

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

ضحی حاجیه^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 محاسن 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. **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 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، به‌عنوان مهم‌ترین روش‌های ترک اعتیاد زنان در شهر تهران کشف شد. با تجزیه و تحلیل متن مصاحبه‌ها، ۳ تم محاسن 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، محاسن و معایب اختصاصی 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، محاسن و معایب، زنان با اختلال مصرف مواد، روش‌های ترک اعتیاد، راهکارهای ارتقاء کیفیت درمان

*. این مقاله برگرفته 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 سوء مصرف کننده‌ی مستمر مواد در ایران را تشکیل می‌دهند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۷). هرچند تعداد زنان با اختلال مصرف مواد در ایران در مقایسه با مردان با اختلال مشابه کمتر است، به دلیل اثرات منفی گسترده‌ی سوء مصرف مواد توسط زنان (اسکیان، کراس، بابا، کدیر و شرقی^۱، ۲۰۱۶؛ کسنتینو، کارنیرو ویانا، دوناسیمنتو سوزا و دی‌بریزولا پردونسینی^۲، ۲۰۱۷)، نیازهای درمانی ویژه (گالانت، کلب و بریدی^۳، ۲۰۱۵) و پیچیدگی‌ها و شرایط منحصر به فردی که درمان آن‌ها باید داشته باشد (چو، کوپرسادلو، دیاموند، موروئی 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 (پیندو، 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، ژنکینز، وینرب، گلبرگ و اروک^۷، ۲۰۱۸) و کمبود کادر آموزش دیده و متخصص (کلامن، لوروک 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 (گالانت 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 نویسندگان نشان داده است که در اکثر پژوهش‌های

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. Klamann, Lorvick & Jones,
9. Sugarman, Meyer, Reilly & Greenfield
10. Hill

مرتبط با مراکز درمانی اقامتی زنان، کیفیت این روش‌های درمانی ارزیابی نشده‌اند و صرفاً نمونه‌ای این پژوهش‌ها از این مراکز انتخاب شده‌اند. در این پژوهش‌ها، اغلب به موضوعات مختلفی در زمینه اختلالات روان‌پزشکی، مانند رابطه‌ی بین اختلال شخصیت مرزی با وابستگی به مواد و رفتارهای جنسی پرخطر (تول، گراتز و ویز^۱، ۲۰۱۱)، رابطه‌ی اختلال استرس پس از سانحه با مشکلات مرتبط با سلامتی و افسردگی (مش‌برگ-کوهن، پرسو، تاکر، هفتر و سیویکس^۲، ۲۰۱۶) و شدت اعتیاد به مواد (آروالو، پرادو و آمارو^۳، ۲۰۰۸)، پرداخته شده و عواملی مانند مشخصات مشارکت‌کنندگان (گلسی، ناکانو، واگنر، دی اولیویرا سیلوا و فیچر^۴، ۲۰۱۶)، ویژگی‌های پیش‌بینی‌کننده‌ی شرکت افراد در این نوع درمان‌ها (سیکول^۵، ۲۰۱۳) و موانع نگهداری کودکان (چو و همکاران، ۲۰۲۰؛ روبینسون، کلی، دین و توسند^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؛ روبینوویچ، موکیت، شیلر، سالیسبری-افشار و ترپلن^۹، ۲۰۱۶؛ اسمیت^{۱۰}، ۲۰۲۰؛ بلژنگوئی-اراسو و پاستور-گوزالبز^{۱۱}، ۲۰۱۹)، خدمات بهداشت بارداری (رایت^{۱۲}، ۲۰۱۹؛ برنشتاین، برگر 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 مراجعه‌کننده (بروگلی

1. Tull, Gratz & Weiss
2. Meshberg-Cohen, Presseau, Thacker, Hefner & Svikis
3. Arévalo, Prado & Amaro
4. Gallassi, Nakano, Wagner, De Oliveira Silva & Fischer
5. Sekol
6. Robinson, Kelly, Deane & Townsend
7. Derrington

8. Krans
9. Robinowitz, Muqueeth, Scheibler, Salisbury-Afshar & Terplan
10. Smith
11. Belzunegui-Eraso & Pastor-Gosálbez
12. Wright
13. Bornstein, Berger & Gipson
14. Clergue-Duval
15. Qin

