارد با یافته‌های این پژوهش در بخش پیامدهای مثبت بهره‌مندی زنان از محاسن روش‌های ترک نیز همخوانی داشته است. همچنین زنانی که در این نوع روش درمانی شرکت کرده‌اند، کاهش

1. Fernandez-Montalvo & López-Goñi,
2. Stover, Carlson & Patel
3. peer socialization

4. Zemore & Kaskutas
5. Arnaudova, Jin & Amaro
6. Lang & Belenko

قابل توجهی در علائم اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه و افزایش چشم‌گیری در عوامل مثبت خوشبینی و عزت نفس داشته‌اند (هما، مکنْب، و کتر^۱، ۲۰۱۸). حسن دیگر ترک اعتیاد زنان در مراکز اقامتی با مجوز براساس یافته‌های پژوهش حاضر، عدم دسترسی به هر گونه‌ی ماده‌ی اعتیادآور بود که با یافته‌های پژوهش اسلامی و همکاران (۱۳۹۶) که به اهمیت ترک پرهیز‌مدار اشاره کرده‌اند، تطابق داشته است.

با این وجود، برخی از محاسن این روش ترک برای زنان، با پژوهش‌های قبلی در این زمینه، تطابق نداشته است. در حالی که مشارکت کنندگان این تحقیق، به تامین مناسب نیازهای اولیه، سطح مناسب بهداشت، امکان برقراری ارتباط با خانواده، برخورداری از جلسات مشاوره و کلاس‌های آموزشی اشاره کرده‌اند، در پژوهش رحیمی‌موقر، ملایری خواه لنگرودی، دلبرپور‌احمدی و امین‌اسماعیلی (۱۳۹۰) تمامی این موارد، جزو محدودیت‌های درمان زنان مطرح شده‌اند که دو عامل می‌تواند تبیین کننده‌ی این عدم تطابق باشد. عامل اول، عدم یکی بودن مراکزی است که نمونه‌ی دو پژوهش، مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند و عامل دوم، ارتقاء کیفیت و بهبود کلی خدمات در تمامی مراکز اقامتی با مجوز در گذر زمان است. برخی از محاسن این روش ترک نیز، مانند عدم امکان فرار از فرآیند درمان، عدم مواجهه با یادآورهای مصرف قبلی، پاک‌شدن طولانی مدت با سختی و تلاش و تجربه‌ی لذت بهبودی، جزو نوآوری‌های پژوهش حاضر است و مطابق بررسی نویسنده‌گان، در مقالات مرتبط قبلی به آن‌ها اشاره‌ای نشده است.

یکی از موارد بحث برانگیز در درمان اعتیاد در مراکز اقامتی و زندان در پژوهش حاضر، مساله‌ی اجباری بودن درمان و عدم اقدام داوطلبانه‌ی فرد جهت ترک اعتیاد بوده است. تحقیقات به‌طور کلی از برنامه‌های درمانی اجباری برای سوءمصرف کنندگان مواد حمایت کرده است (یونگ، فلولن و بلنکو^۲، ۲۰۰۴). مطابق دیدگاه وبستر^۳ (۱۹۸۶) دو مفهوم اجبار و درمان در هم تئیله هستند و اجبار در درمان، رنج بی‌مورد معتادان را از بین می‌برد. اجبار، درجه‌ای از محدودیت موقعی ایجاد می‌کند، تا فرد بتواند در نهایت از

