

بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد

دکتر آفرین رحیمی موقر^۱، دکتر زهرا ملایری خواه لنگرودی^۲، شهناز دلبرپور احمدی^۳، دکتر معصومه امین اسماعیلی^۴

A Qualitative Study of Specific Needs of Women for Treatment of Addiction

Afarin Rahimi Movaghar^a, Zahra Malayerikhah Langroodi*, Shahnaz Delbarpour Ahmadi^b, Masoume Amin Esmaeili^c

Abstract

Objectives: The aim of the present study is to assess the specific needs of female substance abusers in the treatment of addiction, in order to contribute to the development of plans and policies aimed at improving services to the mentioned group. **Method:** 62 women with substance dependence and three service providers, from "Chitgar" and Khaneh Khorshid" treatment centers, participated in this qualitative study. The participants were interviewed during seven sessions of focused group discussion as well as 23 sessions of in-depth individual interviews. Data were gathered using a directory list, and the topics of the list were established based on discussions with the authorities of the mentioned centers, as well as text assessment. The problems of addicted females were divided into general problems, problems related to the treatment period, and post-treatment problems. Also, two separate lists were designed for single and married women. Sessions and interviews were continued to the point of data saturation. **Results:** Most women considered social stigma, humiliation, family rejection and severe poverty as their major problems. More than one fourth of the subjects were homeless and more than half had experienced physical or sexual abuse in the past. Insufficient numbers of female physicians and the lack of health consultation and education, unsafe environment and inadequate health and welfare facilities, were among the most important limitations. There was also a shortage of psychosocial services, including shelters, vocational activities and care for children in both centers. **Conclusion:** The expansion of services specifically geared to women's needs in general, and psycho-social services in particular, is an absolute necessity for the successful treatment of addiction in women.

Key words: women; addiction; treatment; specific needs

[Received: 6 May 2011; Accepted: 6 July 2011]

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نیازهای ویژه زنان مصرف کننده مواد در درمان اعتیاد بود تا به تنظیم سیاست‌ها و برنامه‌ها برای ارایه بهتر خدمت به این گروه کمک کند. **روش:** در این پژوهش کیفی ۶۲ زن معتاد از دو مرکز درمانی چیتگر و خانه خورشید در گروه‌های مختلف سنی، وضعیت تأهل و روش مصرف مواد و سه نفر از مسئولان مراکز طی ۷ جلسه بحث گروهی متمرکز و ۲۳ جلسه مصاحبه فردی عمیق مورد مصاحبه قرار گرفتند. یافته‌ها با به کارگیری سیاهه راهنما گردآوری شد؛ گویه‌های این سیاهه برپایه بحث با مسئولان این دو مرکز و بررسی متون تدوین شد. مسایل زنان معتاد به سه دسته مشکلات عمومی، مشکلات دوره درمان و مشکلات پس از دوره درمان تقسیم و برای زنان مجرد و متأهل دو سیاهه مخصوص طراحی شد. جلسه‌ها و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع یافته‌ها ادامه یافت. **یافته‌ها:** بیشتر زنان انگ اجتماعی، تحقیر و طرد شدن از خانواده و جامعه و فقر شدید را به عنوان اساسی‌ترین مشکل خود بیان کردند. بیش از یک چهارم آن‌ها بی‌خانمان بودند و بیش از نیمی از آن‌ها سوءاستفاده فیزیکی و جنسی را تجربه کرده بودند. کمبود پزشک زن، مشاور و آموزش‌های بهداشتی، محیط ناامن و شرایط نامناسب بهداشتی و رفاهی مهم‌ترین محدودیت‌ها بود. هر دو مرکز با کمبود خدمات روانی-اجتماعی از جمله پناهگاه جهت نگهداری زنان معتاد، اشتغال‌زایی و نگهداری و حمایت از فرزندان روبرو بودند. **نتیجه‌گیری:** گسترش خدمات اختصاصی هماهنگ با نیازهای زنان به‌ویژه خدمات روانی-اجتماعی برای افزایش موفقیت درمان اعتیاد زنان به‌شدت ضرورت دارد. نظارت و ارتباط تنگاتنگ سازمان‌های متولی با مراکز درمانی موجود در بهبود کیفیت خدمات مؤثر است.

کلیدواژه: زن؛ اعتیاد؛ درمان؛ نیاز ویژه

[دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۲/۱۶؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۴/۱۵]

^۱ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات ایدز ایران؛ ^۲ پزشک عمومی، مرکز دوستانار نوجوان شهید غفاری، مرکز بهداشت غرب، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، فاز دو اکباتان، مجتمع پزشکی گل‌های جنوبی، مرکز دوستانار نوجوان شهید غفاری، دورنگار: ۰۲۱-۴۴۶۶۷۶۶۶ (نویسنده مسئول) ^۳ کارشناس ارشد مدیریت دولتی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ ^۴ روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات ایدز ایران.

* Corresponding author: General Practitioner, Shahid Ghafari Adolescent Friendly Center, West Health Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. IR. Fax: +9821-44667666. E-mail: soosanmalayeri@yahoo.com; ^a Psychiatrist, Associate Prof. of Tehran University of Medical Sciences, Iranian Research Center for HIV/AIDS (IRCHA); ^b Masters in Governmental Management, Health Deputy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences; ^c Psychiatrist, Tehran University of Medical Sciences, Iranian Research Center for HIV/AIDS (IRCHA).

مقدمه

بر پایه گزارش اداره مواد و جرایم سازمان ملل¹ (UNODC) (2004) نسبت زنان در جمعیت مصرف کننده مواد از 10% در کشورهای آسیایی تا 40% در کشورهای اروپایی تخمین زده شده است؛ اگرچه در مورد برخی از انواع مواد این تفاوت جنسی، به ویژه در زنان و مردان جوان تر، کاهش داشته است. بنابراین با در نظر گرفتن 16 تا 38 میلیون مصرف کننده مواد در جهان، تعداد زنان مصرف کننده مواد قابل توجه است (اداره مواد و جرایم سازمان ملل، 2010). در تنها بررسی کشوری همه گیرشناسی مصرف مواد و اختلال های ناشی از آن در جمعیت عمومی - که به صورت مصاحبه رودررو در اورژانس های کشور انجام شد - مصرف تریاک و مشتقات آن (مواد شبه افیونی²) در 2% زنان و وابستگی به این مواد در 0/5% آنان تأیید شد. افزون بر این، نسبت قابل توجهی از افرادی که مصرف مواد را انکار کرده بودند، آزمایش ادرار مثبت مورفین داشتند (یاسمی و همکاران، 2002). یک بررسی مروری در مورد شیوع الگوهای مصرف مواد در زنان ایران، جمعیت زنان معتاد به مواد افیونی را 100 تا 150 هزار نفر، نسبت زن به مرد در اعتیاد به مواد شبه افیونی را 12 به 23 و تعداد مصرف کنندگان تزریقی مواد را نیز 4 تا 9 هزار نفر تخمین زده است. این بررسی مصرف حشیش را در جمعیت عمومی زنان شایع ندانسته، یافته های موجود را برای نتیجه گیری در مورد مصرف الکل کافی ندانسته بود (رحیمی موقر، 2004). در بررسی مروری دیگری مصرف مواد افیونی در زنان دانشجو نادر گزارش شد (رحیمی موقر، سهیمی ایزدیان و یونسیان، 2006). اگرچه بروز مصرف مواد در سال های اخیر در هر دو جنس افزایش داشته، ولی سرعت افزایش در زنان به طور معنادار بیشتر از مردان بوده است؛ در حالی که تا سال 1371 تنها 5/8% از آغاز کنندگان مواد را زنان تشکیل می دادند، پس از آن، این رقم به 9% رسید (رحیمی موقر، 2001). در سه بررسی ملی ارزیابی سریع وضعیت³ (RSA) در مورد مصرف کنندگان مواد در کشور در سال های 1378، 1383 و 1385 به ترتیب 6/6%، 6/9% و 5/2% از معتادان وارد شده به بررسی را زنان تشکیل می دادند (رزاقی، رحیمی موقر، حسینی، مدنی و چاترجی⁴، 2003؛ نارنجی ها و همکاران، 2005؛ نارنجی ها و همکاران، 2009).

