


## The challenges of compulsory treatment of women's addiction and to provide policy suggestions

Ali Asghar Darvishi

Fard \* 

Assistant Professor of Social Work, Shahed University, Tehran, Iran.

Fatemeh Mohamadi 

Director of the Social Harms Group, Islamic Consultative Assembly Research Center, Tehran, Iran.

### 1. Introduction

Compulsory treatment is generally an option of last solution and is reserved primarily for people who are at risk of harm to themselves or others and whose ability to make decisions about their use is severely compromised by their dependence. People eligible for compulsory addiction treatment programs are some of the most vulnerable in society, often with chronic and complex problems including mental health problems, cognitive impairment, and other health, social, and welfare issues such as homelessness. Despite the centrality of compulsory treatment of drug abusers in Iran's confrontational policies, this method of treatment faces numerous challenges in its nature, and its efficiency and effectiveness are highly questionable. A careful examination of research and documents shows that despite the richness of foreign studies in the field of compulsory addiction treatment, we are faced with serious weaknesses in domestic studies. In particular, no research has studied female drug users as a specific center of analysis. The present study aimed to understand the challenges of compulsory treatment of women's addiction and to provide policy suggestions.

### 2. Methodology

The research method was qualitative and the necessary information was collected through observation and semi-structured interviews. The participants were 14 women who abuse drugs and 7 key informants in the area under study. The information obtained was analyzed through thematic analysis. Presence in the field

---

\* Corresponding Author: darvishi68.swork@gmail.com

**How to Cite:** Darvishifard, A. A; Mohammadi, F. (2026). The challenges of compulsory treatment of women's addiction and to provide policy suggestions, *Journal of Social Development and Welfare Planning*,16(65), 337-398.

under study and observation of the treatment space, accuracy in recording and documenting data, agreement and consistency in coding research themes, and providing quotes are the criteria used to increase the reliability and credibility of the research findings.

### **3. Findings**

After analyzing the data, in the section on challenges of compulsory addiction treatment, eight main themes were extracted, including a coercive/punitive approach to the problem, resistance to treatment, inhibitory feelings and emotions, a reductionist approach to treatment, weakness of the care/support system during treatment, normalization/internalization of the problem, a fragile support system, and weakness of the effectiveness evaluation and control system, and twenty subthemes. Accordingly, the two main themes were presented below with policy suggestions for reforming and improving the compulsory addiction treatment process, including care interventions during treatment, community-based care interventions, and the decision-making system. The research findings show that the process of organizing women at different stages of arrest, screening, care during treatment, and care after discharge faces various challenges and needs serious review and reform.

### **4. Conclusion**


An approach based on merely maintaining the target group for a specific period of time without responding to the needs and challenges experienced cannot be considered an appropriate solution for social rehabilitation or social reintegration of this group. In fact, adopting such an approach that lacks the important feature of facilitation in the process of empowering the target group, wastes the resources and credits allocated in this area, leads to greater distrust of the target group towards treatment plans and their greater vulnerability. Ignoring various treatment and support considerations at stages of the plan leads to deepening of the problem of addiction, especially for people who are new to the addiction cycle. Finally, it must be accepted that women addicts, especially homeless women, who are the majority of the representative samples of the present study, are among the most vulnerable social groups, and providing effective interventions to improve their situation and separate them from the addiction cycle is beyond the ability of the designated centers and the goal will not be achieved without interdisciplinary and multi-institutional interaction and the responsibility of the respective trustees. This range of people face a set of problems at different levels of individual, social, legal and family, and a large part of the costs and financial resources of the dedicated centers


are also spent on the maintenance. Skill training, entrepreneurship, literacy, medical treatment, supported employment, legal support, psychosocial interventions, permanent shelter, post-recovery support, and in general, carrying out systematic and integrated measures towards the individual and social rehabilitation of people at different stages of treatment are not within the capacity of the dedicated centers, and carrying out this task requires the cooperation and coordination of the defined responsible organizations. With this interpretation, the formation of multi-dimensional participatory interventions during and after treatment is necessary to improve the situation.

**Keywords:** Addiction, Compulsory Treatment, Policy Suggestions, Women



## چالش‌های درمان اجباری اعتیاد زنان و ارائه پیشنهادی سیاستی

علی اصغر درویشی فرد\*  استادیار مددکاری اجتماعی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

فاطمه محمدی  مدیر گروه آسیب‌های اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران.

### چکیده

مطالعه حاضر با هدف فهم چالش‌های درمان اجباری اعتیاد زنان و پیشنهادی سیاستی در این حوزه انجام شده است. روش پژوهش، کیفی و اطلاعات لازم از طریق تکنیک مشاهده و مصاحبه نیمه ساختاریافته گردآوری شده است. مشارکت کنندگان، ۱۴ نفر از زنان سوءمصرف کننده مواد و ۷ نفر از مطلعین کلیدی در حوزه مورد بررسی است. اطلاعات به دست آمده، از طریق روش تحلیل مضمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. حضور در میدان مورد مطالعه و مشاهده فضای درمان، دقت در ثبت و مستندسازی داده‌ها، توافق و همسانی در رمزگذاری مضامین پژوهش و ارائه نقل قول از معیارهای مورد استفاده به منظور افزایش قابلیت اعتماد و باورپذیری یافته‌های پژوهش است. پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات، در بخش چالش‌های درمان اجباری اعتیاد، هشت مضمون اصلی شامل رویکرد قهری/ ضربتی به مسئله، مقاومت نسبت به درمان، احساسات و هیجانات بازدارنده، رویکرد تقلیلی به درمان، ضعف نظام مراقبتی/ حمایتی حین درمان، عادی‌سازی/ درونی‌سازی مسئله، نظام حمایتی شکننده و ضعف نظام ارزیابی و کنترل اثربخشی و بیست مضمون فرعی استخراج شد. بر این اساس، دو مضمون اصلی در ذیل پیشنهادی سیاستی برای اصلاح و بهبود فرایند درمان اجباری اعتیاد شامل، مداخلات مراقبتی در حین درمان، مداخلات مراقبتی مبتنی بر جامعه و نظام تصمیم‌گیری ارائه گردید. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که فرایند ساماندهی زنان در مراحل مختلف دستگیری، غربالگری، مراقبت در حین درمان و مراقبت پس از خروج با چالش‌های مختلفی مواجه است و نیاز به بازنگری و اصلاح جدی دارد.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، درمان اجباری، زنان، پیشنهاد سیاستی

## طرح مسئله

اینکه سوء مصرف مواد مخدر با بسیاری از پیامدهای منفی برای فرد، دیگران مرتبط با فرد و به طور کلی جامعه مرتبط است، امری مسلم و مورد توافق همگان است و در اسناد مختلف بر آن تأکید شده است؛ علی‌رغم توافق درباره اثرات سوء مصرف مواد مخدر، با این حال درباره شیوه‌های مواجهه با آن نه تنها توافقی وجود ندارد، بلکه دیدگاه‌های متضاد و مدل‌های درمانی مختلفی محوریت دارد. درمان اجباری اعتیاد از جمله روش‌هایی است که در بسیاری از کشورهای جهان برای پاسخ‌دهی و مواجهه با مسئله اعتیاد عملیاتی شده است. این اصطلاح به طیف گسترده‌ای از برنامه‌های مقرر در قانون یا برنامه‌های اجرا شده توسط دولت‌ها اشاره دارد، به طور کلی گزینه‌ای برای آخرین راه‌حل است و عمدتاً برای افرادی در نظر گرفته می‌شود که در معرض خطر آسیب به خود یا دیگران هستند و توانایی تصمیم‌گیری در مورد مصرف آنها به دلیل وابستگی‌شان به شدت به خطر می‌افتد. افراد واجد شرایط برای برنامه‌های درمانی اجباری اعتیاد برخی از آسیب‌پذیرترین افراد جامعه هستند که غالباً درگیر مشکلات مزمن و پیچیده‌ای از جمله بیماری‌های هم‌زمان سلامت روان، اختلال شناختی و سایر مسائل بهداشتی، اجتماعی و رفاهی مانند بی‌خانمانی هستند.

هم در استرالیا و هم در سطح بین‌المللی، مدل‌های درمان اجباری به طور گسترده در پنج دسته جای می‌گیرند: درمان دادگاه مدار، دادگاه مواد مخدر، درمان اجباری مبتنی بر زندان، تعهد مدنی و توانبخشی اجباری مبتنی بر مرکز ویژه کشورهای شرق و جنوب شرق آسیا (Voung et al, 2019).

موافقت یا مخالفت با درمان اجباری مصرف‌کنندگان مواد، از موضوعات بحث‌برانگیز در حوزه اعتیاد است. علی‌رغم فقدان شواهد اثربخشی و درخواست بین‌المللی برای تعطیلی مراکز اجباری کنترل و پیشگیری از مواد مخدر، این مراکز همچنان در بسیاری از کشورهای شرق و جنوب شرقی آسیا فعالیت می‌کنند و افرادی را که از مواد مخدر استفاده می‌کنند در معرض نقض مداوم حقوق بشر، از جمله عدم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی قرار می‌دهند (Kamarulzaman & McBrayer, 2015). از دیدگاه

کمارالزمان و مک براینر (۲۰۱۵)، اگرچه بخش زیادی از بازداشت‌شدگان اجباری، اچ آی وی مثبت هستند یا در معرض خطر بالای عفونت قرار دارند، مداخلات پزشکی مبتنی بر شواهد اغلب در این مراکز وجود ندارد. لوز و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۶)، معتقدند که درمان اجباری وابستگی به مواد مخدر با حقوق بشر مصرف‌کنندگان مواد در تعارض است و در درمان اعتیاد مؤثر نیست. کنسرسیوم بین‌المللی سیاست مواد مخدر، درمان اجباری اعتیاد را اقدامی غیرمفید می‌داند که حقوق اولیه بیماران را نقض کرده و با اصول اخلاق انسانی سازگاری ندارد. استدلال این است که درمان اجباری به دلیل تلفیق مجازات و درمان منجر به بدبینی و ترس افراد دارای اعتیاد برای پیگیری درمان می‌شود؛ درمان اجباری منجر به انحراف منابع مالی از اقدامات پیشگیرانه مؤثر در زمینه کاهش آسیب و سایر اقدامات شواهد محور می‌شود؛ این رویکرد همچنین از طریق برچسب‌زنی به افراد دستگیرشده، هویت آنان را مخدوش کرده و زمینه تداوم کجروی را برایشان فراهم می‌کند. بر این اساس، درمان اجباری صرفاً در مواقع بسیار ضروری و به صورت کوتاه‌مدت مجاز شمرده شده است (گنجی، ۱۴۰۳). استیونز<sup>۲</sup> (۲۰۱۲)، استدلال می‌کند که درمان اجباری برای هیچ گروهی اخلاقی نیست، زیرا استاندارد رضایت آگاهانه را نقض می‌کند. ورب و همکارانش<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) تأکید می‌کنند، با توجه به احتمال نقض حقوق بشر در محیط‌های درمان اجباری، روش‌های درمان غیراجباری باید در اولویت قرار گیرد.

کشور ایران از جمله کشورهایی است که به‌ویژه در سال‌های اخیر تمرکز جدی بر اجرایی کردن این مدل داشته است. اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۸۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام در ذیل مفاد دو ماده ۱۵ و ۱۶ که اصلی‌ترین مواد قانونی در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد هستند، آخرین و جدیدترین تکلیف قانونی در راستای مواجهه با موضوع اعتیاد است. منطبق با ماده ۱۵ قانون فوق معتادان مکلفند با مراجعه به مراکز مجاز، اقدام به ترک اعتیاد نمایند و در غیر این صورت مجرم‌اند و بایستی

---

1. Lunze et al  
2. Stevens  
3. Werb et al

در ذیل ماده ۱۶ و با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز پیش‌بینی شده نگهداری شوند. این مدت با درخواست مراکز مذکور و تأیید مقام قضایی برای یک دوره سه‌ماهه نیز قابل تمدید است. راه‌اندازی مراکز نگهداری و درمان اجباری افراد دارای تظاهر به اعتیاد در ذیل مفاد ماده ۱۶ قانون فوق، از جمله رویکردهای غالب در طی سال‌های اخیر به‌منظور مواجهه با موضوع اعتیاد و کاهش آسیب در کشور بوده است.

علی‌رغم محوریت یافتن درمان اجباری سوء‌مصرف کنندگان مواد در سیاست‌های مواجهه‌ای ایران، با این حال، همان‌گونه که گزارش شده است این شیوه از درمان در ماهیت خود با چالش‌های متعددی روبرو است و کارایی و اثربخشی آن مورد تردید بسیار است. علاوه بر این، کنکاش دقیق پژوهش‌ها و اسناد نشان می‌دهد که علی‌رغم غنی بودن مطالعات خارجی در حوزه درمان اجباری اعتیاد، در مطالعات داخلی با ضعف جدی مواجه هستیم؛ به‌ویژه تاکنون هیچ‌گونه پژوهشی زنان مصرف‌کننده مواد را به‌عنوان یک مرکز تحلیل اختصاصی مورد مطالعه قرار نداده است. دست‌یابی به فهم و شناخت بی‌واسطه از تجربه‌ها و چالش‌هایی که افراد در روند درمان اجباری تجربه کرده‌اند، می‌تواند سیاست‌گذاران را در اصلاح رویه‌ها و فرایندهای مواجهه‌ای و در نهایت لحاظ کردن روش‌های درمانی مطلوب‌تر یاری رساند.

با ذکر مقدمه فوق، پرسش اصلی پژوهش حاضر این است: چالش‌های مرتبط با درمان اجباری اعتیاد زنان چیست و چه پیشنهاد‌های سیاستی را می‌توان برای اصلاح فرایندهای این شیوه از درمان ارائه داد؟

### پیشینه پژوهش

#### پژوهش‌های داخلی

پژوهش حتم خوانی و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان بررسی الگوی مصرف مواد مخدر در مراجعین به مراکز اجباری نگهداری و درمان و کاهش آسیب معتادان ارومیه، نشان می‌دهد

که تقریباً نیمی از بیماران سابقه ترک اعتیاد داشته‌اند و با توجه به شیوع بالای آسیب‌های اجتماعی نظیر بیکاری، تحصیلات پایین و متأثر شدن کانون خانواده در افراد متأهل، ضرورت مداخله هدفمند و برنامه‌ریزی برای پیشگیری و بازگشت به جامعه نیز استنباط و پیشنهاد شده است.

نتایج پژوهش رحیمی موقر و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده، در مرکز اقامتی ۱: ارزیابی فرایند مداخلات، نشان می‌دهد که خدمات ارائه‌شده با ضعف‌هایی مانند شدت کنترل و فشار نیروهای انتظامی مراقب در ماه‌های اول همراه بوده است و این موضوع مانع از ایجاد فضای درمانی شده است. علاوه بر این، اکثر معتادان دستگیری و درمان اجباری را برای خود مفید می‌دانستند. مشارکت نیروی انتظامی و وزارت بهداشت، طراحی پروتکل درمانی و ارزیابی برنامه از نقاط قوت طرح نجات بود که آن را از اقدامات مشابه سال‌های پیش متمایز می‌کرد. در نهایت محققان پژوهش پیشنهاد می‌دهند که این طرح به صورت غیر ضربتی، در وسعت محدود و بدون توسعه کمی به صورت یک فیلد پژوهشی و با نظارت دستگاه قضایی استمرار یابد تا امکان برطرف کردن نقاط ضعف و راه‌اندازی مداخلات متعدد و بهبود آن‌ها فراهم شود.

همسو با پژوهش قبلی و در راستای تکمیل آن، رحیمی موقر و همکاران (۱۳۹۰) به ادامه ارزیابی نتایج اقدام کردند. این پژوهش نتیجه می‌گیرد که اگرچه نتایج به دست آمده کمتر از الگوهای روز درمان اجباری به‌ویژه در درمان دادگاه مدار بوده و اشکالات متعددی در اجرای طرح، به‌ویژه به دلیل اجرای ضربتی آن قبل از آمادگی کامل وجود داشت اما با بهبود روش‌های اجرایی و مراقبت‌های پس از ترخیص، دستاوردها به‌طور بارزی قابل بهبود هستند.

یافته‌های مطالعه محرز و همکاران (۱۳۹۶؛ به نقل از گنجی، ۱۴۰۲)، با عنوان ارزیابی میزان اثربخشی خدمات درمانی مراکز ماده ۱۶ در سطح کشور، حاکی از آن است که مراکز درمان اجباری در مقطع زمانی موردنظر با چالش‌هایی نسبتاً اساسی مواجه بوده و با شرایط مطلوب و دستورالعمل‌های اجرایی فاصله‌ای معنادار داشته است. اکثریت غالب

افراد درگیر در فرآیند پژوهش (۸۷٪) در مصاحبه‌های عمیق اظهار کرده‌اند که برنامه مذکور اثربخشی ماندگاری نداشته و به شکل دور تسلسل بوده است و تاکنون شواهدی مبنی بر توانمندسازی و ارتقا سطح زندگی این افراد در دست نمی‌باشد. در پاسخ به سؤال «اگر شما اختیار تام داشته باشید چه تصمیمی در خصوص مراکز ماده ۱۶ اتخاذ خواهید کرد؟» ۳۵٪ مراکز را تعطیل می‌کردند، ۴۵٪ تغییرات اصلی در روند اجرایی آن ایجاد می‌کردند، ۱۳٪ نگره‌داشتن وضع موجود با تقویت جدی خدمات پس از خروج داشتند و تنها ۷٪ شرایط موجود را عیناً حفظ می‌کردند.

معنی‌باشی منصوره و همکاران (۱۳۹۶) در بررسی خود با عنوان مرور سیستماتیک اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان، نتیجه گرفتند که بیماران تحت درمان اجباری شرایط نامناسب‌تری داشته‌اند. تعداد اندکی از پژوهش‌ها بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی و در کل سلامت عمومی را در درمان اجباری گزارش داده‌اند. این پژوهش نتیجه‌گیری می‌کند که درمان داوطلبانه خروجی بهتری نسبت به درمان اجباری داشته هرچند که برای تصمیم‌گیری قابل‌اتکا پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتری با روش تحقیق مناسب انجام شود.

مطالعه میرکاظمی و همکاران (۱۳۹۷)؛ به نقل از گنجی، (۱۴۰۲)، با عنوان طرح تبیین وضعیت و نیازسنجی در مورد مراکز درمان اعتیاد موضوع ماده ۱۶ اصلاحیه قانون اصلاح مبارزه با مواد مخدر، نشان می‌دهد که دیدگاه مسئولان و مدیران مراکز درباره اثربخشی آن‌ها متفاوت بوده است. برخی این مراکز را در کاهش جرائم خرد مؤثر دانسته‌اند؛ برخی بیان کرده‌اند که به‌منظور اثربخشی باید تغییرات زیادی در این مراکز ایجاد شود یا اثربخشی آن‌ها را منوط به همکاری با سایر دستگاه‌ها دانسته‌اند. بخش دیگری از پاسخ‌گویان، اندازه‌گیری میزان اثر این مراکز را به علت وجود تأثیرات بیرونی ناممکن تلقی می‌کردند. اما بیشتر افراد حاضر در این پژوهش، مراکز ماده ۱۶ را صرفاً یک برنامه کاهش آسیب می‌دانستند که تنها منجر به کاهش هزینه‌های جامعه شده و به علت تمرکز بر روش درمانی یکسان برای همه، تأثیری در درمان معتادان ندارد.