زندگی رضایت‌بخش‌تر و اجتماعی‌تری برخوردار شود. میلر و فلاهرتی^۱ (۲۰۰۰)، نیز معتقد‌داند که اجبار برای درمان اعتیاد و نتایج مطلوب مداخلات درمانی آن، امری اساسی است. باید به سوء‌صرف کنندگان الکل و مواد، این فرصت داده شود تا قبل از آن که انکار بیماری بر آن‌ها غلبه کند، با عواقب اعتیاد خود رو به رو شوند و آن‌ها را تجربه کنند. پیشینه‌ی پژوهش هم نشان داده که اجبار قانونی در درمان اعتیاد، با آمادگی بیشتر برای تغییر پس از کنترل شدت اعتیاد همراه بوده، تفاوتی بین مراجعین اجباری و غیراجباری از نظر ماندگاری و نتایج درمان وجود نداشته (گرگوری و بروک^۲، ۲۰۰۴) و حکم قضایی، فرصتی برای مجرمان دارای اختلال مصرف مواد برای دسترسی و بهره‌مندی از درمان مورد نیاز فراهم کرده است (کلی، فاینی و موس^۳، ۲۰۰۵). با این وجود، تجربه‌ی اجبار در درمان برای مشارکت کنندگان تحقیق حاضر، تجربه‌ای منفی بوده که سبب شکل‌گیری احساسات خشم و نفرت نسبت به خانواده و قادر درمانی شده است. در تحلیل این تقابل باید گفت که هرچند اجبار در درمان اعتیاد، اساساً فرصت بهبودی را در اختیار افراد با اختلال مصرف مواد می‌گذارد، عدم ارتقاء انگیزه‌ی بیماران برای مشارکت و ماندن در برنامه‌ی درمانی (موس و کینگ^۴، ۱۹۹۷) و عدم توجه به خودکنترلی آن‌ها (ابل، اسکاروو، روندال، کلازن و برامنس^۵، ۲۰۱۸)، موانع اصلی بهره‌مندی افراد از فواید درمان‌های اجباری خواهد بود. از آنجایی که مداخلات درمانی موثر و بهبودی طولانی‌مدت، نیازمند تطابق درمان با شرایط افراد است (میلر و فلاهرتی، ۲۰۰۰)، ورود به درمان‌های اجباری با آمادگی بیشتر (گرگوری و بروک، ۲۰۰۴) و توجه به رضایت آگاهانه و گنجاندن آن در درمان سوء‌صرف مواد، به عنوان بخشی از مصاحبه‌ی انگیزشی و راهی برای جذب مراجع و مشارکت فعال وی در درمان (والکر، لوگان، کلارک و لوکفلد^۶، ۲۰۰۵) به نتایج بهتر درمان‌های اجباری کمک می‌کند.

1. Miller & Flaherty
2. Gregoire & Burke
3. Kelly, Finney & Moos
4. Moos & King

5. Abel, Skjærvø, Ravndal, Clausen & Bramness
6. Walker, Logan, Clark & Leukefeld

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ترک اعیاد زنان در مراکز اقامتی و زندان، معایبی هم داشته که یکی از مهم‌ترین آن‌ها، مواجهه‌ی ناگهانی با چالش‌های زندگی گروهی بوده است. این یافته، با یافته‌های پژوهش سیکول (۲۰۱۳)، که به تاثیر منفی عواملی مانند فرهنگ همسالان و آسیب‌پذیری آن‌ها بر نتایج درمان‌های اقامتی پرداخته و یافته‌های پژوهش پرات، گیل، بارت و رابرتس^۱ (۲۰۱۴)، که به عدم علاقه‌ی افراد به تقسیم اجباری فضای زندگی خود با افرادی که آن‌ها را نمی‌شناسند و یا دوست‌شان ندارند، اشاره کرده، تطابق داشته است.

سیگاری شدن زنان، یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر و یکی دیگر از معایب حضور زنان در مراکز اقامتی بوده که با پیشینه‌ی پژوهش، همخوانی داشته است. مطالعات نشان داده است که بسیاری از زنان تحت درمان مراکز اقامتی، برای تسهیل معاشرت، اجتماعی شدن و کنار آمدن با استرس خود، سیگار می‌کشند و عدم وجود سازوکار مقابله‌ای جایگزین سیگار کشیدن و ترس از اینکه سیاست بدون دخانیات، سبب از دست دادن مراجعت شود، مهم‌ترین چالش‌های منع سیگار در مراکز اقامتی بوده است (فالین-بنت، پارکر، میلر، اشфорد، و هان، ۲۰۱۸). با این وجود، ترک سیگار در مراکز اقامتی مخصوص زنان، امری ضروری است (گایدیش^۲ و همکاران، ۲۰۱۶) که سبب کاهش مرگ و میر ناشی از دخانیات در میان زنان و فرزندان آن‌ها خواهد شد (فالین-بنت و همکاران، ۲۰۱۸).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ترک اعیاد زنان در مراکز اقامتی بدون مجوز، با معایب فراوانی از جمله امکان مصرف مواد و تجربه‌ی خشونت‌های جسمی و روانی، مانند کتک خوردن، تبعیض، تحکیر و توهین، همراه بوده و با نتایج پژوهش برومدفر و همکاران (۲۰۲۰) که به مورد سوءاستفاده واقع شدن زنان و استفاده از مواد مخدر اشاره کرده، هماهنگی داشته است. بی‌اعتمادی نسبت به هر نوع فرآیند ترک مواد و ترس شدید از حضور مجدد در مراکز اقامتی (حتی کمپ‌های اقامتی مجوزدار)، از آسیب‌های جدی ترک در این مراکز و همنشینی طولانی مدت با افراد مصرف‌کننده و در نتیجه‌ی آن،

