فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره شصت و هفتم، ص ۲۷۰-۲۴۵، بهار ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 67, P 245-270, Spring 2023

مقاله پژوهشی
Research Article

مطالعه بسترهای درمان وابستگی به مواد مخدر در بین زنان: یک مطالعه کیفی

داریوش غفاری[۱]، نفیسه صدر ارحامی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۳۱

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر کشف نظام معنایی زنان مصرف‌کننده مواد مخدر درباره موانع درمان وابستگی به مواد و درمان کم‌دوام بود. **روش**: روش این پژوهش کیفی و از نوع نظریه گراندد تئوری بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل زنان مصرف‌کننده مواد مخدر در شهر کرمانشاه بود که ۱۵ نفر از آن‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، کدگذاری و تحلیل در سه مرحله کدگذاری باز، محوری، و انتخابی انجام پذیرفت. **یافته‌ها**: سه مقوله اصلی شامل نارسایی حمایت رسمی، فقدان بستر توسعه خدمات درمان، و ترس از رویدادهای سخت زندگی به دست آمد که مقوله‌های اصلی از ۱۶ مقوله فرعی شامل فقدان برنامه مراقبت از کودک، عادی‌انگاری خدمات بارداری، محدودیت جابجایی، انعطاف‌ناپذیری برنامه‌های درمان، ظرفیت محدود مراکز، عدم تحمل وقفه، جدایی تعاملاتی، نارسایی آموزش، عدم قدرت تصمیم‌گیری، آگاهی محدود از اختلاف جنسیتی، تعمیم‌پذیری اعتیاد مردان به زنان، ترس از دست دادن حضانت فرزند، شرم و ننگ، ترس از تنهایی، ترس از عود، و بی‌ارادگی تشکیل شد. **نتیجه‌گیری**: بر اساس نتایج، شرایط کنونی درمان برای زنان مناسب نیست. بنابراین، تغییر نگرش مردم نسبت به بیمار بودن زنان مصرف‌کننده مواد و اصلاح‌پذیری آنان، توجه به زنان به عنوان عنصری کارآمد در هنگام تدوین برنامه جامع درمانی، تلاش برای ایجاد محیط مساعد خانواده برای فرد مصرف‌کننده بعد از درمان، تلاش در جهت افزایش سطح آگاهی نسبت به درمان زنان، ایجاد مراکز درمانی دولتی برای افراد وابسته به مواد، و تلاش در جهت مشروعیت بخشی به درمان زنان مصرف‌کننده مواد باید مدنظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: مواد مخدر، درمان وابستگی به مواد، زنان، اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: دکتری جامعه شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. پست الکترونیک: darghafari@yahoo.com
۲. استادیار، گروه جامعه شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک:n.sadr@pnu.ac.ir

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

مقدمه

اختلال مصرف مواد مخدر امروزه از طریق اثرات مخرب خود بر سلامت افراد، هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی گزافی را به جوامع تحمیل می‌کند، به‌طوری‌که به یکی از دغدغه‌های بزرگ جوامع بشری تبدیل شده است. مواد مخدر به‌مثابه وضعیتی خاص، پدیده نسبتاً جدیدی است که از اواخر قرن ۱۸ و اوایل قرن ۱۹ میلادی شناخته شده است (حاجلی، زکریایی و حجتی کرمانی،۱۳۸۹). امروزه کمتر کشوری در دنیا وجود دارد که مهم‌ترین و یکی از عمده‌ترین مشکلاتش، مسئله مواد مخدر و اعتیاد نباشد. به‌طوری‌که اختلال مصرف مواد از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین مشکلات سلامتی در جهان کنونی است (طاهری فرد، بشرپور، حاجلو و نریمانی،۱۴۰۰). سازمان بهداشت جهانی[1] مسئله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی انباشت سلاح کشتارجمعی، آلودگی محیط‌زیست، فقر و شکاف طبقاتی ازجمله مسائل اساسی شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش قرار می‌دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). بر اساس آخرین گزارش منتشر شده در سال ۲۰۱۷ حدود ۲۷۱ میلیون نفر به عبارتی ۵/۵ درصد از جمعیت جهان در محدوده سنی ۱۵-۶۴ سال مواد مصرف کرده بودند (ابازید، ابو-ایزبا، ابو فرهان و ال-جوما[2]، ۲۰۲۰). ازجمله مشکلاتی که در عصر حاضر، دامن‌گیر کشور ما ایران شده است افزایش روزافزون مصرف مواد مخدر باشد به‌طوری‌که شمار مصرف‌کنندگان مواد مخدر و معتادان سیر صعودی را طی می‌کند. افراد علیرغم وجود قوانین، هنجارهای جامعه و وجود آگاهی از عواقب ناگوار آن، همچنان به مصرف ادامه می‌دهند (گویل[3] و همکاران، ۲۰۱۸).

پدیده معضل آفرین دیگر، روند دوجنسیتی و زنانه شدن اعتیاد است (غفاری، ۱۳۹۹). گزارش‌های اخیر سازمان ملل در مورد جنسیت و اختلال مصرف مواد، نشان می‌دهد که حدود ۱۰ درصد از مصرف‌کنندگان را زنان تشکیل می‌دهند (دفتر جهانی مبارزه با مواد

1. World Health Organization
2. Abazid, Abou -Isba, Abu Farha & Al -Jomaa
3. Goel

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

مخدر و جرم[1]، ۲۰۱۷)؛ اگرچه بخشی از اعتیاد زنان به دلیل برچسب‌هایی که در جامعه به یک زن معتاد زده می‌شود، پنهان مانده و بخش قابل‌توجهی از جمعیت معتادان زن کشور در آمار گنجانده نمی‌شود؛ اما برخی گزارش‌ها از جمعیت مصرف‌کننده مستمر مواد مخدر نشان می‌دهد که ۷ درصد معتادان را زنان تشکیل می‌دهند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۷). زنان معتاد در جامعه آسیب‌پذیرتر از مردان هستند؛ زیرا مصرف مواد در زنان اغلب با آسیب‌های اجتماعی دیگری همچون فرار از خانه، روسپیگری و فقر توأم است (موسوی نسب، شمس‌الدینی و منصوری، ۱۳۹۴). بچه‌هایی که با مادر معتاد زندگی می‌کنند ضربه‌های روانی شدیدی را تجربه کرده، از مشکلات عدیده و پیچیده‌ای رنج می‌برند (لومبارد، پالین و سوابی[2]، ۲۰۱۷). هرچه میزان زندگی با والدین معتاد طولانی‌تر باشد بیشتر دچار بیماری‌های جسمی (اختلال تغذیه) و اختلال عصبی می‌شوند (نیگارد، موئه، اسلینینگ و واهوود[3]، ۲۰۱۵). زنان معتاد درواقع گرایش دارند تا از طریق روابط نزدیک و صمیمانه با مواد مخدر آشنا شوند که این امر می‌تواند به‌طور بالقوه نتایج مصیبت باری برای سلامتی آنان در برداشته باشد. شایع‌ترین ضربه روحی تجربه شده توسط مردان، از طریق تهاجم و ضرب و شتم افراد همسال معتاد آنان بوده است. درحالی‌که زنان بیشترین قربانی رفتارهای جنسی ناخواسته بوده‌اند (غفاری، ۱۳۹۵). زنان نسبت به مردان، الکل و سایر موارد مخدر را کم‌تر مصرف می‌کنند؛ اما مشکلات مربوط به مصرف مواد با شدت و سرعت بیشتری در بین زنان نسبت به مردان رخ می‌دهد (عباسی و محمدخانی، ۲۰۱۶). بر اساس آمارهای جهانی، اعتیاد زنان عوارض خطرناک‌تری نسبت به مردان ایجاد می‌کند، به‌عنوان مثال فاصله زمانی اولین تجربه به مصرف مواد تا تزریق مواد در زنان به‌طور متوسط دو سال و در مردان هشت سال است. بدین ترتیب زنان شش سال زودتر از مردان به وابستگی شدید کشیده می‌شوند. طبعاً درمان سخت‌تر و عوارض جسمی، روانی و اجتماعی آن به‌مراتب بیشتر است (نوری، ۱۳۸۹).

1. United Nation Office on Drugs and Crime
2. Lombard, Pullen & Swabey
3. Nygaard, Moe, Slinning & Walhovd

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

تحقیقات انجام شـــده نشـــان می‌دهد که در بین ســـایر اختلافات، زنان عموماً دارای مشکلات شدیدتری در ورود به درمان و به‌صورت بالقوه موانع بیشتری برای دسترسی به درمان نسبت به مردان دارند. افراد وابسته به مواد تلاش می‌کنند تا مصرف مواد مخدر را کنار بگذارند اما ماندن در ترک اعتیاد و ورود به درمان ســـخت‌ترین مرحله تغییر رفتار در افراد وابسته به مواد اســت و از ســوی دیگر بســیاری از کســانی که ترک می‌کنند پس از مدتی دوباره به مصـــرف مواد مخدر روی می‌آورند. به‌طوری‌که ملامیس[1] (۲۰۱۵) احتمال بازگشـــت (عود) به مواد مخدر را در خوش‌بینانه‌ترین حالت حدود ۱۵ درصـــد پیش‌بینی کرده است به نظر وی این احتمال تا ۹۰ درصد متغیر است.