در مورد شدت اعتیاد در زنان نسبت به مردان تفاوت هایی وجود دارد؛ از یک سو میزان مصرف تزریقی مواد در زنان کمتر از مردان است (رحیمی موقر، 2004)؛ 3/1% تا 4/7% معتادان تزریقی را زنان تشکیل می دهند (رزاقی، رحیمی موقر، حسینی و همکاران، 2003؛ نارنجی ها و همکاران، 2005؛ نارنجی ها و همکاران، 2009). از سوی دیگر رفتارهای پرخطر در زنان برابر یا حتی بیش از مردان است؛ در یک بررسی مصرف سرنگ مشترک در زنان بیش از مردان بود (رفیعی و همکاران، 2009). در بررسی معتادان تزریقی شهر تهران، بیشتر زنان مصرف کننده تزریقی مواد در شرایط بد بهداشتی زندگی کرده، برای ادامه زندگی دست به تن فروشی می زدند (رزاقی، رحیمی موقر، محمد و حسینی، 2003). در بررسی دیگری حدود نیمی از زنان مصرف کننده تزریقی مواد رفتارهای پرخطر جنسی داشتند (رزاقی، رحیمی موقر، امین اسماعیلی، سهیمی ایزدیان و باغستانی، 2008). دو بررسی مروری منظم در مورد شیوع عفونت HIV در معتادان تزریقی و غیر تزریقی شیوع کمتر ولی غیر معنادار HIV را در زنان نسبت به مردان نشان داد (رحیمی موقر، امین اسماعیلی، حق دوست، صادقی راد و محرز، ارسال شده برای چاپ؛ امین اسماعیلی، رحیمی موقر، حق دوست و محرز، ارسال شده برای چاپ).

مصرف مواد در زنان نسبت به مردان افزون بر عوارضی مانند بیماری و مرگ، به دلیل احتمال حاملگی و بنابراین در خطر قرار گرفتن جنین آنان (تولد نوزاد با وزن کم⁵، زایمان زودرس، سوء تغذیه، سقط جنین یا ایجاد سندرم ترک نوزاد) اهمیت ویژه ای دارد. بنابراین در برنامه ریزی درمان برای معتادان، زنان گروه مهمی را تشکیل می دهند. با وجود این در بیشتر کشورهای جهان برنامه های درمان اعتیاد و کاهش آسیب متناسب با نیازهای زنان معتاد یا وجود ندارد و یا بسیار نادر است. توجه نکردن به نیازها و عوامل مرتبط با جنسیت به افزایش آسیب پذیری زنان مصرف کننده مواد منجر می شود. بیشتر زنان مصرف کننده مواد برای تأمین محل سکونت، تن فروشی کرده، بیشتر مواقع روابط جنسی ناایمن داشته، از خشونت شرکای جنسی خود رنج می برند. بنابراین هدف پژوهش کیفی حاضر، بررسی نیازهای زنان مصرف کننده مواد بود تا به تنظیم سیاست ها و برنامه ها برای ارائه خدمت بهتر به این گروه کمک کند.

1- United Nations Office on Drugs and Crime
2- opioid
3- rapid situation assessment
4- Chatterjee
5- low birth weight

روش

این بررسی کیفی با به کارگیری مصاحبه‌های متمرکز گروهی و مصاحبه‌های عمیق انجام شد. 62 زن معتاد از میان مراجعه‌کنندگان به دو مرکز درمانی ویژه زنان چیتگر (42 نفر) و خانه خورشید (شوش) (20 نفر)، به شیوه‌ای که از نظر سن، وضعیت تأهل و روش مصرف مواد تنوع داشته باشند، انتخاب شدند. یافته‌ها طی هفت جلسه بحث گروهی متمرکز و 20 جلسه مصاحبه فردی عمیق گردآوری شد. مسایل و مشکلات زنان معتاد از دید سه نفر از مسئولان این مراکز نیز مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها با به کارگیری سیاهه راهنما گردآوری شد؛ گویه‌ها برپایه بحث با مسئولان این دو مرکز و بررسی متون تدوین شد؛ مسایل زنان معتاد به سه دسته مشکلات عمومی، مشکلات دوره درمان و مشکلات پس از دوره درمان تقسیم و برای زنان مجرد و متأهل دو سیاهه مخصوص طراحی شد. آزمودنی‌ها از نظر سن، تحصیلات و شیوه مصرف، که به نظر می‌رسید بر نوع مشکلات تأثیرگذار است، به پنج دسته تقسیم شده، مورد مصاحبه قرار گرفتند: 1- زنان غیرتزریقی زیر 30 سال و مجرد؛ یک گروه به شیوه مصاحبه متمرکز و 8 نفر مصاحبه عمیق فردی، 2- زنان غیرتزریقی زیر 30 سال و متأهل؛ دو گروه به شیوه مصاحبه متمرکز، 3- زنان غیرتزریقی بالای 30 سال و مجرد؛ یک گروه به شیوه مصاحبه متمرکز و 5 نفر مصاحبه عمیق فردی، 4- زنان غیرتزریقی بالای 30 سال و متأهل؛ سه گروه به شیوه مصاحبه متمرکز، 5- زنان تزریقی؛ 7 نفر به شیوه مصاحبه عمیق فردی. جلسه‌ها و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع یافته‌ها ادامه یافت. به دلیل تعداد کم معتادان تزریقی و مسئولان، یافته‌ها در این دو گروه تنها به روش مصاحبه فردی گردآوری شد. تمامی مصاحبه‌ها (فردی و گروهی) به‌وسیله دو نفر از نویسندگان (ملایری لنگرودی و دلبرپور احمدی) انجام شد. یافته‌های پرسش‌نامه‌ها، واژه‌ها و مفاهیم کلیدی به‌صورت دستی استخراج شد و گزارش در چارچوب این مفاهیم طبقه‌بندی و نتایج تفسیر شد. به‌دلیل ماهیت غیرقانونی اعتیاد و میل به گردآوری سریع یافته‌ها با ماهیت کیفی، امکان انتخاب تصادفی وجود نداشت و بنابراین یافته‌ها تنها به‌صورت کیفی ارایه شده، برای پرهیز از خطا، تحلیل کمی انجام نشد. نام و نام خانوادگی معتادان در پرسش‌نامه‌ها ثبت و مصاحبه‌ها ضبط نشد و آزمودنی‌ها پس از آگاهی از هدف‌های پژوهش و تکمیل کردن ابراز رضایت‌مندی¹ در مصاحبه شرکت کردند.