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

بررسی پژوهش‌های مرتبط با روش‌های درمان اعتیاد در ایران هم نشان داده است که در اکثر موارد، افراد ساکن در مراکز 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 تاب‌آوری (عبدی زرین و مهدوی، ۱۳۹۷)، اثربخشی موسیقی درمانی بر اضطراب (سلیمانی و صنوبر، ۱۳۹۴)، اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر علائم اختلال شخصیت ضداجتماعی (پیری، حسینی، اسدی و شریعتی‌نیا، ۱۳۹۸) و اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سوء مصرف مواد و شدت علائم افسردگی (زمستانی، بابامیری و سپیانی، ۱۳۹۵) بوده و تعداد اندکی از پژوهش‌ها (عسگری کویری، گنجی، بابائی فرد و شیرپز، ۱۳۹۸؛ اسلامی، طالبی، مهدی پورخراسانی، ذاکری همانه و کاظمی، ۱۳۹۶؛ حراقی و حراقی، ۱۳۹۷؛ مغنی‌باشی منصوریه، فتحی، براتی ساده 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 (بلزونگوئی-اراسو و پاسر-گوزالیز، ۲۰۱۹). براساس بررسی نویسنده‌گان، پژوهش حاضر، جز معدود 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 درهم تنیده هستند. 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 بهبودگستران 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 تعیین‌کننده 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 روشن 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 (کوربین 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، برچسب‌زدن، 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، متشکل 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 یادداشت‌برداری اطلاعات‌شان و ثبت آن‌ها به صورت ناشناس بود. ملاک خروج افراد از پژوهش، سوء مصرف هر نوع ماده‌ی اعتیادآور و یا عدم سم‌زدایی فیزیکی کامل از مواد مصرفی (عدم تکمیل دوره‌ی ۸ روزه سم‌زدایی) بود. در ابتدای هر مصاحبه، نحوه‌ی رازداری و حفظ اطلاعات، برای مشارکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده می‌شد و اعتماد آن‌ها نسبت به ثبت و یادداشت‌برداری 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.

1. theoretical sampling
2. open coding

3. axial coding
4. selective coding

ابزار

مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته‌ی عمیق چهره‌به‌چهره، 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 به‌دست 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: باتوجه 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 اعتیاد^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

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 ارزیابی 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

مشارکت‌کنندگان پژوهش، زنان با اختلال مصرف مواد، با میانگین سنی ۲۹/۱ سال و انحراف استاندارد ۱/۷ بودند. مشارکت‌کنندگان، 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، فروشندگی، 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 منبع 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

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 می کردند. سایر افراد نیز، در منزل شخصی، به همراه خانواده و یا به تنهایی زندگی می کردند (جدول ۱).

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان تحقیق

اطلاعات دموگرافیک	توضیحات	توزیع فراوانی	درصد فراوانی
سن	نوجوان (۱۱-۱۹) 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 تاهل	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

با بررسی تمامی مصاحبه ها با روش کد گذاری باز، مقوله ها کشف و نام گذاری شد. با ارتباط دادن مقولات با یکدیگر در مرحله ی کد گذاری محوری و انتخابی، مقوله تجربه ی زنان و دختران از روش های ترک اعتیاد، به عنوان مقوله ی قانونی کشف و جای گذاری شد. سپس تمامی مقولات با مقوله ی قانونی ارتباط داده شدند و نهایتاً در اجزاء مدل پارادایمی نظریه ی زمینه ای (شرایط علی، شرایط زمینه ای، 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 محاسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان و معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان در بخش شرایط زمینه‌ای مدل، ۶ مولفه‌ی داشتن / نداشتن شغل، فرزند، راهنما، موقعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت جسمی و روانی و حمایت یا عدم حمایت خانواده، در بخش شرایط میانجی مدل، دو مقوله‌ی بهره‌مندی از محاسن 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 محاسن آن‌ها و پیامدهای منفی روش‌های مختلف ترک در صورت تاثیرپذیری زنان از محاسن 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، مخدرها و محرک‌ها. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۸ می‌گوید:
من ۱۴ سال مصرف‌کننده بودم، اوایل فقط تریاک می‌کشیدم، ولی بعدش رفتم 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 هر جور 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، به‌عنوان 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:

✓ محاسن روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان: این مقوله، متشکل از ۸ ویژگی است:

- محاسن 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 باهاش صحبت کنیم.