اهمیت توجه به مقوله درمان و ترک اعتیاد، زمینه انجام مطالعات گوناگون سبب‌شناسی بروز این پدیده را فراهم آورده اســـت؛ بروگلی، لینک و نیومن[2] (۲۰۱۸) ترس از عدم مراقبت و از دست دادن کودکان را به‌عنوان موانع درمان معرفی کرده‌اند. آپشور، جنکینز، وینرب، گلبرگ و اوروک[3] (۲۰۱۸) طی مطالعه‌ای به هزینه بالا و امکانات دور از دسترس به‌عنوان موانع ترک اعتیاد و ورود به درمان اشاره کرده‌اند. نتایج مطالعه استیونس، جاسون، رام و لایت[4] (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که فقدان حمایت‌های اجتماعی می‌تواند مانع دسترسی زنان به درمان شـود. کلامان، لورویک و جونز[5] (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشـان دادند که کمبود کادر آموزش‌دیده و متخصـــص، ماندگاری درمان را ســـخت و دشـــوار می‌کند. شاکرمی نسب، عظیم زاده طهرانی، رستمی و پاسان زاد (۱۴۰۱) به ولع مصرف به‌عنوان عامل بازگشـــت (عود) اشـــاره دارند. بدیع، مکوندی، بختیاری و پاشـــا (۱۴۰۱) کاهش خودکارآمدی و الگوی ارتباطی خانواده را به‌عنوان عوامل درمان کم‌دوام دانســـته‌اند. طراحی و همکـاران (۱۳۹۱) در مطـالعـه خود بـه طرد اجتمـاعی، اســـترس‌هـای محیطی، مشکلات عاطفی، داشـتن دوسـتان معتاد و دسـترسـی آسـان به مواد را به‌عنوان موانع درمان اشـاره می‌کنند. رحیمی موقر، ملایری خواه لنگرودی، دلبر پور احمدی و امین اسـماعیلی

1. Melemis
2. Brogly, Link & Newman
3. Upshur, Jenkins, Weinreb, Gelberg & Orvek
4. Stevens, Jason, Ram & Light
5. Klaman, Lorvick & Jonc

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

(۱۳۹۰) طی مطالعه‌ای انگ، تحقیر، کمبود مراکز نگه‌داری زنان، فقدان حمایت از کودکان را به‌عنوان موانع درمان زنان معرفی کرده‌اند.

از نگاهی دیگر اگر انسان را محور توسعه قرار دهیم، اعتیاد و مواد مخدر، برنامه توسعه که منجر به ارتقای انسان می‌شود را با مشکل مواجه می‌سازد و جامعه را دچار انحطاط می‌کند. این در حالی است در ایران همچون بقیه جوامع، نیمی از جمعیت کشور را و به عبارتی نیمی از سرمایه انسانی را زنان تشکیل می‌دهند. زنان با توجه به نقش چندبعدی در عرصه اجتماع و خانواده و به‌واسطه ویژگی خلقتی و سرشتی، نقش محوری را در خانواده و جامعه ایفا می‌کنند. سلامتی فکری، جسمانی و ثبات روحی زنان می‌تواند در سلامت روح و روان کودکان، همسران و جامعه نقش بسزایی داشته باشد. صرف‌نظر از نوع فقر، شناخت و ضعف تمهید و تدبیر استراتژیک و فقدان رویکردی فراگیر و مبتنی بر تعیین چندجانبه جستجوی علل و عوامل متنوع در پس این پدیده، فقدان بررسی تفاوت جنسیتی در مورد درمان، لزوم توجه به این مسئله را ضروری می‌کند. بنابراین با توجه به پیچیدگی موضوع و به‌منظور بررسی ابعاد وسیع‌تر و آشکار شدن زوایای پنهان و سازگاری موضوع با روش کیفی و پاسخ به سوالات مطرح شده درباره تفاوت‌های جنسیتی و درمان وابستگی به مواد باید به‌گونه‌ای فزاینده از راهبردی‌های استقرایی و روش‌های کیفی استفاده شود. هدف این پژوهش کشف نظام معنایی زنان مصرف‌کننده مواد مخدر درباره موانع درمان وابستگی به مواد در شهر کرمانشاه و تبیین تجارب آن‌ها در مورد دلایل و شرایط اصلاح و درمان کم دوام و موانع دستیابی به آن است؛ لذا این مطالعه به دنبال این است که دلایل و شرایط درمان وابستگی به مواد مخدر را کشف کند و دریابد که دیدگاه افراد و شرایط درمان وابستگی به مواد چیست؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش این تحقیق، کیفی از نوع نظریه بنیادی بود. در نظریه بنیادی منطق روش‌شناسی عمیقی نهفته است که آن را از محدوده یک روش‌شناسی سطحی به‌واقع گرایانه و همراه با تقلیلی اجمالی فراتر می‌برد. نظریه بنیادی مجموعه‌ای از مفاهیم و مقولات و گزاره‌ها برای

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

صورت‌بندی ساخته‌ای نظری متناسب با کنش‌هایی است که در متن اجتماعی تحت پژوهش رخ می‌دهد؛ بنابراین موضوع مورد مطالعه نظریه بنیادی، نه ساخته‌ای اجتماعی، بلکه برساخت‌های اجتماعی است (ایمان، ۱۳۹۱). جامعه پژوهش در این تحقیق زنان مصرف‌کننده مواد مخدر در شهر کرمانشاه بودند که ۱۵ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب آگاهانه از سوی محقق انجام می‌شود. بر اساس این رویه محقق با انجام مصاحبه با ۱۵ نفر از زنان مصرف‌کنندگان مواد مخدر در شهر کرمانشاه به اشباع داده‌ها رسید. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه عمیق و بدون ساختار و به‌صورت چهره به چهره استفاده شده است. در مصاحبه عمیق، پژوهشگر برای کشف موضوع مورد مطالعه خود چند مفاهیم حساس اصلی را محور مصاحبه قرار داده و بر مبنای آن سؤالات را از مصاحبه‌شوندگان می‌پرسد. مصاحبه ابتدا با یک سؤال کلی در مورد اعتیاد و درمان وابستگی آغاز و با ارائه سوالات تکمیلی ادامه یافت. معیارهای ورود عبارت‌اند بودند از: اعتیاد به یکی از مواد مخدر حداقل طی یک سال گذشته، حداقل یک بار تصمیم برای درمان وابستگی، توانایی جسمی و روحی برای همکاری در پژوهش. در این پژوهش معیارهای اخلاقی رعایت شده است.

مشارکت‌کنندگان بر اساس اهداف پژوهش، تجربه مصرف مواد و درمان، انتخاب شدند. کلیه مصاحبه‌ها به‌صورت انفرادی و در مکان مورد نظر مشارکت‌کننده و در فضایی مناسب انجام شد. به‌طورکلی مدت هر مصاحبه حدود ۸۰ تا ۱۲۰ دقیقه به طول انجامید. برای قابلیت اعتماد و صحت داده‌ها از فن‌های رایج اعتباریابی در روش‌های زمینه‌ای شامل روش کنترل یا اعتباریابی از سوی اعضا استفاده شد. این پژوهش تحت نظر متخصصان روش تحقیق کیفی انجام شد و از دو پژوهشگر متخصص خواسته شد بر همه فرایند پژوهش، شامل مراحل کدگذاری نظارت داشته و دیدگاه‌های خود را در مورد آن‌ها بیان کنند. همچنین یافته‌های پژوهش در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد نظر خود را درباره یافته‌های کلی و صحت تحلیل‌ها ارائه دهند و صحبت‌های خود را با داده‌های بیان‌شده، تطبیق دهند.

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

تکنیک اساسی تحلیل داده‌ها در نظریه بنیادی کدگذاری سه مرحله است، ایجاد مفاهیم از طریق فرایند کدگذاری ممکن می‌شود. در این فرآیند داده تجزیه و شکسته شده، مفهوم‌سازی می‌شوند و به شیوه جدید در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند (کوربین و استراوس[1]، ۲۰۰۸). کدگذاری خلق کردن یک مقوله است که برای توصیف یک ویژگی عام داده‌ها استفاده می‌شود، فرآیند کدگذاری در سه مرحله، باز، محوری و انتخابی انجام گرفت.

الف-کدگذاری باز

برحسب نوع مصاحبه‌ها و روایت‌ها، گاهی سطر، جمله، پاراگراف و حتی واژگان نیز تحلیل، کدهای اولیه استخراج شده است که کدهای توصیفی هستند این کدها برچسب‌هایی هستند که معرف بخشی از داده‌های متنی پژوهش هستند.