یافته‌ها

سن آزمودنی‌ها از 16 تا 57 سال و بیشتر آنان در محدوده سنی 25 تا 30 سال بودند. پایین‌ترین و بالاترین میزان تحصیلات گزارش شده دوره ابتدایی و کارشناسی، ماده رایج مصرفی جاری کراک هرئین و میزان بیکاری 90%، بی‌خانمانی 30%، سابقه ارتکاب به تن‌فروشی بیش از 60% و انجام کارهای خلاف برای تأمین هزینه مواد بیش از 90% بود. در ادامه یافته‌ها در چهار بخش نیازهای عمومی، نیازهای دوره درمان، مشکلات مؤثر در مصرف مواد پس از دوره درمان و مشکلات از دید مسئولان مراکز بیان شده است:

1- نیازهای عمومی زنان معتاد

طرد شدن به‌وسیله خانواده، حتی افراد معتاد خانواده و انگ اجتماعی مهم‌ترین مشکل بیشتر آزمودنی‌ها بود. این مشکل در آزمودنی‌هایی که برای تأمین مواد از سوی خانواده و همسر خود حمایت می‌شدند، کمتر و در آزمودنی‌های تزریقی حادتر بود. بیشتر آزمودنی‌هایی که سابقه مصرف مواد گوناگون و چندین بار ترک ناموفق داشتند، طرد شدن از خانه را یکی از علل اصلی تغییر روش مصرف از استنشاقی به تزریقی و افزایش میزان مصرف بیان کردند. بیشتر آزمودنی‌ها بر این باور بودند که در صورت ضعف یا حمایت نکردن خانواده و همسر، زن معتاد هر امر خلافی مانند دزدی، تن‌فروشی، جابه‌جایی و خرید و فروش مواد مخدر را مرتکب می‌شود. بیشتر آزمودنی‌هایی که بستگان و همسایه‌های آنان از اعتیادشان خبر داشتند، بیان کردند که به ایشان به چشم یک زن روسپی و دزد نگریسته شده، آن‌ها را موجب گردآمدن فروشندگان مواد مخدر و ناامنی محله تلقی کرده‌اند. همچنین آزمودنی‌ها بیان کردند که خانواده آن‌ها، زن معتاد را مستحق مرگ می‌دانند. بیشتر آزمودنی‌های متأهل بالای 30 سال با فرزندان خود مشکل داشته، فرزندان آن‌ها از حضور مادر در مدرسه و در گروه دوستان جلوگیری می‌کردند. بیشتر آزمودنی‌های متأهل از خشونت فیزیکی و روانی و تحقیر شوهرشان شکایت داشته، بیان کردند شوهرشان آن‌ها را عامل مشکل مالی می‌داند و همین امر را علت رابطه نامشروع شوهر می‌دانستند. موارد بیان‌شده در مورد آزمودنی‌هایی که شوهرشان مشوق آن‌ها به اعتیاد بود، نیز بیان شد. تنها یکی از زنان متأهل زیر 30 سال بیان داشت که با وجود اعتیاد نداشتن شوهر، از حمایت او برخوردار بوده، همین امر انگیزه وی برای

1- informed consent

بیشتر آزمودنی‌های متأهل زیر 30 سال، مجرد و مصرف‌کننده تزریقی مواد از بیشتر راه‌های انتقال ایدز و هپاتیت آگاهی داشتند، اما در بیشتر موارد در روابط جنسی خود از کاندوم استفاده نکرده، دلیل آن را تمایل نداشتن شرکای جنسی و خماری خود بیان کردند. بیشتر آزمودنی‌ها بیان کردند هنگام خماری تنها به تأمین مواد اهمیت داده، احتمال ابتلا به ایدز و هپاتیت برایشان مهم نبوده است. بیشتر آزمودنی‌های تزریقی جز یک نفر که به سرنگ یک‌بار مصرف دسترسی داشت، از سرنگ مشترک استفاده کرده، دلیل آن را آخر خط دیدن و ناامیدی از خود بیان کردند. تعداد بسیاری از آزمودنی‌ها از احتمال انتقال ایدز و هپاتیت از راه جفت به جنین بی‌خبر بودند.

2- نیازهای دوره درمان

بیشتر آزمودنی‌ها به وسیله دوستان خود، برخی به وسیله خانواده و بستگان و برخی در زندان از وجود این مراکز باخبر شده بودند. پیش از مراجعه میزان آگاهی آن‌ها از خدمات این مراکز بسیار ناچیز و در بعضی موارد دور از واقعیت بود. در یکی از مراکز برخی از آزمودنی‌ها با وجود مراجعه مکرر، از تمامی خدمات آن مرکز آگاهی نداشتند. به گفته آزمودنی‌ها و به تأیید مسئولان مرکز چیتگر، زنانی که با تمایل خود مراجعه نکرده بودند، زنان باردار، مبتلا به اختلال‌های روانی شدید، مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی و زنان بسیار شورو و پرخاشگر در مرکز پذیرفته نمی‌شدند، ولی برای پذیرش زنان معتاد در مرکز درمانی خانه خورشید محدودیتی وجود نداشت.

در مرکز درمانی - اقامتی چیتگر بیشتر آزمودنی‌ها از شدید بودن علایم فیزیکی دوران ترک و ممنوعیت مصرف هر گونه دارو در این دوران شکایت داشتند. بی‌قراری و دردهای شدید بدنی و خودزنی شایع گزارش شد. وسوسه مصرف مواد از مهم‌ترین مشکل‌ها و وجود افراد با سابقه بالای پاکی، برای حمایت روانی، همچنین وجود پزشک، روان‌پزشک، مشاور و مددکار اجتماعی مهم‌ترین نیاز آزمودنی‌ها بیان شد. برگزاری جلسه‌های آموزشی در زمینه‌های بهداشتی و درمانی نیز تأکید شد.

دلالتگی برای فرزند یکی از شکایت‌های آزمودنی‌های مرکز چیتگر بود؛ درحالی‌که برخی نیاز به تأسیس مهد کودک یا محلی برای استقرار کودکان در محل را بیان کردند، دیگران به دلیل امنیت نداشتن و نامناسب بودن محیط مرکز،

ترک بود. آزمودنی‌های مجردی که با خانواده زندگی می‌کردند، بیان کردند که برخورد خانواده با آن‌ها به اقدام آن‌ها برای ترک بستگی داشت؛ اگر آن‌ها مصرف مواد را کنار می‌گذاشتند، مورد لطف و حمایت خانواده قرار گرفته، در غیر این صورت تحقیر می‌شدند. به توانایی نداشتن برای ایفای نقش همسری و مادری، مورد خشونت و سوءاستفاده فیزیکی و جنسی قرار گرفتن و نداشتن جا و مکان نیز اشاره شد. بیشتر آزمودنی‌های مجرد و تزریقی بی‌خانمان بوده، برای تأمین مواد و مکان زندگی مرتکب جرم‌هایی مانند تن‌فروشی و دزدی شده بودند.