- محاسن 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 تجارب پاکی بالا و استفاده از تجارب 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 اجبار آوردنم کمپ، ولی اون‌جا برخورد خوبی با ما داشتن، با بچه‌های 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 اگر مواد نمی‌زدم خیلی وسوسه می‌شدم ولی این‌جا چون از محیط مصرفم دورم، وسوسه‌هام کمتره.

• حسن مشترک ترک در منزل، کلینیک و بیمارستان: آشنا نشدن با مصرف‌کنندگان 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 سوءمصرف‌کننده‌ی دیگه ارتباط نداشتم.

• 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 برجسب‌زنی 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 قبلاً به‌خاطر دوری از پسر ۲ ساله‌ام، نمی‌تونستم ترک کنم و جایی نبود که بتونم با خودم ببرمش، ولی این‌جا (کمپ مجوزدار) با پسر ۲ ساله‌ام هستم و می‌تونم ترک کنم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴ نیز می‌گوید: این‌جا پاکی با درد و رنج هست، چون برآش زحمت می‌کشیم و سخت به‌دست میاد، 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 قبلاً ترک کرده بود، من که وسوسه می‌شدم، منو با ماشین می‌برد بیرون می‌گردوند تا وسوسه‌ام کم بشه.

• محاسن اختصاصی ترک در بیمارستان: امکان سم‌زایی فیزیکی سریع^۱ و کنترل مناسب علائم ترک. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۵ می‌گوید: یک‌بار توی بیمارستان ترک کردم، ۲ روز کامل پاک شدم و با قرص‌هایی که بهم می‌دادن، هیچ مشکلی نداشتم.

✓ معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد زنان: این مقوله، مشکل 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 طولانی‌مدت، هم‌نشینی با افراد سوء‌مصرف‌کننده، آشنایی با مصرف‌کنندگان 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 اقامت 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 اوادم کمپ، حتی کمپ مجوزدار، با مواد جدید و آدم‌های جدید آشنا شدم، کلاً مصرف هر ماده‌ای برام عادی شد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۴ هم می‌گوید: یک سال زندان بودم ولی خانواده‌ام یک‌بار هم به ملاقاتم نیومد، روزی نبود که برای انتقام ازشون هم که شده به مواد فکر نکنم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۵ نیز

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

• عیب مشترک کمپ‌های اقامتی با مجوز و بدون مجوز: سیگاری شدن. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۳ می‌گوید: من قبل این که پیام کمپ، فقط شیشه می‌کشیدم و اصلاً لب به سیگار نزده بودم، ولی این‌جا برای این که شبیه دیگران بشم و شیشه یادم بره سیگاری شدم، خانواده‌ام ناراضی‌ان من سیگاری شدم و می‌گن باید بذارمش کنار.

• معایب مشترک ترک در منزل، بیمارستان و کلینیک: ترک یک ماده با جایگزینی قرص و مواد دیگر و نهایتاً ایجاد وابستگی‌های جدید، مواجهه با یادآورهای مصرف مواد و تجربه‌ی وسوسه‌های شدید، نداشتن تعامل نزدیک با افراد با تجارب موفق پاک‌ی، برگزار نشدن و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی مناسب. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳ می‌گوید: من برای ترک از کلینیک متادون می‌گرفتم، ولی بعد از خوردن متادون، نه‌تنها مصرفم کم نشد، بلکه متادون هم بهش اضافه شد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۰ نیز می‌گوید: من هم توی خونه و هم توی بیمارستان ترک کردم، ولی هیچ‌کدوم منجر به پاک‌ی طولانی نشد چون من هیچ کلاس و مشاوره‌ای شرکت نکرده 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 تهیه‌ی 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 فرآیند ترک مواد، ترس شدید از حضور مجدد 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 اون‌جا (کمپ بدون مجوز) بودم، منو می‌زدن، مسخره می‌کردن و شرایط خیلی سختی داشتم، واسه همین از بابام که به‌زور منو برده بود اون‌جا منتفر شده بودم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۸ نیز در این زمینه می‌گوید: توی کمپ بدون مجوز، همه‌چیز بد بود، از برخورد‌های بدی داشتن و من تحمل اون‌جا رو نداشتم و یک شب فرار کردم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۴ هم می‌گوید: من قبل این که برم کمپ بدون مجوز، فقط شیشه‌ای بودم، ولی اون‌جا 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 کلاً 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 علائم 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 برادر ام معتاد بودن و منم مصرف می‌کردم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۶ نیز می‌گوید: تو خونه برای اینکه راحت‌تر ترک کنم، قرص می‌خوردم که بعداً اونم به مصرفم اضافه شد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۶ هم می‌گوید: تو خونه که ترک می‌کردم، خیلی وسوسه می‌شدم، وقتی وسوسه‌هامو به مامانم می‌گفتم جوری باهام برخورد می‌کرد که باعث لغزشم می‌شد.