ب-کد گذاری محوری

در مرحله بعد و طی فرآیند تحلیل استقرایی، کدهای اولیه و فرعی باهم استخراج شدند و فرآیند انتزاع کدها آغاز شد و این فرآیند با خوانش مکرر مصاحبه‌ها و با مقایسه مدام میان کدها انجام شد. کدهای اولیه در این پژوهش کدهای تجربی هستند و به عبارتی پژوهشگر بدون پیش‌زمینه نظری به سراغ متون مصاحبه می‌رود و در حقیقت این کدها به متن و میدان مطالعه وابسته بوده است.

ج-کد گذاری انتخابی

در مرحله آخر پژوهشگر کدهای محوری به‌دست‌آمده را در فهرستی کنار هم قرار داده است و تلاش می‌کند بر اساس سؤال اولیه پژوهش در هر بخش انتزاعی‌ترین و اساسی‌ترین کد را شناسایی کند که دلالت‌های معنایی را نمایندگی کند و با طرح سؤالات و نوشتن یادداشت‌های تحلیلی مختلف، مقولات هسته را کشف کند.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) از پاسخگویان زیر ۱۸ سال، ۶ نفر (۴۰ درصد) بین ۱۸ تا ۲۹ سال، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال و ۲ نفر

1. Corbin & Strauss

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

(۱۳/۳ درصد) در گروه سنی ۴۰ سال به بالا قرار دارند. ۱ نفر (۶/۶ درصد) سواد ابتدایی داشتند، دو نفر (۱۳/۳ درصد) دارای مدرک زیر دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) فوق‌دیپلم و ۴ نفر (۲۶ درصد) لیسانس و بالاتر هستند. نتایج نشان‌دهنده آن است که ۹ نفر (۶۰ درصد) از پاسخگویان مجرد و ۶ نفر (۴۰ درصد) از پاسخگویان متأهل هستند. توزیع سن اولین شروع مواد بدین‌صورت است که ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) زیر ۱۶ سال اولین سن مصرف مواد مخدر را اعلام کرده‌اند، ۴ نفر (۲۶/۶ درصد) ۱۶ تا ۲۰ سال، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) بین سن ۲۰ تا ۲۴ سال، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) ۲۴ تا ۲۸ سال، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) بین ۲۸ تا ۳۲ سال، سن داشتند. ۶ نفر (۴۰ درصد) از پاسخگویان، سابقه مصرف مواد را در اعضای خانواده‌شان تائید کرده‌اند که می‌توان چنین استنباط کرد که سابقه مصرف مواد مخدر در خانواده نقش مهمی در ابتلا به اعتیاد دارد. ۱ نفر (۶/۶ درصد) گزارشی از داشتن سابقه مصرف مواد مخدر در خانواده‌شان ارائه نکرده‌اند و ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) سابقه مصرف مواد مخدر در خانواده نداشته‌اند.

جدول ۱: نوع مواد مصرفی، روش و مدت مصرف

ردیف	نوع مواد مخدر	فراوانی	درصد	روش مصرف	فراوانی	درصد	مدت مصرف مواد	فراوانی	درصد
۱	مواد مخدر سنتی	۶	٪ ۴۰	تزریق	۵	٪ ۳۳/۳	کمتر ۱ سال	۱	٪ ۶/۶
۲	مواد مخدر صنعتی	۹	٪ ۶۰	تدخین	۶	٪ ۴۰	بین ۱ تا ۲ سال	۳	٪ ۲۰
۳	----------	------	----	استنشاقی	۳	٪ ۲۰	بین ۲ تا ۳ سال	۴	٪ ۲۶/۶
۴	----------	------	----	خوراکی	۱	٪ ۶/۶	بیش از ۳ سال	۷	٪ ۴۶/۶

از تجزیه وتحلیل و مقایسه مداوم داده‌های پژوهشی، سه مقوله مفهومی اصلی با عنوان نارسایی حمایت‌های رسمی، فقدان بستر توسعه خدمات درمان و ترس از رویدادهای سخت زندگی پدیدار گشت. این مقوله‌های اصلی از مقوله‌های فرعی فقدان برنامه مراقبت از کودک، عادی انگاری خدمات بارداری، محدودیت جابجایی، برنامه درمان انعطاف‌ناپذیر، ظرفیت محدود مراکز، عدم تحمل وقفه، جدایی تعاملاتی، نارسایی آموزش، عدم قدرت تصمیم‌گیری، آگاهی محدود از اختلاف جنسیتی، تعمیم‌پذیری

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

اعتیاد مردان به زنان، ترس از دست دادن حضانت فرزند، شرم و ننگ، ترس از تنهایی، ترس از عود، بی‌ارادگی برساخت شده است. در جدول ۲ مقوله‌های اصلی و فرعی به همراه تعدادی از نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان ارائه شده است.

جدول ۲: مقوله‌های بسترهای درمان وابستگی به مواد مخدر

ردیف	مقوله فرعی	مقوله‌های اصلی	مقوله هسته
۱	فقدان برنامه مراقبت از کودک، عادی انگاری خدمات بارداری محدودیت جابجایی، انعطاف‌ناپذیر برنامه درمان، ظرفیت محدود مراکز، عدم تحمل وقفه، جدایی تعاملاتی، نارسایی آموزش	نارسایی- حمایت‌های رسمی	نادیده انگاری مشروعیت یافته درمان جنسیتی
۲	عدم قدرت تصمیم‌گیری، آگاهی محدود از اختلاف جنسیتی، تعمیم‌پذیری اعتیاد مردان به زنان	فقدان بستر توسعه درمان	
۳	ترس از دست دادن حضانت فرزند، شرم و ننگ، ترس از تنهایی، ترس از عود، بی‌ارادگی	ترس از رویدادهای سخت زندگی	

در ادامه، مفاهیم طبقات مختلف بررسی و تشریح شد.

مقوله اصلی نارسایی حمایت‌های رسمی

این مقوله اصلی از ۸ مقوله فرعی برساخت شده است و عدم وجود شفافیت در سیاست‌ها و برنامه‌ریزی، خدمات دسترسی به درمان اختلال مصرف مواد را برای زنان دشوار می‌کند؛ اگرچه این موانع مردان را هم با مشکلاتی مواجه می‌کند ولی به‌طورکلی زنان از نبود و عدم شفافیت سیاست‌های درمان بیشتر از مردان آسیب می‌بینند.

۱-فقدان برنامه مراقبت از کودک

زنانی که به دنبال درمان هستند، بیشتر از مردان احتمال زندگی با وابستگی به کودکان را می‌توانند داشته باشند. فقدان مراقبت از کودکان احتمالاً سازگارترین عامل محدودکننده دسترسی به درمان برای زنان است. اگرچه جامعه نگران کودکان است، ولی ممکن است در برنامه‌های درمان اختلال مصرف مواد کودکان نادیده گرفته شوند. شرکت‌کننده شماره ۲ که مادر یک پسر شش‌ساله است می‌گوید: *«خونه هم که هستم پسرم بیشتر موقع آواره کوچه محلاست حالا فرض کن منم نباشم شوهر معتادم چطور می خواد از بچه نگه‌داری کنه فکر کنم دیگه شبا هم بخوابه تو کوچه، هرچی حساب می‌کنم نمیشه».* شرکت‌کننده

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

شماره ۶ که با حمایت خانواده خودش برای ترک اعتیاد اقدام کرده بود می‌گوید: *«خانواده خودم تمام هزینه ترک اعتیاد را قبول کردن راستش دو شب موندم تو یه کلینیک، دلم برای بچه‌م پر می‌زد به بهانه‌ای فرار کردم ...»*.

۲-عادی انگاری خدمات زنان باردار

زنان باردار معتاد با مشکلاتی بیشتری برای درمان نسبت به دیگران روبرو هستند. مصرف مواد مخدر در طول بارداری می‌تواند حتی باعث اتهامات در مدت بارداری شود و عادی انگاری این موضوع ممکن است منجر به تمایل کمتری جهت درمان اعتیادشان شود. درمان اختلال مصرف مواد و سایر خدمات اجتماعی و سلامتی لازم ممکن است برای زنان باردار در دسترس نباشد یا ممکن است اولویت به خدمات درمان اختلال مصرف مواد داده نشود. شرکت‌کننده شماره ۸ می‌گوید: *«آن‌قدر درگیر اعتیاد شده بودم که متوجه نشدم و ناخواسته باردارشدم الان گیر کردم خانواده شوهرم خط و نشون برام می‌کشن که سلامتی نوه‌شون را دارم به خطر می‌ندازم واقعیت خودم هم می‌ترسم مشکلی برای بچه پیش بیاد هیچ‌کس هم نیست بهم بگه چکار کن»*. شرکت‌کننده شماره ۱۳ می‌گوید: *«بعد از چند سال زندگی، معتادشدم شوهر اولم بچه رو ازم گرفتو طلاقم داد مجدداً ازدواج کردم شوهرم نمی‌دونست مصرف می‌کنم دوباره باردار شدم به مرکز درمانی مراجعه کردم میگه نمی‌تونیم خانم‌های باردار رو پذیرش کنیم اگه شوهرم بفهمه قیامت به پا می‌کنه»*.