درآمد ماهانه خانواده آزمودنی‌ها از 250 تا 850 هزار تومان متغیر و در بیشتر موارد، منبع درآمد آزمودنی‌های متأهل، اشتغال همسر و در آزمودنی‌های مجرد اشتغال پدر بود. درآمد ماهانه خانواده آزمودنی‌های متأهل بالای 30 سال بین 100 و 700 هزار تومان بود. در موارد اندکی شوهر از راه اجاره و حتی فروش همسر و فرزندان خود زندگی خود را می‌گذراند. تعداد کمی از زنان این گروه نیز از مشاغل خدماتی در تولیدی‌ها و منازل و تعداد دیگری از تکدی‌گری و اجاره فرزند درآمد به دست می‌آوردند. درآمد ماهانه خانواده آزمودنی‌های متأهل زیر 30 سال از 400 هزار تا یک میلیون تومان متغیر بود؛ در نزدیک به نیمی از آن‌ها زن و شوهر هر دو شاغل بودند، اما بیش از نیمی از آن‌ها از راه خرید و فروش مواد مخدر، تن‌فروشی و دزدی زندگی خود را می‌گذراندند. تعداد کمی نیز مواد مصرفی خود را به وسیله دوست یا بستگانی که آن‌ها را به سوی اعتیاد سوق داده بودند، تأمین می‌کردند. آزمودنی‌های مجردی که از خانه طرد شده بودند و آزمودنی‌های تزریقی از راه‌های خلافی مانند تن‌فروشی، خرید و فروش مواد مخدر و دزدی درآمد روزانه خود را از 20 تا 200 هزار تومان بیان کردند، که بیشتر آن صرف خرید مواد مصرفی می‌شد. در کل تمامی زنان معتاد در صورت نبود حمایت مالی، مواد مصرفی خود را از تن‌فروشی، معرفی به خانه‌های فساد، اغفال دختران جوان، قرض کردن، فروش وسایل منزل، دزدی و خرید و فروش و جابه‌جایی مواد مخدر تأمین می‌کردند. در مواردی که آزمودنی شاغل بود و هزینه مواد مصرفی کم بود، درآمد شخصی او برای تأمین مواد کافی گزارش شد.

بیشتر آزمودنی‌های متأهل بالای 30 سال از راه‌های انتقال ایدز و هپاتیت آگاهی نداشتند. تعداد کمی از این گروه و

حمایت خانواده برخوردار نبودند، مهم‌ترین مشکل خود را هم‌جواری با افراد معتاد و وسوسه برای مصرف دوباره مواد بیان نمودند. مشکل اقتصادی باعث روی‌آوری آن‌ها به خرید و فروش مواد و همچنین تن‌فروشی و بنابراین مصرف دوباره مواد بود، بیش از نیمی از آزمودنی‌ها از برقراری ارتباط دوباره دلالتان مواد با آن‌ها نگران بودند. ناتوانی روانی برای مقابله با مشکلات نیز از جمله مشکلات اصلی بود.

برای آزمودنی‌هایی که از خانواده طرد شده بودند، نداشتن جا، مکان زندگی و منبع درآمد کافی و قانونی برای گذران زندگی و تنهایی مشکل مهمی بود. آن‌ها شرایط زندگی‌شان را مهم‌ترین دلیل مصرف دوباره مواد می‌دانستند. تعداد زیادی از آزمودنی‌ها نبود اعتماد از سوی خانواده و متهم کردن ایشان به مصرف دوباره مواد، دزدی و دیگر امور خلاف را نه تنها در مصرف دوباره مواد، بلکه در افزایش میزان مصرف دخیل دانستند. به اختلافات خانوادگی برای آزمودنی‌هایی که به‌وسیله شوهر خود به سوی مواد سوق داده شده بودند و آشنایی نداشتن با مراکز حقوقی با خدمات رایگان (برای تقاضای طلاق و شکایت از شوهر به دلیل ضرب و شتم، سوءاستفاده جنسی و اجبار آن‌ها به انجام امور خلاف و کسب حضانت فرزند از شوهر) نیز اشاره شد.

4- مشکلات از دید مسئولان مراکز

در مرکز درمانی چیتگر کمبود نیروی انسانی باتجربه و متخصص در حوزه اعتیاد و نیروی خدماتی از مشکلات بسیار مهم بود. به گفته مدیر اجرایی مرکز به دلیل حقوق بسیار ناچیز و شیفت کاری طولانی (سه روز در هفته از 8 صبح تا 8 شب)، مددکاران اعتیاد تمایل به اشتغال در مرکز نداشتند، که همین امر موجب ریزش زنان معتاد در هنگام درمان می‌شد. هیچ مددکاری حاضر به اشتغال در شیفت شب نبود، بنابراین نبود مددکار در گام اول ترک، مشکلات حادی را مانند خودزنی و فحاشی به‌وجود می‌آورد. حتی افراد با سابقه بالای پاک‌سازی تمایلی به اشتغال در مرکز نداشتند، بنابراین از زنان در حال ترک در هفته چهارم استفاده می‌شد. نداشتن منابع مالی برای جذب نیروهای متخصص (مانند روانکاو، روان‌شناس و پزشک) نیز بیان شد؛ مراجعان تنها در روز پذیرش، برای بررسی بیماری‌های کبدی، قلبی و... به‌وسیله پزشک معاینه می‌شدند. کمبود اتاق سم‌زدایی مجزا به تفکیک گروه سنی (پایین‌تر و بالاتر از 25 سال) و نبود مهدکودک از دلایل ریزش و تکمیل نشدن دوره درمان بود. بررسی نکردن زنان

با تأسیس مهدکودک در کمپ و مراقبت از کودک در این مرکز مخالف بودند. نبود امنیت و دزدی و نبود امکانات رفاهی (وضعیت بهداشتی نامناسب، نبود آب گرم، کیفیت نامناسب غذا، نبود آشپز دائمی و نبود بوفه برای خرید مواد غذایی) از دیگر شکایت‌های شایع آزمودنی‌ها بود. تقاضای زیاد شدن امکانات تفریحی و ورزشی (مانند کتاب‌خانه، وسایل ورزشی، پخش فیلم‌های کمدی و آموزش‌های هنری مانند گل‌سازی) و محدودیت و زمان نامناسب ملاقات نیز بیان شد. تعدادی از آزمودنی‌های مجرد امکان تلفن زدن به خانواده را درخواست کردند.

در این مرکز مهم‌ترین عوامل بیان‌شده برای تکمیل نکردن مراحل درمانی عبارت بود از: فشار نیاز به مواد، شدت علائم محرومیت، نبود افراد با سابقه بالای پاک‌سازی برای حمایت روانی و کمبود امکانات تفریحی. بیشتر آزمودنی‌های متأهل زیر 30 سال دلتنگی برای خانواده و وسوسه از سوی دیگران برای مصرف مواد را از علت‌های بسیار مهم تکمیل نکردن مراحل درمان بیان نمودند. نگرانی ناشی از مشکلات پس از دوره ترک (اقتصادی، مکان زندگی، وضعیت فرزندان و خانواده) از دغدغه‌های مهم آزمودنی‌ها بود.