1. Pratt, Gill, Barrett & Roberts
2. Fallin-Bennett, Parker, Miller,
Ashford & Hahn

3. Guydish

شکسته شدن تابوی روش‌های مصرف پرخطر (مثل تزریق) و مواد پرخطری که فرد از مصرف آن‌ها ترس داشته (مثل هروئین، کمیکال)، از آسیب‌های مشترک ترک در مراکز اقامتی بامجوز و بدون مجوز بوده که مطابق بررسی نویسنده‌گان، در پژوهش‌های قبلی به آن‌ها اشاره‌ای نشده و نوآوری پژوهش حاضر است.

یکی دیگر از روش‌های ترک اعتیاد که زنان پژوهش به آن اشاره کرده‌اند، ترک در بیمارستان بوده که مطابق پیشنهای پژوهش، کمتر مورد بررسی واقع شده است (واکمن^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). اغلب پژوهش‌های موجود هم، به بررسی عواملی مانند وضعیت روان‌پژشکی افراد با اختلالات مصرف همزمان مواد در بیمارستان (وساناتی^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ دور، میلز، موری، تسون و فاروگیا^۳، ۲۰۱۲؛ مینای^۴ و همکاران، ۲۰۰۶) و اختلالات سوء‌صرف مواد در نمونه‌های بیمارستانی (اشتانزیمsson، کارلسن، سیگفوسون و مانوسون^۵، ۲۰۱۲؛ برنشتاین^۶ و همکاران، ۲۰۱۵) پرداخته‌اند و آسیب‌شناسی این روش ترک، مغفول مانده است. با این وجود، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داده است که هرچند ترک در بیمارستان، امکان سمزادی‌ی فیزیکی سریع^۷ و فوق سریع^۸ و کنترل مناسب علائم ترک را برای زنان فراهم کرده، در مواردی منجر به بیش‌برآورد درد جهت دریافت بیشتر قرص و مسکن، آشنایی و دوستی با کادر بیمارستان و نهایتاً تهیه‌ی قرص‌های اعتیاد‌آور توسط آن‌ها شده است. این موارد با یافته‌های این پژوهش در بخش پیامدهای منفی تاثیرپذیری زنان از معایب روش‌های ترک، که منجر به چندماده‌ای شدن آن‌ها می‌شود نیز تطابق داشته است.

ترک در کلینیک‌های ترک اعتیاد با قرص و دارو، یکی دیگر از روش‌های ترک اعتیاد زنان پژوهش حاضر بوده است. هرچند پژوهش‌ها حکایت از کمبود گزینه‌های درمان نگهدارنده با متادون برای اختلالات مصرف مواد دارد (بروگلی و همکاران، ۲۰۱۸)، مطابق یافته‌های پژوهش حاضر، این نوع ترک، محاسنی از جمله شخصی‌بودن