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

دوست شدم و بعداً اون قرص هامو برام جور می‌کرد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۸ نیز می‌گوید: من همش توی بیمارستان جوری وانمود می‌کردم که انگار خیلی درد دارم تا مسکن بیشتری بهم بزنند.

• معایب اختصاصی ترک در کلینیک: امکان دریافت مقادیر بیشتر دارو و عدم مصرف صحیح داروهای تجویزی. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴۰ می‌گوید: من همش سر و کله می‌زدم که متادون بیشتری بگیرم، چون بهش وابسته شده بودم. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۱ نیز می‌گوید: من از کلینیک متادون می‌گرفتم و وانمود می‌کردم که می‌خورم، ولی نمی‌خوردم و بعد از چند روز، یک‌جا همه رو با هم مصرف 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 ویژگی‌های مثبت. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲۶ می‌گوید: توی کمپ، جای خواب و غذای گرم و جای داشتیم. اون‌جا سختی هم می‌کشیدیم ولی یه سقفی بالا سرمون بود.
- اجتناب از حضور در موقعیت‌های آسیب‌زا. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۲ می‌گوید: تو خونه که ترک کردم، پدرم جلوم مصرف می‌کرد، ولی من واسه این که لغزش نکنم چندین روز توی بالکن بودم و می‌خوابیدم.

✓ تاثیرپذیری از معایب روش‌های مختلف ترک اعتیاد: این مقوله، متشکل از ۸ ویژگی است:

- توجه به ویژگی‌های منفی. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۹ می‌گوید: منو به اجبار آوردن کمپ، الان ۶ ماهه این‌جا 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، متشکل 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، هرچند 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، متشکل از ۴ ویژگی است:

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

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

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

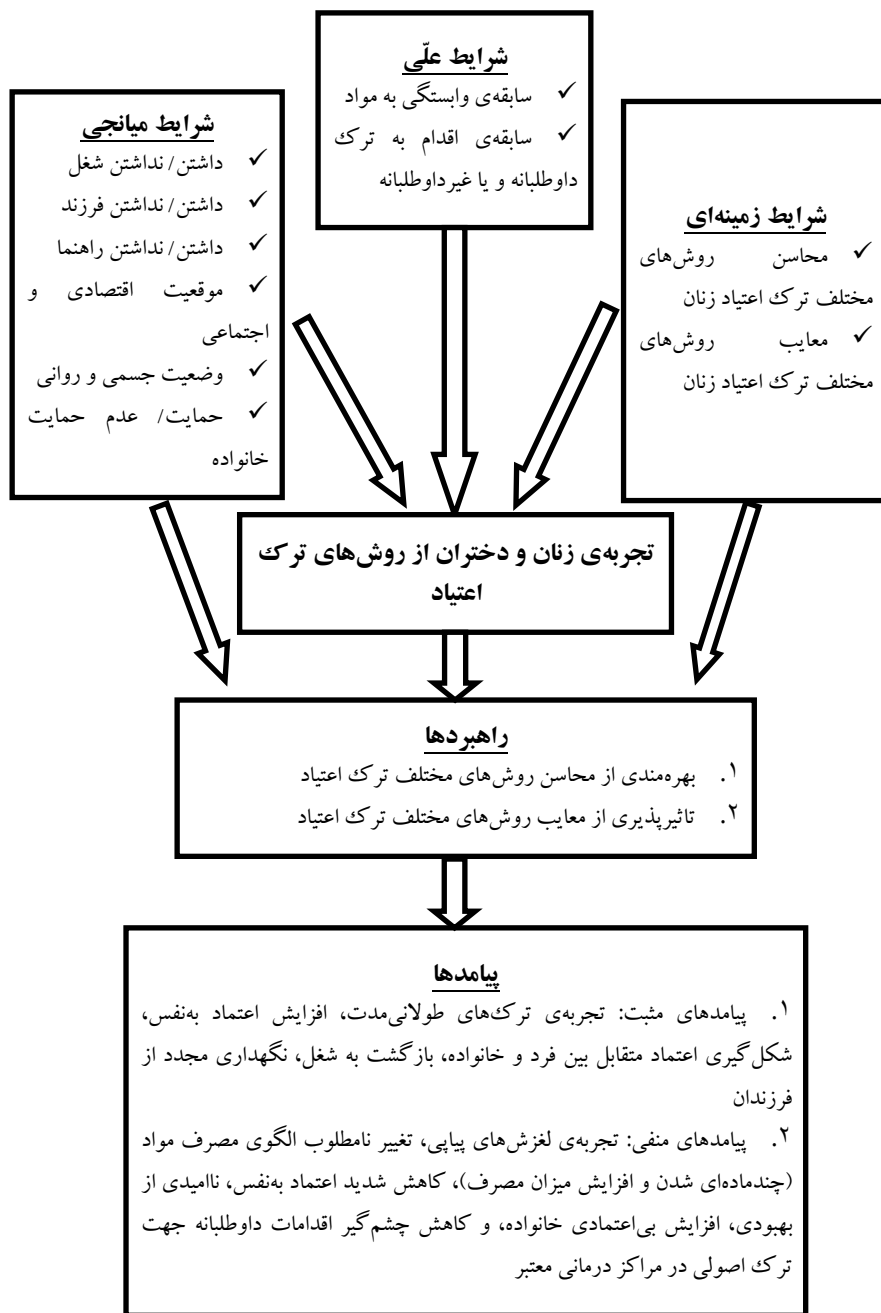
اقدامات داوطلبانه جهت ترک اصولی در مراکز درمانی معتبر. مصاحبه‌شونده‌ی

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

همش در رفت‌وآمد 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 قرص دیگه‌ای هم بهش اضافه شد. خانواده‌ام دیگه قبولم ندارن. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳۴ هم می‌گوید: انقدر توی کمپ‌های بدون مجوز، اذیت شده بودم که دیگه خودم حاضر نبودم توی هیچ مرکزی پذیرش بشم، الانم منو به‌زور و با آمبولانس آوردن این‌جا.

۵. شرایط میانجی: شرایط مداخله‌گر (میانجی)، شرایطی هستند که در راستای تسهیل یا محدودیت راهبردهای کنش/کنش متقابل در زمینه‌ی خاصی عمل می‌کنند و شرایط کلی‌تر و وسیع‌تری هستند که بر چگونگی کنش/کنش متقابل اثر می‌گذارند (کورین و استراس، ۲۰۱۴). از آنجایی که این شرایط در افراد مختلف، به‌طور متفاوتی تأثیر 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، راهنما، موقعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت جسمی و روانی و حمایت یا عدم حمایت خانواده به‌عنوان شرایط مداخله‌گر (میانجی) کشف شده است. خلاصه‌ی یافته‌های پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.



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

راهکارهای پیشنهادی جهت ارتقاء کیفیت درمان
با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، راهکارهایی جهت ارتقاء کیفیت روش‌های
درمانی مختلف پیشنهاد می‌شود:

- راهکارهای اختصاصی برای مراکز اقامتی:
- ✓ تفکیک محل و نوع ارائه‌ی خدمات براساس سن و سوابق مصرف افراد:
اختصاص سالن‌های مجزا و جلسات آموزشی اختصاصی به سوء مصرف کنندگان
نوجوان و بزرگسال مواد مخدر، مواد محرک، قرص‌های اعتیاد آور و افرادی که
از طریق طرح‌ها و اقدامات فوریت‌های اجتماعی شهرداری و نیروی انتظامی به
مراکز مراجعه می‌کنند.
- ✓ اختصاص دو حیات مجزا برای افراد سیگاری و غیرسیگاری جهت پیشگیری از
سیگاری شدن سوء مصرف کنندگان بدون سابقه‌ی مصرف سیگار.
- ✓ اختصاص مرخصی‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت تحت نظارت خانواده و پیگیری
مسئولین مرکز: در نظر گرفتن مرخصی‌های درمانی برای افراد با تبعیت درمانی
بالا و متناسب با شرایط و روند بهبودی افراد، با هدف تنظیم احساسات و
هیجانانی مانند دل‌تنگی و همچنین تمایلات جنسی (به‌طور مثال اختصاص
مرخصی‌های ساعتی برای افراد با سابقه‌ی پاکی کمتر از ۳ ماه، مرخصی‌های 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 ترخیص 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، مسئولیت‌پذیری 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
یادآوری تلاش‌های آن‌ها در مسیر بهبودی.