در مرکز کاهش آسیب خانه خورشید بیشتر آزمودنی‌ها به مشکلاتی مانند نبود پزشک زن، نبود مشاوره روان‌شناسی و نیاز به افزایش روزهای مشاوره و به‌طور کلی افزایش ساعت کاری مرکز، هم‌زمانی نداشتن ساعت اجباری خروج از خوابگاه و ساعت شروع به کار مرکز، کمبود تخت‌های خوابگاه، دید بد مردم منطقه، واقع شدن مرکز در منطقه‌ای نامناسب، فضای فیزیکی نامناسب و محدود مرکز، وضعیت بهداشتی بسیار نامناسب خوابگاه و کیفیت پایین غذا اشاره کردند.

در این مرکز مهم‌ترین عوامل بیان‌شده برای تکمیل نکردن مراحل درمانی عبارت بود از: خواب‌آلودگی ناشی از متادون و نبود قدرت بدنی کافی برای کار، هم‌جواری با افراد مصرف‌کننده در خوابگاه، واقع شدن مرکز در کانون خرید و فروش و مصرف مواد و دسترسی آسان به آن و مشکلات مالی. بسیاری از آزمودنی‌ها نیز ایجاد اشتغال با درآمد مناسب در مرکز و تأسیس مهدکودک در داخل مرکز را خواستار شدند.

3- علل مصرف مواد مخدر پس از دوره درمان

تمامی آزمودنی‌هایی که یکی از افراد خانواده آن‌ها معتاد بوده، در محلی با شیوع بالای اعتیاد زندگی می‌کردند و از

به طور جدی تهدید می کند. دیگر بررسی ها نیز ارتباط میان اعتیاد، فقر، ارتکاب جرم و تن فروشی را در ایران مستند کرده اند (میرزایی و رنجگر، 2007؛ شوری و وروایی، 2010؛ رزاقی، رحیمی موقر، حسینی و همکاران، 2003). بسیاری از این مشکلات، ویژه زنان بوده، نیازمند توجهی خاص است. یافته های پژوهشی نشان می دهد زنان و مردان در سبب شناسی بروز اعتیاد با یکدیگر تفاوت دارند؛ زنان معتاد مشکلات بیشتری را در خانواده پدری گزارش می کنند (چاتم¹، هیلر²، روآن- زال³، جو⁴ و سیمپسون⁵، 1999)، الگوی پدر/ مادری کافی ندارند (شردان⁶، 1995)، اعتیادشان بیشتر با مسایل اجتماعی درهم تنیده است، بیشتر مطلقه هستند و یا شریک معتاد دارند و مصرف مواد در آن ها با استرس مشخص ارتباط دارد (روم⁷، 1996؛ هاجینز⁸، ال گوبالی⁹ و ادینگتون¹⁰، 1997). زنان در سیر مصرف مواد، الگوهای عود، میزان قربانی بودن¹¹ و اختلال های روان پزشکی همراه با مردان تفاوت دارند (فالس - استوارت¹²، گلدن¹³ و شوماخر¹⁴، 2003؛ سان¹⁵، بک¹⁶، دیاز زونیکا¹⁷، راندال¹⁸ و بردی¹⁹، 2003؛ کاتلر²⁰، نیشیت²¹ و کامتون²²، 2001). بررسی های گوناگون به ارتباط اعتیاد زنان با مسایل اجتماعی اشاره کرده اند؛ زنان بیشتر از مردان قربانی خشونت و سوءاستفاده جنسی قرار می گیرند، همچنین فقر، وجود سابقه اعتیاد در افراد مهم خانواده و خشونت خانگی از آسیب های اجتماعی همراه در زنان حامله مصرف کننده مواد گزارش شده است (هاول²³، هیسر²⁴ و هارینگتون²⁵، 1999). هرلی²⁶ (1991) گزارش کرده است که 28 تا 53 درصد از زنان مصرف کننده مواد در کودکی قربانی زنا با محارم بوده اند. در بررسی دیگری 42 درصد از زنان تحت درمان اعتیاد، سابقه سوء رفتار جسمی در بزرگسالی داشتند (والن²⁷، 1992). میلر²⁸، دانز²⁹ و

معتاد از نظر ایدز و هپاتیت، همچنین هم جنس بازی پس از هفته دوم ترک از دیگر مشکلات بود. برای پیش گیری از مورد اخیر در ابتدای پذیرش از فرد معتاد تعهدی مبنی بر اخراج وی در صورت انجام این عمل گرفته می شد.

نبود آموزش و آگاهی نداشتن خانواده در مورد شیوه برخورد با باورها و انگ های اجتماعی نسبت به اعتیاد زنان، به عنوان عامل بسیار مهمی در ریزش و مصرف دوباره مواد بیان شد. پس از ترخیص از مرکز، معمولاً کارفرما از اشتغال دوباره آن ها جلوگیری می کرد، بنابراین بیشتر آن ها برای گذران زندگی با توجه به سابقه پیشین خودفروشی، دست به تن فروشی می زدند.

وضعیت نامناسب تأسیسات و تعمیر نشدن به موقع، وضعیت بد بهداشتی، تعداد کم تخت و کمد (18 عدد برای 40 تا 50 نفر) و قفل نداشتن کمد ها (که منجر به دزدی می شد)، نبود سینک ظرف شویی، فقدان بوفه و کمبود امکانات تفریحی و ورزشی نیز بیان شد. به گفته مسئولان مرکز با توجه به مبلغ ناچیز دریافتی از پذیرش شوندگان (55 هزار تومان برای 28 روز سم زدایی شبانه روزی) و حتی پذیرش رایگان زنان بی بضاعت، غذاها کیفیت مناسبی ندارد.

مسئولان مرکز چیتگر بیان کردند سازمان های مسئول تعهد های خود را انجام نمی دهند، سایر سازمان ها نیز از این مراکز حمایت نکرده، افراد خیر این مکان ها را نمی شناسند و صدا و سیما نیز برای شناساندن این مراکز برای جلب حمایت های مردمی فعالیت لازم را ندارد. در مرکز درمانی خانه خورشید مهم ترین مشکلات مطرح شده به وسیله مسئولان مرکز عبارت بود از: محدودیت فضای فیزیکی، مشکلات مربوط به خوابگاه و نداشتن بیمه و شناسنامه برخی از زنان معتاد و فرزندانشان.