1. Wakeman
2. Vincenti
3. Dore, Mills, Murray, Teesson & Farrugia
4. Minnai

5. Steingrímsson, Carlsen, Sigfússon & Magnússon
6. Bernstein
7. rapid detoxification
8. ultra rapid detoxification

انگیزه‌ی فرد برای ترک، و امکان ترک در کنار خانواده و حفظ شغل را به همراه داشته که به ترتیب با پژوهش قانی و همکاران (۲۰۱۵)، که به طبیعت داوطلبانه‌ی این نوع روش ترک، اشاره کرده، پژوهش بروگلی و همکارن (۲۰۱۸)، که به ترس از دست دادن کودک، به عنوان موانع اصلی حضور زنان در درمان پرداخته و پژوهش اسلامی و همکاران (۱۳۹۶) که به دور نبودن از کار اشاره کرده، مطابقت داشته است. مطابق پژوهش حاضر، از مهم‌ترین آسیب‌های این روش ترک هم، ترک یک ماده با جایگزینی فرص و مواد دیگر و نهایتاً ایجاد وابستگی‌های جدید، بوده که با یافته‌های پژوهش لمبک^۱ (۲۰۱۹)، که به تجویز بیش از حد داروهای بالقوه اعتیاد آور توسط پزشکان و رهایی اولیه‌ی بیماران از درد و نهایتاً گرفتاری آن‌ها در اعتیاد، اشاره کرده، و پژوهش اسلامی و همکاران (۱۳۹۶) که به اعتیاد آور بودن داروها اشاره کرده، تطابق داشته است. به نظر می‌رسد کارکنان کلینیک‌های ترک اعتیاد باید تحت آموزش قرار گیرند (خردمند، ایلیایی، نژاد و مشایخی، ۲۰۲۰) و پروتکل‌های ارزیابی و درمان این مراکز، مناسب با نیازهای خاص زنان تنظیم شود (لیستر، براون، گرین‌ولد، ولدگروود^۲، ۲۰۱۹) تا بالاترین اثربخشی را برای زنان داشته باشد.

۳۵

35

آخرین روش ترک اعتیاد که زنان پژوهش حاضر به آن اشاره کرده‌اند، ترک در منزل بوده است. مهم‌ترین آسیب این روش، ترک ماده مصرفی با جایگزینی فرص یا مواد دیگر بوده که از این جهت، به ترک در کلینیک مشابه است. آسیب مهم دیگر این روش ترک، حضور اعضاء معتاد در منزل (حاجیها و بهرامی احسان، ۱۳۹۹)، به خصوص مادر معتاد بوده است که در هنگام مواجهه با علائم ترک و یا وسوسه‌های شدید دختر، به دلیل عدم تحمل شرایط دشواری و دلسوزی برای فرد، پیشنهاد به مصرف فرص‌های آرام‌بخش و یا مصرف مجدد مواد می‌دهند. از این رو، توجه به حضور مادر معتاد در کنار دختران در گیر اعتیاد، ملاحظات درمانی جدی‌ای را طلب می‌کند.

به عنوان نتیجه باید گفت که انتخاب روش ترک اعتیاد برای زنان با اختلال مصرف مواد باید متناسب با شرایط آن‌ها باشد و پیش از هر اقدامی، این افراد و خانواده‌های شان از محسن و معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد آگاه باشند. این آگاهی، هم سبب سازگاری بیشتر زنان وابسته به مواد با فرآیند درمان می‌شود و هم می‌تواند در مواجهه‌ی کارآمدتر آن‌ها با معایب و محسن روش‌های مختلف ترک، موثر باشد. پژوهش حاضر، محدودیت‌هایی نیز داشته است. ارزیابی روش‌های مختلف ترک، اعتیاد، تنها براساس تجربیات شخصی زنان با اختلال مصرف موادی صورت گرفته است که جهت ترک اعتیاد، مراجعه داشته‌اند و با ارائه دهنده‌گان خدمات مراکز مختلف و زنان سوء‌صرف‌کنندگانی که مراجعه‌ای برای ترک نداشته‌اند و یا ساکن شهرهای دیگری بوده‌اند، مصاحبه انجام نگرفته است.

منابع

اسلامی، بهروز؛ طالبی، محمدعلی؛ مهدی پور خراسانی، مليحه؛ ذاکری هامانه، راضیه و کاظمی، اعظم (۱۳۹۶). ارزیابی تطبیقی میزان اثربخشی اقدامات کلینیک‌ها، کمب‌ها و گروه‌های معتادین بی‌نام و ارائه مدلی کارآمد در کنترل و کاهش اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۵۳-۷۰.

پیری، محمود؛ حسینائی، علی؛ اسدی، جوانشیر و شریعت نیا، کاظم (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی در معتادان ساکن در کمپ. *فصلنامه استعداد یاری و گروهی*, ۱۳(۵۲)، ۱۶۲-۱۳۷.

حاجیها، ضحی و بهرامی احسان، هادی (۱۳۹۹). عوامل فردی آشکارساز و سوسه در زنان معتاد در شهر تهران: یک مطالعه‌ی گراند تئوری. *فصلنامه اعتماد پژوهی*, ۱۴(۵۵)، ۸۳-۴۷.