نتایج پژوهش فتحی و بختیاری (۱۴۰۰) با عنوان مطالعه کیفی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد، نشان می‌دهد که در درمان اجباری اعتیاد، پزشکی شدن درمان و درمان موقتی که بر مصرف دارو اتکا دارد، رجحان پیدا کرده است. بر این اساس، نظام درمان اعتیاد، نیازمند مجموعه‌ای از فعالیت‌های چندجانبه و سیستمی در سطوح مختلف، سیاستی، مدیریتی، اجرایی و پرسنلی است که بتواند انطباق‌پذیری بیماران را به‌منظور بازپیوند اجتماعی و تأمین سلامت روانی و اجتماعی آنها افزایش دهد.

آل کج باف (۱۴۰۳) در تحقیق خود با عنوان درمان اجباری معتادین از منظر اسناد بین‌المللی با تأکید بر موازین حقوق بشری، نتیجه‌گیری می‌کند که به نظر می‌رسد با بررسی اسناد بین‌المللی، ترک اجباری معتادین ناقض موازین حقوق بشری به‌خصوص حق بر سلامت می‌باشد و عدم به‌کارگیری اجبار جهت درمان معتادین در اسناد بین‌المللی و برخی اسناد منطقه‌ای نیز پیش‌بینی شده است، اما در قوانین ایران درمان اجباری معتادین پیش‌بینی شده است که این موضوع می‌تواند چالش‌برانگیز باشد. محقق در نهایت پیشنهاد می‌دهد که قوانین ایران نیز در راستای اسناد بین‌المللی اصلاح گردند.

گنجی (۱۴۰۲) در گزارش پژوهشی خود با عنوان ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد؛ موضوع ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر، به بررسی مراکز موردنظر پرداخت و مشکلات این مراکز را شناسایی نمود؛ معیوب بودن چرخه دستگیری، اختلال در فرایند و کیفیت غربالگری، تکمیل نبودن و نقص در فرایند نگهداری و درمان، مواجهه مقطعی و سیاسی با حوزه افراد دارای تظاهر به اعتیاد، کمبود، ناپایداری و توزیع نامتوازن اعتبارات مالی، فقدان انسجام آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها، نقص در کیفیت و روند فرایندهای قضائی مربوطه، فقدان نظام تولید داده، ارزیابی و پایش عملکردها و فرایندها، بی‌توجهی به خاص‌بودگی‌های مددجویان و تک‌دوزی نبودن خدمات، ضعف در اقدام و مراقبت نظام‌مند پس از خروج، تعارض منافع ذاتی و اقتصاد سیاسی چرخه درمان اعتیاد، برجسب‌زنی و طرد اجتماعی مضاعف، شنیده نشدن صدای جامعه هدف، تقلیل چرخه درمان و توانمندسازی به خدمات اولیه پزشکی و ابهام در

تعریف تجاهر و تعیین شاخص‌های آن از مهم‌ترین چالش‌های شناسایی شده در گزارش فوق است.

### پژوهش‌های خارجی

پلات و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) در تحقیقشان با عنوان چشم‌اندازها و محدودیت‌های درمان اجباری اعتیاد به مواد مخدر، نتیجه گرفتند که فقدان دانش فعلی در مورد اثربخشی درمان اجباری، سؤالات اخلاقی و همچنین عملی را مطرح می‌کند. اگرچه درمان اجباری یک راه‌حل وسوسه‌انگیز برای مشکل اعتیاد به مواد مخدر است، اما قبل از پذیرش مناسب، باید یک تحلیل کامل از سیاست اجتماعی در مورد استفاده از فشار اجباری انجام شود. درمان اجباری نباید بر اساس ایده‌های اخلاق‌گرایانه یا مصلحت‌اندیشی سیاسی، بلکه باید بر اساس کل طیف گزینه‌های سیاست درمانی مورد قضاوت قرار گیرد.

مطالعه استیونز (۲۰۱۲)، با عنوان اخلاق و اثربخشی درمان اجباری برای افرادی مصرف‌کننده مواد، استدلال می‌کند که درمان اجباری برای هیچ گروهی اخلاقی نیست، زیرا استاندارد رضایت آگاهانه را نقض می‌کند. درمان شبه اجباری (یعنی درمانی که به‌عنوان جایگزینی برای مجازاتی ارائه می‌شود که خود از نظر اخلاقی موجه است) ممکن است (تحت شرایط خاص) برای مجرمان معتاد به مواد مخدر که با مجازات کیفری محدودتری روبرو هستند اخلاقی باشد، اما برای سایر مصرف‌کنندگان مواد اخلاقی نیست. این مقاله همچنین به‌طور خلاصه به بررسی شواهدی می‌پردازد که نشان می‌دهد درمان شبه اجباری ممکن است به‌اندازه درمان داوطلبانه مؤثر باشد.

مطالعه کمارالزمان و مک برای (۲۰۱۵)، با عنوان مراکز بازداشت اجباری مواد مخدر در شرق و جنوب شرق آسیا، تأکید دارد که علی‌رغم درخواست به تعطیل شدن مراکز بازداشت اجباری مصرف‌کنندگان مواد در بیانیه مشترک نهادهای سازمان ملل در مارس

---

1. Platt et al

۲۰۱۲، با این حال، در بررسی انجام شده، نگرانی در مورد نقض حقوق بشر از جمله عدم رضایت برای درمان بود و از روندهای مناسب در این حوزه حمایت می‌کند. فقدان مراقبت‌های بهداشت عمومی و عدم درمان مبتنی بر شواهد و در برخی مراکز کار اجباری و سوءاستفاده فیزیکی و جنسی گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد که تعداد اندکی از کشورها در پاسخ به فراخوان ایراد شده به سوی درمان‌های داوطلبانه مبتنی بر جامعه پیش رفته‌اند. قوانین و سیاست‌های موجود، فقدان منابع انسانی ماهر و زیرساخت‌ها برای ایجاد سریع مراکز درمانی مبتنی بر شواهد به جای بازداشت گاه‌های اجباری، انگ‌فراگیر افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند و تنش‌های مداوم بین این مراکز احتمالاً مانع پیشرفت خواهد شد.

مطالعه لونز و همکاران (۲۰۱۶)، با عنوان درمان اعتیاد اجباری برای افراد مصرف‌کننده مواد: تحلیل حقوق بشر و سلامت جهانی، در نهایت بر چهار پیام کلیدی تأکید می‌کند: اول، درمان اجباری بدون رضایت با اصول حقوق بشر در تعارض است و در درمان اعتیاد به مواد مخدر مؤثر نیست. دوم اینکه، شواهد نشان می‌دهد که درمان اجباری با نرخ بالای لغزش همراه است. سوم، به جای درمان اجباری، باید روی درمان داوطلبانه با استفاده از روش‌هایی متمرکز شد که مبتنی بر شواهد هستند. در نهایت، سیاست‌های مقابله با مواد مخدر بستگی باید با مداخلاتی برای کاهش ویروس اچ آی وی مرتبط باشد.

مطالعه لونز و همکاران (۲۰۱۸)، با عنوان درمان اجباری مصرف مواد مخدر در کشورهای جنوب شرقی آسیا، نشان داد که تعداد کل افراد در مراکز بازداشت اجباری به‌طور کلی بین سال‌های مورد بررسی تنها ۴ درصد کاهش داشته است. محققان نتیجه می‌گیرند که علی‌رغم درخواست‌های بین‌المللی برای بسته شدن مراکز بازداشت اجباری، تعداد مراکز و افراد بازداشت شده در هفت کشور مورد مطالعه همچنان بالا باقی مانده است. مطالعه انجام شده، احتمال نقض حقوق بشر را در مراکز بازداشت اجباری نگران‌کننده می‌داند و تأکید می‌کند که سیاست‌های هماهنگ بیشتر و تلاش‌های حمایتی باید از انتقال درمان برای افراد مبتلا به اعتیاد به مواد مخدر، به درمان مبتنی بر حقوق بشر و شواهد

حمایت کند. در نهایت، گسترش خدمات موجود دارویی و اچ آی وی در جامعه به‌جای روش‌های درمان اجباری نیز توصیه می‌شود.

اسکارپ و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۳)، در مطالعه خود با عنوان مراقبت اجباری از افراد مبتلا به اختلالات شدید مصرف مواد و مرگ‌ومیر مرتبط با الکل و مواد مخدر در سوئد نتیجه گرفتند که در سوئد، نگرانی قابل توجه، احتمالاً به میزان بالاتر در میان زنان و افراد جوان، به مراقبت اجباری به دستور دادگاه وجود دارد. اگرچه مراقبت اجباری اغلب به‌عنوان یک مداخله نجات‌بخش توصیه می‌شود، اما یافته‌های این پژوهش پشتیبانی قوی از این ادعا ارائه نمی‌دهد. برعکس، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که پذیرش در مراقبت اجباری با خطر بالاتر مرگ‌ومیر مرتبط با مصرف مواد همراه است. عواملی مانند مراقبت‌های اجباری که اغلب شامل هیچ درمان پزشکی یا روان‌شناختی نمی‌شوند، همراه با عود و مصرف بیش‌ازحد مواد پس از ترخیص، ممکن است از عوامل مؤثر در این یافته‌ها باشند.

در مطالعه نون و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۲۴)، با عنوان اثربخشی درمان اجباری برای اختلال مصرف مواد، از بررسی ۱۷ مقاله مرتبط با درمان اجباری اعتیاد نتایج ذیل به دست آمد: در هفت مطالعه، تفاوت معنی‌داری در مصرف مواد بین درمان اجباری و داوطلبانه وجود نداشت، در دو مطالعه، نتایج در گروه اجباری بهتر بود و در چهار مطالعه، نتایج در گروه تحت درمان داوطلبانه بهتر بود. چهار مطالعه دو گروه را مقایسه نکردند یا اهمیت آنها را توصیف نکردند. در نهایت، ۱۷ مطالعه مورد بررسی، نتایج متفاوتی را در مورد اثربخشی درمان اجباری بر اختلال مصرف مواد مخدر، با خطر قابل توجه سوگیری، از کاستی‌های روش‌شناختی گرفته تا گزارش‌گزینشی نتایج، یافتند. این امر نتیجه‌گیری‌های قطعی در مورد اثربخشی مراقبت اجباری در دستیابی به ترک طولانی‌مدت یا کاهش مصرف مواد مخدر را غیرممکن می‌سازد.

---

1. Scarpa et al  
2. Neven et al

از بررسی و ارزیابی پژوهش‌های داخلی در ارتباط با حوزه مورد پژوهش می‌توان گفت که اولاً، تحقیقات اندکی در مورد موضوع درمان اجباری اعتیاد و ابعاد مختلف آن نظیر اثربخشی مراکز درمان اجباری و نتایج و پیامدهای درمان اجباری انجام شده است. ثانیاً، جامعه و نمونه آماری مورد مطالعه در معدود پژوهش‌های مورد مطالعه، اغلب مردان مصرف‌کننده بوده‌اند و مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب اغلب مکان‌هایی بوده‌اند که مردان مصرف‌کننده در آنجا ساکن بوده‌اند. ثالثاً، از عمر اکثر پژوهش‌ها بیش از ۵ سال می‌گذرد و این در حالی است که در ۵ سال اخیر رویکرد درمان اجباری معتادان متجاهر موضوع ماده ۱۶ به شکل جدی‌تری دنبال شده است و مراکز بازپروری مختلفی در سطح کشور و به‌ویژه کلان‌شهرها برای درمان این افراد پیش‌بینی شده است. موضوع حائز اهمیت در پژوهش‌های خارجی این است که در بیشتر این پژوهش‌ها نقض حقوق بشر در نتیجه درمان اجباری سوءمصرف‌کنندگان مواد به‌عنوان یک نتیجه کلیدی مورد تأکید قرار گرفته است. موضوع مهم دیگر این است که هیچ‌کدام از پژوهش‌های مورد بررسی، درمان اجباری را مطلوب و یا دارای نتایج اثربخش نمی‌دانند و تأکید دارند که سیاست‌های مبتنی بر درمان غیراجباری بایستی در اولویت برنامه‌های مرتبط با اعتیاد قرار بگیرد.

### چارچوب مفهومی

با توجه به اینکه هدف اصلی از ارائه چارچوب مفهومی افزایش حساسیت نظری پژوهش و پژوهشگر و شناسایی بهتر موضوع و مفاهیم حساس پژوهش است، در پژوهش حاضر ترکیبی از نظریه‌های "فشار اجتماعی"، "نظریه عمومی فشار"، "همنشینی افتراقی"، "انگ زنی"، "کنترل اجتماعی" از یک سو و تئوری "سیستم‌ها" و "مدل روانی اجتماعی زیستی" از سوی دیگر مورد استفاده قرار گرفته است. نظریه‌ها و مدل ارائه شده تبیین‌کننده علل و زمینه‌های بروز و تشدید اعتیاد و مجموعه ملاحظاتی است که بایستی مورد توجه متولیان مربوطه در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها در جهت افزایش اثربخشی و موفقیت‌های احتمالی قرار بگیرد.

**فشار اجتماعی:** مرتون<sup>۱</sup>، مهم‌ترین نظریه‌پرداز رویکرد فشار اجتماعی است که وی این مفهوم را در سطح کلان مطرح کرد. مرتون ساخت جامعه را به دو بعد اهداف تعریف‌شده فرهنگی و ابزارهای مشروع و قانونی جهت رسیدن به آن‌ها تعریف می‌کند. از نظر وی، جامعه، فرد را به کج رفتاری مجبور می‌کند. به بیان دیگر، کج رفتاری حاصل فشارهای ساختاری اجتماعی خاصی است که افراد را به انجام آن وامی‌دارد. از نظر وی افراد مطیع قانون هستند اما زمانی که تحت تأثیر فشار زیاد باشند به انحراف رجوع می‌کنند. مرتون این فشار را ناشی از عدم توانایی شخص در دستیابی به اهداف مقبول اجتماعی می‌داند (صدیق سروستانی، ۱۳۹۰: ۴۴). منطبق با این رویکرد، زمینه‌های اعتیاد را باید در فشارهای اجتماعی اقتصادی همچون بیکاری، طرد اجتماعی و فقر جستجو کرد که افراد را از دستیابی به اهداف مشروع و پذیرفته‌شده اجتماعی محروم می‌کند و مواجهه با اعتیاد به شکل فعلی که بدون توجه به چنین مسائلی زیربنایی صورت می‌پذیرد، نمی‌تواند راه‌حل مناسب و پایداری برای موفقیت در این حوزه قلمداد شود.

**نظریه عمومی فشار:** دیگر نظریه منبعث از فشار اجتماعی است که توسط رابرت اگنیو مطرح شده است. این نظریه به جای تأکید بر محدودیت طبقه پایین اجتماعی و یا فقدان فرصت، بر جنبه‌های روانشناسی اجتماعی و سطح خرد فشار تأکید دارد. اگنیو معتقد است که مجرمیت نتیجه مستقیم شرایط اثرگذار منفی مانند خشم، ناامیدی، افسردگی، ترس و محرومیت است (Sigel, 2017: 336). وی به بحث درباره منابع فشار می‌پردازد، که عبارت‌اند از: شکست در دستیابی به اهداف ارزشمند مثبت، انفصال در ارتباط میان انتظارات و دستاوردها، فقدان محرک ارزشمند مثبت و مواجهه با محرک منفی. زنان مصرف‌کننده مواد، اغلب از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند که در تجربه زیسته خود با مجموعه‌ای از چالش‌ها و محرک‌های منفی مواجه بوده‌اند و اغلب امید و فرصت اندکی برای بازسازی زندگی خود دارند. بنابراین، می‌توان گفت منطبق با این نظریه

---

1. Merton

درمان اجباری اعتیاد که اغلب رویکرد نگه‌داری و اسکان چندماهه زنان مصرف‌کننده را مدنظر قرار می‌دهد و برای بازسازی ابعاد مختلف شخصیتی و اجتماعی این زنان تلاش درخوری انجام نمی‌دهد، نمی‌تواند راه‌حل مناسبی برای بازتوانی و مواجهه اصولی با موضوع اعتیاد زنان باشد.

همنشینی افتراقی: نکته اصلی نظریه ساترلند این است که افراد به‌این‌علت کج‌رفتار می‌شوند که تعداد ارتباطات انحرافی آن‌ها بیش از ارتباطات غیرانحرافی‌شان است (صدیق سروستانی، ۱۳۹۰: ۴۸). با بهره‌گیری از نظریه ساترلند، این‌گونه بحث و نتیجه‌گیری می‌شود که روی آوردن به اعتیاد و لغزش‌های مکرر در مصرف‌کنندگان مواد، در نتیجه فراوانی ارتباط و همنشینی آن‌ها با گروه‌های مشابه و تأییدکننده تکرار و توسعه رفتارهای اعتیادی است. محبوس شدن افراد در کمپ‌های ترک اعتیاد و زندگی دسته‌جمعی آن‌ها از یک‌سو و محدود شدن ارتباطات افراد باهم سنخان خود در خارج از کمپ از سوی دیگر، شرایطی را فراهم می‌آورد که امکان یادگیری رفتارها و شیوه‌های جدید مصرف مواد، درونی شدن نگرش‌های اعتیادی و انحرافی و در نهایت لغزش مجدد را افزایش می‌دهد.

انگ زنی: صدیق سروستانی در کتاب خود (۱۳۹۰: ۵۸) این‌گونه بحث می‌کند، همین‌که شخصی انگ کج‌رفتار بخورد، صرف‌نظر از ماهیت کنش او، تمایل می‌یابد که خود را کج‌رفتار بداند و همین امر باعث ادامه کنش قبلی (کج‌رفتاری) خواهد شد. نظریه برچسب‌زنی عمدتاً به پیامدهای تعامل بین کج‌رفتار و جامعه هم‌نوا به‌ویژه عوامل رسمی کنترل اجتماعی می‌پردازد. این رویکرد کج‌رفتاری را مفهومی ساخته جامعه می‌داند، یعنی گروهی در جامعه با تصویب قوانینی که تخطی از آن‌ها کج‌رفتاری محسوب می‌شود، مفهوم کج‌رفتاری را می‌سازند. "انحراف ثانویه" مفهوم کلیدی تئوری برچسب‌زنی است. انحراف ثانویه فرایندی است که در آن هویت فرد دگرگون می‌شود و شامل باز اجتماعی شدن به داخل یک نقش انحرافی است (Sigel, 2017: 282-283). در واقع فرد پس‌ازاین برچسب یا «داغ» خود را در زمره منحرفان می‌پندارد و همین تصور از خود را تقویت می‌نماید (آقابخشی، ۱۳۹۲: ۴۲).