بحث

این پژوهش کیفی نیازها و مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز درمانی چیتگر و خانه خورشید را بررسی کرد؛ بسیاری از زنان زیر خط فقر و با مشکلات مالی روبرو بودند و برای گذران زندگی تن به هر کاری می دادند. بی خانمانی، ارتکاب به کارهای خلاف، تن فروشی، خرید و فروش مواد، مورد خشونت و سوءاستفاده فیزیکی و جنسی قرار گرفتن و خرید و فروش و اجاره فرزند که به وسیله آزمودنی ها گزارش شد، سلامت فرد و جامعه را

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1- Chatham | 2- Hiller |
| 3- Rowan-Szal | 4- Joe |
| 5- Simpson | 6- Sheridan |
| 7- Room | 8- Hodgins |
| 9- el-Guebaly | 10- Addington |
| 11- victimization | 12- Fals-Stewart |
| 13- Golden | 14- Schumacher |
| 15- Sonne | 16- Back |
| 17- Diaz Zuniga | 18- Randall |
| 19- Brady | 20- Cottler |
| 21- Nishith | 22- Compton |
| 23- Howell | 24- Heiser |
| 25- Harrington | 26- Hurley |
| 27- Wallen | 28- Miller |
| 29- Downs | 30- Gondoli |

زنان مانند نقش مادرانه، دوستانه و زنانه تمرکز کند. البته با وجود شباهت‌های موجود میان زنان در بروز و سیر اعتیاد، باید به تفاوت‌های آنان نیز توجه داشت.

با افزایش مصرف مواد در زنان از چند دهه گذشته «برنامه‌ریزی درمان سوء مصرف مواد برای زنان»¹¹ مورد توجه کشورهای غربی، مسئولان، متخصصان و پژوهشگران قرار گرفته است. هدف از این برنامه‌ریزی ارائه خدماتی با هدف‌های (1) کاهش موانع ورود زنان به درمان اعتیاد و (2) تأمین نیازهای ویژه زنان در درمان اعتیاد است. چنین درمانی باید خدمات اجتماعی و پزشکی جانبی (مانند نگهداری از کودکان و امکان رفت و آمد) را - که موجب افزایش دسترسی زنان به درمان می‌شود - فراهم کرده، آموزش‌های روانی - اجتماعی، مداخله‌های پیشگیرانه از ابتلا به ایدز ویژه زنان و خدمات سلامت روان را ارائه کند. وجود این خدمات باعث می‌شود زنان احساس حمایت عاطفی محسوس و اشتغال خاطر کمتری با مشکلات زندگی خود داشته، بتوانند بیشتر بر بهبود خود از اعتیاد تمرکز کنند (اشلی¹²، مارسدن¹³ و بردی¹⁴، 2003). بررسی‌ها نشان داده است مراکز که فقط بر مصرف مواد و اعتیاد زنان تمرکز می‌کنند، بهبود قابل توجهی نشان نمی‌دهند. خدماتی که به نیازهای اجتماعی زنان پاسخ می‌دهد، موجب افزایش اثربخشی درمان می‌شود (مارش¹⁵، دانو¹⁶ و اسمیت¹⁷، 2000). اشلی و همکاران (2003) با بررسی 38 پژوهش حوزه درمان اعتیاد زنان نشان دادند آن مداخله‌های درمانی اثربخشی بیشتری دارند که این شش عنصر را در برگیرد: نگهداری از کودک، نگهداری پیش از زایمان، اختصاصی بودن مرکز برای زنان، خدمات جانبی و آموزش‌هایی که مسائل خاص زنان را مورد هدف قرار می‌دهند، برنامه‌ریزی سلامت روان و برنامه‌ریزی گسترده و چندعنصری. مداخله‌های درمانی اعتیاد چه به صورت بستری، سرپایی یا اقامتی، بیشتر به شکل گروهی انجام می‌شود. در این برنامه‌های مختلط جنسیتی¹⁸ امکان

گوندولی³⁰ (1989) نشان دادند زنان مصرف‌کننده مواد تحت درمان در مقایسه با نمونه برگرفته از جامعه، قربانی خشونت به‌ویژه از سوی همسر بودند. تجربه این آسیب‌ها خطر اختلال استرس پس از سانحه¹ (PTSD) یا دیگر مشکلات روانی را در این زنان افزایش می‌دهد. شیوع PTSD در زنان مراجعه‌کننده برای درمان اعتیاد از 30 تا 60 درصد گزارش شده است. PTSD با آسیب‌پذیری بیشتر نسبت به آسیب دوباره و به‌طور کلی با پذیرش کمتر درمان و پیامدهای درمانی بدتر همراه است (اداره مواد و جرائم سازمان ملل، 2004).

یافته‌ها نشان داد بسیاری از زنان از مشکلات میان‌فردی با فرزندان و ارتباط ناکافی با آن‌ها شکایت داشتند. بسیاری به شریک زندگی خود وابسته بودند که موجب محدود شدن توانایی زنان در مدیریت مالی و برنامه‌ریزی برای آینده خود می‌شد. این یافته در بررسی‌های خارجی نیز به‌دست آمده است (هاجینز و همکاران، 1997). درحالی که مشکلات شغلی و قانونی مهم‌ترین انگیزه مردان برای درمان است، برای زنان بیماری‌های جسمی و مشکلات خانوادگی بیشترین انگیزه را ایجاد می‌کند و در کل پیش‌آگهی درمان در زنان بیشتر از مردان با عوامل محیطی هنگام و پس از درمان ارتباط دارد (هسر²، هوانگ³، ترویا⁴ و داگلاس آنزلین⁵، 2003).

با وجود تفاوت‌های میان زنان و مردان در سبب‌شناسی بروز اعتیاد، یافته‌های بسیاری از بررسی‌ها نشان‌گر پیش‌آگهی مشابه درمان اعتیاد در زنان و مردان است. در یک بررسی طولی با 511 مصرف‌کننده مواد مراجعه‌کننده برای ترک، میان زنان و مردان در مصرف دوباره مواد و الکل و پاکی تفاوت معناداری وجود نداشت. اگرچه انجام جرم در مردان بیش از زنان گزارش شده است، ولی در هر دو جنسیت باقی‌ماندن بیشتر در درمان با پاکی و انجام ندادن جرم همراهی داشت (هسر و همکاران، 2003). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد به دلیل نیازهای متفاوت زنان و مردان، به رویکردهای درمانی متفاوت نیاز است (ویشلت⁶، 2008)؛ برای نمونه برگزاری جلسه‌های آموزشی برای زنان و گروه‌درمانی برای مردان مؤثرتر گزارش شده است (موس⁷، فاینی⁸ و کروناکایت⁹، 1990). بررسی دیگری نشان داد درمان شناختی - رفتاری برای زنان و درمان‌های مبتنی بر اصول و قدم‌های دوازده‌گانه برای مردان مؤثرتر است (جارویس¹⁰، 1992). گروه‌درمانی برای زنان باید محیطی حمایتی فراهم آورد، بر ارزش فرد برای خود تأکید و بر نقش‌های چندگانه

1- post traumatic stress disorder
2- Hser
3- Huang
4- Teruya
5- Douglas Anglin
6- Wiechelt
7- Moos
8- Finney
9- Cronkite
10- Jarvis
11- substance abuse treatment programming for women
12- Ashley
13- Marsden
14- Brady
15- Marsh
16- D'Aunno
17- Smith
18- mixed gender programs

مورد تجاوز قرار گرفتن هستند. این مسأله دسترسی زنان به خدمات درمان اعتیاد را کاهش می‌دهد (وکسبرگ¹³، لوسنو¹⁴ و الرسون¹⁵، 2008). در ایران نیز انگ اجتماعی نسبت به اعتیاد زنان بیش از مردان است و همین امر می‌تواند یکی از دلایل مراجعه کمتر زنان برای درمان باشد. در بررسی حاضر نیز انگ اجتماع و خانواده نسبت به اعتیاد از مهم ترین مشکلات زنان بیان شد. بنابراین وجود خدمات مددکاری اجتماعی برای جلب توجه و حمایت خانواده در مدیریت و درمان اعتیاد امری کلیدی است.