حاجیها، ضحی؛ بهرامی احسان، هادی و رستمی، رضا (۱۳۹۷). تجربه زیسته زنان معتاد در شهر تهران، دستیابی به یک الگوی تبیینی. *فصلنامه اعتماد پژوهی*، ۴۷(۱۲)، ۱۱۲-۱۳۴.

حرافقی، مسعود و حرافقی، مریم (۱۳۹۷). بررسی کیفیت خدمات در مراکز ترک اعتیاد با استفاده از مدل سروکوال (مطالعه در استان بوشهر). *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*, ۱۲(۴۶)، ۲۱۴-۱۸۹.

رحیمی موقر، آفرین؛ ملایری خواه لنگرودی، زهراء؛ دلبرپور احمدی، شهناز و امین اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۰). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. *مجله روانپژوهشی و روانشناسی پالینی ایران (اندیشه و رفتار)*, ۱۷(۲)، ۱۱۶-۱۰۵.

زمستانی، مهدی؛ بابامیری، محمد و سپیانی، علیرضا (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سوء مصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم‌آیند در معتادان مرکز اجتماع درمان‌مدار. *فصلنامه علمی اعتمادپژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۱۹۴-۱۷۹.

ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۷). کتاب سال ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران: نشر دیبرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.

سلیمانی، اسماعیل و صنوبر، لاله (۱۳۹۴). اثربخشی موسیقی درمانی بر اضطراب حالت-صفت معتادین در مرحله بازتوانی غیرداروی. *فصلنامه علمی اعتمادپژوهی*، ۳۵(۹)، ۱۶۲-۱۴۹.

عبدی زرین، سهراب و مهدوی، حسین (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب آوری معتادان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتماد بهشهر. *فصلنامه علمی اعتمادپژوهی*، ۱۲(۴۹)، ۵۶-۳۹.

عسکری کویری، اسماء؛ گنجی، محمد؛ بابایی فرد، اسدالله و شیرهپر، علی اصغر (۱۳۹۸). تحلیل محتوای ساختار مراکز درمان اعتماد در ایران. *فصلنامه علمی اعتمادپژوهی*، ۱۳(۵۳)، ۹۶-۷۷.

محمدپور، احمد (۱۳۸۹). ارزیابی کیفیت در تحقیق کیفی: اصول و راهبردهای اعتباریابی و تعمیم پذیری. *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۴۸(۱۷)، ۷۳-۱۰۵.

معنى باشی منصوریه، امیر؛ فتحی، منصور؛ برانی سده، فرید و اسلامیان، ایوب (۱۳۹۶). مرور سیستماتیک اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان. *فصلنامه علمی اعتمادپژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۱۶۰-۱۴۱.

References

- Abel, K. F., Skjærvø, I., Ravndal, E., Clausen, T., & Bramness, J. G. (2018). Perceived self-control is related to mental distress in patients entering substance use disorder treatment. *Substance use and misuse*, 53(9), 1454-1462.
- Arévalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and program planning*, 31(1), 113-123.
- Arnaudova, I., Jin, H., & Amaro, H. (2020). Pretreatment social network characteristics relate to increased risk of dropout and unfavorable outcomes among women in a residential treatment setting for substance use. *Journal of substance abuse treatment*, 116, 1-24.
- Askian, P., Krauss, S. E., Baba, M., Kadir, R. A., & Sharghi, H. M. (2016). Characteristics of co-dependence among wives of persons with substance use disorder in Iran. *International journal of mental health and addiction*, 14(3), 268-283.

