

Drug Addiction Compulsory Treatment Policy in Iran: The Collection-Release Dichotomy) Case Study: Social Services of Article 16 Centers under the Anti-Narcotics Law)

Saman Yousefvand (Corresponding Author) 

Assistant Professor, Department of Cultural–Social Governance, Faculty of Governance, University of Tehran, Tehran, Iran/ samanyousefvand@ut.ac.ir

Morteza Ganji 

PhD in Cultural Sociology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran/ mortezaa991@yahoo.com

Reza Ganji 

M.A. in Social Science Research, Ministry of Science, Research and Technology, Tehran, iran
rezaganji@alumni.ut.ac.ir

Abstract

Drug addiction in contemporary Iran is one of the most critical social harms. Over the past four decades, the governing system has undertaken numerous measures in the form of legislation, institutional structuring, and budget allocation to control and reduce it. However, the challenges in this field have become increasingly complex and intensified. This study aims to examine and identify the challenges and barriers to the success of Article 16 centers, established under the 2010 Anti-Narcotics Law, in providing compulsory treatment for publicly visible drug users. Employing a qualitative research methodology, the study utilizes thematic analysis and data collection tools including 15 semi-structured interviews and three focus group discussions. In the initial coding stage, 89 primary codes were extracted, which were later grouped into 15 themes. Ultimately, the core category identified was “instability and incompleteness of the treatment cycle,” which reflects the underlying dichotomy of “collection and release” in the treatment process of publicly visible drug users. The study concludes that addiction treatment policy in Iran is imbalanced and overly focused on compulsory treatment. This is despite the fact that the processes of collection, screening, treatment, rehabilitation, and aftercare are fraught with various procedural, institutional-structural, and strategic challenges. These findings highlight the unstable and incomplete nature of the treatment cycle in compulsory treatment centers.

Keywords: Social problem, Compulsory treatment, Addiction, Social service provision, Anti-Narcotics Act, Overt drug dependence.



Social Problems of Iran, Vol. 17, No. 2, Summer 2026

Received: 06/01/2026 Accepted: 30/03/2026 Pages 307–342



Extended Abstract

1. Introduction

Drug addiction represents one of the most critical and complex social harms confronting contemporary Iranian society. Over the past four decades, the governance system has instituted extensive measures encompassing legislation, including repeated amendments to the Anti-Narcotics Law; institutional structuring through the establishment of the Drug Control Headquarters, the Anti-Narcotics Police, and the State Welfare Organization; and annual financial allocations of approximately 70 trillion rials. Despite these measures, addiction remains uncontrolled. Evidence indicates that the affected population has reached approximately three million individuals, the age of onset has declined to 16 years, the feminization of addiction has increased, consumption patterns have shifted toward stimulant drugs, and drug-related offenses account for nearly 50% of the prison population.

The urban visibility of overt drug users, locally termed “Motahaher,” has also increased substantially, rising from approximately 20,000 to more than 150,000 individuals during the past decade. In response, the 2010 amendment to the Anti-Narcotics Law established two policy mechanisms through Articles 15 and 16. Article 15 provides a voluntary pathway through which individuals with addiction can seek treatment independently. Article 16, by contrast, mandates the compulsory referral of overt drug users to designated centers for detention, treatment, and harm reduction. More than thirteen years have passed since the amendment of the law and approximately seven years since Article 16 centers began operating in their current form. Nevertheless, their effectiveness remains contested. Experts identify fundamental challenges, including inadequate treatment programs, incomplete multidisciplinary teams, the absence of codified collection and arrest protocols, and an effectiveness rate of less than 5%. Despite these problems, comprehensive and up-to-date research systematically examining the challenges of compulsory treatment remains limited. This study therefore examines the procedural, institutional-structural, and strategic challenges confronting Article 16 centers under the Anti-Narcotics Law.

2. Methodology

This applied and policy-oriented study employed a qualitative approach and thematic analysis. The research population consisted of policymakers, executive actors, specialists, and university professors working in the field of compulsory addiction treatment in Iran. Purposive and theoretical sampling resulted in 15 semi-structured interviews and three focus group discussion sessions, conducted to achieve conceptual and theoretical saturation.

The participants represented diverse disciplinary fields, including psychiatry, psychology, social work, jurisprudence and law, and sociology, as well as different levels of executive and scientific expertise. Gender diversity was also considered, with 12 male and 3 female participants. Data analysis proceeded through open, axial, and selective coding. In the first stage, 89 primary codes were extracted; these were subsequently organized into 15 themes.

Finally, “instability and incompleteness of the treatment cycle” emerged as the core category. Trustworthiness was established through prolonged engagement with the field, triangulation of data sources and perspectives, member checking, and independent coding by two members of the research team, followed by agreement on the final codes and themes.

3. Findings

The findings demonstrate that the compulsory treatment process for overt drug users in Iran is affected by interconnected challenges at three levels: procedural, institutional–structural, and strategic. Their interaction and mutual reinforcement produce instability and incompleteness throughout the addiction treatment cycle.

Procedural Challenges: Five themes were identified at the procedural level. First, the collection cycle is dysfunctional because arrests are conducted suddenly, collectively, and often in response to particular occasions, without considering the capacity of treatment centers or the actual needs of individuals. Second, screening is disrupted because it is conducted intensively within only a few hours, resulting in misdiagnosis, the harmful mixing of clients, and the intensification of individual problems. Third, detention and treatment processes suffer from shortages of specialized personnel, including physicians, psychologists, and social workers, inadequate welfare facilities, and the reduction of treatment to methadone maintenance therapy. Fourth, judicial oversight is inadequate because of the high volume of cases, insufficient numbers of judges, the unofficial delegation of authority to center managers, and limited supervision of treatment quality. Fifth, clients’ specific characteristics are neglected through uniform prescriptions that fail to consider substance type, age, family circumstances, occupational status, or treatment history.

Institutional–Structural Challenges: Five further themes emerged at the institutional–structural level. First, engagement with overt drug users is episodic and unstable; arrests intensify during political or social occasions and often serve to cleanse urban spaces rather than promote treatment and rehabilitation. Second, financial resources are insufficient and unevenly distributed. The lack of proportionality between projected per-capita allocations, therapeutic objectives, and actual costs prevents the provision of standard services. Third, regulations and guidelines are weak because relevant legal documents lack coherence, are not regularly updated, and are often inaccessible to practitioners. Fourth, the absence of an integrated system for data production, monitoring, and evaluation prevents comprehensive information registration and reliable assessment of effectiveness. Fifth, post-discharge care is systematically weak. Clients are released outside the centers without sustainable support, supervision, or reintegration programs, thereby reproducing the recurring cycle of collection and release.

Strategic Challenges: At the strategic level, five themes were identified. First, the concept of “overt addiction” and the procedure for verifying it remain ambiguous. The absence of clear and scientific indicators for identifying “Motahaher” has produced an estimated

25% error rate in arrests. Second, treatment and empowerment have been reduced to primary medical services, reflecting the dominance of a biomedical approach and the neglect of psychological, social, and spiritual dimensions of health. Third, the target community remains unrecognized and voiceless because individuals affected by addiction do not participate in decision-making, policy design, or service planning. Fourth, stigmatization and double social exclusion result from labeling individuals as “Motahaher,” thereby encouraging the internalization of a deviant identity, secondary deviance, and diminished self-esteem. Fifth, conflicts of interest and the political economy of addiction treatment have created a profit-oriented chain around the detention of individuals with addiction. This process generates path dependency and reproduces the existing system.

4. Conclusion

The findings indicate that Iran’s compulsory treatment policy for overt drug users is imbalanced and excessively focused on coercive intervention. The neglect of prevention, voluntary treatment, and harm reduction has weakened all stages of the process, including collection, screening, treatment, rehabilitation, and post-discharge care. The core category, “instability and incompleteness of the treatment cycle,” confirms the existence of a collection-release dichotomy in the treatment of overt drug users.

None of the stages is implemented consistently on the basis of scientific, predetermined indicators and criteria. Consequently, the continuation of treatment and recovery after discharge remains unlikely, while substantial financial expenditures fail to produce the expected outcomes. This study does not reject compulsory treatment entirely. Rather, it argues that such treatment should be applied only in limited and exceptional circumstances, after the necessary conditions for scientific and effective implementation have been established. Policymakers should first strengthen prevention, which has been largely neglected; second, expand voluntary treatment centers and actively encourage individuals affected by addiction to seek treatment; third, institutionalize harm reduction as a central and stable approach; and finally, reform the requirements for compulsory treatment. These reforms should include a precise definition of overt addiction, clear indicators and guidelines for arrest, standardized screening protocols, scientific detention and treatment guidelines, intelligent monitoring and control systems, and comprehensive post-discharge care based on case management. Only after these conditions have been established should Article 16 centers be Iran beyond the a transition would move Iran beyond the current collection-release dichotomy toward a sustainable, humane, and evidence-based addiction treatment system.

Keywords: Social problem, Compulsory treatment, Addiction, Social service provision, Anti-Narcotics Act, Overt drug dependence.

سیاست درمان اجباری معتادان متجاهر در ایران: دوگانه جمع‌آوری و رهاسازی (موردکاوی: خدمات اجتماعی مراکز ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر)

سامان یوسف‌وند^۱  مرتضی گنجی^۲  رضا گنجی^۳ 

چکیده

مسئله اعتیاد به مواد مخدر در ایران امروز از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی است که نظام حکمرانی در طی چهار دهه اخیر اقداماتی را در قالب قانون‌گذاری، ساختارسازی و تخصیص اعتبارات در راستای کنترل و کاهش آن صورت داده است، اما همچنان چالش‌های این حوزه متراکم‌تر و تشدید یافته‌تر شده است. این مطالعه با هدف شناسایی و تحلیل چالش‌ها و موانع موفقیت مراکز ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۹) در زمینه درمان اجباری معتادان متجاهر انجام شده است. پژوهش حاضر از روش تحقیق کیفی، تکنیک تحلیل مضمون و از ابزار مصاحبه نیمه ساختاریافته (۱۵ مصاحبه) و برگزاری سه گروه کانونی استفاده کرده است. در مرحله اول کدگذاری تعداد ۸۹ کد اولیه و در مرحله دوم ۱۵ مضمون شناسایی شد و در نهایت مقوله محوری «ناپایداری و عدم تکمیل چرخه درمان» استخراج شده است که مؤید دوگانه «جمع‌آوری و رهاسازی» در فرآیند درمان معتادان متجاهر است. استنباط این مطالعه آن است که سیاست حاکم بر حوزه درمان اعتیاد، به صورتی ناتراز و نامتعادل معطوف به درمان اجباری معتادان متجاهر بوده است؛ در شرایطی که فرایند جمع‌آوری، غربالگری، درمان و بازتوانی و مراقبت پس از خروج در این زمینه با چالش‌های متعدد رویکردی، نهادی-ساختاری و فرآیندی مواجه بوده است که این وضعیت حاکی از ناپایداری و عدم تکمیل چرخه درمان اعتیاد در مراکز درمان اجباری است.

کلیدواژگان: مسئله اجتماعی، درمان اجباری، اعتیاد، خدمات اجتماعی، تجاهر به اعتیاد.

۱. استادیار گروه حکمرانی فرهنگی-اجتماعی دانشکده حکمرانی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول) samanyousefavnd@ut.ac.ir

۲. دکترای جامعه‌شناسی فرهنگی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران morteza_ganji@atu.ac.ir

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد پژوهشگری علوم اجتماعی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، تهران، ایران rezaganji@alumni.ut.ac.ir



۱. مقدمه

اعتیاد از جمله مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی است که در طول یک قرن اخیر مورد توجه نظام حکمرانی قرار گرفته است و به نوعی مهم‌ترین امر اجتماعی مسئله‌مند در تاریخ ایران معاصر تلقی می‌شود؛ به نحوی که اولین آگاه‌گاه‌های قانون‌گذاری در ایران به مسئله اعتیاد (قانون تحدید تریاک، ۱۲۸۹ شمسی) اختصاص داده شده است و همچنان نیز این مسئله مورد توجه نظام حکمرانی است.

مواجههٔ سیاستی با این مسئله با فراز و فرودهای بسیار روبه‌رو بوده است تا حدی که برای مقابله با این پدیده دولت‌های مختلف رویکردهای متفاوتی از پذیرش، ممنوعیت، تبعید و اجبار به درمان را اتخاذ نموده‌اند. علاوه بر این، نظام حکمرانی در طی چهار دههٔ اخیر اقداماتی را در قالب قانون‌گذاری (تصویب قانون مبارزه با مواد مخدر در ۱۳۶۷ با سه بار اصلاح در سال‌های ۱۳۷۶، ۱۳۸۹ و ۱۳۹۶)، ساختارسازی (ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان امور اجتماعی، پلیس مبارزه با مواد مخدر) و تخصیص اعتبارات سالانه (در حدود هفتاد همت^۱) در راستای کنترل و کاهش اعتیاد به مواد مخدر صورت داده است، اما تاکنون مسئله اعتیاد نه تنها کنترل نشده است، بلکه شواهد گواه بر «افزایش تعداد افراد درگیر اعتیاد به مواد مخدر در حدود سه میلیون نفر معتاد (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۵)، کاهش سن شیوع اعتیاد (به ۱۶ سال)، زنانه شدن آسیب اعتیاد، تغییر الگوی مصرف مواد مخدر (به مواد محرک) و افزایش جرائم ناشی از مصرف و قاچاق مواد مخدر (حدود ۵۰٪ از زندانیان) بوده است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۸)».