۳-محدودیت جابجایی

برخی خرده‌فرهنگ‌ها به زنان اجازه خروج از خانه و محل زندگی را نمی‌دهد. فقدان انتقال برای درمان و هزینه‌های مرتبط با درمان، این امر را برای زنان دشوار می‌کند که بخواهند منزل خود را برای درمان ترک کنند و از جایی که زندگی می‌کنند فاصله داشته باشد. شرکت‌کننده شماره ۴ می‌گوید: *«بابام میگه کمرم را شکستی، به بدبختی‌مون اضافه نکن، یه شب هم اجازه ندارم بیرون باشم چه برسه به اینکه برای ترک اعتیاد بخوام چند شب بستری بشم خودم می‌دونم اگه یه شب خونه نباشم اون شب پایان زندگیمه»*. شرکت‌کننده شماره ۱۴ می‌گوید: *«شوهرم میگه جواب مادرم چی بدم تا اینجاش هم باعث سرافکندی من شدی کافی نیست، بزار این راز را با خودمون به گور ببریم»*.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

۴-انعطاف‌ناپذیری برنامه‌های درمان

خانواده زنان معتاد و مسئولیت‌های منزل می‌تواند درمان وابستگی به مواد را برای آنان دشوار کند. برنامه‌های درمان قابل انعطاف با گزینه‌هایی برای روز، شب و کل هفته، می‌تواند امکان دسترسی را افزایش دهد. بسیاری از برنامه‌ها در مکان‌ها و زمان‌های ثابت برگزار می‌شوند که می‌تواند به‌عنوان موانع درمان منظور شود. شرکت‌کننده شماره ۷ می‌گوید: «*من بمیرم و زنده بشم باید هرروز خونه را تمیز کنم، غذا درست کنم و... این کارا باعث شده که برای درمان با مشکل مواجه بشم به یه مرکز مراجعه کردم دیدم برنامه شون خیلی بازندگی من جور درنمی‌آد، مددکار هم در جواب می‌گفت مشکل خودته*». شرکت‌کننده شماره ۹ می‌گوید: «*کاش مسئولین مراکز درمان یه کم خودشونو به‌جای ما می‌ذاشتند بالاخره ما زنیم و مشکلاتمون بیشتره، برخوردشون اصلاً خوب نیست*».

۵-ظرفیت محدود مراکز

کمبود مراکز ترک اعتیاد ویژه زنان یکی از موانع درمان است و باید برای پذیرش مدت‌زمان بیشتری را انتظار بکشند که ممکن است منجر به رها کردن درمان از سوی بعضی معتادان شود. شرکت‌کننده شماره ۶ می‌گوید: «*هر چه تو زندگی داشتم فروختیم و دود شد، حالا که می خوام ترک کنم با هزار بدبختی مقداری پول جور کردم مرکز ترک اعتیاد برای زنان تو محله ما نیست جاهای دیگه که هست خیلی گرونه باید کلی منتظربمونم تا تو یه مرکز ارزون پیدا بشه بعضی وقت‌ها با خودم می گم بی‌خیال بشم*». شرکت‌کننده شماره ۱۱ می‌گوید: «*همیشه اولویت با مرداست هیچ زنا رو به‌حساب نمیارن تو شهر پره مرکز ترک اعتیاد برای مردان برای زنان خیلی کمه کلی باید آشنا داشته باشی تا تو یه مرکز دولتی جا پیدا کنی، خصوصی‌ها هم که خیلی خوبه ولی من پولشو ندارم*».

۶-عدم تحمل وقفه

برخی زنان آمادگی دنبال کردن هدف درمان‌پذیری را ندارند یا ممکن است در قدم اول کاهش مصرف مواد را مشاهده نکنند. اگر برنامه کاهش آسیب در دسترس نباشد، زنان ممکن است به درمان ادامه ندهند. شرکت‌کننده شماره ۱۰ که مدتی تحت درمان بوده است می‌گوید: «*مدتی تحت درمان بودم فقط درد کشیدم و آرزو می‌کردم از مرکز برم*

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

بیرون مثل کسی شده بودم که یک هفته بود آب نخورده بود چند روز باید این‌طور زجر می‌کشیدم. اخه با سرزنش کردن و قصه گفتن که مشکل من حل نشده بود تازه ظاهرم هم همان‌طور بود». شرکت‌کننده شماره ۱۱ می گوید: «*من هنوز تصمیمی نگرفتم برای ترک، یه روز رفتم تو یه کلینک تعدادی اونجا بودن گفتن به این راحتی هم نیست من که اگر یک روز نکشم می‌میرم چطور چند هفته باید صبر کنم بی‌خیالش شدم».*

۷-جدایی تعاملات

افرادی که مشکلات مصرف مواد مخدر دارند، اغلب نیازمند تنوع خدمات سلامت اجتماعی هستند. همکاری ضعیف بین سیستم‌های نهادی می‌تواند موانع جدی برای رفع نیاز را فراهم کند. شرکت‌کننده شماره ۲ می گوید: «*به یه مرکز مراجعه کردم یک سری فرم در یک واحد پر کردم به واحد بعدی که مراجعه کردم دوباره اون‌ها را تکرار کردم مثل اینکه از وجود من هم اطلاع نداشتن درصورتی‌که کلی وقت گرفته شد اخه ما با افراد عادی فرق داریم و صبرمون کمه».* شرکت‌کننده شماره ۳ می گوید: «*بسیاری از کارها رو باید برای چند بار از ابتدا انجام داد و خیلی از مراکز کارایه همو قبول ندارن حتی برای یه آزمایش کوچک که قبلاً انجام دادم، کلاً بین مراکز همکاری وجود نداره».*

۸-نارسایی آموزش

افراد حرفه‌ای نقش مهمی می‌توانند در تشخیص و رفع مشکلات معتادان و تسهیل درمان آن‌ها داشته باشند. بااین‌حال، این افراد حرفه‌ای، ممکن است برای این کار آموزش کافی ندیده باشند. شرکت‌کننده شماره ۹ می گوید: «*برای درمان مراجعه کردم اسم من و تو لیست یه پرسنل که ظاهراً کارشناسی بود نوشته بودن وقتی سؤال می‌پرسیدم به بهانه‌ای گوشی شو را دستش می‌گرفت و از اتاق خارج می‌شد بعضی وقتا طفره می‌رفت اطلاعات کافی نداشت ممکنه مدرک لیسانس داشت ولی درزمینه درمان مواد مخدر خیلی مسلط نبود».* شرکت‌کننده شماره ۱۲ می گوید: «*یه بار حالم خیلی بد شد فوری چند نفر آمدن بالای سرم باهم بحث می‌کردن رنگ یکی‌شان هم پریده بود فکر می‌کردن که من متوجه نیستم ولی فهمیدم که دوزِ دارو مناسب من نبوده».*

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

مقوله اصلی فقدان بستر توسعه خدمات درمان

این مقوله از سه مقوله اصلی عدم قدرت تصمیم‌گیری، آگاهی محدود از اختلاف جنسیتی، تعمیم‌پذیری اعتیاد مردان به زنان برساخت شده است. این مقوله‌ها موانع توسعه خدماتی می‌شوند که به نیاز زنان پاسخ می‌دهد. ممکن است برخی از این موانع مختص توسعه خدمات درمانی نباشند اما ممکن است برای خدمات وابسته به‌سلامتی مشکل ایجاد کنند.

۱-عدم قدرت تصمیم‌گیری

زنان کمتر در موضع قدرت قرار دارند که بتوانند سیاست‌های توسعه و تخصیص منابع درمان را تحت تأثیر قرار دهند. این امر ممکن است نیاز نهادی‌های مربوطه به تحقیق، تخصیص مستقیم منابع برای درمان اختلال مصرف مواد و توسعهٔ سیاست‌هایی مربوط به مسائل جنسیتی را دشوارتر سازد. شرکت‌کننده شماره ۲ می‌گوید: *«همیشه مردا برای ما تصمیم می‌گیرن درصورتی‌که ما ویژگی‌های خودمون و داریم خدا این ویژگی را در ما گذاشته و یه مرد ما را درک نمی کنه این یه مشکل اساسی هست»*. شرکت‌کننده شماره ۴ می‌گوید: *وقتی می‌خواستم برم برای درمان با بدبختی از دست بچه‌ام فرار کردم و تا یه روز حالم به خاطر این کار خراب بود یه مادرمی تونه اینو درک کنه اگه زن‌ها تصمیم می‌گرفتن حتماً فکری هم برا این موضوع می‌کردن چطور ممکنه یه نفر که ویژگی مادری را باوجودش درک نکرده بتونه برای یه مادر تصمیم بگیره».*

۲-آگاهی محدود از اختلاف جنسیتی

بسیاری از عوامل سلامت سنتی بر وضعیت سلامت فردی تأثیر می‌گذارند. آموزش، درآمد، مسکن، اشتغال، شیوه‌های بهداشت فردی و محیط فیزیکی می‌تواند در تفاوت‌های وضعیت سلامت افراد نقش داشته باشد. همچنین اختلافات جنسیتی در بسیاری از این عوامل وجود دارند که باید در طراحی خدمات سلامت شامل خدمات درمان اختلال مصرف مواد در نظر گرفته شود. با این‌حال مدل‌های درمان هنوز برای مردان طراحی‌شده است. شرکت‌کننده شماره ۸ می‌گوید: *«من درآمدی ندارم و درمان برایم سخته درمان باید اختصاصی‌تر باشه، شوهرم به‌زور خرج خوراکم میده چه برسه به درمان و از اون طرف*

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

مشکلات زنان بیشتر از مردان هست، ولی کاری نمی‌کنن». شرکت‌کننده شماره ۶ می‌گوید: «*درمان یه طرفه مسائل جانبی‌ش هم طرفه دیگه، چطور ممکنه من بتونم مسائل جانبی‌ش را حل کنم، به برادرم گفتم گفت همین‌که خرج درمانت تو دادم و از خوراک زن و بچه‌م زدم خیلی لطف کردم*».