- ✓ عدم موافقت مسئولین با حضور دو هم مصرف به طور همزمان در یک مرکز با هدف پیشگیری از اشتراک خطرات مصرف مواد و بروز وسوسه های شدید.
- راهکارهای مشترک برای مراکز اقامتی و زندان:
- ✓ نظارت مسئولین بر نوع تعاملات افراد با یکدیگر جهت پیشگیری از شکل گیری روابط آسیبزا میان افراد، مانند ترغیب یکدیگر به سوء مصرف مواد جدید، یادآوری خطرات مثبت مصرف مواد و معرفی پاتوق های جدید.
- ✓ تدوین برنامه ها 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 خانواده های آنها جهت تنظیم و بازسازی احساسات و هیجانات منفی طرفین نسبت به یکدیگر.
- ✓ آگاهی بخشی چالش های زندگی گروهی و آموزش مهارت های 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.
- راهکارهای اختصاصی برای زندان ها
- ✓ تفکیک سالن های 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 برنامه ریزی بلندمدت جهت قطع کامل مصرف آنها جهت پیشگیری از ایجاد وابستگی های جدید.
- ✓ پاکسازی محل زندگی و اشتغال از یادآورهای مصرف مواد جهت پیشگیری از تجربه ی وسوسه های شدید.
- ✓ حضور همزمان در جلسات مشاوره و آموزشی و برقراری تعامل نزدیک با افراد با تجارب موفق پاکی.

- راهکارهای اختصاصی برای ترک 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 ترک در کلینیک
 - ✓ ممانعت جدی از دریافت مقادیر بیشتر دارو.
 - ✓ نظارت جدی بر مصرف صحیح داروهای تجویزی.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، کشف محاسن 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، به‌دست 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 محاسن 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 راهنما، موقعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت جسمی و روانی و حمایت/ عدم حمایت خانواده، در بخش شرایط میانجی مدل، دو مقوله‌ی بهره‌مندی از محاسن 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 محاسن آن‌ها و پیامدهای منفی روش‌های مختلف ترک در صورت تاثیرپذیری زنان از محاسن 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 یک از این روش‌ها، محاسن و معایبی داشته است که در ادامه مورد بحث واقع خواهند شد. قرار گرفتن در معرض هر نوع درمانی، باید منجر به کاهش مشکلاتی شود که به طور معمول با اعتیاد همراه بوده است و کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد را بهبود بخشد (سیکول، ۲۰۱۳). در این میان، توجه به جنسیت، یکی از موارد مهم در درمان اختلالات مصرف مواد است (هسلین، گبل و دوبالین^۱، ۲۰۱۵). از آنجایی که اکثر زنانی که مواد مصرف می‌کنند، سابقه‌ی بزه‌دیدگی و خشونت دارند (صبری، گرین و لوکاس^۲، ۲۰۱۹) و با موضوعات منحصر به فردی در رابطه با مصرف مواد روبه‌رو هستند (دوب، فولر و داوسون^۳، ۲۰۱۵)، انجام غربالگری اولیه جهت دسترسی به خدمات روان‌پزشکی و پزشکی در کنار خدمات درمان اعتیاد آنان، ضروری است (مش‌برگ-کوهن و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، زنان در مناطق متفاوت، نیازهای درمانی متفاوتی دارند (فلايگر، لینسن، نیکلاسن و نیلسن^۴، ۲۰۲۰) و مولفه‌های درمان‌های خاص جنسیت زنان، باید با فرهنگ آنان نیز سازگار باشد (ونر^۵ و همکاران، ۲۰۱۶) تا میزان موفقیت درمان آنها، بهبود یابد (بلژونگوئی-اراسو و پاستور-گوزالبز، ۲۰۱۹)؛ در این صورت از ارائه‌ی خدمات ناسازگار با نیازهای افراد (رومان^۶، ۲۰۱۳) پیشگیری می‌شود. هرچند زنان با اختلال مصرف مواد در ایران، فراز و نشیب‌هایی را در مسیر قطع مصرف مواد، تجربه می‌کنند (برومندفر، کیان‌پور و افشاری، ۲۰۲۰) و دسترسی محدودی به کمپ‌های اقامتی با مجوز ترک اعتیاد مخصوص زنان دارند (حاجیها، بهرامی احسان و رستمی، ۱۳۹۷)، مطابق یافته‌های این پژوهش در بخش شرایط زمینه‌ای مدل، راهبردهای کنش و کنش متقابل و پیامدهای راهبردها، ترک اعتیاد در این مراکز، محاسن فراوانی برای آنان داشته است. یکی از این محاسن، امکان حضور زنان در فرآیند درمان همراه با کودکان‌شان بوده که امکان مراقبت نزدیک از آنها را فراهم کرده است. مطابق پیشینه‌ی پژوهش، مادران، درصد کمی از زنان با اختلال مصرف مواد که برای درمان اقدام می‌کنند را تشکیل می‌دهند