کنترل اجتماعی: هیرشی به‌عنوان صاحب‌نظر اصلی این رویکرد، علت هم‌نوایی افراد با هنجارهای اجتماعی را پیوند اجتماعی آن‌ها دانسته است (صدیق سروسستانی، ۱۳۹۰: ۵۲). هیرشی پیوند میان فرد و جامعه را مهم‌ترین علت هم‌نوایی و عامل اصلی کنترل رفتارهای فرد می‌داند و ضعف این پیوند یا نبود آن موجب اصلی کج‌رفتاری است. چهار جزء اصلی پیوند شخص با جامعه که از نظر هیرشی مانع از کج‌رفتاری می‌شوند، عبارت‌اند از: داشتن تعلق خاطر نسبت به افراد و نهادها، تعهد به فعالیت‌های متداول زندگی روزمره، درگیر شدن در فعالیت‌های مربوط به زندگی روزمره و اعتقاد به اعتبار اخلاقی نظام هنجارهای اجتماعی و رعایت قوانین و مقررات (همان).

منطبق با نظریه هیرشی، اساس ترک اعتیاد در میزان پیوند و تقیدی است که فرد به اجتماع دارد و هرچه ضعف و گسستگی تعلق فرد به جامعه بیشتر باشد، ترک او با احتمال کمتری رخ می‌دهد و بالعکس (فتحی و بختیاری، ۱۴۰۰). در چارچوب این تئوری می‌توان گفت، دستگیری ضربتی و محبوس شدن افراد در کمپ‌های اجباری، داغ و انگ ناشی از دستگیری و تجاهر به اعتیاد، عدم پذیرش در اجتماع و فقدان برنامه‌ریزی هدفمند برای بازتوانی اجتماعی زنان مصرف‌کننده، با گسست بیشتر پیوندهای اجتماعی آن‌ها همراه خواهد شد و زمینه را برای لغزش مجدد و بازگشت به وضعیت اعتیادی به دنبال دارد. در نتیجه بروز این شرایط، تعلق و تعهد افراد به طرح‌های درمانی و نهادهای مرتبط با این طرح‌ها و به‌طور کلی، اجتماع و هنجارهای اخلاقی آن تضعیف خواهد شد و افراد با تلاش بیشتری در پی ارتکاب رفتارهای اعتیادی و انحرافی خواهند بود.

از بررسی نظریه‌های فوق و تطبیق آن‌ها با رویکرد درمان اجباری اعتیاد زنان می‌توان نتیجه گرفت که زنان مصرف‌کننده مواد در تجربه زیسته خود با مجموعه‌ای از چالش‌ها و شرایط اثرگذار منفی مواجه بوده‌اند و رویکرد مبتنی بر درمان اجباری اعتیاد که رویکردی قهری و ضربتی محسوب می‌شود و برای رفع چالش‌های زیست‌شده و اثرگذار در درمان و بازتوانی اجتماعی گروه هدف از برنامه منسجم و دارای پشتوانه علمی و تجربی لازم برخوردار نمی‌باشد، نمی‌تواند راه‌حل اثربخش و پایداری برای برخورد با موضوع اعتیاد

زنان باشد. با این تفسیر، نظریه "سیستمی" و مدل "زیستی روانی اجتماعی" به دلیل دید جامع و در نظر گرفتن عوامل مختلف، می‌توانند چارچوب مفهومی ایده آلی برای مداخله در وضعیت درمان اعتیاد زنان در نظر گرفته شوند.

طبق نظریه سیستمی، بروز انحراف و تکرار آن، نتیجه‌ای از بدکارکردی سیستم‌های مختلف مؤثر بر رفتار افراد است. در واقع، نوک پیکان تقصیر صرفاً متوجه فرد نبوده و بر نقش دیگر عوامل و خرده سیستم‌ها در شکل‌گیری رفتار افراد تأکید است. نظریه سیستم‌ها نظریه‌ای بین‌رشته‌ای است که به‌ویژه در رویکرد مددکاری اجتماعی اهمیت ویژه‌ای دارد و در مداخلات مددکاران اجتماعی محور اصلی مداخلات محسوب می‌شود. این تئوری، نه تنها نقش خود فرد را در شکل‌گیری انحرافات اجتماعی نادیده نمی‌گیرد، بلکه همزمان بر نقش چشمگیر ساختارها و نهادهای اجتماعی بدکارکرد در روند ایجاد پدیده تأکید دارد. بنابراین، با بهره‌گیری از این نظریه، هرگونه راهبرد مواجهه‌ای برای درمان زنان مصرف‌کننده مواد مستلزم توجه همه‌جانبه و چندبعدی به مجموعه عوامل آسیب‌زایی است که در بروز اعتیاد اثرگذار بوده است. بدین ترتیب، طراحی هرگونه برنامه مداخله‌ای برای کاهش آسیب پایدار و بازتوانی اجتماعی زنان درگیر با اعتیاد، متضمن توجه به نقش و تأثیرگذاری ابعاد مختلف مؤثر بر اعتیاد گروه هدف و بازگشت موفق آنها به اجتماع می‌باشد.

هم‌راستا با نظریه سیستمی، مدل زیستی روانی اجتماعی قرار دارد که بر جامع‌گرایی در مداخلات تأکید دارد. در این مدل اعتیاد برآیند تلاقی عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است. این مدل آشکارا از پیچیدگی و ماهیت تعاملی فرایند اعتیاد و بهبودی حمایت می‌کند. به‌عنوان فصل الخطاب مباحث نظری پژوهش می‌توان گفت درمان اعتیاد نیازمند اتخاذ رویکردی جامع و کل‌گرایانه در قالب رویکرد سیستمی و مدل زیستی روانی و اجتماعی است و همسو با این دو رویکرد، مداخلات و برنامه‌ریزی‌ها بایستی با در نظر گرفتن سطوح مختلف تعیین‌کننده و اثرگذار طراحی و اجرایی شود.

### سؤالات پژوهش

- ۱- چه ارزیابی از طرح درمان اجباری وجود دارد؟
- ۲- نحوه مواجهه زنان سوءمصرف کننده با درمان‌های اجباری چگونه است؟
- ۳- درمان اجباری چه پیامدها و مشکلاتی را برای گروه هدف به دنبال دارد؟
- ۴- آیا طرح درمان اجباری می‌تواند منجر به درمان و حمایت واقعی برای گروه هدف شود؟
- ۵- زنان سوءمصرف کننده در مراکز مورد بستری با چه چالش‌هایی مواجه‌اند؟
- ۶- برای ارتقاء کیفیت درمان، در مراکز اختصاص یافته به طرح، سطح جامعه و نظام تصمیم‌گیری چه پیشنهادهایی می‌توان داشت؟

### روش‌شناسی

پژوهش حاضر با توجه به ماهیت آن از در زمره مطالعات کیفی و کاربردی جای دارد. برای گردآوری داده‌ها، از تکنیک مشاهده و مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. مشارکت کنندگان پژوهش دو گروه از افراد شامل زنان سوءمصرف کننده مواد و مطلعین کلیدی بودند. معیار ورود به مطالعه برای گروه اول، تجربه دستگیری در ذیل طرح ماده ۱۶ و اقامت در مراکز اختصاص یافته به طرح مذکور و برای گروه دوم، تجربه کار عملی با گروه هدف و دانش نظری مرتبط با اعتیاد زنان بود. در این راستا، با چهارده نفر از زنان سوءمصرف کننده مواد و هفت نفر از مطلعین کلیدی مصاحبه‌های عمیق صورت پذیرفت. معیار حجم نمونه، اشباع نظری بود. در این راستا، مصاحبه‌ها تا جایی ادامه یافت که معیار اشباع نظری تحقق یابد. بدین معنا که فرایند مصاحبه‌ها به گونه‌ای پیش رفت که دیگر ارتباط بین مفاهیم و طبقه جدید ظهور نکند (خاکی، ۱۳۹۲: ۸۴).

برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از روش تماتیک یا تحلیل موضوعی استفاده شد. تحلیل تماتیک، تحلیل مبتنی بر استقرای تحلیلی از طریق طبقه‌بندی داده‌ها و الگویابی درون

داده‌ای و برون داده‌ای برای سنخ‌شناسی است. به عبارت دیگر، در تحلیل تماتیک، داده‌ها کدگذاری و تحلیل می‌شوند تا مشخص شود که داده‌ها چه می‌گویند (محمدپور، ۱۳۹۰: ۶۶-۶۷). در پژوهش حاضر ابتدا محقق داده‌های متنی شده را به‌طور دقیق مرور و بررسی نمود و در ادامه کدهای مفهومی اولیه از متن استخراج گردید. در مرحله سوم، کدهای مختلف با هم مقایسه شدند و کدهای مشابه و تکراری شناسایی و در نهایت تعداد محدودتری از کدهای گزینشی یا شاخص به دست آمد. در مرحله چهارم، تم‌های فرعی پژوهش که می‌توانند معرف‌هایی برایتم اصلی باشند نیز شناسایی شدند. در مرحله پنجم، تم‌های فرعی و ابعاد مختلف آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت تم‌های اصلی پژوهش که جنبه انتزاعی و شمولیت بیشتری دارند شناسایی و مشخص شد. در نهایت، در مرحله ششم بازبینی نهایی توسط محققین پژوهش صورت پذیرفت، در برخی از مضامین اصلی و فرعی پژوهش تغییراتی صورت گرفت و در نهایت گزارش نهایی که در بردارنده مجموعه‌ای از تم‌های اصلی و فرعی است نیز به نگارش درآمد.

به‌منظور افزایش قابلیت اعتماد و باورپذیری یافته‌های پژوهش، ابتدا بازدید میدانی از مراکز اختصاص یافته به درمان مصرف‌کنندگان متجاهر انجام شد و از نزدیک وضعیت این مراکز و فرایند ارائه خدمات مورد مشاهده و بررسی قرار گرفت. در مرحله دوم، برای جمع‌آوری اطلاعات از ترکیبی از نمونه‌ها یعنی زنان سو مصرف‌کننده و مطلعین کلیدی، استفاده شد و از هر دو گروه نیز نقل‌قول‌های مرتبط ارائه گردید. در نهایت، فرایند کدگذاری یافته‌های پژوهش توسط محققین بارها و بارها مورد بررسی و بازنگری قرار گرفت و توافق در همسانی رمزگذاری یافته‌ها به بالاترین مرحله رسید.

شفاف‌سازی هدف پژوهش برای مصاحبه‌شوندگان، محرمانه ماندن هویت افراد، مصاحبه در فضایی امن و اخذ رضایت شفاهی از مشارکت‌کنندگان پژوهش مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش حاضر است.

### یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش حاضر در دو بخش اصلی ارائه شده است. در بخش اول، چالش‌های درمان اجباری اعتیاد مورد بررسی قرار گرفته است و در بخش دوم، مهم‌ترین پیشنهادها و توصیه‌های سیاستی در حوزه مورد بررسی نیز ارائه شده است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان سوءمصرف کننده مواد

عنوان	تعداد
تعداد کل نمونه	۱۴ نفر
جنسیت	زن: ۱۴ نفر
	مرد: - - -
سن	حداقل: ۱۹
	حداکثر: ۵۵
تحصیلات	بی‌سواد: ۱ نفر
	ابتدایی: ۵ نفر
	راهنمایی: ۵ نفر
	دبیرستان: ۲ نفر
	دیپلم: ۱ نفر
تأهل	مجرد: ۲ نفر
	متأهل: ۴ نفر
	نامشخص: ۸ نفر
سابقه حضور در برنامه‌های ترک	اولین سابقه: ۱ نفر
	بین ۱ تا ۳ سابقه: ۵ نفر
	بیش از ۳ سابقه: ۸ نفر

### چالش‌های مرتبط با درمان اجباری اعتیاد زنان؛

مبتنی بر یافته‌های پژوهش، درمان اجباری اعتیاد با مجموعه‌ای از چالش‌های مختلف مواجه است که روند ارائه خدمات مؤثر را با مانع جدی مواجه می‌کند. بر این اساس، ۸

مضمون اصلی شامل، رویکرد قهری / ضربتی به مسئله، مقاومت نسبت به درمان، احساسات و هیجانات بازدارنده، رویکرد تقلیلی به درمان، ضعف نظام مراقبتی / حمایتی حین درمان، عادی‌سازی / درونی سازی مسئله، نظام حمایتی شکننده و ضعف نظام ارزیابی و کنترل اثربخشی و بیست و یک مضمون فرعی نیز استخراج شد.

جدول ۲- مضمون رویکرد قهری / ضربتی به مسئله، مضامین فرعی و مفاهیم معرف

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم پایه
	تشدید ترس و ناامنی	احساس وحشت داشتن / دستگیری توسط ضابطین قضایی / مورد تهدید واقع شدن / عدم اطلاع از چرایی دستگیری / عدم تجربه مشابه / دستگیری در شب / بلا تکلیفی قضایی / طولانی بودن فرایند پذیرش در کمپ
رویکرد قهری / ضربتی به مسئله	اختلاط مصادیق مختلف مصرف‌کنندگان	نبود شاخص‌های دقیق تشخیصی در حین دستگیری / عدم ارزیابی دقیق در حین غربالگری / بسنده کردن به کیت‌های تشخیصی / خود را در ذیل معتاد متجاهر ندانستن / نبود برنامه موردی / وضعیت آسیب‌پذیری متفاوت / نظام شبکه حمایتی متفاوت
	به حاشیه رفتن درمان‌های غیراجباری	نبود نظام تشخیص و ارجاع درست / ارائه نسخه‌پیچی‌های کلی برای همه افراد / سرمایه‌گذاری دولتی بر روی مدل ضربتی / تعطیلی مراکز کاهش آسیب / کم شدن تعداد مراجعان مراکز داوطلبانه به دلیل قرار گرفتن در فرایندهای اجباری / دستگیر شدن مراجعان بالقوه درمان‌های غیراجباری

۱- رویکرد قهری / ضربتی به مسئله: چارچوب قانونی و اجرایی طرح ساماندهی معتادان متجاهر نشانگر غلبه رویکرد قهری و ضربتی نسبت به مسئله اعتیاد است. رویکردی که علی‌رغم اجرا شدن آن در برخی کشورها از جمله ایران، باین حال، انتقادهای جدی بر

آن وارد است و اثربخشی آن در هاله‌ای از ابهام است. بررسی دیدگاه نمونه‌های پژوهش نشان می‌دهد که اجرای این شیوه از مواجهه با مسئله اعتیاد چالش‌های مختلفی را به همراه دارد و پیامدهای منفی متعددی بر آن مترتب است.

۱-۱- تشدید ترس و ناامنی: فرایند جذب افراد سوءمصرف کننده مواد با اولویت دادن به حضور آگاهانه و همراه با رضایت آنها در فرایند درمان از اصول مرتبط با درمان مؤثر در حوزه اعتیاد است. علی‌رغم اهمیت چنین موضوعی، رویکرد حاکم در وضعیت فعلی دستگیری افراد مظنون به تظاهر به اعتیاد توسط ضابطین قضایی بدون رعایت ملاحظات فوق می‌باشد. شرایطی که بر روند درمان و نگرش گروه هدف نسبت به طرح‌های این‌چنینی تأثیر منفی گذاشته و می‌تواند به‌عنوان یک مانع و عامل بازدارنده درمانی به شمار رود. منطبق با یافته‌های پژوهش، روند پذیرش از همان مراحل اولیه همراه با خشونت و ایجاد ترس و ناامنی روانی برای زنان سوءمصرف کننده است؛

همچنین، اغلب این زنان در بازه زمانی شب دستگیر و روانه کمپ‌ها می‌شوند که می‌تواند میزان ناامنی روانی و ترس ناشی از آن را برای آنها مضاعف کند. علاوه بر این، فرایند دستگیری زنان تا انجام غربالگری آنها در مرکز مربوطه اغلب چندین ساعت به طول انجامیده و چنین موضوعی به‌ویژه برای دختران جوان یا زنانی که به‌تازگی درگیر اعتیاد شده‌اند، تجربه‌ای ناخوشایند بوده و می‌تواند بر شکستگی روحی روانی آنها بیفزاید.

«به‌زور ما رو سوار ماشینای ون کردن و چندین ساعت توی شهر چرخیدیم،

یادمه خیلی ترسیده بودم تا حالا اینجور شرایطی برام پیش نیومده بود (p۹)».

«تجربه دستگیری و برخوردهای انتظامی می‌تواند برای این افراد به‌ویژه

دختران جوان‌تر مشکل‌آفرین باشد و مانع جدی در مسیر درمانشان باشد، زیرا که

نه تنها داوطلبانه وارد درمان نشده‌اند، بلکه انگ و برچسب و خشونت هم دیده‌اند»

(p۳، مطلع کلیدی).

۱-۲- اختلاط مصادیق مختلف مصرف‌کنندگان: منطبق با بررسی‌های انجام‌شده شاخص دقیقی برای احراز تجاهر به اعتیاد و چگونگی تشخیص آن در حوزه عمل وجود ندارد و ضابطین قضایی اغلب منطبق با تشخیص فردی خود و شرایطی که فرد در آن قرار دارد نسبت به دستگیری وی اقدام می‌کنند. موضوعی که در ادامه فرایند به دلیل نبود زیرساخت لازم برای انجام فرایند غربالگری جامع اغلب از طریق انجام کیت‌های تشخیصی اعتیاد موردبررسی قرار می‌گیرد و در عمل منجر به اختلاط طیف‌های مختلفی مصرف‌کنندگانی می‌شود که بسیاری از آنها بر این باورند که از وضعیتی برخوردارند که نمی‌توان آنها را در ذیل معتاد متجاهر نام‌گذاری کرد.

پس از دستگیری افراد مظنون به تجاهر، ارزیابی جامع اولیه از وضعیت فردی و اجتماعی آنها در ابعاد مختلف از اهداف اصلی فرایند غربالگری است. در صورت اجرای درست فرایند، می‌توان این انتظار را از آن داشت که صرفاً بخشی از افراد در ذیل "معتاد متجاهر" قرار گرفته و واجد شرایط نگره‌داری در مراکز ماده ۱۶ تشخیص و موردپذیرش قرار بگیرند. بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که در وضعیت فعلی شاهد ضعف در فرایند غربالگری و ارزیابی روانی اجتماعی جامع از وضعیت افراد هستیم. شرایطی که پیامد آن نگره‌داری دسته‌جمعی زنان معتادی است که از حیث آسیب‌پذیری فردی و اجتماعی و برخورداری از نظام شبکه‌های حمایتی در وضعیت متفاوتی قرار دارند و شناخت درستی از وضعیت زیسته آنها وجود ندارد.