۳-تعمیم‌پذیری اعتیاد مردان به زنان

افزایش در تعداد مقالات منتشرشده و نشده و گزارش‌های مربوط به مشکلات مصرف مواد توسط زنان وجود داشته است. علی‌رغم روند افزایشی تحقیقات، هنوز موضوع جنسیت به‌طور سیستماتیک در نظرسنجی جمعیتی و دیگر مطالعات پیشگیری و درمان در بسیاری از مناطق دنیا مطرح نشده است. شرکت‌کننده شماره ۱۱ می‌گوید: «*ما را به‌عنوان شهروند درجه‌دو محسوب می‌کنن برچسب‌هایی که به ما می‌زنند مخصوص خانم است والا همه کارا رو برای آقایانه بعدش اگه شد به ما می رسه».* شرکت‌کننده شماره ۱۴ می‌گوید: *من یه زنم چقدر باید بگم با مردا متفاوتم ولی یه درمانگر با من به‌عنوان یک زن برخورد نمی‌کنه اصلاً نمی‌دونن یک زن چقدر سختی را باید تحمل کنه.*

مقوله اصلی ترس از رویدادهای سخت زندگی

این مقوله از ۵ مقوله فرعی ترس از دست دادن حضانت فرزندان، شرم و ننگ، ترس از تنهایی، ترس از عود و بی‌ارادگی برساخت شده است. بر اساس دید مشارکت‌کنندگان ترس از رویدادهای سخت زندگی در سطح فردی، اجتماعی و فرهنگی جامعه بررسی می‌شود و به‌عنوان موانع دسترسی به درمان از دیدگاه مشارکت‌کنندگان محسوب می‌شود.

۱-ترس از دست دادن حضانت فرزند

مشارکت‌کنندگان بر این باورند که به‌عنوان یک مادر نالایق ممکن است حضانت فرزندان خود را از دست بدهند، بنابراین از درمان که همراه با افشای اعتیاد آنان باشد واهمه دارند. *شرکت‌کننده شماره ۷ که ۶ سال است اعتیاد دارد می‌گوید: «برای مادر خیلی سخته اگر فرزندش را نبینه درسته اعتیاد دارم ولی مادرم دیگه، همیشه با این ترس زندگی می‌کنم که یه روز بچه‌ام را از من بگیرن سعی می‌کنم همه‌جا نرم، به‌هرحال اعتیاد برای یک مادر خوب نیست».* شرکت‌کننده شماره ۱ می‌گوید: «*باور کنید سخت‌ترین عذاب برای یه مادر*

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

اینه که بچه‌اش رو ازش بگیرند دو روزبه علت بیماری تو بیمارستان بستری بودم هزار سال به من گذشت، بیشتر شبا از ترس خوابم نمی بره، بالاخره احساسم که از بین نرفته».

۲- شرم و ننگ

مشارکت‌کنندگان بر این باورند که در بیشتر جوامع و فرهنگ‌ها، مصرف مواد مخدر زنان نسبت به مردان ننگ بیشتری دارد و حمایت لازم را برای درمان کسب نمی‌کنند. *مشارکت‌کننده شماره ۹ می‌گوید: «هم مواد مخدر مصرف می‌کنم و گاهی هم الکل می‌خورم، ولی حتی خانواده ام تنها منو معتاد نمیدونن و انگ بی‌بندوبار هم می‌خوردم و حمایتی نشدم به هم‌ریختم و بعد از ترک دوباره شروع کردم». شرکت‌کننده شماره ۳ می‌گوید:«اعتیادم کم بود، باردارم شدمو به دنبالش هزارتا اتهام از طرف خانواده و دوستان... خود معتاد به‌قدر کافی انگ می‌خوره بارداری هم اونو سنگین‌تر می‌کنه».*

۳-ترس از تنهایی

مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند ترس از دست دادن شریک زندگی، معتادان را از جستجوی درمان منصرف می‌کند. *شرکت‌کننده شماره ۱۲ که سه سال از ازدواجش می‌گذرد می‌گوید: «از زمانی که مصرفم جدی شد به توصیه اطرافیان قصد ترک‌دارم و می‌ترسم مدتی خونه را ترک کنم شوهرم زندگی دیگری برای خودش بسازه و من رو راه نده به‌هرحال اون جوونه». مشارکت‌کننده شماره ۱۱ می‌گوید: «ترس از تنهایی به یه کابوس برایم تبدیل‌شده البته حق به شوهرم می دم اگه یه روز هوو سرم بیاره، اخه این قیافه است که من برا خودم درست کردم».*

٤-ترس از عود

مشارکت‌کنندگان بر این باورند که اثربخشی درمان با آن چیزی که تبلیغ می‌کنند یکی نیست و درمان‌ها اثر لازم را ندارد و آمادگی دنبال کردن هدف درمان را ندارند. *مشارکت‌کننده شماره ۱۰ می‌گوید: «احساس می‌کنم مراجعه به مراکز درمان بیهوده هست تو یه کمپ نشستن و قصه گفتن دردی را دوا نمی‌کنه ما راهی نداریم جزء اینکه با گرفتاری‌مان کنار بیایم». مشارکت‌کننده شماره ۱۴ می‌گوید: «همیشه می‌شنوم که هرکه*

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

ترک کرده بعد از مدتی دوباره شـروع کرده، پدرم هم میگه وقتی تو قبر بزارنت می‌توانی ترک کنی، نمی دونم باید چه کار کنم».

۵-بی‌ارادگی

مشارکت‌کننده‌ها بر این باورند که برای ترک و پاک بودن باید دارای اراده قوی و مصمم بود. مشارکت‌کننده شماره ۱۵ می‌گوید: *«من کراک و الکل مصرف می‌کنم سه بار ترک کردم ولی نتونسم تحمل کنم و مصمم نبودمو دوباره شروع کردم».* مشارکت‌کننده شماره ۴ می‌گوید: *خیلی باید قوی باشی که بتونی ترک کنی و بعدش دوباره شروع نکنی کسی که معتاد میشه کجاش قوی که بتونه ترک کنه».*

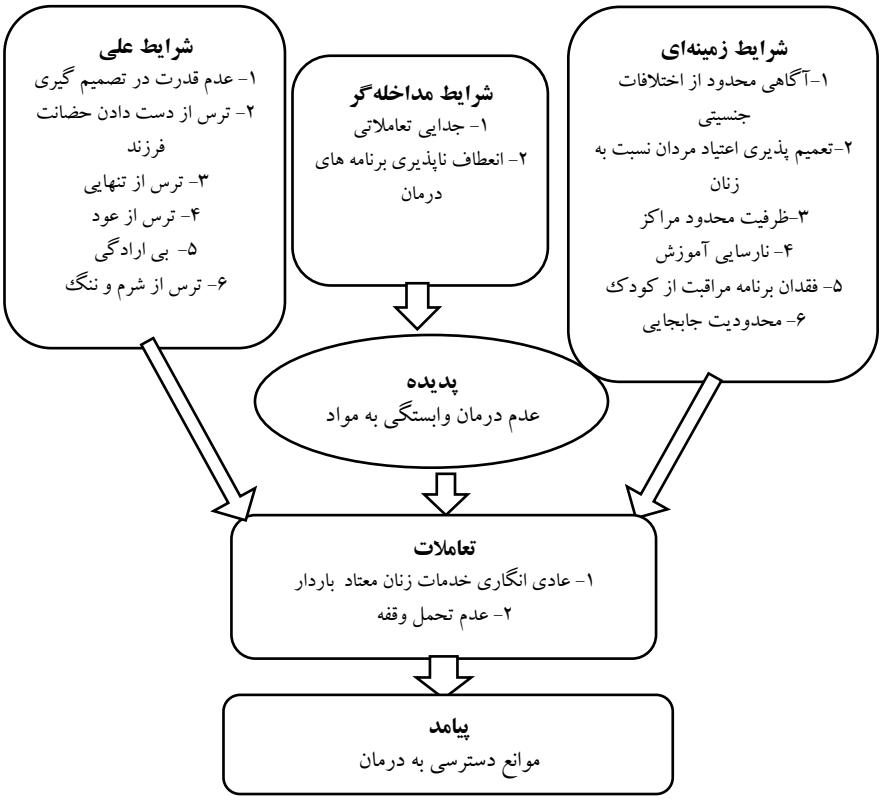
مقوله هسته‌ای نادیده انگاری مشروعیت یافته درمان جنسیتی: یافته‌های پژوهش در این مقوله هسته نشان دادند که درمجموع از ۳ مقوله اصلی ۱۶ مقوله فرعی و ۱۰۰ مفهوم استخراج شده است. سعی شده مقوله هسته و مرکزی به‌گونه‌ای طراحی شود که پدیده اعتیاد و درمان وابستگی به مواد مخدر را در تمامی جهات پوشش دهد؛ به همین ترتیب، مقوله هسته‌ای و مقوله مرکزی، نادیده انگاری مشروعیت یافته درمان جنسیتی مواد مخدر در زنان است. این فرایند به‌طورکلی درمان و موانع دسترسی به آن را در زنان کندوکاو می‌کند. به‌بیان‌دیگر اولین مقوله استخراج‌شده از متن مصاحبه‌ها، مربوط به نارسایی حمایت رسمی است و بدین معنا اولین مسئله‌ای است که ذهن مشارکت‌کنندگان را درگیر کرده است. در این مسیر، کندوکاو داده‌ها مسیر هدایت و اصلاح و درمان کم‌دوام ازنظر مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. مشارکت‌کنندگان بر اساس تجربه که اکثراً بر اساس تصمیم و مراجعه برای درمان اعتیاد به‌دست‌آمده بود دلایل نارسایی حمایت رسمی ازجمله، فقدان برنامه مراقبت از کودکان، عادی انگاری خدمات زنان باردار، انعطاف‌ناپذیری برنامه‌های درمان، ظرفیت محدود مرکز، عدم تحمل وقفه، عدم جدایی تعاملاتی و نارسایی آموزش را به‌عنوان موانع دسترسی زنان به درمان و درمان کم‌دوام شمردند. به باور آنان نارسایی حمایت‌های رسمی به سیاست‌ها، رویه‌ها و برنامه‌های درمان وابستگی به مواد اشاره دارد. اما در کنار نارسایی حمایت رسمی، دلایل دیگری، مانع توسعه خدمات جهت ارائه درمان می‌شود که تحت مقوله اصلی فقدان بستر توسعه خدمات