بیشتر آزمودنی‌های پژوهش حاضر از آموزش‌های لازم در مورد راه‌های انتقال ایدز و هپاتیت و پیشگیری از آن‌ها و خطرهای اعتیاد در دوران بارداری بی‌بهره بودند. مشاوره و آزمایش ایدز و هپاتیت نیز در این دو مرکز انجام نمی‌شد. بنابر یافته‌ها، حتی در مراکز گذری کاهش آسیب اعتیاد، این آموزش‌ها تنها به آگاهی محدود شده، منجر به تغییر نگرش و رفتار نمی‌شود. بنابراین با وجود تلاش‌های گسترده سازمان‌های مربوط برای پیشگیری از ایدز و هپاتیت، هنوز عده زیادی از زنان پرخطر با وجود دسترسی در دسترس بودن آن‌ها در مراکز ترک اعتیاد، از نظر این بیماری‌ها مورد بررسی و آموزش‌های مؤثر قرار نمی‌گیرند.

با توجه به گفته آزمودنی‌ها مبنی بر این که همجواری با افراد معتاد از مهم ترین عوامل در مصرف دوباره مواد است، وجود پناه‌گاه‌های امن و مناسب برای زندگی زنان از عوامل مهمی است که توجه به آن ضروری است. بنا به گفته آزمودنی‌های پژوهش حاضر، کودکان برای فراهم کردن هزینه مواد مادران خود مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرند. بنابراین ارتباط نزدیک میان این مراکز و سازمان‌های حمایت از کودکان می‌تواند از احتمال سوءاستفاده شدن کودکان بکاهد. با وجود ارابه خدمات مشاوره‌ای رایگان یا بسیار ارزان در بعضی مراکز بهداشتی و مراکز درمانی اعتیاد، بسیاری از آزمودنی‌ها از وجود این خدمات بی‌خبر بودند. بنابراین به نظر می‌رسد نبود خبررسانی گسترده برای معرفی انواع مراکز ترک اعتیاد و مراکز گذری کاهش آسیب اعتیاد مختص زنان

دسترسی و استفاده مردان از خدماتی که در آن‌ها غلبه با حضور مردان و محیطی مردانه است، بیش از زنان است (هاجیتز و همکاران، 1997). بنابراین برنامه‌های درمانی تک‌جنسیتی برای زنان به شدت مورد نیاز است. یافته‌های پژوهشی نشان داده است تقویت برنامه‌های درمانی خاص زنان با مراقبت‌های پیش از زایمان، مراقبت از کودک و اقدامات پیشگیری از ایدز موجب افزایش اثربخشی آن‌ها می‌شود (آروین¹، فرانسیسکو² و برنیکن³، 2001). یافته‌ها نشان داده است زنانی که از برنامه‌های مختص زنان استفاده کرده‌اند، تمایلی به ورود به درمان‌های مختلط ندارند (کوپلند⁴، هال⁵، دیدکوت⁶ و بیگز⁷، 1993). همچنین زنانی که سابقه آسیب، تن‌فروشی و مورد خشونت قرار گرفتن دارند، در گروه‌های مختلط تحقیر و خشم بیشتری احساس می‌کنند (گرلا⁸ و گرینول⁹، 2004).

برخی پژوهش‌ها به بررسی موانع سر راه ورود به سامانه درمان اعتیاد زنان پرداخته‌اند؛ انگ اجتماعی سنگین تر برای زنان و مسئولیت بیشتر زنان برای مراقبت از فرزندان دلیل مراجعه کمتر زنان نسبت به مردان برای درمان در کشورهای آسیایی بیان شده است (رید¹⁰ و کاستیگان¹¹، 2002). حاملگی نبود سرویس‌های خاص برای زنان معتاد حامله، ترس از دست دادن حق حضانت فرزند پس از به دنیا آمدن، ترس از تحت تعقیب قرار گرفتن، عدم ارائه همزمان خدمات به مادران معتاد برای نگهداری فرزندان، مشکلات اقتصادی و بیکاری، سابقه سوءاستفاده جنسی و فیزیکی در زنان و مطلوب نبودن برنامه‌های مختلط درمان اعتیاد برای زنان، نبود حمایت خانوادگی و حمایت همسر برای درمان از جمله عوامل مراجعه نکردن زنان برای درمان بیان شده است (گرینفیلد¹² و همکاران، 2007). در هر حال بررسی‌ها نشان داده است پس از ورود به درمان میان دو جنس تفاوت معناداری برای باقی ماندن در درمان وجود ندارد. عملکرد روان‌شناختی فرد، ثبات شخصیتی و تعداد فرزندان از جمله عوامل مهمی است که بر طول مدت باقی ماندن در درمان یا کامل کردن درمان اثر می‌گذارد. برای زنان دارای فرزند، تسهیلاتی که اجازه درمان اقامتی به همراه فرزند را به آن‌ها بدهد، میزان باقی ماندن در درمان را افزایش می‌دهد.

در بسیاری از کشورهای آمریکایی و آفریقایی مصرف مواد در زنان با انگ اجتماعی فراوانی همراه است، در نظر مردان این کشورها، زنان مصرف کننده مواد «هیولا» و سزاوار

- | | |
|---------------|----------------|
| 1- Orwin | 2- Francisco |
| 3- Bernichon | 4- Copeland |
| 5- Hall | 6- Didcott |
| 7- Biggs | 8- Grella |
| 9- Greenwell | 10- Reid |
| 11- Costigan | 12- Greenfield |
| 13- Wechsberg | 14- Luseno |
| 15- Ellerson | |

- Cottler, L. B., Nishith, P., & Compton, W. M. (2001). Gender differences in risk factors for trauma exposure and post-traumatic stress disorder among inner-city drug abusers in and out of treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 111-117.
- Fals-Stewart, W., Golden, J., & Schumacher, J. A. (2003). Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors*, 28, 1555-1574.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., Hien, D., & Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 1-21.
- Grella, C. E., & Greenwell, L. (2004). Substance abuse treatment for women: Changes in the settings where women received treatment and types of services provided, 1987-1998. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 31, 367-383.
- Hodgins, D. C., el-Guebaly, N., & Addington, J. (1997). Treatment of substance abusers: Single or mixed gender programs? *Addiction*, 92, 805-812.
- Howell, E. M., Heiser, N., & Harrington, M. (1999). A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 195-219.
- Hser, Y. I., Huang, D., Teruya, C., & Douglas Anglin, M. (2003). Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors. *Drug and Alcohol Dependence*, 72, 255-264.
- Hurley, D. L. (1991). Women, alcohol and incest: An analytical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 253-268.
- Jarvis, T. J. (1992). Implications of gender for alcohol treatment research: A quantitative and qualitative review. *British Journal of Addiction*, 87, 1249-1261.
- Marsh, J. C., D'Annunzio, T. A., & Smith, B. D. (2000). Increasing access and providing social services to improve drug abuse treatment for women with children. *Addiction*, 95, 1237-1247.
- Miller, B. A., Downs, W. R., & Gondoli, D. M. (1989). Spousal violence among alcoholic women as compared to a random household sample of women. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 533-540.
- Mirzaei, B., & Ranjgar, B. (2007). Assessment of economic, social and family status of female sex workers in Tehran. *Andisheh va Raftar (Applied Psychology)*, 4, 41-49. (persian)

می تواند یکی از عوامل مهم در کاهش دسترسی زنان معتاد به خدمات متناسب با نیازهایشان باشد.