در کنار هم قرار دادن زنان کارتن‌خواب و زنان دارای خانواده، زنان تن‌فروش، دختران جوان، دختران تازه معتاد شده، زنان دارای سوابق مکرر ترک و عود، زنان و دختران بار اولی، زنان باردار، زنان اتباع بیگانه، زنان شاکی خانواده، زنان دارای سابقه زندان، زنان دارای فرزند همراه و نظایر آن، بدون لحاظ کردن شرایط ویژه فردی و اجتماعی این افراد و متعاقباً قرار دادن آنها در ذیل یک برنامه کلی و غیر موردی، نتیجه‌ای جز کاهش اثربخشی برنامه‌های بهبودی را به دنبال نخواهد داشت.

«من که هم خانواده دارم و هم معتاد خیابونی نیستم، چرا باید اینجا باشم. خیلی از آدمای اینجا ته خطی هستن. وقتی گرفتیم بارها گفتیم خانواده دارم ولی گفتن معتادی و باید بری کمپ (p5)».

«طبق دستورالعمل‌ها و قوانین بالادستی صرفاً معتادان خیابانی که وضعیت بسیار دشواری دارند باید در این مراکز پذیرش شوند. کسی که از حمایت خانواده برخوردار است و تجربه حضور در این مکان‌ها را ندارد، زنان باردار، شاکی خانواده و ... جایشان مکان‌های درمان اجباری نیست و می‌تواند آسیب‌زا باشد (p2)».

۳-۱- به حاشیه رفتن درمان‌های غیراجباری: اغلب مطلعین کلیدی بر این باورند که رویکرد فعلی مواجهه با مسئله اعتیاد در نظام تصمیم‌گیری کشور مبتنی بر درمان اجباری مصرف‌کنندگان مواد است و در عمل منجر به حاشیه رفتن درمان‌ها و مدل‌های غیراجباری و داوطلبانه همچون، کاهش آسیب، درمان با داروهای نگره‌دارنده، درمان پرهیز مدار و نظایر آن شده است. از دیدگاه مطلعین مصاحبه‌شونده، طرح مذکور که همه دستگیرشده‌ها را در ذیل برنامه درمان اجباری قرار می‌دهد و نسخه پیچی‌های کلی را ارائه می‌دهد، نمی‌تواند به اهداف درمانی مطلوب منجر شود. از این منظر، بخشی از افراد دستگیرشده را می‌توان مراجعین بالقوه درمان‌های غیراجباری و داوطلبانه قلمداد کرد که در صورت بهره‌گیری از نظام تشخیص و غربالگری و ارجاع‌دهی درست امکان پذیرش و قرار گرفتن در فرایندهای غیراجباری که احتمالاً با پیامدهای منفی کمتری همراه است، را دارند.

«رویکرد فعلی باعث شده است که مراکز کاهش آسیب به حاشیه بروند یا تعطیل شوند، چون افراد به محض مشاهده در جامعه دستگیر و روانه مراکز می‌شوند (p7) مطلع کلیدی».

«اینکه تمام تمرکز روی درمان اجباری باشد نمی‌تواند مفید واقع شود. ما بایستی همزمان با هم رویکردهای مختلف درمانی را متناسب با وضعیت افراد پیش ببریم (p1 مطلع کلیدی)».

جدول ۳- مضمون مقاومت نسبت به درمان، مضامین فرعی و مفاهیم معرف

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم کلیدی پایه
مقاومت نسبت به درمان	لج بازی / دهن کجی به وضعیت	خود را معتاد متجاهر قلمداد نکردن / اعتراض نسبت به شیوه نگره‌داری در مرکز / تصمیم جدی بر بازگشت / تصمیم بر تشدید مصرف / اعتقاد به نادیده گرفتن شدن / اعتقاد به عدم برخورد درست
	بی‌اعتمادی و بدبینی مفرط	بی‌اعتمادی به طرح‌های دولتی / تجربیات قبلی حضور در مراکز اجباری / اعتقاد به عدم رسیدگی مشکلات / احساس یاس و ناامیدی / انزوا و افسردگی / مخالفت و اعتراض / عدم حضور در برنامه‌ها

۲- مقاومت نسبت به درمان: این مضمون دومین مضمون اصلی پژوهش است و بیانگر مواجهه زنان سوءمصرف کننده نسبت به قرار گرفتن در فرایند درمان اجباری می‌باشد. مبتنی بر این مضمون، مقاومت نسبت به درمان از استراتژی‌های مواجهه‌ای رایج گروه هدف نسبت به درمان اجباری است.

۲-۱- لج بازی / دهن کجی به قانون: از بررسی مصاحبه‌ها استنباط می‌شود که برخی از مشارکت کنندگان پژوهش نسبت به طرح درمان اجباری معتادان و قرار گرفتن در این فرایند به شدت معترض‌اند و تصمیم جدی خود را بر شروع دوباره مواد و حتی نوع شدیدتر آن اعلام می‌دارند. موضوعی که اغلب به شکل رفتارهای مقاومتی و اعتراضی در مراکز بهبودی جلوه‌گر می‌شود. این نوع از واکنش اغلب در بین مراجعین تازه‌وارد که به تازگی وارد چرخه اعتیاد شده‌اند، مراجعینی که سابقه بستری در کمپ‌های اختیاری و اجباری را ندارند، مراجعینی که خود و وضعیت خود را در طیف "معتاد متجاهر بودن"

قلمداد نمی‌کنند و در نهایت مراجعینی که از حمایت خانواده برخوردارند و در مواردی هم از سن و سال پایین‌تری برخوردارند نمود بیشتری دارد.

«من رو فقط به خاطر اینکه گل می‌کشیدم آوردن اینجا، ولی به خاطر تمام رفتارها و مشکلاتی که دیدم برم بیرون حتماً میرم سمت شیشه و هروئین (p11)».

«همه این زنان و دختران رو نباید در یک دسته جای بدهند. برخی از آنها از حمایت خانواده برخوردار است، برخی کارتن خواب محض است. چه بسا قرار دادن آنها در یک مرکز و چرخه واحد موجب تنفر و لجابت بیشتر شود (p1) مطلع کلیدی».

۲-۲- بی‌اعتمادی و بدبینی مفرط: بدبینی مفرط هسته مرکزی نگرش برخی از زنان مصرف‌کننده نسبت به طرح‌های درمانی اجباری است. از بررسی دقیق مصاحبه‌ها این گونه استنباط می‌شود که "تجربیات منفی گذشته"، مهم‌ترین دلیل برای پدیدارشدن چنین واکنشی است. در واقع، این افراد بر این باورند که از شرایطی برخوردارند و با مشکلاتی دست‌وپنجه نرم می‌کنند که طرح‌های این‌چنینی نمی‌تواند پاسخ مطلوبی در جهت حل آنها ارائه بدهد. پیدایش یاس و ناامیدی، مخالفت و اعتراض، عدم حضور در برنامه‌ها، انزوا و افسردگی برخی از رفتارهای رایج زنان ناشی از بدبینی مفرط آنها نسبت به درمان اجباری است.

«من حدود ۲۰ ساله که مواد می‌کشم، صدها بار به‌زور بردنم خوابگاه‌های شهرداری ولی دوباره فرداش تمام مشکلاتم شروع شده، چندین بار دستگیر شدم از کمپ گرفته تا زندان رو تجربه کردم، درسته که خودمم نخواستم تغییر کنم ولی اگر شرایط رو بهتر می‌دیدم شاید منم تلاش می‌کردم تغییر کنم (p3)».

«طبیعتاً این افراد در گذشته تجربیات حضور در چنین فرایندهای اجباری را دارند، اگر ببینند قبلاً بهشون توجهی نشده الان هم به آن گذشته‌ها می‌نگرند و با بدبینی و مقاومت به قضیه نگاه می‌کنند (p1) مطلع کلیدی».

جدول ۴- مضمون احساسات و هیجانات بازدارنده، مضامین فرعی و مفاهیم پایه

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم پایه
احساسات و هیجانات بازدارنده	احساس بی‌قدرتی و خودکنترلی	احساس ناتوانی در مدیریت وضعیت/ ناتوانی در تغییر شرایط/ تجربه انفعال و بی‌ارادگی/ تطبیق دادن اجباری خود با مقررات مراکز اجباری/ زندگی روزانه یکنواخت و قابل پیش‌بینی/ بلا تکلیفی قضایی/ ناتوانی در اثبات عدم تظاهر/ نارضایتی از رفتارها و شیوه برخوردها
	احساس تحقیر و بدنامی	خود را هم‌سنخ با دیگران نپنداشتن/ نارضایتی از دستگیری در خیابان/ احساس مورد انگ واقع شدن/ احساس بی‌آبرویی در نزد دیگران/ برملا شدن مسئله اعتیاد/ دریافت خشونت و برخوردهای نامناسب در چرخه درمان اجباری/ قرار گرفتن در معرض فرایندهای انتظامی و قضایی/ تن دادن به پروتکل‌های درمان اجباری مراکز/ نادیده گرفته شدن صدا/ فقدان تسلط بر وضعیت خود

### ۳- احساسات و هیجانات بازدارنده: این مضمون سومین مضمون اصلی پژوهش

است و به‌مانند مضمون پیشین بیانگر واکنش زنان سوء‌مصرف کننده نسبت به قرار گرفتن در فرایند درمان اجباری می‌باشد. مبتنی بر این مضمون، احساسات و هیجانات بازدارنده، از واکنش‌های مواجهه‌ای رایج در گروه هدف نسبت به درمان اجباری است.

#### ۳-۱- احساس بی‌قدرتی و خودکنترلی: بی‌قدرتی فردی به این احساس و ادراک

بازمی‌گردد که فرد نمی‌تواند بر موضوعات و مسائل زندگی شخصی خود تأثیر بگذارد و آن‌ها را حل کند. تجربه برخوردهای انتظامی و قضایی و قرار گرفتن در فرایند درمان اجباری اعتیاد برای زنان مصرف‌کننده اغلب تداعی‌کننده و تثبیت‌کننده احساس عدم کنترل بر وضعیت خود و بی‌قدرتی در مواجهه با آن است. تطبیق دادن اجباری خود با مقررات مراکز اجباری، زندگی روزانه یکنواخت و قابل پیش‌بینی، بلا تکلیفی قضایی، تأکید مداوم بر یاس و ناامیدی، نگرانی‌های درهم‌تنیده، خود را در ذیل معتاد متجاهر

قلمداد نکردن و نارضایتی از رفتارهایی که از ابتدای فرایند تا انتهای آن تجربه شده است، برخی از مهم‌ترین مؤلفه‌های استنباط شده در فرایند مصاحبه‌ها می‌باشد که بیانگر احساس بی‌قدرتی و خودکنترلی در وضعیت زیسته گروه هدف پژوهش است.

«من و امثال من معتاد متجاهر نیستیم. ماها رو نباید بیارن بین این کارتن خوابا، ماها خانواده داریم، زندگی داریم، معتاد خیابونی که نیستیم، آدم از اینکه احساس می‌کنه نمیتونه کاری انجام بده عصبی میشه (p13).»

«افراد معمولاً مایلند برای خود تصمیم بگیرد و روند زندگی‌شان را کنترل کنند، اما اگر نتوانند احساس نارضایتی می‌کنند، برای این افراد هم همین موضوع صادق است (p1) مطلع کلیدی».

۲-۳- احساس تحقیر و بدنامی: مشارکت‌کنندگان در پژوهش از تحقیر و بدنام شدن به‌مثابه بخشی از فرایند درمان اجباری نام می‌برند. نوعی از احساس که اغلب در بین معتادان تازه‌وارد، برخوردار از حمایت خانواده، غیر کارتن‌خواب و دارای درجات آسیب‌پذیری کمتر نمود بیشتری به خود می‌گیرد. دریافت خشونت و برخوردهای نامناسب در چرخه درمان اجباری، قرار گرفتن در معرض فرایندهای انتظامی و قضایی، برملا شدن اعتیاد و مصرف مواد در نگاه خانواده و خویشاوندان، تن دادن به پروتکل‌های درمان اجباری مراکز، نادیده گرفته شدن صدای زنان، فقدان قدرت خودکنترلی و تسلط بر وضعیت خود، برخی از مؤلفه‌های مرتبط با احساس تحقیر و بدنام شدن از دیدگاه زنان مشارکت‌کننده در پژوهش است.

«هیچ‌وقت فکر نمی‌کردم سر از اینجور جاها دربیارم. من خانواده دارم و پیش خانوادم زندگی می‌کنم. البته مواد هم مصرف می‌کنم ولی دیگه جای من اینجور جاها نبوده (p12)».

«برخی از این زنان و دختران یعنی آن‌هایی که تا به حال وارد کمپ‌های اجباری نشده‌اند و با فشارهای این نوع از درمان آشنا نیستند با احساسات منفی بی‌شماری همچون تحقیر، انزوا و امثال آن مواجه می‌شوند (p6) مطلع کلیدی».

جدول ۵- مضمون رویکرد تقلیلی به درمان، مضامین فرعی و مفاهیم پایه

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم پایه
رویکرد تقلیلی به درمان	بی‌توجهی به چالش‌های زیست شده	مشکلات پیچیده و درهم‌تنیده / پنداشتن مصرف مواد به‌عنوان مشکل اولیه نه اصلی / تجربه نمودن آسیب‌های متعدد در طی زندگی / عدم توجه به خواسته‌های زنان
	مداخلات غیرتوانمندساز	دستگیری‌های مکرر و بی‌نتیجه / عدم توجه به نیازهای واقعی / ناتوانی روانی برای ادامه بهبودی / فقدان درآمد برای گذران زندگی / فقدان حمایت‌های اجتماعی
	اقامت بی‌هدف	تأکید بر اسکان صرف / نگاه مبتنی بر مجرم‌پنداری نسبت به خود / نبود برنامه درمانی / نبود حمایت‌های لازم / طولانی بودن درمان بدون وجود یک برنامه مشخص / تکرار بودن برنامه‌های روزانه

۴- رویکرد تقلیلی به درمان: این مضمون بیانگر این واقعیت است که در حوزه درمان اجباری، رویکرد تقلیلی مبتنی بر نگهداری صرف گروه هدف در یک مکان و در یک دوره زمانی خاص حاکم است و در چنین فضایی نمی‌توان به توانمندسازی و بازتوانی فردی و اجتماعی واقعی فرد در بستر جامعه امیدوار بود.

۴-۱- بی‌توجهی به چالش‌های زیست شده: "آسیب‌پذیری" و "آسیب‌دیدگی" از مهم‌ترین کلیدواژه‌هایی است که می‌تواند تجربه زیسته زنان را به تصویر بکشد. بررسی تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان در پژوهش و نتایج حاصل از پژوهش‌های مشابه که گروه هدفشان زنان مصرف‌کننده بی‌خانمان بوده‌اند، نشان می‌دهد که این افراد با مجموعه‌ای از چالش‌ها و مشکلات درهم‌تنیده مواجه می‌باشند. شنیده نشدن صدای این افراد در برنامه‌ریزی‌ها و مداخلات از آفت‌های اصلی طرح درمان اجباری اعتیاد است؛ موضوعی که بدون توجه کافی به آن موفقیت برنامه‌های درمانی با تردید جدی همراه است.

«خیلی از ماها حداقل دو بار کمپ اجباری رفتیم ولی وضعیتمون نه تنها بهتر نشده، بدترم شده، این کمپ‌ها نتیجه‌ای نداره چون مشکلات ماها پیچیده‌تر از این حرفاست (p5)».

«این طیف از زنان بارها مورد آزار و خشونت قرار گرفتن و به شدت وضعیت روانی آشفته‌ای دارند، بارها دچار PTSD شدن، سوابق زندان و شرایط دشوار مختلف رو دارند. طرح‌های این مدلی که پاسخگوی مشکلات این زنان نیست و مداخلات لازم را انجام نمی‌دهد، نمی‌تواند اثربخش باشد (p2 مطلع کلیدی)»

۲-۴- اقامت بی‌هدف: نمونه‌های پژوهش بر این باورند که دستگیری اجباری و نگه‌داری چندماهه اغلب نوعی نگاه مجرم‌پنداری را برای آن‌ها تداعی می‌کند، درحالی‌که مرتکب جرمی نشده‌اند. آن‌ها اغلب از مراکز به‌مثابه بازداشت گاه یا زندان اجباری یاد می‌کنند که به دلیل طولانی‌مدت بودن دوره آن و تکراری بودن برنامه‌های روزانه، اغلب، انگیزه، امید و فرصت‌های آن‌ها را برای ترک اعتیاد و بازگشت به جامعه از بین می‌برد و یا حداقل، شرایط امیدبخشی را برای آن‌ها هموار نمی‌کند.

به نظر می‌رسد که طولانی شدن دوره درمان بدون وجود اهداف درمانی مشخص و برنامه‌ریزی شده و به‌طور اخص بدون پاسخ‌دهی به مشکلات زیست شده و پیش روی زنان نمی‌تواند راه‌حل پایداری برای برخورد با مسئله اعتیاد زنان باشد؛ موضوعی که از منظر زنان ساکن در مراکز اغلب باعث ناامیدی بیشتر، احساس تحقیر و نادیده انگاشته شدن، ایجاد حس انتقام‌جویی از خود و دیگران، لج بازی بیشتر با قانون و برنامه‌های ترک اعتیاد می‌شود.

«اینکه من سه ماه یا شیش ماه اینجا بمونم مشکلی رواز من نه تنها حل نمی‌کنه بلکه عصبی‌ترم می‌کنه. آگه راست میگن که میخوان برای ماها کار بکنن، برامون سرپناهی مشخص کنن، شغلی داشته باشیم، دندونامونو درست کنن و خیلی چیزای دیگه (p8)».

«اینکه این افراد را چند ماه با اجبار نگره‌داری کنیم و در نهایت فرد آمادگی لازم برای ورود به جامعه را نداشته باشد و حمایتی از جانب سیستم‌های حمایتی دریافت نکند چاره کار نخواهد بود (p4, مطلع کلیدی)».

۳-۴- مداخلات غیر توانمندساز: بررسی دیدگاه زنان، مطلعین کلیدی، مشاهدات میدانی و سیاست‌های مواجهه‌ای سال‌های اخیر در حوزه اعتیاد، گواهی بر این واقعیت تلخ می‌دهد که مداخلاتی که در حوزه درمان اجباری مصرف‌کنندگان مواد اجرایی می‌شود، اغلب سطحی بوده و فاقد ابعاد و ویژگی‌های توانمند کننده برای گروه هدف است. وضعیت‌هایی که احتمالاً تصدیق‌کننده و تأییدکننده رویکردهای غیرعلمی، غیر مبتنی بر شواهد و اغلب ناشی از رویکردهای سلیقه‌ای، غیر تخصصی و غیر هدفمند در این حوزه باشد. اینکه قانون‌گذار تصمیم می‌گیرد در برهه‌هایی از زمان نسبت به درمان اجباری معتادان به هر طریقی و بدون لحاظ کردن زیرساخت‌های لازم برای اجرا شدن درست و اصولی آن اقدام کند، نتیجه احتمالی قابل پیش‌بینی حذف شدن مقطعی و کوتاه‌مدت مصرف‌کنندگان مواد از مبلمان شهری و عدم دستیابی به نتایج پایدار مبتنی بر بازتوانی اجتماعی گروه هدف مذکور خواهد بود.