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

درمان با مقوله‌های فرعی، عدم قدرت تصمیم‌گیری توسط زنان، آگاهی محدود از اختلاف جنسیتی و تعمیم‌پذیری اعتیاد مردان به زنان مطرح شد. بر اساس دید مشارکت‌کنندگان ترس از رویدادهای سخت زندگی مقوله اصلی دیگری است که در سطح فردی، اجتماعی و فرهنگی جامعه بررسی می‌شود این عوامل به‌عنوان موانع دسترسی به درمان از دیدگاه مشارکت‌کنندگان محسوب می‌شود که شامل مواردی همچون ترس از دست دادن حضانت فرزند، شرم و ننگ، ترس از تنهایی، ترس از عود و بی‌ارادگی است. به باور مشارکت‌کنندگان بعضی از این عوامل در سطح کلان موانع دسترسی درمان و درمان کم‌دوام می‌باشند که ممکن است فرد نقش چندانی در آن‌ها نداشته باشد و عوامل در کلیت نظام اجتماعی قرار می‌گیرند. در شکل ۱ مدل کیفی موانع درمان وابستگی به مواد در زنان معتاد ارائه شده است.



شکل ۱: مدل کیفی تبیین موانع درمان وابستگی به مواد در زنان معتاد

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

بحث و نتیجه‌گیری

در قسمت قبل، یافته‌های عمده پژوهش در قالب مفاهیم و مقوله‌های عمده تبیین و تشریح شد. هدف اصلی این بخش تمرکز بر روی سؤال اصلی پژوهش یعنی موانع درمان و درمان کم‌دوام بین زنان معتاد کرمانشاه بود. مقوله‌های پژوهش در قالب مدل پارادایمی که بیانگر سؤال اصلی پژوهش است، استخراج شده است. این مدل پاسخ اصلی به سؤال محوری پژوهش یعنی موانع و علل درمان کم‌دوام است. لذا در اینجا مقوله نادیده انگاری مشروعیت یافته درمان جنسیتی به‌عنوان مقوله هسته انتخاب شد. به‌بیان‌دیگر اولین مقوله استخراج شده از متن مصاحبه‌ها، مربوط به نارسایی حمایت رسمی است و بدین معنا اولین مسئله‌ای است که ذهن مشارکت‌کنندگان را درگیر کرده است؛ اما در کنار نارسایی حمایت رسمی، دلایل دیگری، مانع توسعه خدمات جهت ارائه درمان می‌شود که تحت مقوله اصلی فقدان بستر توسعه خدمات درمان مطرح شد. بر اساس دید مشارکت‌کنندگان ترس از رویدادهای سخت زندگی، مقوله اصلی دیگری است که در سطح فردی، اجتماعی و فرهنگی جامعه بررسی می‌شود. این عوامل به‌عنوان موانع دسترسی به درمان از دیدگاه مشارکت‌کنندگان محسوب می‌شوند. به باور مشارکت‌کنندگان بعضی از این عوامل در سطح کلان موانع دسترسی درمان و درمان کم‌دوام می‌باشند که ممکن است فرد نقش چندانی در آن‌ها نداشته باشد و عوامل در کلیت نظام اجتماعی قرار می‌گیرند. همچنین مدل استخراج‌شده پارادایمی شش بخش دارد که عبارتند از: شرایط علی، پدیده، زمینه، مداخله‌گر، تعامل و پیامدها.

شرایط علی به حوادث، رویدادها و اتفاقاتی اشاره دارد که منجر به وقوع یا گسترش یک پدیده به معنای ایده، حادثه، رویداد و واقعه اصلی است (استراوس و کوربین، ۱۳۹۰). شرایط علی در این تحقیق به‌مثابه موانع و درمان کم‌دوام وابستگی به مواد مخدر عمل می‌کند. در مقوله حاضر ازجمله دلایل اصلی موانع و علل اصلاح و درمان کم‌دوام است. شرایط علی که باعث بروز پدیده اصلی شده است در قالب عواملی کشف‌شده‌اند که این عوامل فردی و اجتماعی بودند که در اینجا شرایط علی عبارت‌اند از: عدم قدرت در تصمیم‌گیری، ترس از دست دادن حضانت فرزند، ترس از تنهایی، ترس از عود، بی‌ارادگی

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

و ترس از شـــرم و ننگ که این نتایج با یافته‌های تحقیق فتحی و بختیاری (۱۴۰۰) و لوید (۲۰۱۴) همسو است. زنان کم‌تر در موضع قدرت قرار دارند که بتوانند سیاست‌های توسعه و تخصـیص منابع را تحت تأثیر قرار دهند. صـندوق توسـعه ملل متحد برای زنان، گزارش می‌دهد که زنان به‌طور گسـترده در پارلمان حضـور ندارند و بدون در نظر گرفتن هرگونه اختلاف سـیسـتماتیک بین کشـورهای فقیر و غنی تنها حدود ۱۴ درصـد از اعضـا به‌طور میانگین از زنان تشـکیل‌شـده‌اند (غفاری، ۱۳۹۹). نیاز نهادی‌های مربوطه به تحقیق، تخصیص مستقیم منابع برای درمان اختلال مصرف مواد و توسعهٔ سیاست‌هایی مربوط به مسائل جنسیتی را دشوارتر می‌سازد. زنانی که باردار و مادر هستند، اغلب از افشای این‌که آن‌ها مشـکل مصـرف مواد دارند و به دنبال درمان هسـتند، واهمه دارند. آن‌ها اغلب این ترس را دارند که آن‌ها به‌عنوان یک مادر نالایق در نظر گرفته شوند و حضانت فرزند خود را از دســت بدهند. مطالعات اثبات کرده‌اند که زنان بیشــتر از مردان دارای خانواده‌ای با مشکلات مصرف مواد مخدر هستند. ازآنجایی‌که روابط نقش بسیار مهمی در زندگی زنان ایفا می‌کنند، زنانی که با شــریک مصــرف‌کننده مواد زندگی می‌کنند، ممکن اســت از جســتجوی درمان منصــرف شــوند؛ زیرا آن‌ها ترس از دســت دادن رابطه خود رادارند. تحقیقات در ادراکات زنان نشــان می‌دهد که برخی زنان احســاس می‌کنند که می‌توانند مشــکلات‌شــان را به‌تنهایی کنترل کنند و یا به اثربخشــی درمان ایمان ندارند (دفتر جهانی مبارزه با مواد مخدر، ۲۰۱۰). به‌طورکلی زنان نسبت به مردان مصرف‌کننده مواد مخدر، از خودانگاره و عزت‌نفس پایین‌تری که با افسردگی ارتباط دارد، برخوردارند.