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

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

و به‌طور 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 درگیر درمان می‌شوند (چو و همکاران، ۲۰۲۰) و در صورت ورود به‌موقع 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 متمرکز بر جنسیت و مادری 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 خاص‌شان را نشان می‌دهد (برومندفر و همکاران، ۲۰۲۰).

حسن دیگر ترک در این مراکز، داشتن تعامل با افراد با تجارب پاک‌ی بالا و استفاده از تجارب بهبودی آن‌ها بوده که مطابق با پیشینه‌ی پژوهش، منجر به جامعه‌پذیری هم‌تایان^۳ (زموره و کاز کوتاز^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 کاز کوتاز، 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 عزت‌نفس داشته‌اند (هما، مک‌ناب، و کتز^۱، ۲۰۱۸). حسن دیگر ترک اعتیاد زنان در مراکز اقامتی با مجوز براساس یافته‌های پژوهش حاضر، عدم دسترسی به هرگونه‌ی 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 رحیمی موقر، ملایری خواه لنگرودی، دلبرپوراحمدی و امین‌اسماعیلی (۱۳۹۰) تمامی این موارد، جزو محدودیت‌های درمان زنان مطرح شده‌اند که دو عامل می‌تواند تبیین‌کننده‌ی 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 طولانی‌مدت با سختی و تلاش و تجربه‌ی لذت بهبودی، جزو نوآوری‌های پژوهش حاضر است و مطابق بررسی نویسندگان، در مقالات مرتبط قبلی به آن‌ها اشاره‌ای نشده است.

یکی از موارد بحث‌برانگیز 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 درهم‌تنیده هستند و اجبار در درمان، رنج بی‌مورد معتادان را از بین می‌برد. اجبار، درجه‌ای از محدودیت موقتی ایجاد می‌کند، تا فرد بتواند در نهایت از

زندگی رضایت‌بخش‌تر و اجتماعی‌تری برخوردار شود. میلر و فلاهرتی^۱ (۲۰۰۰)، نیز معتقدند که اجبار برای درمان اعتیاد و نتایج مطلوب مداخلات درمانی آن، امری اساسی است. باید به سوء مصرف کنندگان الکل و مواد، این فرصت داده شود تا قبل از آن که انکار بیماری بر آن‌ها غلبه کند، با عواقب اعتیاد خود روبه‌رو 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 کادر 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 برانسن^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 سوء مصرف مواد، به‌عنوان 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 اعتیاد 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 رابرتز^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 مراجعان شود، مهم‌ترین چالش‌های منع سیگار در مراکز اقامتی بوده است (فالین-بنت، پارکر، میلر، اشفورد، و هان^۲، ۲۰۱۸). با این وجود، ترک سیگار در مراکز اقامتی مخصوص زنان، امری ضروری است (گایدیش^۳ و همکاران، ۲۰۱۶) که سبب کاهش مرگ‌ومیر ناشی از دخانیات در میان زنان و فرزندان آن‌ها خواهد شد (فالین-بنت و همکاران، ۲۰۱۸).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ترک اعتیاد زنان در مراکز اقامتی بدون مجوز، با معایب فراوانی از جمله امکان مصرف مواد و تجربه‌ی خشونت‌های جسمی و روانی، مانند کتک خوردن، تبعیض، تحقیر و توهین، همراه بوده و با نتایج پژوهش برومندفر 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 طولانی‌مدت 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 بامجاز و بدون مجوز بوده که مطابق بررسی نویسندگان، 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 پیشینه‌ی پژوهش، کمتر مورد بررسی واقع شده است (واکمن^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). اغلب پژوهش‌های موجود هم، به بررسی عواملی مانند وضعیت روان‌پزشکی افراد با اختلالات مصرف همزمان مواد در بیمارستان (ونسانتی^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ دور، میلز، موری، تسون و فاروگیا^۳، ۲۰۱۲؛ مینای^۴ و همکاران، ۲۰۰۶) و اختلالات سوءمصرف مواد در نمونه‌های بیمارستانی (اشتاتنریمسون، 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 سم‌زادی 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 تهیه 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 شخصی بودن