«با این شرایطی که ما داریم قطعاً دوباره برمی‌گردیم سراغ مواد و همون شرایطی که قبلاً داشتیم. مشکلات ما خیلی زیاده و کسی هم به دنبال حل اونها نیست. یکی دو ماه ما رو به‌زور نگره میدارن بعدشم خدافظ (p8)».

«این مداخلات معمولاً دوره آیه، الانم رویکرد غالب درمان اجباریه. سیاست‌های ما در حوزه اعتیاد باید مبتنی بر رویکرد اجتماعی و توانمند شدن گروه هدف باشد، به‌جای اینکه صرفاً فرد رو مدتی در یک مکان خاص نگره‌داری کنیم (p4, مطلع کلیدی)».

جدول ۶- مضمون ضعف نظام مراقبتی / حمایتی حین درمان، مضامین فرعی و مفاهیم معرف

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم پایه
ضعف نظام مراقبتی / حمایتی حین درمان	ضعف تخصص‌گرایی	دسترسی محدود به روانشناس و مددکار اجتماعی / ضعف ارائه مداخلات روانی اجتماعی / کمبود کارشناسان دوره‌دیده و متخصص / عدم دسترسی به خدمات به‌موقع یا به‌هنگام / عدم مواجهه چند رشته‌ای با مسئله / مداخلات سلیقه‌ای با اثربخشی محدود
	محدودیت گزینه‌های درمان و حمایت	عدم آمادگی فردی برای درمان پرهیزمدار / عدم حمایت در فرایند درمان / عدم حمایت پس از ترک مرکز / متنوع نبودن روش‌های درمانی / تکراری بودن برنامه‌های روزانه / دسترسی محدود به خدمات مشاوره‌ای / ضعف مراقبت‌های پزشکی، بهداشتی و درمانی
	درمان ویژه سازی نشده	بی‌توجهی به تفاوت‌های فردی / بی‌توجهی به ویژگی‌های فردی و اجتماعی / بی‌توجهی به نیازهای ویژه افراد / ارائه نسخه کلی برای افراد / بی‌توجهی به عوامل خطر پیش رو / بی‌توجهی به نقاط قوت افراد
	پاسخ‌دهی نامطلوب به نیازهای پزشکی	پسچیدگی نیازهای پزشکی افراد / ضعف در ارائه خدمات پزشکی به‌موقع در مراکز / عدم همکاری لازم از سوی مراکز درمانی طرف قرارداد / نگاه تبعیض‌گونه در مراکز درمانی به افراد

#### ۵- ضعف نظام مراقبتی / حمایتی حین درمان: این مضمون نشان‌دهنده این واقعیت

است که مراکز اختصاص یافته به طرح درمان اجباری از سازوکارهای لازم برای حمایت اصولی از گروه هدف برخوردار نیستند و در عمل پاسخ مطلوب و درخوری را نمی‌توانند به نیازهای مختلف زنان سوء مصرف کننده مواد ارائه دهند.

#### ۵-۱- ضعف تخصص‌گرایی: بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که کمبود

کارشناسان دوره‌دیده، به‌ویژه روان‌شناس، مددکار اجتماعی، پزشک و روانپزشک از چالش‌های مراکز درمان اجباری است. علی‌رغم الزامات بالادستی و اصول پذیرفته شده

علمی در خصوص لزوم مداخلات کارشناسان دوره‌دیده در جهت ارائه مداخلات روانی اجتماعی برای گروه هدف، باین‌حال، به دلایلی همچون کمبود اعتبارات و آورده‌های مالی، عدم ضمانت اجرایی دستورالعمل‌ها و ضعف سازوکارهای ارزیابی و نظارت، مراکز فوق از کمبود نیروی انسانی متخصص رنج می‌برند. عدم دسترسی به خدمات به‌موقع یا به هنگام، عدم دسترسی به خدمات تخصصی، عدم مواجهه چند رشته‌ای با مسئله، مداخلات سلیقه‌ای با اثربخشی محدود و به‌طور کلی اختلال در فرایند درمان و عدم دستیابی به نتایج مطلوب از پیامدهای موضوع محسوب می‌شود.

«این طیف از زنان مشکلات ویژه‌ای دارند که به‌تبع آن باید نگاه ویژه‌ای نسبت به آن‌ها وجود داشته باشد. وجود تیم تخصصی تمام‌وقت و در دسترس از ضرورت‌های مداخله در این شرایط است که معمولاً به دلیل ملاحظات مالی و رویکردی کمتر لحاظ می‌شود (p5، مطلع کلیدی)».

«درمان بایستی به شکل تخصصی و چند رشته‌ای متشکل از روان‌شناس و مددکار اجتماعی، روانپزشک، پزشک و امثال آن باشد نه اینکه صرفاً فرد در یک مکان نگهداری شود (p1، مطلع کلیدی)».

۲-۵- محدودیت گزینه‌های درمان و حمایت: مشارکت‌کنندگان در پژوهش از محدودیت گزینه‌های درمان و حمایت در ابعاد مختلف به‌عنوان یکی از چالش‌های درمان اجباری اعتیاد نام می‌برند. برخی از این افراد خود را آماده قرار گرفتن در فرایند ترک‌های پرهیز مدار نمی‌دانند و اغلب آن را گزینه مناسبی برای خود نمی‌پندارند. برخی دیگر به دلیل فقدان سرپناه و هرگونه شبکه حمایتی مؤثر خود را آماده ورود به جامعه نمی‌دانند. برخی دیگر به دلیل بی‌پناهی اقامت بیشتر در مراکز بهبودی اعتیاد را بر زندگی خارج از مرکز ترجیح می‌دهند. تکراری بودن برنامه‌های روزانه، دسترسی محدود به خدمات مشاوره فردی و مددکاری اجتماعی، ضعف مراقبت‌های پزشکی، بهداشتی و درمانی، دسترسی محدود به گروه‌های و ضعف مراقبت‌ها و حمایت‌های مبتنی بر جامعه و زیستن

سلامت بخش در آن، برخی از محدودیت‌های مرتبط با درمان است که روند درمان پایدار این افراد را با چالش جدی مواجه می‌سازد.

«امثال ماها هزاران مشکل داریم، بریم توی جامعه سریع میریم سراغ مواد چون یه جووری باید کمبودهامون رو جبران کنیم. حداقل متادون بهمون بدن که کم کم بتونیم هم مواد رو و هم متادون رو کنار بزاریم (p6)».

«ما نباید انتظار داشته باشیم که همه این زنان به راحتی و در یک بازه زمانی کوتاه اعتیادشان را ترک کنند. این زنان از حیث ویژگی‌های فردی و اجتماعی با هم تفاوت دارند و نمی‌توان نسخه‌ای کلی برای همه پیچید (p4) مطلع کلیدی».

**۳-۵- درمان ویژه سازی نشده:** از مهم‌ترین چالش‌های مراکز نگهداری زنان متجاهر این است که خدمات پیش‌بینی و اجرا شده اغلب صورتی کلی و همگانی دارد و مداخلات، بدون در نظر گرفتن ویژگی‌های فردی و اجتماعی مراجعین اجرایی می‌شود؛ این موضوع در حالی است که منطبق با اصول درمان و بازتوانی گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله سوء مصرف کنندگان مواد، بایستی نسبت به موضوع فردی سازی خدمات و توجه به اصل فردیت ملاحظات لازم صورت پذیرد. در واقع، منطبق با یافته‌های گزارش حاضر، زنان سوء مصرف کننده مواد از نیازهای ویژه‌ای برخوردارند و با توجه به شرایط ویژه‌ای که در آن قرار دارند بایستی با لحاظ کردن پیشینه مهارتی و شغلی، چگونگی ارتباط با خانواده، توانمندی‌ها و امکانات بالقوه و ریسک‌ها و عوامل خطر پیش رو، برنامه‌ها و مداخلات ویژه و منحصر به فردی برای آن‌ها پیش‌بینی و اجرایی شود.

«شرایط ما با هم خیلی متفاوت، بعضیامون خانواده داریم، بعضیامون توی خیابون می‌خوابیم، پس همه رو با یه چشم همیشه نگاه کرد (p1)».

«متأسفانه در مراکز ترک اعتیاد به خصوص مراکز اجباری برای این افراد نسخه پیچی‌های کلی می‌کنند. افراد سوء مصرف کننده مواد به ویژه زنان هر کدام شرایط ویژه و منحصر به فردی دارند که بدون توجه به آن حساسیت‌ها و نقاط عطف، نمی‌توانن مواجهه‌ای اصولی را پیاده‌سازی نمود (p3) مطلع کلیدی».

۴-۵- پاسخ‌دهی نامطلوب به نیازهای پزشکی: بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که علی‌رغم پیگیری‌های درمانی از سوی مراکز ماده ۱۶ و تمایل آنها برای رفع مشکلات پزشکی گروه هدف، همکاری بین بخشی میان مراکز موضوع ماده ۱۶ و بیمارستان‌های طرف قرارداد در مواردی با چالش همراه است و همراهی لازم از سوی آن مراکز به‌ویژه در مواقعی که بیمار نیازمند مداخلات درمانی جدی‌تر نظیر جراحی و مراقبت‌های پسینی باشد، اغلب با امتناع یا اکراه مواجه می‌شود.

«ماها مشکلات دهان و دندان زیادی داریم ولی اصلاً رسیدگی نمیشه. از بس وضع ظاهریمون بهم ریخته همه با یه دید بدی بهمون نگاه میکنن (p9)».

«ما وقتی این بیماران را جهت درمان به بیمارستان‌ها می‌فرستیم خیلی پیگیر امور درمانی آنها نمی‌شوند. به‌خصوص اگر مشکلات حاد مثل جراحی نیاز داشته باشند مسئله حادتر می‌شود و یه جووری به دنبال آنند که بیمار را سریع‌تر ترخیص کنند (p6) مطلع کلیدی».

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که جمع‌کثیری از زنان مصرف‌کننده در نتیجه طولانی شدن سال‌های مصرف، اغلب از بیماری‌های دهان و دندان رنج می‌برند؛ این موضوع در حالی است که خدمات دندانپزشکی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های مؤثر بر ایجاد امید و انگیزه و همچنین فرصت‌ساز برای بازگشت به زندگی عادی و مشارکت در اجتماع و فعالیت‌های مثبت اجتماعی، اغلب در مراکز موضوع ماده ۱۶ پیش‌بینی‌نشده و این موضوع می‌تواند در مسیر بازتوانی اجتماعی و بازیابی هویت فردی و اجتماعی زنان موضوعی چالش‌برانگیز قلمداد شود.

«بیشتر زنان معتاد به‌خصوص آنهایی که کارتن‌خوانند مشکلات حاد دهان و دندان دارند که متأسفانه در طرح‌های اجباری کاملاً ندید گرفته می‌شود. ظاهر به‌هم‌ریخته و نابسامان هویت و شخصیت فرد را همه‌جوره تحت تأثیر قرار می‌دهد (p1) مطلع کلیدی».

جدول ۷- مضمون عادی‌سازی / درونی‌سازی مسئله، مضامین فرعی و مفاهیم پایه

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم پایه
عادی‌سازی / درونی‌سازی مسئله	فروپاشی قبح اعتیاد و ترس همراه با آن	قرار گرفتن در فرایندهای قضایی / تجربه دستگیری / زندگی دسته‌جمعی / تغییر نگرش فرد / از بین رفتن ترس از مسئله و رفتارهای انحرافی / مشاهده شکل حاد پیامد مسئله
	زندگی دسته‌جمعی آسیب محور	یادگیری رفتارهای منحرفانه / عمیق‌تر شدن نگرش‌های منحرفانه / آشنایی با افراد و دسته‌های خلاف / اختلاط مصرف‌کنندگان تازه‌وارد و مزمن

#### ۶- عادی‌سازی / درونی‌سازی مسئله: این مضمون از پیامدها و مشکلاتی است که

شیوه درمان اجباری به دنبال دارد و در عمل می‌تواند منجر عمیق شدن و تشدید مسئله را به دنبال داشته باشد.

#### ۶-۱- فروپاشی قبح اعتیاد و ترس همراه با آن: قرار گرفتن در فرایند دستگیری و

فرایندهای قضایی و در امتداد آن زندگی دسته‌جمعی در مراکز درمان اجباری اعتیاد اغلب نتایجی همچون فروپاشی قبح اعتیاد و ترس‌هایی که فرد می‌تواند برای آن متصور باشد را به همراه دارد. فراوانی معاشرت و تعامل روزانه با مصرف‌کنندگان مزمن، نه تنها یادگیری رفتارهای منحرفانه و مجرمانه و یا تشدید آن را به دنبال خواهد داشت، بلکه فرد در نتیجه قرار گرفتن در چنین فضایی خود را در جرگه منحرفان و مجرمان و مواجهه سیستم قضایی می‌پندارد و احتمالاً خود را برای قرار گرفتن در معرض انگ‌های شدیدتر مستعد و آماده می‌بیند.

«توی این کمپ‌های اجباری همه مدل آدم وجود داره، خیلیاشون خلافکارن، سابقه زندان دارن، بارها اینجور جاها رو دیدن، همش از خاطرات گذشته حرف میزنن، طبیعیه که آدم ازشون یاد میگیره و شاید بعد از مدتی بشه بدتر از اونا» (p10).

«ما وقتی به‌زور و خشونت فردی را دستگیر می‌کنیم و او را وارد فرایندهای

فضایی می‌کنیم طبیعی که بهش انگ زدیم. بعدشم فرد رو در بین آدمایی قرار میدیم که هرکدوم آسیب‌های متفاوت و پیچیده‌ای دارند و احتمال زیاد از هم تأثیر بپذیرند و موضوع اعتیاد براشون عادی بشه (p2, مطلع کلیدی)».

۲-۶- زندگی دسته‌جمعی آسیب‌محور: نتایج حاصل از مصاحبه‌ها و بازدید میدانی نشان می‌دهد که زندگی دسته‌جمعی با حضور طیف‌های مختلف زنان و درجات آسیب‌دیدگی متفاوت بخشی از واقعیت‌های مربوط به اقامت در مراکز بهبودی است. زنان دارای سوابق مکرر لغزش، زنان خرده‌فروش، زنان تن‌فروش، دختران جوان، زنان کارتن‌خواب، زنان دارای خانواده، زنان دارای شاکی خانواده، زنان دارای سابقه زندان، زنانی که برای اولین بار تجربه حضور در این مراکز را دارند، گروه‌های مختلف زنانی هستند که به‌صورت دسته‌جمعی در مراکز موضوع ماده ۱۶ حضور دارند. تأثیرپذیری و تأثیرگذاری دو مفهوم کلیدی از نتایج زندگی دسته‌جمعی طیف‌های مختلف زنان در مراکز درمان اجباری است که می‌تواند پیامدهای منفی پیچیده‌ای را به دنبال داشته باشد. مراجعان ساکن در مراکز بهبودی (به‌ویژه زنان بار اولی، زنان شاکی خانواده، زنان دارای خانواده و دختران جوان) اغلب از این موضوع شاکی بوده و اعلام نارضایتی داشته‌اند.

«من برای اولین باره که کمپ اجباری رو تجربه می‌کنم، اینجا همه جور آدم داره از زندان دیده گرفته تا معتاد کارتن‌خواب، آدم میتونه هزارتا خلاف جدید که تا حالا ندیده و نشنیده یاد بگیره (p9)».

«وقتی همه زنان معتاد رو در یک مکان گرد هم جمع می‌کنیم درحالی‌که هرکدامشان تجربیات و نیازهای متفاوتی دارند، این موضوع به‌خصوص برای افرادی که مشکلات کمتری دارند مثل دختران جوان می‌تواند ایجاد آسیب کند (p3, مطلع کلیدی)».

جدول ۸- مضمون نظام حمایتی شکننده، مضامین فرعی و مفاهیم پایه

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم پایه
نظام حمایتی شکننده	خلأ شبکه حمایتی منسجم	خانواده فروپاشیده/ خانواده غیرحمایت‌گر/ ضعف سازوکارهای حاکم بر مراکز/ ضعف رویه‌های حاکم بر سیاست‌های فعلی
	محرومیت از خدمات اجتماعی	فقدان مدارک هویتی/ عدم استفاده از یارانه نقدی دولت/ خود را شهروند حاشیه‌ای دانستن/ احساس انگ و تبعیض/ نداشتن هزینه‌های درمان پزشکی/ نبود سازوکارهای حمایتی در بستر جامعه/ سبک زندگی آسیب‌زا
	حل ناشدگی مسئله سرپناه	زیستن در خیابان و فضاهای بی‌دفاع شهری/ زیستن در خانه‌های مجردی/ هم باشی با گروه‌های هم‌سنخ/ فقدان سرپناه موقت/ فقدان سرپناه دائم
	تکرار چرخه آسیب	ضعف شبکه‌های حمایتی مؤثر/ ضعف حمایت پس از ترخیص/ سبک زندگی آسیب‌زا/ نوع فعالیت‌های روزمره/ فضاهای مستعد آسیب

۷- نظام حمایتی شکننده: این مضمون نشان می‌دهد که گروه هدف پژوهش از نظام حمایتی رسمی و غیررسمی لازم برخوردار نبوده و در عمل نیازهای واقعی آن‌ها پاسخ داده نمی‌شود و شاهد بازگشت آن‌ها به شرایط آسیب‌پذیرانه پیشین هستیم.

۷-۱- خلأ شبکه حمایتی منسجم: خلأهای حمایتی مرتبط با محیط پیرامون فرد (اعم از خانواده، خویشاوندان و دوستان) از یک‌سو و ضعف چتر حمایت اجتماعی از سوی دیگر، زمینه را برای بازگشت مجدد فرد به چرخه اعتیاد و آسیب‌پذیری‌های همراه با آن تسریع می‌بخشد. نبود نظام حمایتی یکپارچه و در دسترس اغلب زمینه را برای آسیب‌پذیری گروه هدف فراهم آورده و مانع از طی شدن فرایند بازتوانی اجتماعی می‌شود.

مشاهدات میدانی از مراکز اجباری زنان مصرف‌کننده و مصاحبه با مطلعین کلیدی نشان می‌دهد که مهارت‌آموزی، سوادآموزی، حمایت‌های مشاوره‌ای پیوسته، درمان پزشکی، اشتغال حمایت‌شده، حمایت‌های حقوقی، حمایت‌های پس از بهبودی و به‌طور کلی انجام اقدامات سیستماتیک و یکپارچه در راستای قرار گرفتن فرد در فرایند بهبودی پایدار اغلب در توان مراکز درمان اجباری و رویه حاکم بر سیاست‌های فعلی حکمرانی حوزه اعتیاد نیست.