- Belzunegui-Eraso, Á., & Pastor-Gosálbez, I. (2019). Impact on success rates among drugdependent men and women treated in separate therapeutic groups. *Revista española de salud publica*, 93, 1-12.
- Bernstein, J., Derrington, T. M., Belanoff, C., Cabral, H. J., Babakhanlou-Chase ,H., Diop, H., Evans, S. R., Jacobs, H., & Kotelchuck, M. (2015). Treatment outcomes for substance use disorder among women of reproductive age in Massachusetts: A population-based approach. *Drug and alcohol dependence*, 147, 151-159.
- Bornstein, M., Berger, A., & Gipson, J. D. (2020). A mixed methods study exploring methadone treatment disclosure and perceptions of reproductive health care among women ages 18–44 years, Los Angeles, CA. *Journal of substance abuse treatment*, 118, 1-20.
- Boroumandfar, Z., Kianpour, M., & Afshari, M. (2020). Ups and downs of drug rehab among women: A qualitative study. *BMC women's health*, 20(1), 1-10.
- Brogly, S .B., Link, K., & Newman, A. (2018). Barriers to treatment for substance use disorders among women with children. *Canadian journal of addiction*, 9(3), 18-22.
- Chou, J. L., Cooper-Sadlo, S., Diamond, R. M., Muruthi, B. A., & Beeler-Stinn, S. (2020). An exploration of mothers' successful completion of family-centered residential substance use treatment. *Family Process*, 59(3), 1113-1127.
- Clergue-Duval, V., Robin, S., Fortias, M., Dupuy, G., Badin-De-Montjoye, B., & Vorspan, F. (2017). Use and knowledge of contraceptive methods by patients in two substance use disorders treatment centers in Paris. *Harm reduction journal*, 14(1), 1-5.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2014). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed.). California: Sage.
- Cosentino, S. F., Carneiro Vianna, L. A , Do Nascimento Souza, M. H., & De Brizola Perdonssini, L. G. (2017). Charachteristics of family caregivers and drug users. *Journal of nursing ufpe/revista de enfermagem UFPE*, 11(6), 2400-2407.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research*. California: Sage.
- Derrington, T. M., Bernstein, J., Belanoff, C., Cabral, H. J., Babakhanlou-Chase, H., Diop, H., Evans, S. R., & Kotelchuck, M. (2015). Refining measurement of substance use disorders among women of child-bearing age using hospital records: the development of the explicit-mention substance abuse need for treatment in women (EMSANT-W) algorithm. *Maternal and child health journal*, 19(10), 2168-2178.
- Doab, A., Fowler, C., & Dawson, A. (2015). Factors that influence mother-child reunification for mothers with a history of substance use: A

- systematic review of the evidence to inform policy and practice in Australia [Short Survey]. *International journal of drug policy*, 26(9), 820-831.
- Dore, G., Mills, K., Murray, R., Teesson, M., & Farrugia, P. (2012). Post-traumatic stress disorder, depression and suicidality in inpatients with substance use disorders. *Drug and alcohol review*, 31(3), 294-302.
- Fallin-Bennett, A., Parker, K. A., Miller, A., Ashford, K., & Hahn, E. J. (2018). Smoking and tobacco-free policies in women's residential substance use disorder treatment facilities: A community-engaged approach. *Nicotine and tobacco research*, 20(11), 1386-1392.
- Fernandez-Montalvo, J., & López-Goñi, J. J. (2019). Profiles of mothers who seek treatment for substance use disorders in a clinical centre. *Advances in dual diagnosis*, 13(1), 24-31.
- Flyger, J., Nielsen, B., Niclasen, B. V., & Nielsen, A. S. (2020). Does establishing local treatment institutions lead to different populations seeking treatment among Greenlandic Inuit?. *Nordic journal of psychiatry*, 74(4), 259-264.
- Galanter, M., Kleber, H. D., & Brady, K. (2015). *The American psychiatric publishing textbook of substance abuse treatment* (5th ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Publishing .
- Gallassi, A. D., Nakano, E. Y., Wagner, G. A., De Oliveira Silva, M. M., & Fischer, B. (2016). Characteristics of clients using a community-based drug treatment service ('CAPS-AD') in Brazil: An exploratory study. *International journal of drug policy*, 31, 99-103.
- Ghani, M. A., Brown, S. E., Khan, F., Wickersham, J. A., Lim, S. H., Dhaliwal, S. K., & Altice, F. L. (2015). An exploratory qualitative assessment of self-reported treatment outcomes and satisfaction among patients accessing an innovative voluntary drug treatment centre in Malaysia. *International journal of drug policy*, 26(2), 175-182.
- Gregoire, T. K., & Burke, A. C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of substance abuse treatment*, 26(1), 35-41.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, California: Sage.
- Guydish, J., Gruber, V. A., Le, T., Tajima, B., Andrews, K. B., Leo, H., Zura, S. K., Miller, R., & Tsoh, J. Y. (2016). A pilot study of a readiness group to increase initiation of smoking cessation services among women in residential addiction treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 63, 39-45.
- Hemma, G., McNab, A., & Katz, L .S. (2018). Efficacy of treating sexual trauma in a substance abuse residential program for women. *Journal of contemporary psychotherapy*, 48(1), 1-8.