آنچه امروزه در فضای عمومی از مسئله اعتیاد به مواد مخدر بیش تر رؤیت پذیر شده است، مسئله زیست معتادان متجاهر در حیات شهری است که جلوه‌هایی از وجوه تشدید یافته آثار تداوم اعتیاد به مواد مخدر را نشان می‌دهد. به طوری که در طی یک دههٔ اخیر از ۲۰ هزار معتاد متجاهر، اکنون به جمعیتی بالغ بر ۱۵۰ هزار نفر افزایش یافته است. در چنین بستری، سیاست‌گذار به منظور مواجههٔ اثربخش با مسئله اعتیاد به مواد مخدر با استناد به مواد ۱۵ و ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۹) دو سازوکار برای درمان معتادان طراحی کرده است. سازوکار اول که ذیل مادهٔ ۱۵ قانون به آن پرداخته شده است، روندی داوطلبانه را برای مراجعهٔ افراد دارای اعتیاد پیش‌بینی کرده و در مادهٔ ۱۶ سازوکار مربوط به افراد دارای تظاهر به اعتیاد تشریح گردیده است.

1. <https://news.dchq.ir/3/?p=125265>

طبق ماده ۱۵، افراد دارای تجاهر به اعتیاد با حکم مقام قضائی و به صورتی اجباری به مراکز موضوع این ماده ارجاع داده می‌شوند. طبق مفاد ماده ۱۶ افراد دارای تجاهر به اعتیاد با دستور مقام قضائی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می‌شوند. این مدت با درخواست مراکز مذکور و تأیید مقام قضائی، برای یک دوره سه ماهه قابل تمدید است. آیین‌نامه اجرایی این ماده نیز در سال ۱۳۹۶ به تصویب ستاد مبارزه با مواد مخدر رسیده است؛ بر اساس این آیین‌نامه، مراکزی تحت عنوان مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان (معروف به مراکز ماده ۱۶) در سراسر کشور راه‌اندازی گردیده است. اینک و با گذشت بیش از سیزده سال از اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر، فرایند و عملکرد مراکز ماده ۱۶ قانون محل بحث و گفتگوهای زیادی واقع شده است. به صورتی که اکثر متخصصان امر، این مراکز را درگیر با چالش‌هایی نسبتاً اساسی مانند عدم تناسب برنامه‌های درمانی ارائه‌شده با نیاز واقعی افراد، کامل نبودن تیم درمان، عدم رعایت پروتکل‌ها و دستورالعمل‌ها، فقدان پروتکل مدون برای جمع‌آوری (دستگیری) افراد معتاد و غیره و فاقد اثربخشی کافی دانسته (محرز و همکاران، ۱۳۹۶؛ رفیعی و همکاران، ۱۳۹۶؛ مغنی‌باشی و همکاران، ۱۳۹۶)، به نحوی که میزان اثربخشی آن‌ها را کم‌تر از ۵٪ برآورد کرده‌اند (یوسف‌وند، ۱۴۰۳) و بر تغییر رویه‌ها و فرایندهای موجود تأکید دارند. بر این اساس، مقاله حاضر تلاش دارد ضمن بررسی فرایند درمان اجباری اعتیاد در کشور، به شناسایی زمینه‌ها و موانع موفقیت مراکز ماده ۱۶ موسوم به مراکز درمان اجباری اعتیاد به مواد مخدر بپردازد.

۲. زمینه نظری

اعتیاد پدیده‌ای پیچیده، چندبُعدی و پویاست که متناسب با شرایط اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی جوامع مختلف، در گونه‌ها و مصادیق متفاوتی بروز و ظهور می‌یابد. با این حال، پژوهش‌های علمی اعتیاد را تحت عنوان پدیده‌ای زیستی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کنند؛ بر همین اساس رویکردهای نظری مختلفی در حوزه‌های پزشکی، حقوق، جامعه‌شناسی، روانشناسی و غیره درباره آن مطرح شده است. این پژوهش با هدف به دست دادن زمینه‌ای مفهومی درباره رویکردهای مواجهه با اعتیاد و حساس‌سازی کنشگران درگیر در این فرایند، به صورت اجمالی به برخی از رویکردهای نظری در رشته‌های مختلف که به حوزه درمان اعتیاد مربوط هستند اشاره خواهد کرد. مرور این رویکردهای نظری می‌تواند به فهم مناسب‌تر چارچوب‌های اندیشه‌ای که مبنی بر آن‌ها فرایند درمان اجباری اعتیاد معنی‌دار

و توجیه می‌شود، کمک نماید. در این زمینه، پژوهش‌های حوزه مطالعات سلامت روان به بحث چالش‌های مربوط به حقوق و آزادی‌های فردی بیماران روانی در فرایند بستری و درمان اجباری اشاره کرده‌اند؛ بحث‌های حقوقی به تأثیر مجازات سخت بر بازدارندگی در حوزه مواد مخدر و اعتیاد اشاره داشته‌اند؛ مطالعات جامعه‌شناسی نیز به تحلیل‌های مربوط به مقوله یادگیری و کنترل اجتماعی، انگ‌زنی و غیره اختصاص یافته‌اند.

- **نظریه برچسب‌زنی:** محققان نظریه برچسب‌زنی مستقیماً در مورد وابستگی فیزیکی یا مصرف مواد مخدر نظریه‌پردازی نکرده‌اند، آن‌ها تشدید بیش‌تر در مصرف مواد مخدر را از طریق برچسب‌گذاری، انگ، نقش‌پذیری و تغییر هویت بررسی می‌کردند. آن‌ها بیش‌تر نگران واکنش اجتماعی (یعنی مردم، مقامات، سازمان‌ها و غیره) به مصرف مواد مخدر بودند که از نظر آن‌ها حیاتی‌ترین عامل در تأثیرگذاری بر درگیری فرد با مواد مخدر یا هر نوع انحراف دیگری بود. این رویکرد معتقد است که واکنش‌های اجتماعی منفی (برچسب یا انگ) به مصرف فردی مواد، استفاده بیش‌تر و نه کم‌تر از مواد مخدر را تسهیل می‌کند، زیرا افراد احتمالاً برچسب‌های منفی اعمال شده بر آن‌ها را درونی می‌کنند و در فعالیت‌های انحرافی ادامه می‌دهند. به عبارت دیگر، زمانی که به افراد برچسب زده می‌شود و فرض می‌شود که دارای ویژگی‌های منفی همراه با انگ مصرف‌کننده مواد هستند، درگیری انحرافی آن‌ها گسترش می‌یابد، زیرا دیدگاه تحقیرآمیز جامعه را نسبت به خود می‌پذیرند. به عبارت دیگر، درونی‌سازی برچسب‌های منفی منجر به اتخاذ نقش‌های انحرافی (یعنی وظایف، رفتارها) و هویت‌ها (تعریف از خود) می‌شود (Davies, ۲۰۰۲). نظریه‌پردازان این رویکرد، کج‌روی را به منزله فرایند کنش متقابل میان کج‌روها و غیرکج‌روها تفسیر می‌کنند (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۳: ۱۳۹-۱۴۶). توجه عمده نظریه برچسب‌زنی، مصروف چگونگی وارد آمدن برچسب کج‌رو بر فرد، تحلیل این فرایند و نقش این برچسب در ایجاد هویتی کج‌روانه در فرد برچسب خورده است. کانون توجه این دیدگاه‌ها، معطوف به ماهیت کنش متقابلی است که میان «مجرم»، «بزه‌دیده» و «مقامات دستگاه قضایی» به وقوع می‌پیوندد. درواقع عنوان جرم را افرادی برای یک رفتار تعریف می‌کنند که قدرت وارد کردن چنین برچسبی را دارند (علی‌پوردی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۱).

بر اساس این رویکرد، بخشی از تمایل افراد برای تکرار یا ترک اعتیاد متأثر از برچسبی است که جامعه برای آن‌ها تعریف می‌کند. انگ ناشی از کج‌روی می‌تواند به شکل‌گیری هویت کج‌رو در افراد و بروز کج‌روی ثانویه منجر شود. در این حالت، فرد هویت کج‌رو را پذیرفته و مبتنی بر انتظار غیررسمی که از او وجود دارد سعی می‌کند که در چارچوب همان هویت به ایفای نقش

بپردازد. به زبان ساده‌تر، وقتی فرد می‌بیند که ننگ متجاهر بودن همیشه با او همراه بوده و اجازه زندگی عادی به او نمی‌دهد، ناگزیر بهترین راهبرد را زیستن در همان اتمسفر اعتیاد و هم‌زیستی باهم‌نوعانی که در این وضعیت به سر می‌برند می‌یابد. برچسب زدن باعث می‌شود که در فرایند دستگیری و اجبار به ترک، شرایطی ایجاد شود که فرد معتاد توسط دیگران به عنوان فردی شناخته شود که فاقد اراده است و این امر منجر به نهادینه‌سازی نقش معتاد و در نتیجه ناتوانی در ترک اعتیاد شود.

- **نظریه سیستمی:** این نظریه این اعتقاد است که تمامی ابعاد و عناصر یک پدیده باید به صورت یک مجموعه که اجزای آن باهم در تعامل و ارتباط‌اند نگریسته شود. بر اساس این نظریه، اعتیاد به عنوان یک پدیده اجتماعی، عوامل و زمینه‌های آن همچون فرد، خانواده، جامعه و... در قالب یک مجموعه با یکدیگر در ارتباط و تعامل هستند. بنابراین هرگونه اقدام مداخله‌ای جهت ترک آن مستلزم توجه به این ابعاد و ارتباط آن‌ها باهم است و تأکید بر هر یک از این عناصر به صورت مجزا و مستقل نتیجه‌بخش نیست. بر اساس چنین رویکردی، ترک اجباری اعتیاد به عنوان فرایندی که در عمل فرد را به عنوان یک عامل مستقل و جدا از زمینه‌های خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی در نظر می‌گیرد و سهمی برای عوامل دیگر در گرایش به اعتیاد و ترک آن قائل نیست، نمی‌تواند پیامدهای مثبتی به دنبال داشته باشد (بختیاری، ۱۳۹۹).

علاوه بر این، رویکردهای موجود در زمینه حقوق بشر و اخلاق پزشکی، مناقشه‌هایی را در زمینه بستری و درمان اجباری بیماران دارای اختلال روان مطرح کرده‌اند و با توجه به این که اعتیاد به عنوان پدیده‌ای اجتماعی، زیستی و روانی تعریف می‌شود، می‌توان این چالش‌ها را به فرایند درمان اجباری اعتیاد نیز تعمیم داد. در این زمینه، استدلال می‌شود که تنها در شرایط خاص و ضمن احراز شاخص‌های شفاف و دقیق به صورتی کوتاه‌مدت می‌توان به بستری اجباری پرداخت. ضمن آن که بایستی فرایند نگهداری و درمان به درستی طی شده و از کیفیت لازم نیز برخوردار باشد. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۳) با تأکید بر این مطلب که بستری اجباری، محرومیت از آزادی، آسیب فردی و انگ سیاسی، قضائی و اجتماعی به شمار می‌رود، به ضرورت تأیید اندیکاسیون بستری اجباری فرد توسط مرجع بی‌طرف اشاره نموده است. این مرجع که از سوی دستگاه قضائی گماشته شده، باید دیدگاه‌های بیمار، خانواده و نماینده قانونی وی را در نظر بگیرد (نصر اصفهانی، ۱۳۸۷).

- **نظریه بازدارندگی:** برخی از دست‌اندرکاران حوزه درمان اعتیاد در ایران، مستقیم و غیرمستقیم ادعان می‌کنند که هرچه شرایط مواجهه با افراد دارای تظاهر به اعتیاد سخت‌تر و برای آن‌ها

ناخوشایندتر باشد، احتمالاً تأثیر بیش‌تری بر بازگشتشان به زندگی عادی دارد؛ این برداشت تلویحی به نوعی تبدیل به زیربنای رویکرد مواجهه سخت با معتادان متجاهر شده است. حال آن‌که برخی از نظریات حقوقی مانند نظریه بازدارندگی، چنین رویکردی را مورد نقد قرار داده و اثربخشی آن را زیر سؤال برده‌اند. بازدارندگی یکی از نظریات حقوق کیفری و جرم‌شناسی است که در چارچوب کارکرد فایده‌مند کیفر تکوین یافته است (میرزایی مقدم، ۱۳۸۹: ۱۷۵).