در پایان باید اشاره کرد که آزمودنی های پژوهش حاضر، گروهی از زنان معتاد در دو مرکز درمان و کاهش آسیب بودند که وضعیت پایین اقتصادی-اجتماعی داشتند، بیشتر کراک مصرف می کردند، بی خانمان بودند و انجام کارهای غیرقانونی و تن فروشی در آنها شایع بود. بنابراین این افراد گروه خاصی از زنان معتاد کشورمان را تشکیل می دادند و نباید یافته های به دست آمده را به تمامی زنان معتاد کشور تعمیم داد. بنابراین انجام پژوهش های کیفی بیشتر بر دیگر گروه های زنان معتاد در مکان ها و شهرهای مختلف و بررسی نیازها و پایش و ارزیابی مداخله های درمانی برای پژوهش های آتی پیشنهاد می شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از انجمن تولدی دوباره، مسئولان محترم مرکز ترک اعتیاد چیتگر و مرکز خانه خورشید به دلیل همکاری صمیمانه ایشان، قدردانی می شود.
[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

- Amin-Esmaili, M., Rahimi-Movaghar, A., Haghdoost, A., & Mohraz, M. (Submitted). *Prevalence of HIV infection among non-injecting drug users in Iran and a comparison with injecting drug users: A systematic review.*
- Ashley, O. S., Marsden, M. E., & Brady, T. M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 19-53.
- Ashouri, M., & Varvae, A. (2010). Family and street prostitutes. *Law Quarterly*, 40 (1), 1-20. (persian)
- Chatham, L. R., Hiller, M. L., Rowan-Szal, G. A., Joe, G. W., & Simpson, D. D. (1999). Gender differences at admission and follow-up in a sample of methadone maintenance clients. *Substance Use and Misuse*, 34, 1137-1165.
- Copeland, J., Hall, W., Didcott, P., & Biggs, V. (1993). A comparison of a specialist women's alcohol and other drug treatment service with two traditional mixed-sex services: Client characteristics and treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 32, 81-92.

- Moos, R., Finney, J., & Cronkite, R. (1990). *Alcoholism treatment: Context, process, and outcome*. New York: Oxford University Press.
- Narenjiha, H., Rafiei, H., Baghestani, A. R., Nouri, R., Ghafouri, B., Soleimaninia, L. (2009). *Rapid situation assessment of drug abuse in Iran (year 2007)*. Tehran: Danjeh publication. (persian)
- Narenjiha, H., Rafiei, H., Baghestani, A. R., Nouri, R., Shirinbayan, P., Farhadi, M. H., & Etemadi, H. (2005). *Rapid situation assessment of drug abuse in Iran (year 2004): Research report*. Tehran: Dariush institute. (persian)
- Orwin, R., Francisco, L., & Bernichon, T. (2001). *Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: A meta-analysis*. Arlington, VA: Battelle Centers for Public Health Research and Evaluation.
- Rafiey, H., Narenjiha, H., Shirinbayan, P., Noori, R., Javadipour, M., Roshanpajouh, M., Samiei, M., & Assari, S. (2009). Needle and syringe sharing among Iranian drug injectors. *Harm Reduction Journal*, 6, 21.
- Rahimi- Movaghar, A. (2001). *Trend analysis of the status of drug abuse in recent decades in Iran*. M.A. Thesis, Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (persian)
- Rahimi-Movaghar, A. (2004). A review of the prevalence and the patterns of drug abuse in women in Iran. *Social Welfare Quarterly*, 12, 203-226. (persian)
- Rahimi-Movaghar, A., Amin-Esmaili, M., Haghdoost, A., Sadeghirad, B., & Mohraz, M. (Submitted). *HIV prevalence among injecting drug users in Iran, a systematic review of studies conducted during a decade (1998 to 2007)*.
- Rahimi-Movaghar, A., Sahimi-Izadian, E., & Younesian, M. (2006). The drug use situation in university students in Iran: a literature review. *Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*, 2 (5), 83-104. (persian)
- Razaghi, E. M., Rahimi-Movaghar, A., Amin-Esmaili, M., Sahimi Izadian, E., & Baghestani, A. R. (2008). *The study of prevalence of infectious diseases among injecting drug abusers and their correlated factors in Tehran in 2006-2007*. Tehran: Iranian National Center for Addiction Studies. (persian)
- Razaghi, E. M., Rahimi-Movaghar, A., Hosseini, M., Madani, S., & Chatterjee, A. (2003). *Rapid situation assessment of drug abuse in Iran*. Tehran: Iranian Welfare Organization. (persian)
- Razaghi, E. M., Rahimi-Movaghar, A., Mohammad, K., & Hosseini, M. (2003). A qualitative study of risky sexual behavior in injecting drug users in Tehran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Researches*, 2 (6), 1-10. (persian)
- Reid, G., & Costigan, G. (2002). *Revisiting the hidden epidemic: A situation assessment of drug use in Asia in the context of HIV/AIDS*. Australia: Centre for Harm Reduction, The Macfarlane Burnet Institute for Medical Research & Public Health.
- Room, R. (1996). Gender roles and interactions in drinking and drug use. *Journal of Substance Abuse*, 8, 227-239.
- Sheridan, M. J. (1995). A proposed intergenerational model of substance abuse, family functioning, and abuse/neglect. *Child Abuse and Neglect*, 19, 519-530.
- Sonne, S. C., Back, S. E., Diaz Zuniga, C., Randall, C. L., & Brady, K. T. (2003). Gender differences in individuals with comorbid alcohol dependence and post-traumatic stress disorder. *American Journal on Addictions*, 12, 412-423.
- United Nation Office on Drugs and Crime. (2010). *World Drug Report*. Vienna: UNODC.
- United Nations Office on Drugs And Crime. (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*. Veinna: United Nations Publication.
- Wallen, J. (1992). A comparison of male and female clients in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 243-248.
- Wechsberg, W. M., Luseno, W., & Ellerson, R. M. (2008). Reaching women substance abusers in diverse settings: Stigma and access to treatment 30 years later. *Substance Use and Misuse*, 43, 1277-1279.
- Wiechelt, S. A. (2008). Introduction to the special issue: International perspectives on women's substance use. *Substance Use and Misuse*, 43, 973-977.
- Yasami, M. T., Shahmohammadi, D., Naghavi, M., Bagheri-Yazdi, A., Zojaji, A., Rahimi-Movaghar, A., Hosseini, M., & Layeghi, H. (2002). *Epidemiology of drug abuse in I.R. Iran*. Tehran: Ministry of Health and Drug Control Headquarters. (persian)