در بیشـتر جوامع و فرهنگ‌ها، مصـرف مواد مخدر زنان نسـبت به مردان ننگ بالاتری است. درنتیجه، احساس پشیمانی و گناهی که زنان در مصرف مواد مخدر تجربه می‌کنند و شـکسـت آن‌ها برای ایفای نقش خود در جامعه، تصـدیق کردن مصـرف مواد و گشـتن به دنبال کمک را دشــوار می‌کند. مصــرف مواد مخدر به‌طور منفی زنان و فرزندان و خانواده‌شــان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زنان معتاد که به‌عنوان همســر، مراقبت دهنده و مادر، پایه و اساس اخلاق به‌حساب می‌آیند، اغلب به دلیل اعتیادشان، منفی‌تر از مردان به آن‌ها انگ اعتیاد زده می‌شــود. نگرش‌های اجتماعی منفی درباره ناپســند بودن زن معتاد،

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

یک مانع عمده در درمان آن‌ها اســـت. این نتایج با رحیمی موقر و همکاران (۱۳۹۰) و صـــابری و صـــابری (۱۳۹۳) همســـو اســـت. پدیده موردنظر در این مطالعه، اعتیاد و درمان وابستگی به مواد است که تا چه حد تحت تأثیر شرایط علی است و از شرایط علی تأثیر می‌پذیرد و به چه شکل بروز می‌کند که این امر به شرایط زمینه و مداخله‌گر بستگی دارد. همچنین راهبردهایی که در برابر این شـرایط اتخاذ می‌کنند نیز تحت تاثیر شـرایط زمینه‌ای اسـت (اسـتراس و کوربین،۱۳۹۰). زمینه نشـانگر سـلسـله خصـوصـیات ویژه‌ای اسـت که به پدیده دلالت می‌کند؛ به عبارتی محل حوادث، یا وقایع مرتبط با پدیده‌ای در طول یک بعد اسـت. زمینه، در ضـمن عبارت اسـت از سـلسـله شـرایط خاص که در آن راهبردهای کنش / کنش متقابل برای اداره، کنترل و پاسـخ به پدیده صـورت می‌گیرد. در این مطالعه شـرایط زمینه‌ای عبارت است از: آگاهی محدود از اختلافات جنسـیتی، تعمیم‌پذیری اعتیاد مردان نســـبت به زنان، ظرفیت محدود مراکز، محدودیت انتقال، فقدان برنامه مراقبت از کودک و نارســـایی آموزش. این نتایج با تحقیقات رحیمی موقر و همکاران (۱۳۹۰) و شاکرمی نسب و همکاران (۱۴۰۱) همسو است. بسیاری از عوامل سلامت سنتی بر وضعیت سلامت فردی تأثیر می‌گذارند. آموزش، درآمد، مسکن، اشتغال، شیوه‌های بهداشت فردی و محیط فیزیکی می‌تواند در تفاوت‌های وضعیت سلامت افراد نقش داشته باشد. همچنین اختلافات جنسیتی در بسیاری از این عوامل وجود دارند که باید در طراحی برنامه خدمات سلامت و درمان اختلال مصرف مواد در نظر گرفته شود. به‌عنوان مثال، زنان عموماً دارای درآمد کم‌تر هســـتند که می‌تواند به توانایی آن‌ها در حفظ ســـلامت خود یا برای پرداخت هزینه لازم برای خدمات بهداشـــتی اثر بگذارد. از طرفی دیگر، زنان اغلب قدرت کمتری برای مذاکره شیوه‌های امن‌تر نسبت به مردان دارند. خصوصاً در کشورهای درحال‌توسعه، مشـکلات اسـتفاده از مواد مخدر ممکن اسـت توسـط عواملی مانند تغذیه ضـعیف، فقر، سلامت، ضعف زایمان و مشکلات سواد بدتر شود.

شـرایط زمینه‌ای دیگر، تعمیم‌پذیری اعتیاد مردان نسبت به زنان است. اگرچه اصـول و دستورالعمل‌ها، بهترین شیوه و مدل‌های مؤثر از درمان اختلال مصرف مواد زنان در چندین دهه گذشته منتشرشده است، اما بیشتر خدمات هنوز هم در درجه اول برای مردان طراحی

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

می‌شود. علاوه بر این، بسیاری از مدل‌ها و روش‌های درمانی اختصاصی برای زنان فقط در کشورهای توسعه یافته است و نیازمند منابعی برای تحقق کاربرد آن برای زنانی که در زمینه‌های مختلف فرهنگی، سیاسی و اجتماعی زندگی می‌کنند، است. برخی مطالعات نشان دادند که زنان ممکن است نسبت به مردان مدت زمان بیشتری منتظر بمانند تا بتوانند وارد درمان خصوصاً درمان اقامتی شوند. ناتوانی فراهم کردن پاسخ سریع یا حمایت از زنان باعث می‌شود که زنان درمان را از دست دهند. عواملی مانند هنجارهای فرهنگی که به زنان اجازه خروج از منزل، مراقبت از کودکان و مسئولیت‌های خارج از خانه را نمی‌دهند، درمان و هزینه‌های مرتبط با درمان را برای زنان دشوار می‌کند که بخواهند جامعه خود را برای حضور در درمان ترک کنند. زنان ممکن است همچنین مشکلاتی در به دست آوردن برنامه‌های سرپایی را تجربه کرده باشند که از جایی که زندگی می‌کنند فاصله داشته باشد. مطالعات نشان می‌دهد که زنانی که به دنبال درمان هستند، بیش‌تر از مردان احتمال زندگی با وابستگی به کودکان را می‌توانند داشته باشند. فقدان مراقبت از کودکان احتمالاً سازگارترین عامل محدودکننده دسترسی به درمان برای زنان است. مطالعات نشان می‌دهد که زنان نسبت به مردان احتمال بیش‌تری برای زندگی با شریک مصرف‌کننده مواد، منشأ خانوادگی با مشکلات مصرف مواد مخدر و تجربه کودکی از اختلال استفاده جنسی یا فیزیکی دارند. این امر ممکن است مراقبت از کودکان و حمایت را برای زنان (مثل زن و شوهر، پدر و مادر یا سایر اعضای خانواده) غیرقابل دسترس کند. اگرچه جامعه نگران رفاه کودکان است، اما برنامه‌های اندکی از درمان اختلال مصرف مواد برای فراهم کردن مراقبت از کودکان تعلق‌گرفته است.

شرایط مداخله‌گر به شرایط ساختاری مربوط به راهبردهای عمل/ تعامل که مربوط به یک پدیده است اشاره دارد. آن‌ها تسهیل‌کننده یا محدودکننده راهبردهایی هستند که در درون یک زمینه خاص قرار دارند. شرایط مداخله‌گر عبارت‌اند از: جدایی تعاملاتی، انعطاف‌ناپذیری برنامه‌های درمان. یکی از شرایط مداخله‌گر جدایی تعاملاتی است افرادی که مشکلات مصرف مواد مخدر دارند، اغلب نیازمند تنوع خدمات سلامت اجتماعی هستند. همکاری ضعیف و اتصال بین سیستم‌های مهم می‌تواند موانع جدی برای رفع نیاز

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

را فراهم کند. برای زنان، همکاری و اتصال خصوصاً بین سیستم درمان اختلال مصرف مواد، سیستم رفاه کودکان و سیستم مراقبت ضروری است. خانواده‌های زنان و مسئولیت‌های خانه، می‌تواند شرکت در این برنامه‌ها با برنامه‌ریزی مشخص‌شده را برای آنان دشوار کند. برنامه‌ریزی قابل انعطاف با گزینه‌هایی برای روز، هفته و شب می‌تواند امکان دسترسی را افزایش دهد. این نتایج با یافته‌های عسکری کویری، گنجی، بابایی فر و شیره‌پز آرانی (۱۳۹۸) و روشن پژوه (۱۳۹۲) مطابقت دارد. راهبردهای عمل/ تعامل برای مدیریت، اداره، انتقال دادن یا پاسخ دادن به پدیده تحت مجموعه خاصی از شرایط مشاهده، از سوی کنشگران تدبیر می‌شود، پیامد به بروندادها یا نتایج راهبردها اشاره دارد (استراس و کوربین، ۱۳۹۰). زنان معتاد استان کرمانشاه واکنش و تعاملات خاصی از خود بروز داده‌اند، عادی انگاری خدمات زنان معتاد باردار، عدم تحمل وقفه، این تعاملات پیامدهای خاصی می‌تواند داشته باشد که در مقوله هسته درمان کم دوام وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، درنتیجه این شرایط و تعاملات، درمان کم‌دوام و کم بازده خواهد شد، اعتیاد به مواد مخدر در بین زنان استان تسهیل می‌شود و شاهد روند افزایشی زنانه شدن اعتیاد هستیم.