بازدارندگی در لغت برگرفته از مصدر بازداشتن و به معنای منع کردن و جلوگیری کردن است. بررسی‌ها نشان داده است که تشدید مجازات نقش فوق‌العاده‌ای در پیشگیری از جرائم نداشته و شناخت علل ارتکاب جرائم و اتخاذ رویکردهای پیشگیرانه و اصلاحی ضروری‌تر و مؤثرتر از واکنش‌های کیفری محض است. همچنین برخی پژوهش‌گران که به بررسی شدت مجازات پرداخته‌اند، رابطه معناداری میان مفهوم شدت مجازات و ارتکاب یا عدم ارتکاب جرم کشف نکرده‌اند؛ این به این معناست که شدت مجازات تأثیر بازدارنده و ویژه‌ای در عدم ارتکاب جرم نمی‌تواند داشته باشد (غلامی، ۱۳۸۷: ۹۸). بر این اساس، نمی‌توان فرایند درمان اجباری اعتیاد در ایران را دارای جنبه بازدارنده تلقی کرد؛ چراکه طبق نظریه بازدارندگی، شدت مجازات تأثیری بر ارتکاب جرم در افرادی که درگیر اعتیاد نیستند نداشته است، چه برسد به افراد معتادی که به دلیل تبعات ناشی از مصرف مواد با انواعی از آثار و تبعات جسمی و روانی هم دست‌به‌گریبان هستند.

رویکردهای نظری مورد اشاره و برخی از دیگر نظریه‌های علمی مربوطه، سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران حوزه درمان اجباری اعتیاد را نسبت به برخی از پیامدهای ناخواسته این اقدام حساس نموده و به آن‌ها در این مورد هشدار می‌دهد. ازجمله این‌که بستری و درمان اجباری در حوزه اعتیاد بایستی به صورتی محتاطانه و با رعایت تمامی شرایط لازم صورت گیرد؛ چراکه این امر ممکن است منجر به منفک شدن این افراد از اعضای خانواده و تعاملات اجتماعی موجود شده و زمینه را برای دشوارتر شدن شرایط بهبود و درمان آنان ایجاد کند؛ همچنین این احتمال وجود دارد که از طریق الصاق برچسب متجاهر و غیره منجر به تضعیف عزت نفس و خودباوری جامعه هدف شده و زمینه شکل‌گیری هویت کج‌رو و طرد مضاعف ایشان را فراهم نماید.

از سوی دیگر، درمان اجباری به شدت در معرض حرکت به سمت تلقی شدن به عنوان اقدامی در جهت نقض حقوق انسانی افراد قرار دارد. بستری و درمان اجباری همچنین در حوزه اخلاق پزشکی نیز موقعیتی چالش‌برانگیز داشته و در مواردی در تعارض با حقوق بیماران قرار دارد. در این چارچوب مراکز ماده ۱۶ در ایران در حدود ده سال است که برنامه‌ها و فعالیت‌های

اجرائی خود را ناظر بر فرایند درمان اجباری اعتیاد تعریف کرده است و در قالب آیین نامه و دستورالعمل های ستاد مبارزه با مواد مخدر در پی ارائه خدمات اجتماعی به افراد درگیر به مسئله اعتیاد است. با این وجود، ارزیابی ها حاکی از عدم موفقیت این رویه در درمان و بازتوانی معتادان متجاهر است؛ از این رو این پژوهش تلاش دارد زمینه ها و موانع موفقیت مراکز ماده ۱۶ را بررسی و شناسایی نماید.

۳. پیشینه تجربی

حوزه اعتیاد پژوهی در ایران و جهان دارای قدمتی نسبتاً طولانی و آثار تولیدی قابل توجهی است. عمده این پژوهش ها و مطالعات را می توان در چند حوزه شامل بررسی پیامدهای اجتماعی-اقتصادی اعتیاد، وضعیت سنجی و بررسی شیوع و بروز اعتیاد، مطالعه زمینه های شکل گیری و علل اعتیاد و غیره دسته بندی کرد. در این میان، بخشی از پژوهش های دانشگاهی یا طرح های پژوهشی سازمانی به مطالعه و بررسی وضعیت حوزه درمان اجباری اعتیاد پرداخته اند. در ادامه برخی از مهم ترین این پژوهش ها به صورت جمالی معرفی و تشریح می گردد.

محرز و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به ارزیابی میزان اثربخشی خدمات درمانی مراکز ماده ۱۶ در سطح کشور پرداخته اند. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که اکثریت غالب افراد درگیر در فرایند پژوهش (۸۷٪) در مصاحبه های عمیق اظهار کرده اند 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 نیست؛ در حالی که هدف اصلی طرح ساماندهی و بازگشت افراد به خانواده تعیین شده است. در پاسخ به سؤال «اگر شما اختیار تام داشته باشید چه تصمیمی در خصوص مراکز ماده ۱۶ اتخاذ خواهید کرد؟» ۳۵٪ مراکز را تعطیل می کردند، ۴۵٪ تغییرات اصلی در روند اجرایی آن ایجاد می کردند، ۱۳٪ نگره داشتن وضع موجود با تقویت جدی خدمات پس از خروج داشتند و تنها ۷٪ شرایط موجود را عیناً حفظ می کردند.

پژوهش رفیعی و همکاران (۱۳۹۶)، مهم ترین ویژگی های جمعیت شناختی افراد دچار اعتیاد منتقل شده به مراکز ترک اعتیاد استان تهران با گروه افراد دچار اعتیاد مقیم پاتوق را با استفاده از روش مقایسه ای مورد تحلیل قرار داده اند. علاوه بر آن، شاخص های اثربخشی درمان (شامل قطع مصرف، پذیرش در خانواده، امکان یافتن شغل و...) نیز در هر دو گروه مقایسه

شده و مشخص شده است که ۱) دستگیری و نگهداری افراد دچار تجاهر به اعتیاد در مراکز ماده ۱۶ اثربخشی نداشته است؛ و ۲) غالباً گروهی از افراد دستگیر شده‌اند که الگوی مصرف سبک‌تر یا تجربه تجاهر کوتاه‌تری داشته‌اند. این مطالعه در نهایت نتیجه گرفته است که مراکز اقامتی در بازتوانی افراد دارای اختلال مصرف مواد مؤثر نبوده و صرفاً توانسته است این افراد را برای مدت سه ماه از انظار جامعه دور کند.

رحیمی موقر و همکاران (۱۳۹۰ الف، ۱۳۹۰ ب) در پژوهشی به ارزیابی فرایند و نتایج درمان اجباری معتادان دستگیرشده در طرح ضربتی اجراشده در سال ۱۳۸۶ (موسوم به طرح نجات) با متادون نگه‌دارنده در مرکز اقامتی شفق تهران پرداخته است. طبق یافته‌ها، اگرچه اکثر معتادان، دستگیری و درمان اجباری را برای خود مفید دانسته‌اند؛ اما خدمات ارائه‌شده با ضعف‌هایی مانند شدت کنترل و فشار نیروهای انتظامی مراقب در ماه‌های اول همراه بوده است.

مغنی‌باشی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان از طریق مرور سیستماتیک منابع علمی موجود پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش نشان داده است که بیماران تحت درمان اجباری شرایط نامناسب‌تری داشته‌اند؛ یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که درمان داوطلبانه نسبت به درمان اجباری خروجی بهتری داشته است. این پژوهش اشاره کرده است که با توجه به تأکید شواهد بر عدم اثربخشی درمان اجباری، سیاست‌گذاران باید به دنبال پیاده‌سازی برنامه‌های درمانی داوطلبانه، مبتنی بر شواهد به‌منظور کاهش آسیب‌های مصرف مواد باشند.

مطالعه میکروکازمی و همکاران (۱۳۹۷) به دنبال بررسی چالش‌های مراکز موضوع ماده ۱۶ طی دوران سرپرستی این مراکز توسط قوه قضائیه (تا سال ۱۳۹۶) و پیش از تحویل به بهزیستی بوده است. طبق نتایج این بررسی، دیدگاه مسئولان و مدیران مراکز درباره اثربخشی آن‌ها متفاوت بوده است. برخی این مراکز را در کاهش جرائم خرد مؤثر دانسته‌اند و 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 کرده‌اند. 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.

بختیاری (۱۳۹۹) به بررسی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد در ایران پرداخته است؛ این مطالعه با هدف بررسی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد (به مثابه یکی از شیوه‌های درمان بیماران) انجام گرفته است. در مجموع پژوهش‌گر با ۲۲ نفر مصاحبه انجام داده است که از این تعداد ۱۰ نفر درگیر در امر درمان اجباری و ۱۲ نفر بیمارانی بوده‌اند که این شیوه از درمان را تجربه کرده‌اند. یافته‌های این تحقیق حاکی از آن است که درمان اجباری با پیامدهایی از جمله «ضعف خودمدیریتی»، «انفعال و بی‌ارادگی»، «محرومیت و خلأ وجودی»، «درمان مقطعی و سطحی»، «نادیده گرفتن اصول اخلاقی و حرفه‌ای» و «تثبیت موقعیت ورشکسته» همراه بوده است.

همچنین کنسرسیوم بین‌المللی سیاست مواد مخدر (۲۰۱۴) در بیانیه‌ای^۱ با عنوان «بازتوانی اجباری در آمریکای لاتین: عملی غیراخلاقی، غیرانسانی و غیرمفید» اشاره کرده است که در فرایند توان بخشی اجباری، علاوه بر چالش‌های مختلفی که با آن مواجه است، توجه به سه مشکل اضافی نیز مهم است. اولین و شاید مهم‌ترین مشکل توان بخشی اجباری این است که مجازات و درمان را باهم ترکیب می‌کند. دومین مشکل توان بخشی اجباری این است که منابع را از جایگزین‌های درمان وابستگی به مواد مخدر مبتنی بر شواهد و همچنین خدمات کاهش آسیب منحرف می‌کند. سومین مشکل این است که آنگ و تبعیض را علیه افرادی که مواد مصرف می‌کنند تداوم می‌بخشد و سیستم‌هایی مانند سهمیه پلیس را ایجاد می‌کند که اقداماتی مانند سهمیه پلیس برای پُرکردن مراکز اجباری را تشویق می‌کند.

ورب^۲ و همکاران (۲۰۱۶) یکی از معدود پژوهش‌های نظام‌مند در زمینه درمان اجباری اعتیاد را انجام داده‌اند؛ عنوان این پژوهش «اثربخشی درمان اجباری اعتیاد: یک مرور نظام‌مند» است. محققان اشاره کرده‌اند که علی‌رغم اجرای گسترده روش‌های درمانی اجباری برای وابستگی به مواد مخدر، هیچ ارزیابی سیستماتیک‌ای از شواهد علمی در مورد اثربخشی درمان اجباری مواد مخدر وجود ندارد؛ همچنین ادبیات علمی محدودی برای ارزیابی درمان اجباری اعتیاد وجود دارد. شواهد، به‌طور کلی، نتایج بهبودیافتگی مربوط به رویکردهای درمان اجباری را نشان نمی‌دهند، حتی برخی از مطالعات حاکی از مضرات بالقوه است. کوماراسینگا^۳ (۲۰۲۲) در مقاله‌ای با عنوان «درمان و توان بخشی اجباری اعتیاد؛ حقوق

1. https://www.hr-dp.org/files/2016/08/24/idpc-advocacy-note_compulsory-rehabilitation-latinamerica_english.pdf

2. werb

3. Kumarasingha

بشر در سریلانکا» بیان کرده است که درمان و توان بخشی اجباری مواد مخدر به طور قابل ملاحظه‌ای به عنوان مکانیسم‌های نقض حقوق اولیه انسانی قربانیان در سریلانکا شناخته شده است. این پژوهش بیان کرده است که حقوق فردی معتادان به مواد مخدر در جریان بازپروری توسط نهادهای تحت حمایت دولت در کشور سریلانکا به شدت نقض می‌شود. بنابراین، پاسخ‌هایی متمرکز بر کاهش آسیب و برنامه‌های درمان مواد مخدر مبتنی بر جامعه باید توسط دولت یا یک مرجع تنظیم شده با رویکرد حقوق بشر تأمین و نظارت شود. پرلوسکایا^۱ (۲۰۲۳) در مقاله‌ای با عنوان «درمان اجباری مواد مخدر در قزاقستان» که در کتاب «مددکاری اجتماعی و سلامت در زندان‌ها» به چاپ رسیده است، درمان اجباری در قزاقستان را به عنوان نمونه‌ای از میراث اتحاد جماهیر شوروی از رویکردهای درمان محدودکننده برای افراد مبتلا به اعتیاد توصیف کرده است. این پژوهش طیف گسترده‌ای از مشکلات در ارائه خدمات را نشان داده است. در این پژوهش استدلال شده است که حتی شرایط غیرارادی باید با آموزش روانی، مشاوره انگیزشی، درمان‌های اجتماع‌محور^۲ مراقبت حمایتی خانواده همراه باشد. نرخ بالای پذیرش مجدد نشان‌دهنده ناموفق بودن درمان اجباری در قزاقستان و نیاز به تجدیدنظر اساسی در اصول اجباری دانسته شده است.