«من نوعی تموم دندونام ریخته، هیچ پولی هم ندارم که درستشون کنم، هیچ شغلی هم ندارم، خانواده‌ای هم ندارم، هیچ جا و مکانی هم برای زندگی ندارم، طبیعیه که دوباره میرم سراغ مواد و جایی که می‌تونم زندگی کنم (p8)».

«حمایت اجتماعی برای این طیف از زنان حرف اول را می‌زند. حمایت‌ها باید همه‌جانبه و چندبعدی باشد و بتواند به خلأهای اساسی این زنان پاسخ مطلوب بدهد (p6) مطلع کلیدی».

۷-۲- محرومیت از خدمات اجتماعی: نتایج حاصل از مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که سوژه‌های پژوهش حاضر با چالش‌های پزشکی و روانی اجتماعی پیچیده‌ای از جمله بیماری‌های پوستی، تروما، افسردگی، سوابق خودکشی، سوابق آزار و خشونت، بیماری‌های دهان و دندان، فقدان مدارک هویتی، بیماری‌های کبدی و نظایر آن درگیرند. شرایط فوق در حالی است که این افراد هنگامی که از مراکز بهبودی خارج شده و وارد جامعه می‌شوند، به دلایل مختلفی همچون نداشتن مدارک هویتی و بیمه‌ای، نداشتن هزینه درمان، نبود انگیزه و مشوق درمانی، تجربه انگ و برچسب و مسائل این‌چنینی، امکان برخورداری از خدمات و ظرفیت‌های تعریف‌شده در جامعه به‌مانند همگان را ندارند. شرایطی که می‌تواند بر عمق مسائل و چالش‌های زیست شده آن‌ها بیفزاید و آن‌ها را به کارتن‌خواب مزمن تبدیل و یا منجر به استمرار آن شود.

«من و خیلی از افرادی که اینجا هستیم به شناسنامه و کارت ملی ساده نداریم، بریم بیرونم با این وضع و ظاهرمون کسی نه بهمون کار میده و نه تحویلمون میگیره. حتی نمیتونیم به بیمارستان بریم چون نه پولشو داریم و نه شرایطش رو» (p10).

«خیلی از معتادان طرح‌های اجباری کارتن خواب‌اند. یعنی هر روز برای زنده ماندن در تلاش‌اند. شرایطشان بسیار سخت است. نه سرپناهی و نه حمایت راستینی از جانب دیگران. طبیعتاً با توجه به شرایطشان از یارانه‌های حداقلی دولتی، کمک‌های کمیته امداد و ... هم امکان برخورداری را ندارند (p2) مطلع کلیدی».

۳-۷- حل ناشدگی مسئله سرپناه؛ نتایج مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از زنان مشمول درمان اجباری اعتیاد، فاقد هرگونه سرپناه موقت یا دائم بوده و در مواردی کارتن خواب مزمین می‌باشند. این طیف از زنان اغلب از مطروودترین و آسیب‌پذیرترین افراد جامعه بوده و در تجربیات روزمره خود درگیر رفتارهای آسیب‌رسان و پرخطر متنوعی هستند. علی‌رغم اهمیت سرپناه برای این طیف از زنان و درک و ابراز آن از سوی زنان در مصاحبه‌ها، متأسفانه سازوکار حمایتی لازم برای پاسخ‌دهی مطلوب به این نیاز لحاظ نشده و همچنان شاهد تکرار چرخه معیوب آسیب‌پذیری و بازگشت به اعتیاد برای این طیف از زنان هستیم.

«خیلی‌ها مثل من هیچ جا و مکانی برای زندگی نداریم، از اینجا بریم بیرون دوباره میریم سراغ کاسب و خریدار و تلاش کردن برای زنده موندن (p11)».

«بیشتر این طیف از زنان هیچ‌گونه سرپناه دائمی ندارند. زندگی هر روزشون به‌سختی میگدره، به خاطر سرپناه وارد حوزه‌های خلاف میشن، در کنار توجه به مسئله اعتیاد باید به مسئله سرپناه به‌عنوان یک عامل بسیار مؤثر در بازتوانی اجتماعی این افراد توجه کنیم (p3) مطلع کلیدی».

۴-۷- تکرار چرخه آسیب: از شنیدن صدای زنان به وضوح استنباط می‌شود که بسیاری از آنها "فاقد سرپناه دائم" و "شبکه‌های حمایتی مؤثر" هستند و همسو با آن از آمادگی لازم برای ورود به جامعه و زیستن سلامت بخش برخوردار نیستند. سبک زندگی این افراد، نوع فعالیت‌های روزمره و فضاهایی که در آن قرار می‌گیرند از یک سو و عدم اجرای سیاست‌ها و مداخلات حمایتی مبتنی بر بازگشت به جامعه و زیست سلامت محور در آن فضا از سوی دیگر، آن‌ها را مستعد آسیب‌پذیری و بازگشت به اعتیاد می‌کند و چرخه معیوب رهاشدگی و آسیب‌پذیری مجدد را به دنبال خواهد داشت.

بنابراین، ضعف حمایت پس از ترخیص یا مراقبتی که در بطن جامعه موضوعیت می‌یابد، از چالش‌های اساسی در حوزه درمان اجباری اعتیاد است؛ همچنین، تکمیل‌کننده سیاست‌های غیربازتوان‌کننده در حوزه مواجهه با مسئله اعتیاد و نشانگر نظام حکمرانی ضعیف و غیرحمایت‌گر می‌باشد.

«امثال من که سال‌هاست بیرون می‌خواهیم و هیچ جا و مکانی برای زندگی نداریم، این جور طرح‌ها به دردمون نمیخوره چون دوباره ما رو رها میکنه و برمی‌گردیم همون جایی که قبلاً بودیم (p7)».

«این زنان نیازهای پیچیده‌ای دارند که مداخلات روانی، اجتماعی، پزشکی و روانپزشکی ویژه‌ای را طلب می‌کند. یک تا چند ماه نگهداری اجباری و بدون اتخاذ مداخلات چندوجهی نتایج مطلوب بلندمدت را به دنبال نخواهد داشت (p1, مطلع کلیدی)».

جدول ۹- مضمون ضعف نظام ارزیابی و کنترل اثربخشی و مفاهیم معرف

مضمون اصلی	مضمون فرعی	مفاهیم پایه
ضعف نظام ارزیابی و کنترل اثربخشی	-	نامشخص بودن وضعیت اثربخشی / نبود ارزیابی دقیق از مراحل مختلف طرح / ضعف تولید داده‌های معتبر / گام برداشتن در تاریکی

۸- ضعف نظام ارزیابی و کنترل اثربخشی: در اینجا مقصود از ارزیابی، حصول اطمینان از درستی مسیر حرکت و کارشناسانه بودن اقدام‌ها و مجموع فرایند اجرای طرح ماده ۱۶ از ابتدا (دستگیری) تا ورود به مراکز (غربالگری)، نگه‌داری در مراکز و در نهایت خروج از مراکز و زیستن در بطن جامعه است. هدف مهمی که برآیند آن، جبران کاستی‌ها، اصلاح خطاها و رفع موانع و محدودیت‌ها است و کاهش فاصله بین آنچه هست با آنچه باید باشد را به دنبال خواهد داشت. علاوه بر این، بررسی اسناد داخلی و دیدگاه مطلعین کلیدی نشان می‌دهد که علی‌رغم گذشت چندین سال از طرح درمان اجباری معتادان، داده‌های معتبر، قابل استناد و در دسترس در مورد وضعیت اثربخشی این طرح وجود ندارد.

«چندین سال است که این طرح در اولویت طرح‌های مواجهه با اعتیاد قرار دارد ولی اثربخشی آن برای همگان و یا حداقل صاحب‌نظران حوزه اعتیاد مبرهن نیست. این شیوه می‌تونه باعث بی‌اعتمادی بیشتر به طرح‌های دولتی بشه (p3) مطلع کلیدی».

«قطعاً این مدل طرح‌ها که صرفاً خود معتاد را در نظر می‌گیرد و برای حل مشکلات اساسی وی کاری انجام نمی‌دهد نمی‌تواند اثربخشی لازم را داشته باشد (p1) مطلع کلیدی».

#### یافته‌های بخش دوم پژوهش - پیشنهاد‌های سیاستی

در این بخش از پژوهش، با بهره‌گیری از یافته‌های پژوهش و اخذ نقطه نظرات مشارکت‌کنندگان پژوهش به‌ویژه مطلعین کلیدی، پیشنهاد‌های سیاستی برای ارتقاء فرایندهای ارائه خدمت در حوزه موردبررسی ارائه شده است. پیشنهاد‌های سیاستی موردنظر نیز در دو بخش شامل، مداخلات مراقبتی در حین درمان، مداخلات مراقبتی مبتنی بر جامعه و نظام تصمیم‌گیری دسته‌بندی شده است.

جدول ۱۰- مضمون مداخلات مراقبتی در حین درمان، مضامین فرعی و مفاهیم مرتبط

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم پایه
مداخلات مراقبتی در حین درمان	مداخلات راغب سازی	اجبار و نفی رضایت آگاهانه ناشی از درمان اجباری / فقدان انگیزه درمان در افراد / بی‌اعتمادی و بدبینی به طرح‌های درمان دولتی / نقش امیدبخش مشوق‌های انگیزشی / وجود تجربیات و چالش‌های بازدارنده از درمان
	اشتغال شایسته و حمایت‌شده	مهارت‌آموزی / حمایت شغلی / وام‌های خوداشتغالی / شغل ابزار توانمند ساز/حمایت از کارفرمایان / حمایت شغلی متناسب با وضعیت افراد
	هدف‌مندی و دوره نگه‌داری و درمان	برنامه محوری در مداخلات / ارزیابی جامع از وضعیت افراد / هماهنگی بین مراکز و نهادهای متولی حمایت / ارزیابی‌های مستمر و دوره‌ای / تخصص‌گرایی / حمایت‌های در حین درمان / حمایت‌های پس از ترخیص
	مدیریت مورد محوری	اهمیت ارزیابی اولیه و جامع / وجود چالش‌ها و مشکلات مختلف / توانایی پاسخ‌دهی مدل به نیازهای متنوع افراد / ضرورت فردی سازی درمان / ضرورت توجه به عوامل خطر / ضرورت توجه به عوامل محافظ / توجه به نقش مددکاران اجتماعی / ضرورت مواجهه چند رشته‌ای از طریق یک مدیر مورد
	بازپیوند مبتنی بر خانواده	اهمیت همراهی خانواده در درمان / وجود تعارض و اختلاف مابین خانواده و فرد / مشارکت خانواده به‌عنوان ابزار مشوق ساز / ضرورت تعامل مناسب مابین فرد و خانواده / نقش خانواده در استمرار بهبودی

۱- مداخلات مراقبتی در حین درمان: مضمون حاضر، مداخلات حین درمان در مراکز را ضعیف می‌پندارد و بر مجموعه‌ای از مراقبت‌ها و حمایت‌ها تأکید دارد که در صورت اجرایی شدن، می‌تواند منجر به ارتقاء کیفیت مداخلات شود و در نهایت بهبود فرایندهای ارائه خدمت را به دنبال داشته باشد.

۱-۱- مداخلات راغب سازی: دستگیری اجباری زنان موضوع ماده ۱۶ و حواشی منفی همراه با آن، باعث آن می‌شود که آن‌ها به‌ویژه در مراحل اولیه درمان انگیزه‌ای برای درمان و بهبود وضعیت خود نداشته باشند. شکل‌گیری هیجانات و احساسات منفی از مهم‌ترین تجربیات زنان دستگیر شده می‌باشد که اغلب مقاومت نسبت به درمان را در پی دارد. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش در سطوح مختلف آن نشان می‌دهد که زنان سوءمصرف‌کننده مواد در تجربه زیسته خود با تجربیات منفی و چالش‌برانگیز بی‌شماری همچون تجربه خشونت جنسی، درگیری با بیماری‌های مقاربتی، طرد از خانواده و اجتماعی، بارداری‌های ناخواسته و نظایر آن مواجه بوده‌اند؛ تجربیات و چالش‌هایی که می‌تواند به‌تنهایی یا همزمان با هم مانع و بازدارنده‌ای قوی در مسیر بازتوانی اجتماعی باشد. انگیزه‌مند نمودن این افراد نسبت به حضور و همراهی در فرایند درمان از اهمیت اساسی برخوردار است. مسلط شدن مددکاران اجتماعی، روانشناسان، مددیاران اعتیاد و مدیران مراکز به دانش و مهارت‌های مربوط به مصاحبه‌های انگیزشی و اجرایی کردن آن‌ها، تدارک برنامه‌های شغلی و مهارتی درآمدزا و زودبازده، بازپیوند مددجویان به خانواده، پیگیری صدور مدارک هویتی و ارائه خدمات پزشکی به‌ویژه خدمات دندانپزشکی، می‌تواند در این راستا کمک‌کننده باشد.

«این افراد معمولاً در مراحل اولیه درمان انگیزه لازم را ندارند. باید مشوق‌هایی را برای این افراد تعریف کنیم که برای ادامه درمان تشویق و امیدوار شوند. حتی برخی قدم‌های کوچک ولی مهم مثل مهارت‌آموزی می‌تواند این فرایند را تسهیل کند (p1، مطلع کلیدی)».

«این افراد درگیر مشکلات پیچیده‌ای بوده‌اند و همراه کردن آن‌ها در فرایند درمان کار سخت و پیچیده‌ای است. باید برنامه‌ها و مداخلات کوتاه‌مدتی را پیش‌بینی کنیم که فرد احساس کند می‌تواند قدم‌های بعدی را به نفع خود بردارد (p5، مطلع کلیدی)».

۲-۱- اشتغال شایسته و حمایت‌شده؛ اشتغال، از موضوعات کلیدی است که نقش مهمی در مشارکت اجتماعی و در نهایت بازتوانی اجتماعی گروه‌های دارای مشکلات ویژه دارد. زنان مصرف‌کننده مواد به‌عنوان یکی از گروه‌های ویژه از این قاعده مستثنی نبوده و ضرورت تأمین شغل حمایت‌شده برای آن‌ها در دو مرحله اصلی یعنی "در حین درمان" و "پس از ترخیص و ورود به اجتماع" نیز توصیه می‌شود. آموزش مهارت‌های شغلی متناسب با ملاحظات فردی و مقتضیات بازار کار، ارائه تسهیلات خوداشتغالی حمایت‌شده به زنان واجد شرایط کارآفرینی و ارائه حمایت‌های مالیاتی تشویقی، بیمه‌ای و مالی به کارفرمایان و کارآفرینان جهت جذب و اشتغال این گروه از زنان از جمله سازوکارهایی است که از دیدگاه مطلعین کلیدی می‌تواند در توانمندی شغلی افراد اثرگذار باشد.

*«اشتغال خیلی از مواقع حرف اول را می‌زند. اگر فرد شغل مناسبی داشته باشد که از آن طریق برای خود درآمدی کسب کند و زندگی‌اش را بگذراند احتمالاً آسیب‌های وی هم کمتر و فرایند بازگشتش به جامعه تسهیل می‌شود (p4) / مطلع کلیدی».*

*«بحث حمایت‌های شغلی باید از درون مراکز آغاز و در بستر جامعه استمرار یابد. اشتغالی که برای فرد درآمد پایدار داشته باشد و فرد را به ادامه زندگی امیدوار کند (p1) / مطلع کلیدی».*

۳-۱- هدفمندسازی دوره نگه‌داری و درمان؛ استنباط پژوهش حاضر این است که استمرار طرح ساماندهی زنان با ماهیت فعلی که برآیند عمده‌اش نگه‌داری صرف زنان در مراکز و عدم پاسخگویی مؤثر به نیازها و چالش‌های زیست‌شده آن‌ها است، نمی‌تواند راه‌حل مناسبی برای مواجهه مثبت و مؤثر در این حوزه باشد. کمبود اعتبارات مالی مراکز و ضعف نیروی متخصص و کافی از یک‌سو و نبود رویکرد برنامه محوری در سطح مراکز و

هماهنگی بین بخشی از طرف دیگر، باعث آن شده است که برنامه هدفمندی برای طی شدن دوره درمان و بهبودی افراد وجود نداشته است.

برنامه موردنیاز، برنامه‌ای است که ارزیابی روانی و اجتماعی جامعی از وضعیت این زنان در مراحل اولیه ورود داشته باشد و منطبق با ارزیابی انجام شده، مداخلات موردی و متناسبی را برای آن‌ها پیش‌بینی و اجرایی کند. بازتعریف شرح وظایف و مسئولیت متولیان این حوزه و پیش‌بینی ضمانت‌های اجرایی کارآمد از ضرورت‌های هدفمندسازی در این حوزه است. ارائه تمهیدات مرتبط با مسکن و شغل پایدار، دسترسی به خدمات دندانپزشکی، تسهیل حمایت‌های حقوقی و موارد این‌چنینی نیاز به بازتعریف، قبول مسئولیت، پیش‌بینی ضمانت اجرایی و دیگر ملاحظات مرتبط دارد.

«همه نهادهای متولی باید پای کار بیایند. موضوع توانمندسازی و بازتوانی اجتماعی نمی‌تواند صرفاً از طریق مراکز اجرایی شود چون توان و ظرفیتش را ندارند، زیرساخت لازم را ندارند و موانع متعددی در این زمینه وجود دارد (p6) مطلع کلیدی».

«به محض ورود این افراد به مراکز بایستی برنامه‌ای برای آن‌ها وجود داشته باشد و تک‌تک آن‌ها را مورد رصد و پایش قرار دهد. هرکدام از این افراد شرایط ویژه‌ای دارند و ما بایستی متناسب با آن شرایط، مداخلاتمان را ویژه و هدفمند کنیم (p7) مطلع کلیدی».

۴-۱- مدیریت موردمحوری: پروتکل مدیریت مورد جامع برای سوء مصرف‌کنندگان مواد (۲۰۰۰: ۱۵-۱۳)، اصول مدیریت مورد را مشتمل بر موارد ذیل می‌داند: مدیریت مورد مبتنی بر مراجع و نیاز مراجع است، مدیریت مورد دربردارنده حمایت است، مدیریت مورد مبتنی بر اجتماع است، مدیریت مورد عمل‌گرا است، مدیریت مورد پیش‌بینی‌کننده است، مدیریت مورد بایستی انعطاف‌پذیر باشد، مدیریت مورد از لحاظ فرهنگی حساس است.