نتیجه نهایی پژوهش نشان می‌دهد که موانع درمان و علل درمان کم‌دوام در بین زنان معتاد کرمانشاه در مقوله هسته نادیده انگاری مشروعیت یافته درمان جنسیتی درک و تفسیر می‌شود. بدین معنا که بازسازی معنای انجام شده از درک و تفسیر زنان معتاد به مواد مخدر در زنان استان کرمانشاه تحت مقوله هسته و سه مقوله اصلی نارسایی کمک‌های رسمی، فقدان بستر توسعه خدمات درمان و ترس از رویدادهای سخت زندگی به دست می‌آید؛ بر اساس مقوله هسته پژوهش شرایط کنونی درمان مناسب نیست، علاوه بر تقویت برنامه کاهش تقاضا، روش‌ها و رویکرد درمانی باید تغییر کند. تدوین برنامه جامع درمانی با مشارکت همه‌جانبه نهادها و همکاری بخش خصوصی، برنامه به‌کارگیری روش‌های مشاوره زناشویی و خانواده به‌منظور حل مشکلات زناشویی و خانوادگی، جلب همکاری نزدیکان درجه اول معتاد، فراهم آوردن محیط مساعد خانواده برای معتاد بعد از درمان، روش‌های مؤثر کمک به معتادان و جلوگیری از بازگشت زنان به مصرف، تلاش در جهت

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

افزایش سطح آگاهی والدین نسبت به درمان و مراقبت‌های بعد از آن، تعمیق ارتباط عاطفی و عقلانی والدین به فرزندانشان و پرهیز از زورگویی در زمان درمان، تقویت روحی معتادان خود معرف برای ترک در زمان مراجعه به کلینیک ترک اعتیاد، دادن آموزش کافی به فرد معتاد در زمان بستری، ایجاد مراکز درمانی دولتی برای معتادان نادم و فاقد توان مالی و روان‌درمانی مناسب و آموزش علمی، فنی، شغلی، اخلاقی و دینی آن‌ها تحت وزارت بهداشت و درمان تا این قبیل معتادان پناه بگیرند. برنامه‌های اقتصادی برای تغییر در معیشت، بازنگری در قوانین و ایجاد امکانات گذران اوقات فراغت پس از درمان مدنظر قرار گیرد. بر اساس این یافته‌ها و با توجه به نقش زن در خانواده و تأثیر آن بر سلامت خانواده و جامعه، لازم است خانواده‌های آسیب‌پذیر را شناسایی کرد و به این گروه آسیب‌پذیر توجه بیشتر کرد و برنامه‌های مناسبی طراحی شود تا علاوه بر پیشگیری با افزایش دسترسی به خدمات و کاهش آسیب و همچنین درمان، در ارتقاء سلامت زنان و جامعه گام مؤثری برداشته شود. نتایج این مطالعه را می‌توان در ارائه راهکارهای عملی به مسئولان استان کرمانشاه در اتخاذ تدابیر لازم در جهت ایجاد، توسعه و تقویت منابع و راهکارهای موجود در دستگاه‌های اجرایی استان به‌طور اعم و سازمان‌های بهزیستی، زندان‌ها و ستاد و شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر به‌طور اخص ارائه نمود. این مطالعه با محدودیت‌هایی ازجمله عدم دسترسی به آمار و بانک‌های اطلاعاتی، خودداری بعضی از مسئولان از ارائه آمار و اطلاعات در حوزه زنان به خاطر حساسیت این بخش، فرآیند طولانی صدور مجوز به علت تمرکز مراجع تصمیم‌گیری در مرکز، عدم تمایل به همکاری و عدم دسترسی به بعضی از مشارکت‌کنندگان بخصوص در بخش دولتی به علت مشغله‌های فراوان و محدود بودن تحقیقات انجام‌شده در داخل کشور با موضوع اعتیاد زنان همراه بود.

منابع

استراوس، آنسلم و کوربین، جولیت (۱۳۹۰). اصول *روش تحقیق کیفی*. ترجمهٔ بیوک محمدی. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۰).

ایمان، محمدتقی (۱۳۹۱). *روش‌شناسی تحقیقات کیفی*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

بدیع، علی؛ مکوندی، بهنام؛ بختیاری، سعید و پاشا، رضا (۱۴۰۱). نقش الگوی ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری استرس در پیش‌بینی خودکار آمدی ترک اعتیاد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۱۶۶-۱۴۵.

حاجلی، علی؛ زکریایی، محمدعلی و حجتی کرمانی، سوده (۱۳۸۹). نگرش مرد به اختلال مصرف مواد مخدر در کشور. *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۲)، ۱۱۲-۸۲.

رحیمی موقر، آفرین؛ ملایری خواه لنگرودی، زهرا؛ دلبر پور احمدی، شهناز و امین اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۰). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷(۲)، ۱۲۵-۱۱۶.

روشن پژوه، محسن (۱۳۹۲). *سند جامع درمان و حمایت‌های اجتماعی اعتیاد کشور*. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر.

ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۷). *کتابچه سال ستادمبارزه با مواد مخدر*. تهران: دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.

شاکرمی نسب، محسن؛ عظیم زاده طهرانی، نگار؛ رستمی، طاهره و پاسان زاد، مصطفی (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر ولع مصرف و خودکارآمدی ترک اعتیاد در بیماران تحت درمان با متادون. *اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۲۵۸-۲۴۱.

صابری، زهرا و صابری، مینا (۱۳۹۳). *نقش حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی در درمان اعتیاد زنان*. تهران: ششمین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده.

طاهری فرد، مینا؛ بشر پور، سجاد؛ حاجلو، نادر و نریمانی، محمد (۱۴۰۰). الگوی ساختاری عود افراد داری اختلال مصرف مواد بر اساس سوگیری توجه و حساسیت به پاداش با نقش میانجی کنترل. *اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۱۴۲-۱۱۷.

طراحی، محمدجواد؛ انصاری، حسین؛ حیدری، کاظم؛ شرهانی، اسعد؛ اکرمی، رحیم و هلاکویی، کوروش (۱۳۹۱). بررسی دیدگاه کارشناسان ترک اعتیاد و معتادان خود معرف مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر خرم‌آباد در مورد عوامل مرتبط با عود اعتیاد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۲(۴)، ۳۰۸-۳۰۰.

عسکری کویری، اسما؛ گنجی، محمد؛ بابایی فر، اسدالله و شیره‌پز آرانی، علی‌اصغر (۱۳۹۸). تحلیل محتوای ساختار مراکز درمان اعتیاد در ایران. *اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۳)، ۹۶-۷۷.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

غفاری، داریوش (۱۳۹۵). *مطالعه تلفیقی عوامل اقتصـادی، اجتماعی و فرهنگی اعتیاد در بین زنان*. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم اجتماعی.

غفاری، داریوش (۱۳۹۹). *جامعه‌شناسی اعتیاد*. تهران: آرون.

فتحی، منصـور و بختیاری، عباس (۱۴۰۰). مطالعه کیفی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد. *انتظام*، ۱۳(۱)، ۲۰۰-۱۶۷.

موسوی نسب، محمدحسین؛ شمس‌الدینی، لطیف و زهرا منصوری (۱۳۹۴). بررسی نقش واسطه‌ای رضـایت از زندگی در رابطه بین راهبردهای مقابله با اسـترس و نگرش اعتیاد. *اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۳)، ۵۵-۴۲.

نوری، رویا (۱۳۸۹). جامعهٔ صـنعتی و اعتیاد به مواد صـنعتی. *ماهنامهٔ اجتماعی و فرهنگی توکّد*، (۴۴)، ۲۰-۱۷.

References

Abasi, I., & Mohammadkhani, P. (2016). Family risk factors among women with addiction-related problems: an integrative review. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 5(2), 1-10.

Abazid, H., Abou -Isba, S., Abu Farha, R., & Al -Jomaa, E. E. (2020). Drug abuse in Syria: pattern of use, causes and perception as perceived by Syrian addicts. *Journal of pharmaceutical health services research*, 11(2), 183 -188.

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.

Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basic Qualitative Research*. London: Sage.

Goel, N., Gupta, S., Khanna, S., Lochan, S., Gupta, A., & Cander, R. (2018). Study of drug dependence with associated comorbid physical health disorder. *International journal of current research in medical sciences*, 4(6), 1 -11.

Klaman, S. L., Lorvick, 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.

Lombard, S., Pullen, D. L., & Swabey, K. (2017). Conceptualizing trauma for children of drug addicted mothers: A developmental mapping. *Journal of trauma & treatment*, 6(1), 1-4.

Loyd, A. (2014). *The Relationship Codes; Alexander Loyd Services, LLC, 2430*. https://www.dralexanderloyd.com/the-relationship-codes/

Melemis, S. M. (2015). Relapse prevention and the five rules of recovery. *The yale journal of biology and medicine*, 88(3), 325 –332.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]

Nygaard, E., Moe, V., Slinning, K., & Walhovd, K. B. (2015). Longitudinal cognitive development of children born to mothers with opioid and polysubstance use. *Pediatric research*, 78(3), 330-335.

Stevens, E., Jason, L. A., Ram, D., & Light, J. (2015). Investigating social support and network relationships in substance use disorder recovery. *Substance abuse*, 36(4), 396-399.

UNODC Research (2010). World Drug Report. Retrieved from United Nation Office on Drugs and Crime Website, US: UNODC.

UNODC Research. (2017). World Drug Report. Retrieved from United Nation Office on Drugs and Crime Website, US: UNODC.

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.

WHO, C. O. (2020). World health organization. *Diabetes*.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.245]