مقاله حاضر مروری اجمالی بر مطالعات پیشین در زمینه درمان اجباری اعتیاد در ایران و جهان انجام داده و یافته‌های آن‌ها را به عنوان مفاهیم حساس مطالعه مورد نظر قرار داده است. مرور این مطالعات نشان می‌دهد که پژوهش‌ها در زمینه وضعیت، فرایند و برآیند درمان اجباری اعتیاد و عملکرد مراکز ماده ۱۶ در کشور بسیار کم تعداد بوده و در بازه‌های زمانی مختلف و معطوف به مقاطعی متفاوت از وضعیت درمان اجباری اعتیاد در کشور انجام شده‌اند. این وضعیت به معنی آن است که آخرین شرایط درمان اجباری و وضعیت مراکز ماده ۱۶ در مطالعه اختصاصی و جدیدی مورد بررسی و ارزیابی واقع نشده است. با این وجود، غالب پژوهش‌های صورت گرفته، رویکرد موجود در زمینه درمان اجباری اعتیاد در ایران را نامناسب و اثربخشی مراکز مذکور را نیز ناچیز و غیرقابل قبول ارزیابی نموده‌اند. بر همین اساس، مقاله حاضر با هدف کمک به افزایش اثربخشی مراکز مذکور و بهبود زیست بوم خدمات اجتماعی مواجهه با اعتیاد در ایران، به بررسی و شناسایی زمینه‌ها و موانع موفقیت مراکز ماده ۱۶ موسوم به مراکز درمان اجباری اعتیاد به مواد مخدر پرداخته است.

1. Prilutskaya

2. Community based treatment (CBT)

۴. روش‌شناسی

این تحقیق از نوع مطالعات کاربردی و سیاست‌پژوهانه و در پی شناسایی زمینه‌های عدم موفقیت درمان اجباری اعتیاد در ایران است. برای تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده از روش تحلیل مضمون استفاده شده است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش ناظر بر انتخاب متخصصین و خبرگان حوزه اعتیادپژوهی است که با ۱۵ نفر مصاحبه نیمه ساختاریافته به عمل آمده و سه جلسه گروه کانونی نیز برای تأمین اشباع مفهومی و نظری تشکیل شده است. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ترکیبی از کارشناسان خبره باتجربه در زمینه سیاست‌گذاری، فعالیت‌های اجرایی، پژوهش‌های علمی و پژوهشگران و اساتید متخصص در حوزه اعتیاد هستند. در انتخاب افراد تلاش شده است که سطوح متفاوت اجرایی، علمی، رشته‌ای و دانشگاهی مورد توجه قرار گیرد. از مجموع مصاحبه‌شوندگان، تعداد ۱۲ نفر مرد و ۳ نفر زن بودند (نک. جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱. مشخصات جمعیتی مشارکت‌کنندگان در تحقیق

نام ^۱	شغل	جنسیت	تخصص	محل فعالیت
۱	استاد دانشگاه	مرد	روان‌پزشکی	دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی
۲	استاد دانشگاه	مرد	روانشناسی	دانشگاه آزاد اسلامی
۳	استاد دانشگاه	مرد	مددکاری اجتماعی	دانشگاه علامه طباطبائی (ره)
۴	استاد دانشگاه	مرد	مددکاری اجتماعی	دانشگاه علامه طباطبائی (ره)
۵	کارشناس حوزه اعتیاد	مرد	روانشناسی	سازمان بهزیستی
۶	مقام قضایی	مرد	فقه و حقوق	قوه قضائیه
۷	مقام قضایی	مرد	فقه و حقوق	قوه قضائیه
۸	روحانی	مرد	کارشناس فرهنگی	مرکز ماده ۱۶
۹	مددکار اجتماعی	مرد	مددکاری اجتماعی	مرکز ماده ۱۶
۱۰	کارشناس حوزه اعتیاد	زن	پزشک	مرکز ماده ۱۶
۱۱	روان‌پزشک	زن	روان‌پزشکی	کلینیک روان‌پزشکی

۱. بنا به درخواست شرکت‌کنندگان هیچ نام و یا نام خانوادگی از آن‌ها آورده نشده است. از این روی برای امانت‌داری هر مصاحبه‌شونده با یک شماره مشخص شده‌اند.

۱۲	کارشناس حوزه اعتیاد	مرد	جامعه‌شناسی	سمن حوزه اعتیاد
۱۳	مقام قضایی	مرد	معاون دادستان	قوة قضائیه
۱۴	کارشناس حوزه اعتیاد	مرد	فقه و حقوق	سمن حوزه اعتیاد
۱۵	کارشناس حوزه اعتیاد	زن	پزشک	مرکز ماده ۱۶

در فرآیند کدگذاری، کلیه مصاحبه‌ها ابتدا به متن تبدیل شده، سپس با توجه به محتوای مصاحبه‌ها فرآیند کدگذاری و دسته‌بندی مقولات به عمل آمده است و پس از آن مهم‌ترین و تکراری‌ترین مضامین مصاحبه‌ها تفکیک شدند تا مورد تحلیل قرار گیرند. در این چارچوب پس از کدگذاری اطلاعات و طبقه‌بندی کدهای مشابه در مضامین مشخص، در مجموع ۸۹ کد اولیه و ۱۵ مضمون احصا گردید.

در این پژوهش برای تأمین اعتبار و اعتمادپذیری یافته‌های پژوهش، از مجموعه‌ای از راهبردهای متداول در پژوهش‌های کیفی استفاده شده است. در مرحله نخست، ارزیابی و بررسی محتوایی مضامین و مقوله‌های استخراج‌شده با توجه به مبانی نظری، پیشینه پژوهش، اهداف مطالعه و داده‌های گردآوری‌شده انجام گرفت. همچنین، پژوهشگران از طریق درگیری طولانی مدت با میدان و فضای پژوهش و برقراری ارتباط مستمر با مشارکت‌کنندگان، تلاش کردند شناخت عمیق‌تری از زمینه اجتماعی مورد مطالعه به دست آورند و اعتماد مشارکت‌کنندگان را جلب نمایند. همچنین برای افزایش اعتبار یافته‌ها، از راهبرد مثلث‌سازی استفاده شد. به این منظور، شواهد و داده‌های پژوهش از منابع و زوایای مختلف مورد بررسی قرار گرفت؛ ازجمله از طریق بررسی نظریه‌ها و دیدگاه‌های متفاوت، رجوع به مشارکت‌کنندگان با ویژگی‌های متنوع، منابع اطلاعاتی گوناگون و گزارش‌های سازمانی مرتبط با موضوع. این امر امکان مقایسه و تطبیق داده‌ها و تفسیرهای حاصل از منابع مختلف را فراهم کرد.

به‌منظور اطمینان از انطباق یافته‌ها با تجربه و دیدگاه مشارکت‌کنندگان، از بازبینی مشارکت‌کنندگان استفاده شد. در این فرایند، پس از انجام مصاحبه و پیاده‌سازی متن آن، در دیدار بعدی با مصاحبه‌شوندگان، محتوای اظهارات آنان در اختیارشان قرار گرفت و نظر آنان درباره صحت و انطباق مطالب ثبت‌شده با دیدگاه‌هایشان دریافت شد. بدین ترتیب، مشارکت‌کنندگان فرصت یافتند برداشت‌ها و تفسیرهای پژوهشگر از گفته‌های خود را بررسی و در صورت لزوم اصلاح یا تکمیل کنند.

برای افزایش اعتمادپذیری فرایند تحلیل داده‌ها، فرایند کدگذاری مصاحبه‌ها توسط دو نفر از اعضای تیم پژوهش که دارای تجربه در انجام پژوهش‌های کیفی بودند، به صورت مستقل انجام گرفت. سپس کدها، مضامین و اختلاف نظرهای احتمالی میان پژوهشگران مورد بررسی و بحث قرار گرفته و پس از رسیدن به توافق، چارچوب نهایی کدگذاری تثبیت شد. افزون بر این، مضامین پایه، سازمان دهنده و فراگیر با مراجعه مستمر به مبانی نظری، پیشینه پژوهش، اهداف مطالعه و داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها بررسی شدند و دیدگاه‌ها و رهنمودهای گروهی از خبرگان نیز در ارزیابی و اصلاح نهایی آن‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

۵. یافته‌ها

در فرایند تحلیل داده‌ها، ۸۹ کد اولیه، ۱۵ مضمون و درنهایت یک مقوله نهایی با عنوان «عدم تکمیل چرخه درمان اجباری اعتیاد» استخراج شد. به منظور درک مناسب‌تر مفهوم مرکزی شناسایی شده، کدهای استخراج شده برای هر یک از مضامین اصلی تحقیق آورده شده است (نک. جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲. کدهای اولیه، مضامین و چالش‌ها

ردیف	کدهای اولیه	مضامین	چالش‌ها	مقوله / مفهوم
۱	دستگیری نامنظم، طرح‌های ضربتی، پیش‌بینی ناپذیری، بی‌توجهی به ظرفیت درمانی مراکز، اجبار به اقامت، دستوری بودن پذیرش مددجویان، مناسبتی بودن طرح‌ها	معیوب بودن چرخه جمع‌آوری	فرآیندی	عدم تکمیل چرخه درمان اجباری اعتیاد: دوگانه جمع‌آوری و رهاسازی
۲	تشخیص نادرست، جمعیت مازاد بر توان مرکز، ضعف نیروی انسانی، خطای تست‌های اندازه‌گیری، امکان زدوبند، سرعت زیاد و دقت کم	اختلال در غربالگری		
۳	تهویه نامطبوع، سرانه فضایی نامناسب، نبود امکانات رفاهی، فقدان نیروی انسانی کافی، عدم حضور تیم درمان، متادون‌تراپی صرف، ضعف در آموزش‌های مهارتی، نبود پزشک و مددکار اجتماعی	درمان نامناسب و نگهداری صرف		

ردیف	کدهای اولیه	مضامین	چالش‌ها	مقوله / مفهوم
۴	عدم حضور مقام قضایی در مراکز، تفویض اختیار به مدیر مرکز، دستور قضایی برای سایر حوزه‌ها، امکان تبعیض در مدت نگهداری، عدم نظارت بر کیفیت درمان	ناکافی بودن نظارت‌های قضائی	فرآیندی	عدم تکمیل چرخه درمان اجباری اعتیاد: دوگانه جمع‌آوری و رهاسازی
۵	ارائه نسخه واحد، بی‌توجهی به نوع ماده مصرفی، درمان مشابه، عدم تفکیک مناسب سنی، عدم شخصی‌سازی درمان، بی‌توجهی به وضعیت فرد معتاد	بی‌توجهی به خاص‌بودگی‌های مددجویان و تک‌دوزی نبودن خدمات		
۶	پیش‌بینی ناپذیری اقدامات، ضربتی عمل کردن، فقدان برنامه بلندمدت، تأثیرپذیری از مناسبت‌های سیاسی-فرهنگی، سلیقه‌ای بودن اقدامات، شخص‌محور بودن فرایندها	مواجهه مقطعی و ناپایدار	نهادی - ساختاری	
۷	بی‌ثباتی پرداخت‌ها، توزیع نامتوازن اعتبارات، نامتناسب بودن منابع با سطح فعالیت‌ها، عدم تعادل تخصیص منابع به حوزه‌های درمان اجباری و اختیاری	کمبود و توزیع نامناسب منابع		
۸	تأخیر در تدوین دستورالعمل‌ها، ناهماهنگی آیین‌نامه‌ها و شیوه‌نامه‌های اجرایی، تقدم و تأخیر زمانی در تصویب اسناد قانونی، عدم ارتباط محتوایی اسناد با یکدیگر، صوری و نمایشی بودن اسناد ابلاغی	ضعف آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها		
۹	نداشتن آمار به‌روز، عدم وجود سامانه‌های برخط، برنامه‌ریزی در فضای ابهام، مشخص نبودن واحد پایه، نظام‌مند نبودن تولید داده‌ها، نبود پایگاه داده	فقدان نظام تولید داده		
۱۰	عدم پیگیری مددجویان پس از خروج، رهاسازی بیرون از درب مراکز، عدم معرفی مددجویان به مراکز صیانت، نبود ارتباط نظام‌مند و برخط بین مراکز، ابهام در تکالیف دستگاه‌ها، نبود حمایت‌های اجتماعی پایدار، عدم توانمندسازی افراد، عدم رصد و پایش وضعیت افراد بعد از خروج، چرخه تکراری جمع‌آوری و رهاسازی	ضعف در مراقبت نظام‌مند پس از خروج		