- Heslin, K. C., Gable, A., & Dobalian, A. (2015). Special services for women in substance use disorders treatment: how does the department of veterans affairs compare with other providers? *Women's health issues*, 25(6), 666-672.
- Hill, S. Y. (2000). *Addictive Disorders*. In M. B. Goldman & M. C. Hatch (Eds.), *Women and Health* (pp. 1042-1053). San Diego, CA: Academic Press.
- Kelly, J. F., Finney, J. W., & Moos, R. (2005). Substance use disorder patients who are mandated to treatment: Characteristics, treatment process, and 1- and 5-year outcomes. *Journal of substance abuse treatment*, 28(3), 213-223.
- Kheradmand, A., Iliaiee, S., Nejad, A. G., & Mashayekhi, M. M. (2020). Violence and other factors contributing to employee-patient relationships in methadone maintenance treatment centres in Tehran, Iran. *Heroin addiction and related clinical problems*, 22(4), 23-27.
- Klaman, S. L., Lorwick, J., & Jones, H. E. (2019). Provision of and barriers to integrating reproductive and sexual health services for reproductive-age women in opioid treatment programs. *Journal of addiction medicine*, 13(6), 422-429.
- Krans, E. E., Bobby, S., England, M., Gedekoh, R. H., Chang, J. C., Maguire, B., Genday, P., & English, D. H. (2018). The pregnancy recovery center: A women-centered treatment program for pregnant and postpartum women with opioid use disorder. *Addictive Behaviors*, 86, 124-129.
- Lang, M. A., & Belenko, S. (2000). Predicting retention in a residential drug treatment alternative to prison program. *Journal of substance abuse treatment*, 19(2), 145-160.
- Lembke, A. (2019). *How Healers Became Dealers. In The Assessment and Treatment of Addiction*. Netherland: Elsevier.
- Lister, J. J., Brown, S., Greenwald, M. K., & Ledgerwood, D. M. (2019). Gender-specific predictors of methadone treatment outcomes among African Americans at an urban clinic. *Substance abuse*, 40(2), 185-193.
- Meshberg-Cohen, S., Presseau, C., Thacker, L. R., Hefner, K., & Svikis, D. (2016). Posttraumatic stress disorder, health problems, and depression among african American women in residential substance use treatment. *Journal of women's health*, 25(7), 729-737.
- Miller, N. S., & Flaherty, J. A. (2000). Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): A review of the clinical research. *Journal of substance abuse treatment*, 18(1), 9-16.
- Minnai, G. P., Tondo, L., Salis, P., Ghiani, C., Manfredi, A., Paluello, M. M., Baethge, C., & Baidessarini, R. J. (2006). Secular trends in first hospitalizations for major mood disorders with comorbid substance use. *International journal of neuropsychopharmacology*, 9(3), 319-326.