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 همکاران (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 مهم ترین آسیب‌های این روش ترک هم، ترک یک ماده با جایگزینی قرص 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، ایلایی، نژاد و مشایخی، ۲۰۲۰) و پروتکل‌های ارزیابی و درمان این مراکز، متناسب با نیازهای خاص زنان تنظیم شود (لیستر، براون، گرین‌ولد، و لدگروود^۲، ۲۰۱۹) تا بالاترین اثربخشی را برای زنان داشته باشد.

آخرین روش ترک اعتیاد که زنان پژوهش حاضر به آن اشاره کرده‌اند، ترک در منزل بوده است. مهم ترین آسیب این روش، ترک ماده مصرفی با جایگزینی قرص یا مواد دیگر بوده که از این جهت، به ترک در کلینیک مشابهت داشته 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 دشوار وی و دلسوزی برای فرد، پیشنهاد به مصرف قرص‌های آرام‌بخش و یا مصرف مجدد مواد می‌دهند. از این رو، توجه به حضور مادر معتاد در کنار دختران درگیر 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 خانواده‌های‌شان از محاسن 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 محاسن 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 ارائه‌دهندگان خدمات مراکز مختلف و زنان سوءمصرف‌کننده‌ای که مراجعه‌ای برای ترک نداشته‌اند و یا ساکن شهرهای دیگری بوده‌اند، مصاحبه انجام نگرفته است.

منابع

اسلامی، بهروز؛ طالبی، محمدعلی؛ مهدی پور خراسانی، ملیحه؛ ذاکری هامانه، راضیه و کاظمی، اعظم (۱۳۹۶). ارزیابی تطبیقی میزان اثربخشی اقدامات کلینیک ها، کمپ ها و گروه های معتادین بی نام و ارائه مدلی کارآمد در کنترل و کاهش اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۵۳-۷۰.

پیری، محمود؛ حسینی، 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 اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۲)، ۱۶۲-۱۳۷.

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

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

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

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

زمستانی، مهدی؛ بابامیری، محمد و سپیانی، علیرضا (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر سوء مصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم آیند در معتادان مرکز اجتماع درمان مدار. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۱۰(۳۹)، ۱۹۴-۱۷۹.

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

سلیمانی، اسماعیل و صنوبر، لاله (۱۳۹۴). اثربخشی موسیقی درمانی بر اضطراب حالت- صفت معتادین در مرحله باز توانی غیر دارویی. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۹(۳۵)، ۱۶۲-۱۴۹.

عبدی زرین، سهراب و مهدوی، حسین (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر خود کارآمدی و تاب آوری معتادان مراجعه کننده به کمپ های ترک اعتیاد بهشهر. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۱۲(۴۹)، ۵۶-۳۹.

عسکری کویری، اسما؛ گنجی، محمد؛ بابایی فرد، اسداله و شیره پز، علی اصغر (۱۳۹۸). تحلیل محتوای ساختار مراکز درمان اعتیاد در ایران. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۱۳(۵۳)، ۹۶-۷۷.

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

مغنی باشی منصوریه، امیر؛ فتحی، منصور؛ براتی سده، فرید و اسلامیان، ایوب (۱۳۹۶). مرور سیستماتیک اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، 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 espanola 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). Characteristics 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., 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.
- 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.

- 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.