ردیف	کدهای اولیه	مضامین	چالش‌ها	مقوله / مفهوم
۱۱	دستگیری بدون شاخص، خطا در دستگیری، ابهام در مصداق‌یابی متجاهر، ضعف در شیوه‌نامه احراز متجاهر، بلا تکلیفی ضابطین قضایی، سوگیری و بی‌عدالتی در دستگیری	ابهام در تعریف متجاهر	رویکردی	عدم تکمیل چرخه درمان اجباری اعتیاد: دوگانه جمع‌آوری و رهاسازی
۱۲	متادون درمانی صرف، ضعف در خدمات مددکاری اجتماعی، نبود متخصص روانشناسی، کمبود سرانه پزشکی، کم‌توجهی به اختلالات روانی	تقلیل درمان به خدمات پزشکی		
۱۳	به‌رسمیت نشناختن مددجویان، برچسب‌زنی، طرد اجتماعی، عدم حضور مددجویان در فرایند برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری	بی‌صدایی جامعه هدف		
۱۴	بدنامی و آنگ متجاهر، پیدایش هویت کج‌روانه، کج‌روی ثانویه و دائمی، بی‌آبرویی و داغ‌ننگ، عدم امکان ادغام اجتماعی، آسیب روانی به خانواده	برچسب‌زنی و طرد مضاعف		
۱۵	اقتصاد سیاسی درمان، چرخه معیوب نگهداری، سودآوری مالی از مراکز، ضعف در نظارت بر مراکز غیردولتی، جای خالی سمن‌ها در درمان، برون‌سپاری بی‌قاعده	تعارض منافع درمان اعتیاد		

مبنتی بر بررسی‌های صورت گرفته در این پژوهش، چالش‌های مختلفی در حوزه‌های فرایندی، نهادی-ساختاری و رویکردی احصا شده است که در ادامه هر یک اجمالاً توضیح داده شده‌اند. لازم به توضیح است که طی سال‌های اخیر اقدامات و تلاش‌های قابل‌توجهی توسط افراد و نهادهای متولی و ذی‌ربط صورت پذیرفته و بیان زمینه‌ها و موانع موفقیت مراکز درمان اجباری ذیل ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر در این مقاله صرفاً با هدف ارتقای کیفیت خدمات آنان بوده و به معنای نفی اقدامات ارزشمند این مراکز نیست. بخشی از این موارد، بعضاً چالش‌هایی هستند که در پژوهش‌های پیشین نیز به آن‌ها اشاره شده است، در چنین مواردی تطابق یافته‌های میدانی این پژوهش با موارد مذکور برجسته خواهد شد.

۱-۵. چالش های فرایندی

معیوب بودن چرخه جمع آوری

دستگیری و نگهداری از افراد دارای تجاهر به اعتیاد بایستی با هدف درمان و بازتوانی و ضمن فراهم کردن پیش نیازهای لازم انجام گیرد. یا در حالتی بدبینانه که هدف صرفاً جمع آوری و دور کردن این افراد از مرعا و منظر عمومی است، بایستی این امر به صورتی حساب شده و بر اساس ظرفیت مراکز موجود صورت پذیرد. به گونه ای که مراکز مذکور توان و امکان ارائه خدمت به صورت استاندارد به مددجویان را داشته باشند. مشارکت کننده شماره (۷) بر این باور است:

«وضعیت فعلی این طور است که بر اساس دستورات قضائی صادرشده، غالباً دستگیری هایی انبوه، به ویژه در برخی مقاطع مناسبتی از سال، صورت گرفته و افرادی بیش از ظرفیت استاندارد مراکز بر اساس نظر مقام قضایی به آنجا ارجاع داده می شود؛ بدون آن که خواست و نظر مدیر مرکز یا میزان امکانات لازم برای ارائه خدمات مناسب به افراد دستگیرشده مورد نظر قرار بگیرد».

این شیوه از جمع آوری و ارجاع تناسب چندانی با اهداف تعیین شده برای مراکز موضوع ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر نداشته و منجر به افت کیفیت خدمات رسانی و کاهش اثربخشی آن ها می گردد. ضمن آن که افزایش تعداد دستگیری ها در مناسبت های خاص، یعنی این فرایند به صورتی مقطعی، گذرا، نامنظم و غیرقابل پیش بینی صورت می پذیرد.

اختلال در فرایند و کیفیت غربالگری

ازجمله مهم ترین مراحل مواجهه با افراد دارای تجاهر به اعتیاد، انجام غربالگری به صورت دقیق، علمی و جامع است. در این مرحله است که می توان یا باید، اطلاعات موثق و جامعی از فرد دستگیرشده به دست آورد و مبتنی بر زمینه اجتماعی، خانوادگی، جسمی و... فرایند درمانی مناسبی را برای او طراحی کرد. چنانچه این فرایند به صورتی صوری و بدون صرف دقت و زمان لازم انجام گیرد که هم اکنون بعضاً انجام می گیرد، زمینه را برای در کنار هم قراردادن افرادی با درجات متفاوت از آسیب فراهم کرده و ناگزیر، به تبادل آسیب ها بین مجموع افراد و تشدید آسیب های فردی منجر می شود. چنانچه مشارکت کننده شماره (۴) اشاره کرده است:

«اگرچه پیگیری اقدامات بعد از خروج مددجویان بسیار مهم و اثربخش است، اما در این

زمینه می‌توان از اقدامات پیش از ورود هم صحبت کرد. یعنی بخشی از همان کارهایی که ممکن است بعد از خروج برای مددجو انجام گیرد را می‌توان برای برخی از مددجویان، پیش از ورود به مرکز اجرایی کرد؛ به عنوان مثال در زمینه ارتباط‌گیری با خانواده، معرفی به کسب و کارها، معرفی به گرمخانه و...».

در چنین وضعیتی، هم کرامت انسانی مددجو بیش تر پاس داشته می‌شود، هم هزینه مادی کم‌تری به دولت تحمیل می‌گردد و احتمالاً اثربخش‌تر هم خواهد بود. این در حالی است که به دلایل مختلف، در فرایند کنونی، غربالگری به صورتی فشرده و در بازه زمانی چندساعته انجام می‌گیرد و زمینه را برای تشدید آسیب در برخی افراد که در گام‌های ابتدایی بیماری اعتیاد هستند و یا هنوز به طور کامل از اجتماع و خانواده طرد نشده‌اند، فراهم می‌کند.

نقص در فرایند نگهداری و درمان

آیین‌نامه اجرایی مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر با اصلاحات و الحاقات بعدی آن (مصوب ۱۳۹۶) و دستورالعمل تأسیس، مدیریت و نظارت بر این مراکز (ابلاغی ۱۳۹۰)، شرایط و استانداردهایی مشخص برای مراکز نگهداری از افراد دارای تظاهر به اعتیاد و تکالیف گوناگونی برای دستگاه‌های ذی‌ربط تدوین کرده است. اما به اذعان مصاحبه‌شوندگان این پژوهش، این استانداردها به صورت قابل قبول تحقق نیافته‌اند.

در همین زمینه، پژوهش رحیمی موقر (۱۳۹۰)، نیز ضعف‌هایی را در فرایند درمان در مراکز اجباری شناسایی و توصیف کرده است که بخش عمده آن‌ها همچنان برطرف نشده و در بررسی‌های پژوهش حاضر نیز مشاهده گردیده‌اند. مشارکت‌کننده شماره (۱۵) در این زمینه اشاره دارد که:

«به عنوان مثال سرانه‌هایی برای به کارگیری متخصصان حوزه پزشکی، مددکاری اجتماعی و روانشناسی به ازای تعداد مشخصی از مددجویان پیش‌بینی شده است؛ و یا اقدامات درمانی مشخصی در طول مدت زمان حضور مددجویان در مراکز، مانند ویزیت پزشکی و مشاوره و خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی، مددکاری اجتماعی، تعیین گردیده است. اما به دلایل مختلف، این گونه اقدامات به صورت استاندارد و پیش‌بینی شده انجام نگرفته، با نقص و اشکالاتی مانند ناکافی بودن تعداد ویزیت پزشکان، نبودن امکانات مشاوره و مداخلات روانی-اجتماعی، کمبود شدید در حوزه سرانه استاندارد روانشناس و مددکار اجتماعی در مراکز و... مواجه هستند.»

ناکافی بودن نظارت‌های قضائی مربوط

درمان اجباری اعتیاد، در اغلب اشکال و گونه‌های آن، فرایندی است که در ارتباط یا تحت نظر مقامات قضائی انجام می‌پذیرد؛ لذا به هر میزان که سازوکار و روند حضور مقام قضائی و ارتباط آن با سایر عناصر حوزه درمان اجباری به صورت دقیق، نظام‌مند و پایدار تعریف و اجرا گردد، امکان موفقیت اقدامات مورد نظر بیش‌تر خواهد بود. این در شرایطی است که بنا بر نظر مشارکت‌کننده (۹):

«فرایند جاری در مراکز ماده ۱۶ از لحاظ کیفیت نظارت‌های قضائی به شکل‌های مختلف نقص دار و نیازمند تقویت است. از یک طرف، به دلیل حجم پرونده‌های ورودی قوه قضائیه، مسئله افراد دارای تجاهر به اعتیاد از اولویت کم‌تری برخوردار است و امکان تخصیص قاضی به تعداد کافی برای آن فراهم نیست و از طرف دیگر، با توجه به این‌که مراکز ماده ۱۶ صرفاً در ۵۵ شهرستان کشور فعالیت دارند، مرجع قضایی ناگزیر است که حکم به نگهداری این افراد در مراکزی را بدهد که خارج از حوزه قضائی مربوطه است».

این وضعیت از نظر امکان ایجاد هماهنگی‌های ضروری زمان‌بر و پُرچالش بوده، حقوق اولیه مددجویان را در زمینه امکان اتمام دوره پیش از موعد و تعیین زمان ترخیص طبق مدت زمان قانونی پیش‌بینی شده و... تحت تأثیر و مخاطره قرار می‌دهد. دیگر چالش موجود در این زمینه، تفویض اختیار غیررسمی مقام قضائی به مسئول اجرایی مراکز نگهداری افراد دارای تجاهر به اعتیاد در مراکز ماده ۱۶ است. به نظر می‌رسد که با توجه به حجم بالای پرونده‌ها و تعداد زیاد دستگیری معتادین متجاهر، عملاً امکان بررسی دقیق موارد و در نظر گرفتن همه جوانب و شرایط مددجویان برای قضات وجود ندارد و همین امر می‌تواند منجر به خلل در انجام وظایف قضایی گردد.

بی‌توجهی به خاص‌بودگی‌های مددجویان و تک‌دوزی نبودن خدمات

فارغ از تفاوت در نوع ماده مخدر مصرفی افراد که بدیهی‌ترین مقوله در نسخه‌پیچی برای آنان است، می‌باید سایر تفاوت‌های مهم افراد از جمله شرایط سنی، ویژگی‌های شخصیتی، خانوادگی، شغلی، تحصیلی و... در تعیین و تعریف فرایند درمان برای مددجویان دارای اعتیاد در نظر گرفته شود. چنان‌که مشارکت‌کننده شماره (۱۴) بیان کرده است:

«در وضعیت فعلی مراکز ماده ۱۶، بدون کم‌ترین توجهی به تفاوت‌های موجود بین مددجویان مختلف، همه افراد دستگیر شده ذیل برنامه‌های مشابهی نگهداری می‌شوند و اقدامات یکسانی برای آن‌ها تعیین و اجرا می‌شود».

این در حالی است که تفکیک بین مواجهه با افراد بر اساس انواع مواد مصرفی، مدت زمان مصرف، مدت مداومت بر درمان و حفظ پاکی، وضعیت و کیفیت ارتباط با خانواده، وضعیت اشتغال، تعداد دفعات حضور در مراکز ماده ۱۵ و ۱۶ و تکرارپذیری ترک، سوء سابقه و داشتن سابقه قضائی، نوع سوء پیشینه در زمینه مرتبط بودن یا نبودن با مواد مخدر یا ... در این زمینه ضروری و اثربخش است و بایستی در فرایند بازتوانی و صیانت افراد به این وضعیت ها توجه نموده و برنامه های اثربخش و متناسب تعریف و اجرا شود.

۲-۵. چالش های نهادی- ساختاری

مواجهه مقطعی و ناپایدار با موضوع افراد دارای تجاهر به اعتیاد
بنا بر اظهارات مصاحبه شونده شماره (۵):

«روند و شدت جمع آوری افراد دارای تجاهر به اعتیاد با توجه به مناسبت های سیاسی - اجتماعی یا در زمان برگزاری رویدادهای سیاسی مانند انتخابات و... افزایش پیدا می کند و برخی مدیران به دنبال پاک سازی مناظر شهری از تصویر نامطلوب افراد دارای تجاهر به اعتیاد هستند».