۴۰
۴۰

۱۴۰۱۱۶، نو۱۴۳، سپتامبر ۲۰۲۲

- Moos, R. H., & King, M. J. (1997). Participation in community residential treatment and substance abuse patients 'outcomes at discharge. *Journal of substance abuse treatment*, 14(1), 71-80.
- Pinedo, M., Zemore, S., Beltrán-Girón, J., Gilbert, P., & Castro, Y. (2019). Women's barriers to specialty substance abuse treatment: A qualitative exploration of racial/ethnic differences. *Journal of immigrant and minority health*, 22(1), 1-8.
- Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M., & Roberts, M. M. (2014). *12 - Residential Services and Independent Living*. San Diego, CA: Academic Press.
- Qin, Y., Price, C., Rutledge, R., Puglisi, L., Madden, L. M., & Meyer, J. P. (2020). Women's decision-making about PrEP for HIV prevention in drug treatment contexts. *Journal of the international association of providers of AIDS care (JIAPAC)*, 19, 1-11.
- Robinowitz, N., Muqueeth, S., Scheibler, J., Salisbury-Afshar, E., & Terplan, M. (2016). Family planning in substance use disorder treatment centers: opportunities and challenges. *Substance use and misuse*, 51(11), 1477-1483.
- Robinson, L. D., Kelly, P. J., Deane, F. P., & Townsend, M. L. (2019). The residential status of children whose parents are in treatment for methamphetamine use. *Drug and alcohol review*, 38(4), 359-365.
- Roman, P. M. (2013). Disparities in health services for the treatment of substance use disorders. interventions for addiction: comprehensive. *Addictive behaviors and disorders*, 3(3), 255-266.
- Sabri, B., Greene, C., & Lucas, G. M. (2019). A systematic review of comprehensive interventions for substance abuse: Focus on victimization. *Aggression and violent behavior*, 48, 46-59.
- Sekol, I. (2013). Peer violence in adolescent residential care: A qualitative examination of contextual and peer factors. *Children and youth services review*, 35(12), 1901-1912.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75.
- Smith, W. T. (2020). Women with a substance use disorder: Treatment completion, pregnancy, and compulsory treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 116, 25-36.
- Steingrímsson, S., Carlsen, H. K., Sigfússon, S., & Magnússon, A. (2012). The changing gender gap in substance use disorder: A total population-based study of psychiatric in-patients. *Addiction*, 107(11), 1957-1962.
- Stover, C. S., Carlson, M., & Patel, S. (2017). Integrating intimate partner violence and parenting intervention into residential substance use disorder treatment for fathers. *Journal of substance abuse treatment*, 81, 35-43.
- Sugarman, D. E., Meyer, L. E., Reilly, M. E., & Greenfield, S. F. (2020). Feasibility and acceptability of a web-based, gender-specific intervention

- for women with substance use disorders. *Journal of women's health*, 29(5), 636-646.
- Tull, M. T., Gratz, K. L., & Weiss, N. H. (2011). Exploring associations between borderline personality disorder, crack/cocaine dependence, gender, and risky sexual behavior among substance-dependent inpatients. *Personality Disorders: Theory, research, and treatment*, 2(3), 209-219.
- Upshur, C. C., Jenkins, D., Weinreb, L., Gelberg, L., & Orvek, E. A. (2018). Homeless women's service use, barriers, and motivation for participating in substance use treatment. *American journal of drug and alcohol abuse*, 44(2), 252-262.
- Venner, K. L., Greenfield, B. L., Hagler, K. J., Simmons, J., Lupee, D., Homer, E., Yamutewa, Y., & Smith, J. E. (2016). Pilot outcome results of culturally adapted evidence-based substance use disorder treatment with a Southwest Tribe. *Addictive behaviors reports*, 3, 21-27.
- Vincenti, A., Ventriglio, A., Baldessarini, R. J., Talamo, A., Fitzmaurice, G., & Centorrino, F. (2010). Characteristics and clinical changes during hospitalization in bipolar and psychotic disorder patients with versus without substance-use disorders. *Pharmacopsychiatry*, 43(06), 225-232.
- Wakeman, S. E., Kane, M., Powell, E., Howard, S., Shaw, C., Kehoe, L., Rosen, J., Quinlan, J., & Regan, S. (2020). A hospital-wide initiative to redesign substance use disorder care: Impact on pharmacotherapy initiation. *Substance abuse*, 1(8), 767-774.
- Walker, R., Logan, T. K., Clark, J. J., & Leukefeld, C. (2005). Informed consent to undergo treatment for substance abuse: a recommended approach. *Journal of substance abuse treatment*, 29(4), 241-251.
- Webster, C. D. (1986). Compulsory treatment of narcotic addiction. *International journal of law and psychiatry*, 8(2), 133-159.
- Wright, T. E. (2019). Integrating reproductive health services into opioid treatment facilities: a missed opportunity to prevent opioid-exposed pregnancies and improve the health of women who use drugs. *Journal of addiction medicine*, 13(6), 420-421.
- Young, D., Fluellen, R., & Belenko, S. (2004). Criminal recidivism in three models of mandatory drug treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 27(4), 313-323.
- Zemore, S. E., & Kaskutas, L. A. (2008). Services received and treatment outcomes in day-hospital and residential programs. *Journal of substance abuse treatment*, 35(3), 232-244.

۱۴۰۱۱۶، نو۵۹، سپتامبر ۲۰۲۲
[۴۲]