اهمیت مدل مدیریت مورد از آن‌جهت است که دارای پشتوانه تجربی است و اثربخشی‌اش در تحقیقات مختلف در کار با گروه‌های مختلف به اثبات رسیده است، مبتنی بر نقاط قوت، توانایی‌ها و استعداد‌های مراجعان است و بر اساس آن‌ها درمان و برنامه حمایتی را ارائه می‌کند. در این مدل، مصاحبه و بررسی شرح‌حال مراجع ابزار اصلی برای جمع‌آوری اطلاعات است و از این طریق وضعیت مراجع در سطوح مختلف فردی، اجتماعی و خانوادگی مورد ارزیابی قرار گرفته و مداخلات موردی و متناسبی نیز اجرایی می‌شود.

مددکاران اجتماعی با توجه به این که رویکرد بین‌رشته‌ای و بین‌نهادی دارند، شناخت بهتری از منابع اجتماعی کمک‌رسان و حمایت‌کننده در بطن جامعه دارند، دانش و مهارت تخصصی مبتنی بر انجام ارزیابی‌های روانی اجتماعی از وضعیت مراجعین را آموخته‌اند، اصول اخلاقی و ارزش‌های مبتنی بر پذیرش و حمایت واقعی از مراجعان را آموخته و درونی کرده‌اند، از شرایط لازم برای اجرای فرایند مدیریت مورد هستند. استفاده از مددکاران اجتماعی متخصص در مقاطع تحصیلات تکمیلی به‌ویژه در بخش نظارت و سوپروایزری حوزه مداخلات روانی اجتماعی، تغییر رویکرد مراکز به سمت‌وسوی اجرای مدل مدیریت مورد و اتخاذ تدابیر مبتنی بر تعامل بین‌نهادی میان مراکز و نهادهای موجود در جامعه در جهت ارجاع و مداخله مؤثر و اثربخش در این حوزه از پیش شرط‌های مرتبط با اجرای موفقیت‌آمیز رویکرد مدیریت مورد است.

«مددکاران اجتماعی با توجه به ماهیت شغلی‌شان خیلی خوب می‌توانند مداخلات را سازمان‌دهی کنند. البته باید قدرت و ظرفیت لازم برای انجام این مداخلات برایشان پیش‌بینی شود (p5، مطلع کلیدی)».

«این زنان باید در ابتدا مورد ارزیابی روانی اجتماعی دقیق قرار بگیرند و در ادامه برای تمام مشکلات پیش‌رویشان برنامه‌ها و مداخلات موردی اجرایی شود (p6، مطلع کلیدی)».

۱-۵- بازپیوند مبتنی بر خانواده: فقدان یا ضعف حمایت‌های خانوادگی یکی از موضوعات محوری در پژوهش حاضر است که از دیدگاه زنان زمینه را برای آسیب‌پذیری آن‌ها و تداوم مصرف مواد موجب می‌شود. برنامه‌ریزی ویژه برای بازپیوند آن‌ها به خانواده، از مهم‌ترین مداخلات مبتنی بر بازتوانی اجتماعی است که بایستی توسط مراکز پیگیری شود.

با توجه به اینکه بخشی از زنان و به‌ویژه دختران جوان ساکن در مراکز به دلیل موضوعات فرهنگی امکان بازگشت به منزل و خانواده اولیه خود را کمتر دارا هستند، ضرورت دارد که از مداخلات سیستماتیک روانشناسان و مددکاران اجتماعی کارشناس و دوره‌دیده که توانایی بهره‌گیری از فنون مذاکره و میانجی‌گری در زمینه حل تعارضات و اختلافات خانوادگی را دارند، استفاده شود.

همراه کردن خانواده از ابتدا تا انتهای درمان و مشارکت دادن آن‌ها در برنامه‌ها، ارائه مشاوره فردی به اعضای خانواده، دعوت از خانواده جهت حضور در مراکز، برگزاری جلسات میانجی‌گری در مراکز، آموزش مهارت‌های برخورد با افراد درگیر با اعتیاد به خانواده‌ها، برخی از توصیه‌های کلیدی است که می‌تواند تسهیل‌کننده بازپیونده افراد به خانواده باشد. موضوعی که اجرایی شدن آن نیازمند پیش‌بینی تمهیداتی همچون تأمین اعتبارات مالی لازم به‌منظور استخدام مددکاران اجتماعی و روانشناسان متخصص و کافی در مراکز می‌باشد.

«برخی از این افراد به‌تازگی در دام اعتیاد افتاده‌اند و چه بسا خانواده نمی‌داند که چگونه به آن‌ها رفتار کند. نقش مددکاران اجتماعی اینجا خیلی مهم است که بتواند افراد را به خانواده وصل کنند (p1، مطلع کلیدی)».

«همراهی خانواده یک مشوق خیلی خوبه که باید به اشکال مختلف از جانب مؤسسات و به‌ویژه مددکاران اجتماعی پیگیری شود (p7، مطلع کلیدی)».

جدول ۱۱- مضمون مداخلات مبتنی بر جامعه و نظام تصمیم‌گیری، مضامین فرعی و مفاهیم مرتبط

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم پایه
مداخلات مبتنی بر جامعه و نظام تصمیم‌گیری	تسهیل دسترسی خدمات پزشکی	عدم دسترسی به خدمات رایگان/ انگ و برجسب در دریافت خدمات/ پیچیدگی نیازهای پزشکی/ ناتوانی در خرید خدمات پزشکی/ ضعف خدمات پزشکی پس از ترخیص
	توسعه خدمات کاهش آسیب	ضرورت دسترسی به خدمات فاقد انگ و برجسب/ اهمیت خدمت‌دهی به هنگام و در دسترس/ ضریب بالای لغزش و رفتارهای پرخطر افراد در بطن جامعه/ اهمیت موضوع پیشگیری از بروز و تشدید رفتارهای پرخطر
	راه‌اندازی مراکز مراقبت پس از خروج معتادان بهبودیافته	نقش تکمیل‌کننده حمایت‌های پس از ترخیص/ فقدان شبکه‌های حمایتی مؤثر/ ضرورت هماهنگ‌سازی و هدفمندسازی اقدامات حمایتی/ سبک زندگی آسیب‌پذیرانه/ نقش حمایت اجتماعی در استمرار بهبودی
	راه‌اندازی مراکز موقت گذر به اجتماع	ضرورت استمرار درمان گروه‌های ویژه/ عدم آمادگی برخی برای ورود به جامعه/ ضرورت اتخاذ مداخلات توانمند ساز قبل از ورود به اجتماع/ ضرورت پیگیری و صدور مدارک هویتی/ حمایت یابی شغلی/ بازیابی روابط خانوادگی/ درمان بیماری‌های دهان و دندان/ مهارت‌آموزی
	پایش و ارزیابی مستمر و منصفانه	شناخت از وضعیت موجود/ امکان اصلاح و تکمیل فرایندها/ دست‌یابی به نتایج مبتنی بر شواهد متقن/ تقویت سازوکارهای پاسخگویی
	توسعه مراکز نگهداری با گروه‌های هدف کوچک	پیشگیری از اختلاط مصرف‌کنندگان مختلف/ امکان برنامه‌ریزی و مداخله هدفمندتر/ نبود زیرساخت لازم در مراکز فعلی/ امکان استفاده از سیستم تشخیص و ارجاع مناسب‌تر/ امکان ارزیابی و نظارت بهتر بر مراکز
	تدوین پروتکل درمانی ویژه زنان معتاد	نیازهای ویژه و متنوع زنان/ وجود تجربیات و چالش‌های زیست شده متنوع/ ضرورت نگاه موردی به مسئله/ ضرورت مواجهه چند رشته‌ای/ ضرورت تخصص‌گرایی/ ضرورت هدفمند کردن مداخلات

۲- مداخلات مبتنی بر جامعه و نظام تصمیم‌گیری: مداخلات مراقبتی مبتنی بر جامعه، تأکید دارد که مراقبت و حمایت از زنان سوءمصرف‌کننده مواد نه تنها در حین جذب و پذیرش و فرایند درمان، بلکه پس از ترخیص از مراکز بایستی استمرار یابد. بعدی مهم از مراقبت که تکمیل‌کننده مراحل درمان و حمایت از گروه هدف بوده و در بطن جامعه موضوعیت می‌یابد. همچنین، در سطح نظام تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی بایستی ضمن اتخاذ نظارت و ارزیابی‌های مستمر و دوره‌ای از مراکز درمانی و وضعیت گروه هدف و اصلاح و تکمیل فرایندها، برنامه‌ریزی لازم به‌منظور دستیابی به شیوه‌های پایدار و اثربخش حمایتی و همچنین راه‌اندازی و توسعه برخی از مراکز حمایتی صورت پذیرد.

۱-۲- تسهیل دسترسی خدمات پزشکی: از بررسی تجربه زیسته زنان مصرف‌کننده مواد استنباط می‌شود که این افراد با چالش‌های پزشکی متعددی از جمله بیماری‌های پوستی، تروما، بیماری‌های دهان و دندان و بیماری‌های کبدی درگیرند. شرایط فوق در حالی است که این افراد به دلایل مختلف امکان پیگیری مراحل درمانی خود را ندارند. با این توصیف، اختصاص مراکز درمانی ویژه‌ای برای مراجعه زنان نیازمند و یا اختصاص معرفی‌نامه‌های یارانه‌ای جهت تسهیل در پذیرش افراد، برخی از سازوکارهای حل مسئله محسوب می‌شود. با این حال، بدون شک تصمیم‌گیری مقبول‌تر در این رابطه، منوط به لحاظ کردن ملاحظات مختلف و در نظر گرفتن خرد جمعی با مشارکت دادن متولیان مربوطه خواهد بود. شیوه‌ای از تصمیم‌گیری که در نهایت بایستی به اتخاذ تدابیر علمی‌تر، سهل‌الوصول‌تر و کارآمدتر شود و در نهایت پایدار بودن و اثربخش بودن مداخلات درمانی را برای گروه هدف تضمین کند.

«بیشتر این زنان نیازهای پزشکی ویژه‌ای دارند که باید در درون جامعه مورد حمایت قرار بگیرد. مراکز درمانی در دسترس که بتواند خدمات را فارغ از هرگونه تبعیض و انگ و برچسب برای این افراد ارائه دهد ضروری است (p1) مطلع کلیدی».

«خدمات پزشکی از نیازهای واقعی و مستمر این طیف از زنان است. متأسفانه به دلایل مختلف پیگیری‌های درمانی از جانب این افراد صورت نمی‌پذیرد. از مهم‌ترین دلایل عدم پیش‌بینی مراکز رایگان و در دسترس در درون جامعه است (p3) مطلع کلیدی».

۲-۲- توسعه خدمات کاهش آسیب: بیماری‌های عفونی و مقاربتی (نظیر HIV، HCV) از شایع‌ترین بیماری‌های همراه و تجربه‌شده در بین جمعیت زنان سوء مصرف کننده مواد است. وضعیت فوق در حالی است که در بطن جامعه نه تنها امکان رصد وضعیت این افراد به‌طور دقیق وجود ندارد، بلکه سبک زندگی و نوع فعالیت‌های روزانه این افراد به‌گونه‌ای است که به‌انحاء مختلف می‌تواند موجب شیوع بیماری در بین دیگر افراد جامعه شود.

بنابراین، طرح ساماندهی زنان در ذیل مراکز موضوع ماده ۱۶، با توجه به اینکه رویکردش دستگیری و درمان اجباری افراد در یک دوره زمانی مشخص است و هیچ‌گونه رصد، پایش و یا سازوکاری برای ارائه مداخلات کاهش آسیب در بطن جامعه ندارد، نمی‌تواند پاسخ و راه‌حل مناسب و پایداری برای کاهش آسیب در گروه هدف باشد. علاوه بر این، واقعیت علمی و تجربی نشان می‌دهند که فارغ از روش‌های درمانی مختلف، درصد لغزش و بازگشت به اعتیاد بسیار بالاست و بیشتر این افراد مجدد به شرایط پیشین خود بازمی‌گردند. با این توصیف، احیاء و توسعه مراکز گذری کاهش آسیب در سطح جامعه با توجه به اینکه خدمات کاهش آسیب را به شیوه‌ای در دسترس و فاقد انگ و برچسب در اختیار گروه هدف قرار می‌دهند، می‌تواند مورد توجه متولیان برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری قرار بگیرد.

«قطعاً درصد لغزش بسیار بالاست، بنابراین نیاز است خدمات کاهش آسیب نظیر مراکز گذری را توسعه دهیم چون می‌تواند عامل کنترل‌گر برای گسترش آسیب‌ها باشد و به افراد خدمات در دسترس، رایگان و به‌موقع ارائه دهد (p1) مطلع کلیدی».

«ما در صورتی موفق می‌شویم و یا حداقل بهتر پیش می‌رویم که مدل‌های مختلف را باهم پیش ببریم. مراکز کاهش آسیب نقش مهمی در پیشگیری و حتی درمان می‌توانند ایفا کنند بنابراین به‌جای رویکرد تک‌بعدی بایستی به‌صورت جامع به موضوع نگاه کنیم (p7) مطلع کلیدی».

### ۳-۲- راه‌اندازی مراکز مراقبت پس از خروج معتادان بهبودیافته: مداخلات

مراقبتی در حین جذب و ورود به مراکز بهبودی، مداخلات مراقبتی در حین درمان و مداخلات مراقبتی پس از خروج، سه بخش اصلی مداخله برای سوءمصرف کنندگان مواد محسوب می‌شود که در صورت اجرای اصولی می‌تواند اثربخشی موفق‌تر برنامه‌های درمانی را به دنبال داشته باشد.

مداخلات مراقبتی پس از خروج، به‌عنوان بخش تکمیلی فرایند ساماندهی زنان سوءمصرف کننده زمانی آغاز می‌گردد که زنان از مراکز درمان اعتیاد ترخیص و وارد جامعه می‌شوند. شواهد مختلف نشان می‌دهد که بدون اجرای این مداخلات مراقبتی و حمایتی پس از خروج، اغلب زنان به‌ویژه زنان فاقد نظام حمایتی مؤثر، دیر یا زود رها شده و مجدد وارد شرایط آسیب‌زا می‌شوند. شرایطی که بازگشت به اعتیاد از محتمل‌ترین نتایج آن محسوب می‌شود.

حمایت‌یابی اجتماعی رکن اصلی مراقبت‌ها و مداخلات پس از خروج است. تلاش‌های توانمندسازی در سطح فردی، اگر به‌وسیله تغییرات مکمل در درون قلمروهای سیاسی - اجتماعی و درون فردی حمایت نشود، صرفاً برای دوره کوتاهی مفید است (ابوالحسین، ۲۰۰۵: ۴).

با توصیف و تبیین فوق می‌توان گفت، تشکیل مراکزی تحت عنوان "مراکز مراقبت پس از خروج معتادان بهبودیافته" از ایده‌هایی است که می‌تواند برای تحقق حمایت‌های اجتماعی از گروه‌های مختلف معتادان بهبودیافته از جمله زنان موضوع پژوهش حاضر اجرایی شود. با توجه به موازی کاری‌های موجود در ارائه خدمات، بسنده نمودن سازمان‌های متولی به ارائه خدمات سطحی و محدود، مسئولیت‌گریزی بسیاری از سازمان‌های متولی و به‌طور کلی نبود برنامه جامع مشترک و هماهنگی در این حوزه، تشکیل این مراکز می‌تواند پرکننده شکاف حمایتی در این حوزه باشد و گامی مؤثر در راستای هماهنگ‌سازی و هدفمندسازی اقدامات حمایتی بازتوان‌کننده به شمار برود. الگوپذیری از تجربه سازمان زندان‌ها در زمینه راه‌اندازی مراکز مراقبت پس از خروج ویژه زندانیان و خانواده آن‌ها و استفاده از تجربیات موفق جهانی می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد.

«وقتی این افراد از مراکز ترخیص می‌شوند، طبیعتاً در داخل جامعه رها می‌شوند چون هیچ متولی متمرکزی برای حمایت از این افراد وجود ندارد (p3) مطلع کلیدی».

«حمایت اجتماعی حلقه مفقوده مداخلات این حوزه است. تا زمانی که همه سازمان‌های مرتبط خودشان را درگیر نکنند همچنان شاهد بازگشت به اعتیاد و شرایط آسیبی هستیم (p1) مطلع کلیدی».

۴-۲- تدوین پروتکل درمانی ویژه زنان معتاد: از الزامات اصلی طرح ساماندهی زنان سوءمصرف‌کننده مواد این است که نسبت به تدوین پروتکل درمان و مداخله، ویژه زنان با در نظر گرفتن ویژگی‌های خاص آن‌ها، اقدام شود. چنین پروتکلی بایستی اولاً با رویکرد بین‌رشته‌ای و با مشارکت و بهره‌مندی از خرد جمعی متخصصان حوزه اعتیاد به‌ویژه روانشناسان، مددکاران اجتماعی، روانپزشکان و پزشکان طراحی شود؛ ثانیاً، این پروتکل بایستی برنامه‌ها و مداخلاتش را به صورتی ویژه سازی شده پیش‌بینی کند و علاوه بر در نظر گرفتن نیازهای عمومی زنان معتاد، نیازهای خاص و منحصر به فرد هر یک از آن‌ها

را نیز پوشش بدهد. ثالثاً، این پروتکل بایستی نحوه درمان و مداخله در وضعیت زنان مصرف‌کننده را در مراحل مختلف درمان مدنظر قرار بدهد. مراقبت در حین جذب و پذیرش، مراقبت در حین درمان و مراقبت پس از خروج یا ورود به جامعه سه بعد اصلی مداخله در وضعیت گروه هدف محسوب می‌شود.

منطبق با نتایج پژوهش، تدوین پروتکل درمان و مراقبت زنان مصرف‌کننده مواد بر اساس رویکرد و مدل "مدیریت مورد" از ایده‌ها و پیشنهادهایی است که می‌تواند برای ارائه مدیریت واحد و یکپارچه به‌منظور ارائه مداخلات هدفمند در حین درمان و پس از آن پیش‌بینی و اجرایی شود.

«طبیعتاً زنان مصرف‌کننده نیازهای ویژه‌ای دارند که باید مورد توجه قرار بگیرد. تجربیات زیسته این زنان و مشکلاتی که با آن مواجه بوده‌اند یک مانع بازدارنده درمانی است که اگر مدنظر قرار نگیرد می‌تواند روند درمان را ناموفق کند (p5، مطلع کلیدی)».

«طیف‌های مختلف مصرف‌کنندگان مواد نیازهای مختلفی دارند. وقتی بحث زنان مطرح باشد این نیازها ماهیت پیچیده‌تری به خود می‌گیرد چون معمولاً زنان آسیب‌پذیری بیشتری را تجربه می‌کنند. لحاظ کردن نیازهای عمومی و ویژه زنان در ذیل یک برنامه و پیش‌بینی سازوکارهای لازم جهت رفع آن نیازها می‌تواند طرح‌ریزی شود (p7، مطلع کلیدی)».