در چنین شرایطی، صرف جمع آوری و نگهداری این افراد، فارغ از هدف نهایی درمان و بازتوانی، برجسته شده و کل فرایند را با اختلال مواجه خواهد نمود. حال آن که حتی شرایط اولیه و استاندارد برای نگهداری این افراد و دور نگه داشتن آن ها از منظر شهری نیز در برخی مراکز در دسترس قرار نداشته است. محرز و همکاران (۱۳۹۴) در ارزیابی که از وضعیت و عملکرد مراکز ماده ۱۶ داشته اند، هدف اصلی این مراکز را پاک سازی چهره شهر و کاهش جرائم خرد دانسته و نتیجه گرفته اند که هدف درمانی در اولویت بعدی قرار داشته است.

کمبود، ناپایداری و توزیع نامتوازن اعتبارات مالی

مشارکت کنندگان در پژوهش تعیین و تخصیص منابع مالی کافی را شرط حیاتی و لازم برای ارائه عملکرد مناسب در زمینه درمان و بازتوانی افراد دارای تجاهر به اعتیاد دانسته و به کرات به آن اشاره داشته اند. اگرچه نحوه و محل هزینه کرد چنین منابعی بسیار مهم بوده و بایستی تمهیدات لازم درباره آن صورت پذیرد؛ اما به طور قطع می توان گفت که بدون تأمین منابع لازم و تخصیص آن در محل مناسب، نمی توان آمیدی به موفقیت این فرایند داشت. این در شرایطی است که بنا بر بررسی های صورت گرفته و اظهارات افراد درگیر در فرایند، اعتبارات

مالی و سرانه‌های پیش‌بینی شده به هیچ‌وجه تناسبی با اهداف درمانی نداشته و امکان آن را ایجاد نمی‌کند و نهایتاً منجر به نگهداری از افراد دارای تجاهر به اعتیاد در شرایطی نه‌چندان استاندارد شده است.

فقدان انسجام آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها

علی‌رغم این‌که اعتیاد آسیب اجتماعی اولویت‌دار کشور بوده و منطقاً بایستی از قوی‌ترین و منسجم‌ترین رویه‌های حقوقی برخوردار باشد، اما این حوزه با به‌هم‌ریختگی، فقدان انسجام، عقب‌ماندگی و عدم تناسب با تغییرات حادث شده مواجه است. به‌طوری‌که بنا بر نظر مشارکت‌کننده (۷):

«اولاً دسترسی به آخرین نسخه از آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و مصوبات مربوطه به سهولت امکان‌پذیر نبوده و این اسناد در هیچ منبع یا پایگاه اطلاعاتی به‌صورت منسجم و دقیق جمع و گردآوری نشده است. ضمن این‌که علی‌رغم این‌که امری بدیهی و منطقی به نظر می‌رسد اما بعضاً آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های تصویب شده از نظر تقدم و تأخر با یکدیگر همخوانی ندارد؛ به‌عنوان مثال، در شرایطی که آیین‌نامه اجرایی مراکز ماده ۱۶ در سال ۱۳۹۶ به تصویب ستاد رسیده است، دستورالعملی که مبنای تأسیس، مدیریت و نظارت بر این مراکز است و نیز دستورالعمل راهنمای مراقبت‌های درمانی مربوط به طرح نجات که در سال ۱۳۸۶ اجرا شده است بوده و صرفاً در سال ۱۳۸۹ به صورتی مختصر به‌روزرسانی شده است». این وضعیت خود حاکی از جایگاه حقوقی این دستورالعمل‌ها و میزان اهمیتی است که کنشگران درگیر در فرایند ماده ۱۶ نسبت به آن دارند.

فقدان نظام تولید داده، ارزیابی و پایش

با این‌که بیش از سیزده سال از اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و حدود هفت سال از اجرایی‌سازی مراکز ماده ۱۶ به شکل کنونی می‌گذرد، هیچ‌گونه داده معتبر و مشخصی درباره میزان اثربخشی و خروجی این ماده به‌صورت علمی و نظام‌مند تولید نشده است؛ درواقع، گویی که سیاست‌گذاری و اجرا همچنان در حال حرکت در فضایی تاریک و ناشناخته است. این در حالی است که هر برنامه و اقدام حمایتی یا درمانی نیازمند بررسی هزینه-اثربخشی و بهینه‌سازی در طول زمان است. مبتنی بر نظر مشارکت‌کننده (۱۰):

«اگرچه طی دو سال اخیر (از تابستان ۱۴۰۲) سامانه‌ای با عنوان «غوام» جهت ثبت داده‌های مربوط به افراد دارای تجاهر به اعتیاد دستگیر و غربال شده ایجاد شده است، اما این سامانه

همچنان در حال تکمیل و توسعه بوده و به بهره‌برداری نهایی نرسیده است. ضمن این‌که بنا به اذعان کارشناسان شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر در برخی استان‌ها، اشکالاتی در زمینه تعیین نوع و میزان دسترسی کاربران، قطعی‌های مکرر و... در این زمینه وجود دارد». این سامانه در بهترین حالت، تنها درباره وضعیت افرادی که در فرایند درمان اجباری حضور داشته‌اند و وضعیت تکرارپذیری این حضور، اطلاعاتی به دست می‌دهد، لکن درباره وضعیت زیست افراد پس از ترخیص از مراکز و استمرار درمان یا عود آن‌ها اطلاعاتی در دسترس نیست.

ضعف در اقدام و مراقبت نظام‌مند پس از خروج

اعتیاد پدیده‌ای جسمی، روانی و اجتماعی است؛ بر همین اساس، هرگونه تلاش برای اقدام مؤثر در این زمینه نیازمند در نظر گرفتن همه ابعاد این پدیده و اتخاذ تمهیدات لازم و متناسب در هر یک از این زمینه‌ها است. ابتدایی‌ترین مرحله در درمان اعتیاد، مرحله سم‌زدایی یا بهبود فیزیکی افراد است؛ اما در عین حال، پیچیده‌ترین بخش، بهبود وضعیت روانی و اجتماعی افراد معتاد است؛ به نحوی که به صورت قاطعانه می‌توان ادعا کرد که اگر تغییر و بهبودی در وضعیت روانی و اجتماعی افراد معتاد رخ ندهد، هزاران بار هم اگر پاک‌سازی جسمی انجام شود، مجدداً عود و بازگشت اتفاق خواهد افتاد. لذا، انجام درمان مؤثر در مورد افراد دارای تظاهر به اعتیاد نیازمند تمهید شرایطی برای تغییر وضعیت روانی و اجتماعی این افراد پس از دوره نگهداری است. بنا بر نظرات مشارکت‌کننده (۱):

«هم‌اکنون، علی‌رغم سپری شدن بیش از ده سال از تصویب آیین‌نامه مراقبت پس از خروج معتادان توسط قوه قضائیه، اکثر غالب افراد دستگیر و نگهداری شده در مراکز ماده ۱۶، بعد از خروج از مراکز درمان اجباری، عملاً به حال خود رها می‌شوند و برنامه و اقدام حمایتی - نظارتی برای آن‌ها انجام نمی‌شود».

اگرچه طی سال‌های اخیر و به صورتی بسیار محدود، توسط سازمان بهزیستی مراکز صیانت اجتماعی برای افراد معرفی شده از مراکز ماده ۱۶ ایجاد شده است؛ لکن بنا بر مشاهدات صورت‌گرفته و نظرات مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، این مراکز در ابتدای مسیر قرار داشته و هنوز به ثبات و اثربخشی نرسیده‌اند. مادامی‌که فرایند درمان اجباری اعتیاد در کشور برنامه مشخصی برای اجرای مراقبت‌های بعد از خروج نداشته باشد، هیچ‌گونه امیدی برای بهبود مددجویان وجود نداشته، به دلیل آسیب‌های ناشی از چرخه معیوب کنونی، امکان تشدید و بغرنج‌تر شدن مسئله وجود دارد.

۳-۵. چالش‌های رویکردی

ابهام در تعریف تجاهر و شیوه احراز آن

اولین گام برای مواجهه اثربخش در حوزه درمان افراد دارای تجاهر به اعتیاد، تلاش برای تعریف و تصریح مفهوم تجاهر و شاخص‌های احراز آن به صورتی غیرقابل تفسیر است. در وضعیت کنونی، اگرچه طی سال‌های قبل شاخص‌هایی در رابطه با مقوله تجاهر توسط قوه قضائیه ارائه شده است، اما در فرایند اجرا معیارهای مشخص و شفافی برای تشخیص تجاهر وجود نداشته و متولی احراز آن نیز مشخص نیست. بنا بر نظرات اکثر مشارکت‌کنندگان در پژوهش:

«در عمل، مأموران گشت انتظامی یا نیروهای شهرداری بنا به تشخیص و برداشت خود و بنا بر شاخص‌های ذهنی و نانوشته به دستگیری افراد اقدام می‌کنند، درحالی‌که درصد خطای این فرایند حدود ۲۵٪ ذکر شده است»^۱.

به نظر می‌رسد ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر و آیین‌نامه مرتبط با آن، در این زمینه فاقد دقت و صراحت کافی است. چراکه تجاهر وضعیتی نیست که صرفاً بر اساس ویژگی‌های ظاهری افراد و مثبت شدن احتمالی تست اعتیاد آن‌ها بتوان آن را احراز کرد؛ به عبارت دیگر، تأیید متجاهر بودن فرد نیازمند تلاش اولیه برای شناسایی و تشخیص وضعیت شغلی، اقتصادی، خانوادگی، نوع سکونت و... فرد در مقطع جمع‌آوری است. چنانچه در این مرحله، فرد دارای شبکه‌ای از روابط خانوادگی یا خویشاوندی برای دریافت حمایت باشد و حتی به صورت موقت آن‌ها را از دست داده باشد، می‌تواند مصداق متجاهر محسوب نشده و وارد فرایند درمان اجباری نشود.

بررسی محرز و همکاران (۱۳۹۴) نیز تأییدکننده دغدغه مطرح‌شده در زمینه چالش‌های جمع‌آوری و احراز تجاهر در رابطه با معتادان مربوط به مراکز ماده ۱۶ است. پژوهش مذکور اشاره کرده است که علی‌رغم این‌که گروه هدف طرح درمان اجباری، افراد بی‌خانمان و پُرخطر هستند، عملاً فقط ۱۲٪ افرادی که این خدمات را دریافت می‌کنند واجد شرایط هستند و ۸۸٪ افرادی که از این خدمات بهره‌مند می‌شوند واجد شرایط نیستند. این یافته نشان‌دهنده این است که خطای تشخیص تجاهر بسیار بالا بوده و لازم است در تعریف و تشخیص آن

۱. در بازدید از یکی از مراکز غربالگری در شهر تهران، اشاره شد که به‌طور میانگین حدود ۵۰ نفر از ۲۰۰ نفر دستگیری روزانه، افرادی هستند که تست اعتیاد آن‌ها منفی است؛ یعنی افراد بی‌خانمانی هستند که اعتیاد به مواد مخدر ندارند یا افرادی هستند که بدون ضابطه دستگیر شده‌اند.

تجدید نظر اساسی شود، چراکه پیامدهای ژرفی از جمله نقض حقوق انسانی افرادی که فاقد تظاهر بوده و وارد فرایند درمان اجباری شده‌اند، آسیب‌های روحی-روانی به آن‌ها، هدررفت منابع، کاهش اثربخشی فرایند و... در پی خواهد داشت.

تقلیل چرخه درمان و توانمندسازی به خدمات اولیه پزشکی

در حالی که تعاریف کلاسیک از سلامت، بر ابعاد جسمی آن تمرکز و تأکید داشتند، مبتنی بر آخرین تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت دارای ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی و معنوی است. مشارکت‌کننده (۸) معتقد است که:

«در فرایند فعلی مراکز ماده ۱۶، به دلایل مختلف، مقوله درمان به بُعد جسمی آن تقلیل پیدا کرده است. در حالی که بنا بر نظر مددجویان یا بهبودیافتگان، ابعاد ذهنی، روانی و اجتماعی اعتیاد به شدت عمیق‌تر و ماندگارتر از بُعد جسمانی آن است و زمینه اصلی عود و بازگشت اکثر بهبودیافتگان ناشی از همین فرایندهای روانی و وسوسه‌های ناشی از آن است».

پژوهش‌های علمی مختلف نیز از غلبه رویکرد پزشکی در فرایند درمان اجباری اعتیاد در ایران سخن گفته‌اند (فتحی و مغنی‌باشی، ۱۴۰۰؛ علیزاده و همکاران، ۱۳۹۹). این در شرایطی است که ادغام اجتماعی افراد دارای تظاهر به اعتیاد و بازپیوند ایشان به جامعه مستلزم خدمات پیوسته مددکاری اجتماعی و پیوند اقتصادی آنان به نهاد کار نیازمند توان‌افزایی مهارتی و شغلی است. بر این اساس، تقلیل چرخه درمان و توانمندسازی به نگهداری صرف و متادون‌درمانی نه تنها منجر به توانمندسازی افراد دارای تظاهر به اعتیاد نمی‌شود، بلکه به هدررفت منابع و تشدید چرخه آسیب‌پذیری مددجویان منتهی می‌گردد.

شنیده‌نشدن صدای جامعه هدف

جامعه هدف مراکز ماده (۱۶) افراد دارای تظاهر به اعتیاد هستند. آن‌ها در زمینه چگونگی فرایندهای درمان و توانمندسازی یا مهم‌تر از همه، نحوه مواجهه نظام حکمرانی با خود و هم‌نوعانشان دارای دیدگاه هستند. بنا بر نظر مشارکت‌کننده شماره (۱۲):

«شنیدن صدای افراد دارای تظاهر به اعتیاد و جلب مشارکت آن‌ها در این زمینه می‌تواند به تعیین بهینه روند و فرایند درمان و بازتوانی کمک کند».

اساساً نمی‌توان برای جامعه انسانی یا هر بخشی از آن بدون شنیدن صدا و نظرات آن‌ها تصمیم‌گیری و برنامه اجرا کرد. شنیدن صدای مخاطبان اصلی و ذی‌نفعان در قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌ها می‌تواند منجر به بهبود فرایندها و ارتقاء مشارکت جامعه هدف شود.

برچسب زنی و طرد اجتماعی مضاعف

از نظر روان شناختی و روانشناسی اجتماعی، افرادی که به صورت اجباری دستگیر شده و برای مدتی نسبتاً طولانی در شرایطی نامناسب و تحقیرشده قرار می گیرند، پس از مدتی عزت نفس و ارزش وجودی خود را ازدست رفته دیده و وارد چرخه کج روی ثانویه می شوند. از این رو دیگر توانی برای بازیابی شخصیت و عزت نفس خود نخواهند داشت. همچنین این فرایند، پیوندها و ارتباطات اجتماعی افراد را نیز تحت تأثیر قرار داده، کمیت و کیفیت آن را با اختلال مواجه می سازد. پشت سر گذاشتن این تجربه باعث می شود که چنین افرادی پس از آزاد شدن، نسبت به هرگونه روش درمان و کاهش آسیب بدبین و بیمناک بوده و بیش از پیش به جزیره انزوا و تنهایی تبعید شوند. آن ها حتی از این که بخواهند به مراکز داوطلبانه درمان یا کاهش آسیب مراجعه کنند شرمگین بوده یا احساس ترس از دستگیری مجدد خواهند داشت. در این زمینه، مشارکت کننده شماره (۱۱) به این موضوع اشاره داشته:

«صرف نظر از شرایط سخت نگهداری افراد دستگیرشده و نواقص فرایند درمان و نگهداری آنان، نام گذاری این افراد به عنوان متجاهر باعث می شود که در ادامه مسیر زندگی خود با چالش های خانوادگی و اجتماعی بیش تری مواجه شده و امکان کم تری برای تداوم درمان های داوطلبانه داشته باشند».

تعارض منافع ذاتی و اقتصاد سیاسی چرخه درمان اعتیاد

مشابه با بسیاری از موقعیت های اجتماعی یا اقتصادی دیگر، چرخه نگهداری و درمان اعتیاد نیز پس از شکل گرفتن زنجیره ای از درآمدزایی اقتصادی یا ایجاد سازوکار و محل مصرف منابع مالی، دچار وابستگی به مسیر شده و به صورتی پس خوراندی خود را تقویت خواهد نمود. برخی مشارکت کنندگان از جمله شماره (۵) معتقدند که:

«شخص یا مؤسسه ای که به عرصه نگهداری و درمان اعتیاد وارد شده است و از این طریق کسب درآمد یا امرار معاش می کند، منطقاً از کاهش تعداد مددجویان یا سرانه های دریافتی از سازمان ها متضرر خواهد شد. بنابراین باید زنجیره نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان به گونه ای تعریف شود که در حالتی خوش بینانه، این مراکز دارای استراتژی های خروج از این فضای کسب و کار یا ایجاد منابع درآمدی جایگزین باشند».

این وضعیت به معنای آن است که متولی امر درمان اعتیاد در کشور، بایستی به کنترل مراکز موجود پرداخته و از گسترش بی قاعده و ناموجه آن ها جلوگیری نماید. چراکه وقتی

مرکزی ایجاد شد، ممکن است الزامات سودآوری یا بقا در کیفیت ارائه خدمات یا هدف غایی مجموعه تأثیرگذار باشد. این موضوع در وضعیتی که افراد دارای تجاهر به اعتیاد به صورت اجباری به مراکز اقامتی ماده ۱۵ ارجاع می‌شوند بیش از پیش خود را نشان می‌دهد؛ این افراد که فاقد هرگونه قدرت و صدایی هستند، عمدتاً به خاطر منافع متولیان این مراکز و تحت شرایطی غیراستاندارد، به صورت خودکار با تمدید دوره نگهداری مواجه می‌شوند. به نظر می‌رسد که راه حل اصلی در این زمینه، پذیرش این نکته است که حضور بخش انتفاعی در حوزه درمان افراد دارای تجاهر به اعتیاد به طور بنیادی با اهداف مورد نظر برای بهبود و بازتوانی این دسته از افراد هم خوانی نداشته و این عرصه را بایستی به بخش دولتی یا سمن‌ها (غیرانتفاعی) سپرد.

۶. بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد اولویت دارترین و فراگیرترین آسیب اجتماعی در کشور به شمار می‌رود. این وضعیت هم ناشی از تعداد زیاد افراد و خانوارهای درگیر با این پدیده و هم متأثر از پیامدها و آثار مخاطره‌آمیز اعتیاد است، به نحوی که مسائل و آسیب‌های اجتماعی متعددی مانند طلاق، خشونت خانگی، سرقت، نزاع و...؛ همبستگی بسیار بالایی با پدیده اعتیاد دارد. دقیق‌ترین آمار از تعداد افراد درگیر با اعتیاد مربوط به آخرین شیوع‌شناسی صورت گرفته توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۵ است. این بررسی، تعداد افراد دارای اعتیاد را دو میلیون و ۸۰۰ هزار نفر و افراد دارای مصرف آزمایشی و تفننی را حدود یک میلیون و ششصد هزار نفر اعلام می‌کند. بر این اساس، در مجموع تعداد افراد دارای سوءمصرف مواد مخدر حدود چهار میلیون و دویست هزار نفر اعلام شده است. با توجه به اینکه آمار بروز و دقتی از وضعیت اعتیاد در کشور وجود ندارد، تخمین‌های متفاوتی نیز از تعداد افراد دارای تجاهر به اعتیاد ارائه شده است؛ این آمار از ۵۰ هزار تا ۱۵۰ هزار نفر متغیر بوده است. اما آنچه مشهود است، افزایش تعداد این افراد در کلان‌شهرها و گسترش بروز و ظهور این پدیده در شهرهای کوچک است.

بر همین اساس، سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران طی سال‌های اخیر، بیش از پیش به وضعیت افراد دارای تجاهر به اعتیاد توجه نموده و درصدد انجام اقدامات اثربخش برآمده‌اند. از جمله این اقدامات، گسترش کمی مراکز نگهداری از افراد دارای تجاهر به اعتیاد در اقصی نقاط کشور بوده است؛ این موضوع مبتنی بر تکالیف تعیین شده در ماده (۸۰) قانون

برنامه ششم توسعه و ترتیبات نهادی پیش‌بینی شده ذیل ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر و آیین‌نامه اجرایی مربوط به آن عملیاتی شده است. با این وجود، طی سال‌های اخیر، فرایند اجرایی این مراکز از چند جهت مسئله‌آمیز شده است؛ به طوری که اکثر غالب متخصصان دانشگاهی و صاحبان تجربه، فرایند کنونی درمان اجباری را برای مسئله اعتیاد ناکارآمد و غیر اثربخش می‌دانند. بر همین اساس، پژوهش حاضر تلاش داشت تا ضمن بررسی ادبیات موضوع و به صورت کیفی، اصلی‌ترین چالش‌های پیش‌روی این مراکز را شناسایی و صورت‌بندی کند. از جمله اصلی‌ترین مزیت‌های انجام این پژوهش می‌توان به روزآمدسازی تحلیل‌ها و ارزیابی صورت گرفته از وضعیت درمان اجباری اعتیاد در ایران اشاره کرد؛ همچنین، رویکرد سیاست‌پژوهانه و نزدیک به واقعیت میدان، از جمله نقاط تمایز پژوهش حاضر نسبت به تحقیقات پیشین است.

در پژوهش حاضر، تحلیل و بررسی وضعیت درمان اجباری معتادان متجاهر در ایران، از چند مسیر پیگیری شده است. قاعدتاً و مشابه با سایر مطالعات این حوزه، بخشی از تحلیل و ارزیابی صورت گرفته درباره سیاست درمان اجباری معتادان متجاهر، در سطح نظری و مبتنی بر مرور ادبیات علمی این حوزه انجام گرفته است. در این زمینه، بررسی نظریات مرتبط با درمان اجباری اعتیاد حکایت از آن دارد که این رویکرد به طور بالقوه در معرض آن است که حقوق و آزادی‌های فردی افراد را به مخاطره اندازد؛ از طریق انگ‌زنی به آن‌ها زمینه کج‌روی ثانویه و طرد مضاعف افراد دارای تظاهر به اعتیاد را فراهم کند؛ قدرت تصمیم‌گیری و خودباوری افراد دستگیرشده را زیر سؤال برده و عزت نفس ایشان را تضعیف نماید و مانع از تداوم درمان و بازدارندگی از عود مجدد شود. هرچند پیامدهای ذکر شده قطعی نبوده و نسبت به وضعیت‌های مختلف ممکن است متغیر باشند، لکن به نظر می‌رسد که بروز سطحی از آن‌ها ناگزیر بوده و در چنین موقعیتی، سیاست‌گذار و مجری ملزم به هزینه-فایده اقدامات و پیشگیری حداکثری از چنین پیامدها و آثاری است.

از سوی دیگر، غالب پژوهش‌های داخلی و بین‌المللی مرور شده در زمینه درمان اجباری اعتیاد (رحیمی‌موقر و همکاران، ۱۳۹۰؛ محرز و همکاران، ۱۳۹۴؛ رفیعی و همکاران، ۱۳۹۶؛ میرکاظمی و همکاران، ۱۳۹۷؛ بختیاری، ۱۳۹۹؛ ورب، ۲۰۱۶) حاکی از آن است که درمان اجباری در صورتی که به صورتی غیرهوشمند، شتاب‌زده، بدون غربالگری دقیق و درباره گروه هدف نامناسب انجام شود فرایندی مناقشه‌برانگیز است که از اثربخشی مناسب برخوردار نخواهد بود. ضمن اینکه، این پژوهش‌ها تأکید دارند که این نوع رویکرد درمانی به اعتیاد

بایستی در شرایط بسیار ضروری و در مقیاسی محدود به انجام برسد. همچنین پژوهش‌های مذکور نشان می‌دهند که از چند دهه پیش، رویکردهای اجباری درمان اعتیاد کم‌تر در دستور کار قرار داشته و سیاست‌گذاران به سمت درمان‌های داوطلبانه حرکت کرده‌اند؛ به عنوان نمونه کشورهایی مانند پرتغال و هلند مبتنی بر ویژگی‌های فرهنگی-اجتماعی خاص خود که منطقاً قابل تعمیم به ایران نیز نیستند، از طریق راه‌اندازی اتاق مصرف مواد مخدر و توسعه مراکز کاهش آسیب، روش‌های اجباری درمان معتادان متجاهر را حذف کرده‌اند. درحالی‌که کشورهایمانند آمریکا گونه‌ای از رویکردهای حامل اجبار به درمان اعتیاد با عنوان دادگاه درمان‌مدار را همچنان اجرا می‌کنند؛ در این رویکرد، مجرمانی که به دلیل سوء مصرف مواد مخدر مرتکب جرم شده‌اند، به صورتی داوطلبانه و تحت نظارت مقام قضائی، به جای زندان به انواعی از درمان‌های اجباری اعتیاد ارجاع داده می‌شوند. بر این اساس، مبتنی بر مرور اجمالی صورت گرفته بر تجارب سایر کشورها، به نظر می‌رسد که الگوی درمان اجباری مرسوم در کشور ما از نظر کیفیت و فرایند اجرا تطابق چندانی با تجربیات مشابه خارجی نداشته و به اذعان پژوهش‌های صورت گرفته از اثربخشی کافی نیز برخوردار نبوده است.