۵-۲- پایش و ارزیابی مستمر و منصفانه: ارزیابی کمک می‌کند درک بهتری از چرایی و میزان تحقق نتایج تعیین شده در برنامه یا مداخله موردنظر داشته باشیم. ارزیابی مناسب، علاوه بر تقویت سازوکار پاسخ‌گویی، منبعی مهم برای دستیابی به شواهد و مدارک لازم درباره نتایج به‌دست آمده از برنامه است و همچنین ابزاری است برای درس گرفتن و رسیدن به دانش بیشتر درباره بهترین روش‌ها به‌منظور رسیدن به اهداف و مقاصد خاص برنامه‌ها. بنابراین، از ضرورت‌های فعلی و آتی در حوزه ساماندهی زنان

مصرف‌کننده این است که با بهره‌گیری از متخصصان و کارشناسان آشنا به حوزه اعتیاد به شیوه‌ای منصفانه و فارغ از هرگونه ملاحظه‌نگری، ابعاد مختلف طرح در دوره‌های زمانی مختلف مورد ارزیابی واقع شود.

باز کردن درب مراکز بر روی دغدغه‌مندان و پژوهشگران حوزه اعتیاد و برداشتن محدودیت‌های بازدارنده، می‌تواند به عمیق‌تر شدن مطالعات مرتبط با این حوزه بیانجامد و شاخصی مهم برای کمک به تصمیم‌گیری مؤثرتر در این حوزه باشد.

«سال‌هاست که طرح درمان اجباری دارد اجرایی می‌شود ولی از ماهیت آن، مراکزنگهداری و اثربخشی آن داده یا اطلاعات موثق لازم وجود ندارد. ما نباید به موضوع امنیتی نگاه کنیم، باید همه جور ابعاد مختلف طرح مورد ارزیابی قرار بگیرد تا در نهایت موفق‌تر عمل کنیم (p4، مطلع کلیدی)».

«مراکز درمانی پتانسیل خیلی خوبی برای انجام تحقیقات مرتبط با اعتیاد هستند. باید پژوهشکده‌ها و نهادهای ذی‌ربط تحقیقات مستمری در ارتباط با این افراد صورت دهند تا در نهایت مطمئن شویم کجاها خطا می‌رویم. صرفاً از این طریق است که فرایندها می‌تواند اصلاح و تکمیل شود (p5، مطلع کلیدی)».

۶-۲- توسعه مراکز نگهداری با گروه‌های هدف کوچک؛ منطبق با یافته‌های گزارش در سطوح مختلف، زندگی دسته‌جمعی زنان با وضعیت آسیب‌پذیری متفاوت، اغلب منجر به درونی شدن آسیب‌های اجتماعی و پذیرش هویت کچ‌روانه می‌شود. علاوه بر این، تعداد بالای زنان ساکن در مراکز و نبود زیرساخت لازم به‌ویژه از بعد نیروی انسانی متخصص و کافی، منجر به نادیده گرفته شدن نیازهای مختلف این زنان و از دست دادن فرصت برای بازتوانی اجتماعی می‌شود. تدوین نظام طبقه‌بندی منطبق با وضعیت آسیب‌پذیری زنان و ارجاع آن‌ها بر اساس بر ارزیابی‌های صورت گرفته، از نتایج توسعه دادن مراکز نگهداری زنان می‌باشد.

«نگهداری دسته‌جمعی در مراکز می‌تواند آسیب‌زا باشد. این زنان لزوماً همه کارتن‌خواب نیستند، همه تجربیات یکسانی ندارند، همه از وضعیت یکسانی

برخوردار نیستند، نباید کاری کنیم که افراد احساس کنند در جایی شبیه زندان نگه‌داری می‌شوند. هرچه مراکز بیشتری را برای این کار تعریف کنیم و نظارت لازم را داشته باشیم احتمالاً نتایج سودمندتری حاصل خواهد شد (p5) مطلع کلیدی».

«اگر به جای یک مرکز مراکز مختلفی را پیش‌بینی کنیم احتمالاً بتوانیم خدمات را به شکل هماهنگ‌تر و با کیفیت‌تری ارائه دهیم (p6) مطلع کلیدی».

۷-۲- راه‌اندازی مراکز موقت گذر به اجتماع: بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که بخشی از زنان ساکن در مراکز ماده ۱۶ نسبت به دیگر زنان به‌مراتب از وضعیت آسیب‌پذیری بیشتری برخوردارند و ضرورت دارد که در برنامه‌های مراقبتی طرح ویژه‌ای برای آن‌ها پیش‌بینی و اجرایی شود. زنان و دختران بی‌خانمان حادثه‌ترین گروه از زنان هستند که بلاشک شرایط لازم برای ترخیص از مراکز و بازگشت به جامعه را ندارند. آسیب‌پذیری بیشتر و بازگشت به اعتیاد محتمل‌ترین سناریو در مورد وضعیت این افراد است. در این شرایط به نظر می‌رسد با تأسیس مراکز موقت توانمندسازی و گذر به زندگی اجتماعی می‌توان سازوکارهایی را برای تسهیل فرایند بازپیوند اجتماعی این افراد و ادغام موفق‌تر آن‌ها در جامعه اجرایی کرد. پیگیری و صدور مدارک هویتی، تأمین شغل، مسکن، بازیابی روابط خانوادگی، درمان بیماری‌های دهان و دندان، مهارت‌آموزی و حمایت‌های حقوقی برخی از تمهیدات توانمند ساز برای گروه هدف محسوب می‌شود.

«همه این افراد آمادگی لازم برای خروج از مراکز را ندارند و بایستی با ارائه یکسری حمایت‌ها این افراد را برای زندگی در جامعه آماده کنیم (p2) مطلع کلیدی».

«برخی از این افراد مشکلات ویژه‌تری دارند که نیاز است تایم بیشتری را در مراکز بمانند. مشکلاتی دارند که اگر حل یا تعدیل نشود به راحتی آن‌ها را به سبک زندگی قبلی سوق می‌دهد (p7) مطلع کلیدی».

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از انجام پژوهش حاضر نشان می‌دهد که فرایند ساماندهی زنان سوءمصرف‌کننده در مراحل مختلف با چالش‌هایی مواجه است و نیاز به بازنگری و اصلاح جدی دارد. رویکرد مبتنی بر نگهداری صرف گروه هدف در یک دوره زمانی خاص، بدون پاسخ‌دهی به نیازها و چالش‌های زیست شده نمی‌تواند راه‌حل مناسبی برای ساماندهی و به‌اصطلاح دقیق‌تر، بازتوانی اجتماعی یا ادغام مجدد اجتماعی آن‌ها تلقی شود. در واقع، اتخاذ چنین رویکردی که فاقد ویژگی مهم تسهیلگری در فرایند توانمندشدن گروه هدف است، هدر رفتن منابع و اعتبارات تخصیص‌یافته در این حوزه، بی‌اعتمادی بیشتر گروه هدف نسبت به طرح‌های درمانی و آسیب‌پذیری بیشتر آن‌ها را به دنبال دارد. نادیده گرفتن ملاحظات مختلف درمانی و حمایتی در مراحل مختلف طرح، منجر به عمیق‌تر شدن مسئله اعتیاد و برخی از موضوعات انحرافی به‌ویژه برای افراد تازه وارد<sup>۱</sup> می‌شود. در نهایت باید پذیرفت که زنان سوءمصرف‌کننده به‌ویژه زنان کارتن‌خواب که غالب نمونه‌های معرف پژوهش حاضر هستند، از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی بوده و ارائه مداخلات اثربخش برای بهبود وضعیت آن‌ها و جدا کردن آن‌ها از چرخه اعتیاد از توانایی مراکز اختصاص داده شده به‌تنهایی خارج است و بدون تعامل بین بخشی و چند نهادی و مسئولیت‌پذیری متولیان مربوطه میسر نخواهد شد.

این طیف از افراد، با مجموعه‌ای از مشکلات در سطوح مختلف فردی، اجتماعی، قانونی و خانوادگی مواجه‌اند و بخش زیادی از هزینه‌ها و منابع مالی مراکز اختصاص‌یافته نیز صرف موضوع نگهداری از این افراد است. مهارت‌آموزی، کارآفرینی، سوادآموزی، درمان پزشکی، اشتغال حمایت‌شده، حمایت‌های حقوقی، مداخلات روانی اجتماعی، سرپناه دائم، حمایت‌های پس از بهبودی و به‌طورکلی انجام اقدامات سیستماتیک و یکپارچه در راستای بازتوانی فردی و اجتماعی افراد در مراحل مختلف درمان، در توان

---

۱- منظور از افراد تازه وارد، زنان و دخترانی هستند که به تازگی درگیر اعتیاد شده‌اند و یا افرادی که اولین تجربهٔ بستری در کمپ‌های ترک اعتیاد به ویژه کمپ‌های اجباری را داشته‌اند.

مراکز اختصاص یافته نیست و انجام این مهم نیازمند همکاری و هماهنگی سازمان‌های متولی تعریف شده می‌باشد. با این تفسیر، شکل‌گیری مداخلات مشارکتی چندبعدی در حین درمان و پس از آن، لازمه اقدام مؤثر و هدفمند برای بهبود وضعیت گروه هدف است. از بررسی نظریه‌های مرتبط با اعتیاد و تطبیق آن با رویکرد درمان اجباری سوءمصرف کنندگان مواد استنباط می‌شود که اولاً، مواجهه با مسئله اعتیاد به شکل فعلی که بدون توجه به مسائل زیربنایی مؤثر بر بروز اعتیاد در گروه هدف صورت می‌پذیرد، نمی‌تواند راه‌حل مناسب و پایداری برای موفقیت در این حوزه قلمداد شود. ثانیاً، زنان مصرف کننده مواد، از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند که در تجربه زیسته خود با مجموعه‌ای از چالش‌ها و محرک‌های منفی مواجه بوده‌اند و درمان اجباری اعتیاد که اغلب رویکرد صرفاً نگره‌دارنده و اسکان چندماهه زنان سوءمصرف کننده را محور قرار می‌دهد و برای بازسازی ابعاد مختلف شخصیتی و اجتماعی این زنان تلاش درخوری انجام نمی‌دهد، نمی‌تواند راه‌حل لازم برای مواجهه اصولی قلمداد شود.

علاوه بر این، دستگیری ضربتی و محبوس شدن افراد در کمپ‌های اجباری و در کنار هم قرار دادن گروه‌های مختلف زنان که دارای وضعیت آسیب‌پذیری و ویژگی‌های متفاوت فردی و اجتماعی هستند، داغ و انگ ناشی از دستگیری و تجاهر به اعتیاد را برای افراد به دنبال دارد و می‌تواند امکان یادگیری رفتارها و شیوه‌های جدید مصرف مواد، درونی شدن نگرش‌های اعتیادی و انحرافی و در نهایت لغزش مجدد را افزایش می‌دهد. در نتیجه بروز این شرایط، می‌توان گفت، تعلق و تعهد افراد به طرح‌های درمانی و نهادهای مرتبط با این طرح‌ها و به‌طور کلی، اجتماع و هنجارهای اخلاقی آن تضعیف خواهد شد و افراد با تلاش بیشتری در پی ارتکاب رفتارهای اعتیادی و انحرافی خواهند بود.

یافته‌های پژوهش‌های پیشین از حیث توجه به موضوعات زیر با پژوهش فعلی قرابت و همسویی دارد. اخلاقی قلمداد نکردن درمان اجباری و نقض استاندارد رضایت آگاهانه (استیونز)، نقض حقوق مبتنی بر رضایت برای درمان، عدم درمان مبتنی بر شواهد، ضعف قوانین و سیاست‌ها، فقدان منابع انسانی ماهر، انگ فراگیر مصرف کنندگان مواد

(کمارالزمان و مک برایر)، احتمال نقض حقوق بشر در مراکز بازداشت اجباری (لونز و همکاران)، نقض حقوق مبتنی بر رضایت برای درمان، مؤثر نبودن و نرخ بالای لغزش، ضرورت استفاده از روش‌های مبتنی بر شواهد، اهمیت درمان داوطلبانه (لونز و همکاران)، ضرورت مداخله هدفمند و برنامه‌ریزی برای پیشگیری و بازگشت به جامعه (حتم خوانی و همکاران)، تأکید بر رویکرد غیر ضربتی، قابل‌بهبود بودن دستاوردها با بهبود روش‌های اجرایی و مراقبت‌های پس از ترخیص (رحیمی موقر و همکاران)، لزوم اتخاذ تغییرات زیاد در مراکز بهبودی و منوط دانستن اثربخشی مراکز به همکاری با سایر دستگاه‌ها (میر کاظمی و همکاران)، محوریت رویکرد اجباری بر درمان موقتی، ضرورت اتخاذ فعالیت‌های چندجانبه و سیستمی در سطوح مختلف، سیاستی، مدیریتی، اجرایی و پرسنلی به‌منظور بازپیوند اجتماعی و تأمین سلامت روانی و اجتماعی (فتحی و بختیاری)، ترک اجباری معتادین ناقض موازین حقوق بشری (آل کج باف) و فاصله مراکز درمان اجباری از استانداردهای مطلوب، دور تسلسل قلمداد کردن طرح‌های اجباری، نبود شواهدی مبنی بر توانمندسازی و ارتقا سطح زندگی این افراد (محرز و همکاران). معیوب بودن چرخه دستگیری، اختلال در فرایند و کیفیت غربالگری، تکمیل نبودن و نقص در فرایند نگهداری و درمان، مواجهه مقطعی و سیاسی با حوزه افراد دارای تجاهر به اعتیاد، کمبود، فقدان نظام تولید داده، ارزیابی و پایش عملکردها و فرایندها، بی‌توجهی به خاص بودگی‌های مددجویان و تک‌دوزی نبودن خدمات، ضعف در اقدام و مراقبت نظام‌مند پس از خروج، برچسب‌زنی و طرد اجتماعی مضاعف، شنیده نشدن صدای جامعه هدف و ابهام در تعریف تجاهر و تعیین شاخص‌های آن (گنجی).


### تعارض منافع


هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

### سپاسگزاری

از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند، سپاسگزاریم.

ORCID

Ali Asghar Darvishi Fard  <http://orcid.org/0000-0002-9650-1824>

Fatemeh Mohamadi  <http://orcid.org/0009-0002-4069-7637>

منابع

- آل کجباف، حسین. (۱۴۰۳)، «درمان اجباری معتادین از منظر اسناد بین‌المللی با تأکید بر موازین حقوق بشری»، *مجله حقوق پزشکی*، دوره ۱۸، شماره ۵۹: ۷۳-۵۵.
- آقابخشی، حبیب. (۱۳۹۲)، *فضا زدایی، نقش میانجی مددکار اجتماعی در حل اختلاف غیر دادگاهی*، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- خاکی، غلامرضا. (۱۳۹۲)، *روش تحقیق (با رویکرد گراندی در پایان‌نامه نویسی)*، انتشارات: فوژان.
- حتم خانی، شیما و همکاران. (۱۳۹۷)، «بررسی الگوی مصرف مواد مخدر در مراجعین به مرکز اجباری نگهداری و درمان و کاهش آسیب معتادین ارومیه در سال ۱۳۹۴»، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱(۳): ۱۰۶۰-۱۰۵۰.
- صدیق سروستانی، رحمت‌الله. (۱۳۹۰)، *آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی)*، تهران: انتشارات سمت.
- رحیمی موقر، آفرین و همکاران. (۱۳۹۰)، «درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده در مرکز اقامتی (۱): ارزیابی فرایند مداخلات»، *فصلنامه پایش*، دوره ۱۰، شماره ۴: ۴۹۳-۵۰۲.
- رحیمی موقر، آفرین و همکاران. (۱۳۹۰)، «درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده در مرکز اقامتی (۲): ارزیابی نتایج در پیگیری دو و شش‌ماهه»، *فصلنامه پایش*، دوره ۱۰، شماره ۴: ۵۱۲-۵۰۳.
- فتحی، منصور و بختیاری، عباس. (۱۴۰۰)، «مطالعه کیفی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد»، *فصلنامه انتظام اجتماعی*، دوره ۱۳، شماره ۱: ۲۰۰-۱۶۷.
- گنجی، مرتضی. (۱۴۰۳)، *ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر، ماهنامه گزارش‌های کارشناسی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی*، دوره ۳۲، شماره ۱۰.
- مغنی‌باشی منصوریه، امیر؛ فتحی، منصور؛ براتی سده، فرید و اسلامیان، ایوب. (۱۳۹۶)، «مرور سیستماتیک اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان»، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، دوره ۱۱، شماره ۴۲: ۱۶۰-۱۴۱.

- محمدپور، احمد. (۱۳۹۷)، ضد روش، «زمینه‌های فلسفی و رویه‌های علمی در روش‌شناسی کیفی»، قم، انتشارات: لوگوس.

- Abul Hossen, M. (2005). Empowerment-Based Social Work Practice Issues and Challenges. *The Indian journal of social work*, 66(2):196-210.
- Center for Substance Abuse Treatment (2000). Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 27. HHS Publication No. (SMA) 15-4215.
- Kamarulzaman, A., & McBrayer, J. L. (2015). Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia. *The International journal on drug policy*, 26 Suppl 1, S33-S37. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.11.011>.
- Lunze, K., Idrisov, B., Golichenko, M., & Kamarulzaman, A. (2016). Mandatory addiction treatment for people who use drugs: global health and human rights analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 353, i2943. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2943>.
- Lunze, K., Lermet, O., Andreeva, V., & Hariga, F. (2018). Compulsory treatment of drug use in Southeast Asian countries. *The International journal on drug policy*, 59, 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.06.009>
- Neven, A., Dik, M. P. W., de Haan, H. A., & Batalla, A. (2024). The effectiveness of compulsory treatment for substance use disorder. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 66(7), 367-372.
- Platt, J. J., Buhninger, G., Kaplan, C. D., Brown, B. S., & Taube, D. O. (1988). The prospects and limitations of compulsory treatment for drug addiction. *Journal of Drug Issues*, 18(4), 505-525.
- Scarpa, S., Grahn, R., & Lundgren, L. M. (2023). Compulsory care of individuals with severe substance use disorders and alcohol-and drug-related mortality: A Swedish registry study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1106509.
- Stevens, A. (2012). The ethics and effectiveness of coerced treatment of people who use drugs. *Human rights and Drugs*, 2(1).
- Siegel, L. J. (2017). *Criminology: theories, patterns, and typologies*, thirteenth edition.
- Vuong, T., Ritter, A., Hughes, C., Shanahan, M., & Barrett, L. (2019). Mandatory alcohol and drug treatment: What is it and does it work?.
- Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A., & Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: a systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 28, 1-9.

استناد به این مقاله: درویشی فرد، علی اصغر و محمدی، فاطمه. (۱۴۰۴). چالش‌های درمان اجباری اعتیاد زنان و ارائه پیشنهادهای سیاستی، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱۶ (۶۵)، ۳۳۷-۳۹۸.



Social Development and Welfare Planning Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.