مبتنی بر نکات برآمده از مرور رویکردهای نظری و نیز یافته‌های پژوهش‌های پیشین داخلی و خارجی، پژوهش حاضر تلاش کرد تا زمینه‌ها و موانع موفقیت درمان اجباری معتادان متجاهر در ایران را مورد بررسی قرار داده و چالش‌های موجود را شناسایی نماید. درمجموع این پژوهش نشان می‌دهد که وضعیت درمان اجباری معتادان متجاهر در مراکز موضوع ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر آن گونه که باید اثربخش نبوده و این فرایند با چالش‌های مختلفی دست به گریبان است. فرایند جمع‌آوری، غربالگری، درمان و بازتوانی و مراقبت‌های پس از خروج در این زمینه به صورتی ناقص و دارای اشکال انجام می‌شود و لذا اثربخشی کل فرایند مورد مناقشه قرار گرفته است، به صورتی که چرخه‌ای معیوب شکل گرفته که صرفاً به نگهداری از افراد دارای تظاهر به اعتیاد تقلیل یافته است؛ بدون آنکه این نگهداری در برخی موارد در شرایطی متناسب و استاندارد انجام گیرد، یا اینکه تلاشی برای تداوم درمان، بهبودی و بازتوانی مددجویان پس از خروج از مراکز صورت پذیرد. در مواردی فرایند جمع‌آوری، احراز تظاهر، نگهداری، درمان و مراقبت پس از خروج مددجویان ماده ۱۶ هیچ‌یک به صورتی اصولی و مبتنی بر شاخص‌ها و ضوابط علمی و از پیش تعیین شده انجام نمی‌گیرد. این وضعیت باعث شده است که امیدی به تداوم درمان و بهبودی مددجویان پس از خروج از این مراکز وجود نداشته و هزینه‌های صرف شده به نتیجه مورد نظر منجر نشود.

در این زمینه بایستی توجه داشت که مواجهه با آسیب‌های اجتماعی به‌طور عام و آسیب اعتبار به‌طور خاص، امری مقطعی و گذرا نیست که در قالب طرح‌های ضربتی با عنوان ساماندهی افراد دارای تجاهر به اعتبار، جمع‌آوری کارتن‌خواب‌ها و غیره انجام شود. این موضوع، فرایندی پیچیده، زمان‌بر، چند سطحی و با نفوذ و نقش ذی‌نفعان مختلف است که به هر میزان هر یک از این ذی‌نفعان نادیده انگاشته شوند، احتمال موفقیت فرایند نیز کاهش خواهد یافت. مادام که سیاست‌گذار و مجری، چنین رویکردی به مواجهه با مسئله اعتبار نداشته باشد، وضعیت کم‌وبیش همین خواهد بود و پیشرفتی در مدیریت، کنترل یا کاهش مسئله رخ نخواهد داد. درواقع، همچنان که مقوله محوری مقاله حاضر نیز ارجاع دارد، چرخه درمان و بازتوانی اعتبار در فرایند درمان اجباری معتادان متجاهر تکمیل نشده و این وضعیت منجر به ناقص ماندن اقدامات و تلاش‌های صورت گرفته گردیده است.

درمجموع این مقاله، هم‌راستا با ادبیات پژوهشی پیشین و مبتنی بر یافته‌های حاصل شده، رویکرد درمان اجباری اعتبار در ایران را به‌صورت کامل نفی و رد نمی‌کند؛ بلکه معتقد است که بایستی این رویکرد به صورتی بسیار محدود و در صورت وقوع سایر شرایط لازم و به شیوه‌ای علمی و درست انجام گیرد. محدود بودن استفاده از این رویکرد به معنای آن است که سیاست‌گذاران و مجریان مکلف شوند، اولاً حوزه پیشگیری را که در کشور ما تقریباً رها شده است، بسیار جدی‌تر پیگیری نمایند؛ ثانیاً انواع مراکز و درمان‌های داوطلبانه را تسهیل و ترویج کرده و به دنبال جذب فعالانه افراد درگیر اعتبار باشند؛ ثالثاً رویکرد کاهش آسیب اعتبار که تمرکز بر آن با تغییرات مدیریتی نوسان داشته است را به‌عنوان یکی از رویکردهای اصلی در مواجهه با افراد دارای تجاهر به اعتبار پیگیری کرده و تقویت نمایند؛ ثالثاً ملزومات انجام اثربخش درمان اجباری، از قبیل تعریف دقیق مفهوم تجاهر، تعیین شاخص‌ها و دستورالعمل دستگیری افراد متجاهر، پروتکل غربالگری، دستورالعمل علمی نگهداری و درمان، راه‌اندازی سامانه‌های نظارت و کنترل هوشمند، سازوکارهای مراقبت پس از خروج و مدیریت مورد و غیره را در اولویت اصلاح و پیگیری قرار دهند و سپس این نوع مراکز را به میزان موردنیاز توسعه بخشند.

محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر، همچون هر مطالعه کیفی دیگری، با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که در تفسیر یافته‌ها باید مورد توجه قرار گیرند. نخست، این پژوهش در بستر زمانی و مکانی خاصی (ایران، ۱۴۰۳-۱۴۰۴) انجام شده است و با توجه به پویایی سیاست‌های اعتبار و

تغییرات مداوم در قوانین و ترتیبات نهادی مرتبط، امکان تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر دوره‌ها یا زمینه‌های جغرافیایی دیگر وجود ندارد. به دلیل حساسیت موضوع پژوهش و پیامدهای حقوقی-امنیتی مرتبط با درمان اجباری اعتیاد، برخی از مشارکت‌کنندگان در بیان دیدگاه‌های خود محتاطانه عمل کردند که این امر ممکن است تا اندازه‌ای بر عمق و غنای داده‌های جمع‌آوری شده تأثیر گذاشته باشد. پژوهش حاضر صرفاً بر دیدگاه‌های متخصصان، سیاست‌گذاران و کنشگران اجرایی متمرکز بوده و به دلیل محدودیت‌های دسترسی و ملاحظات اخلاقی، صدای جامعه هدف یعنی معتادان متجاهر به صورت مستقیم در این پژوهش شنیده نشده است؛ این مسئله به عنوان یک شکاف پژوهشی محسوب می‌شود که مطالعات آینده می‌توانند با رویکردهای مشارکتی و مردم‌نگارانه به آن بپردازند. عدم وجود داده‌های آماری جامع و قابل اعتماد درباره تعداد دقیق، ویژگی‌ها و وضعیت پس از خروج معتادان متجاهر، امکان ارزیابی کمی از اثربخشی مراکز ماده ۱۶ را فراهم نکرد و تحلیل را به داده‌های کیفی محدود ساخت.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به طور برابر در نوشتن مقاله نقش داشته‌اند.

منابع مالی

این مقاله به صورت مستقل نوشته شده و برای نوشتن آن، از هیچ سازمانی حمایت مالی دریافت نشده است.

تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان، در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

نویسندگان کلیه نکات اخلاقی به ویژه عدم دستکاری و تحریف داده‌ها را در این مقاله رعایت کرده‌اند.

منابع

— علیزاده، مهناز، اباذری، یوسف، ترکمان، فرح و کلانتری، عبدالحسین (۱۳۹۹). بر ساخت اعتیاد و روند ابژه‌سازی معتاد در دهه‌های پس از انقلاب ۱۳۵۷. مسائل اجتماعی ایران، ۱۱ (۱)، ۲۰۱-۱۷۷.
10.29252/jspi.11.1.177

- بختیاری، عباس (۱۳۹۹). پیامدهای درمان اجباری اعتیاد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی (ره).
- ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۸). گزارش عملکرد وضعیت حوزه مبارزه با مواد مخدر. دسترسی محدود.
- رحیمی موقر، آفرین و همکاران (۱۳۹۰). درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده در مرکز اقامتی (۲): ارزیابی نتایج در پیگیری دو و شش ماهه. فصلنامه پایش، ۱۰ (۴)، ۵۱۲-۵۰۳.
- رحیمی موقر، آفرین و همکاران (۱۳۹۰). درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده در مرکز اقامتی (۱): ارزیابی فرایند مداخلات. فصلنامه پایش، ۱۰ (۴)، ۵۰۲-۴۹۳. URL: <http://payeshjournal.ir/article-1-503-fa.htm>
- رفیعی، حسن و همکاران (۱۳۹۶). بررسی فرآیند کارتن خوابی و وضعیت افراد دچار اعتیاد خیابانی مقیم مراکز اقامتی (ماده ۲ تبصره ۱۶) و مقایسه آن با افراد دچار اعتیاد خیابانی مقیم پاتوق در استان تهران. سازمان بهزیستی استان تهران، دسترسی محدود.
- علیوردی‌نیا، اکبر، جانعلی‌زاده، حیدر، جعفری، آزاده (۱۳۹۱). تحلیل اجتماعی نقش انگ‌زنی غیررسمی در نگرش دانشجویان نسبت به مواد مخدر. پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران، ۱ (۴)، ۱۰۱-۱۱۸. URL: <http://payeshjournal.ir/article-1-503-fa.htm>
- غلامی، حسین (۱۳۸۷). تکرار جرم، تهران: میزان.
- قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰).
- ۱۳۹۶، مصوب ۱۳۹۶/۰۱/۱۶، مجلس شورای اسلامی.
- قانون تحدید تریاک، مصوب ۱۳۸۹/۱۲/۲۳، مجلس شورای ملی.
- قانون مبارزه با مواد مخدر، مصوب ۱۳۶۷/۰۸/۰۳ با اصلاحات و الحاقات بعدی (۱۳۷۶، ۱۳۸۹ و ۱۳۹۶).
- محرز، مینو و همکاران (۱۳۹۴). ارزیابی میزان اثربخشی خدمات درمانی مراکز ماده ۱۶ در سطح کشور- مطالعه ملی. تهران: دنیای درون.
- مغنی‌باشی منصوریه، امیر، فتحی، منصور، براتی سده، فرید و اسلامیان، ایوب (۱۳۹۶). مرور سیستماتیک اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۱۱ (۴۲)، ۱۶۰-۱۴۱. URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-1089-fa.html>
- فتحی، منصور و بختیاری، عباس (۱۴۰۰). مطالعه کیفی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد. نشریه علمی انتظام اجتماعی، ۱۳ (۱)، ۱۶۷-۲۰۰. DOR: 20.1001.1.20086024.1400.13.1.7.1
- میرزایی مقدم، مرتضی (۱۳۸۹). ارزیابی تأثیر شدت و قطعیت کيفرها در پیشگیری از جرم. فصلنامه مطالعات پیشگیری از جرم، ۵ (۱۶)، ۱۸۵-۱۷۳.
- میرکاظمی و همکاران (۱۳۹۷). طرح تبیین وضعیت و نیازسنجی در مورد مراکز درمان اعتیاد موضوع ماده ۱۶ اصلاحیه قانون اصلاح مبارزه با مواد مخدر. سازمان بهزیستی کشور.
- نصرافشانی، مهدی و همکاران (۱۳۸۷). بستری و درمان اجباری: نگاهی به قوانین بهداشت روان. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴ (۱)، ۱۶-۴.
- رایننگتن، ارل و واینبرگ، مارتین (۱۳۹۳). رویکردهای نظری هفتگانه در بررسی مسائل اجتماعی. ترجمه رحمت‌الله صدیق سروستانی، چاپ هشتم، تهران: دانشگاه تهران.
- یوسف‌وند، سامان (۱۴۰۳). گزارش سیاستی بررسی مسئله ساماندهی آسیب‌دیدگان اجتماعی

- (بی‌خانمانی) در ایران و جهان و ارائه درس‌آموخته‌های سیاستی. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. <https://doi.org/10.22034/report.mrc.2025.1404.33.2.20355-1>
- Davies, T. (2002). Sociological theories of drug abuse. In *Sociology of addiction* (pp. 87–105). Routledge.
 - International Drug Policy Consortium. (2014, February). Compulsory rehabilitation in Latin America: An unethical, inhumane and ineffective practice (IDPC Advocacy Note). https://www.hr-dp.org/files/2016/08/24/idpc-advocacy-note_compulsory-rehabilitation-latin-america_english.pdf
 - Kumarasingha, K. A. W. (2022). Compulsory drug treatment and rehabilitation: Human rights issues in Sri Lanka. In *Proceedings of the International Symposium on Drug Related Studies*. National Dangerous Drugs Control Board.
 - National Consultative Assembly. (1911). Law on Opium Restriction. Adopted on March 14, 1911.
 - Prilutskaya, M. (2023). Compulsory drug treatment in Kazakhstan. In I. I. Michels, U. Pape, & H. Stöver (Eds.), *Social work and health in prisons: Studies from Central Asia and China* (pp. 185–202). Nomos Verlagsgesellschaft.
 - 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.

References in Persian

- Alizadeh, M., Abazari, Y., Torkaman, F., & Kalantari, A. H. (2020). The social construction of addiction and the process of objectification of addicts in the decades following the 1979 Revolution. *Social Problems of Iran*, 11(1), 177–201. <https://doi.org/10.29252/jspi.11.1.177> [in Persian]
- Bakhtiari, A. (2020). The consequences of compulsory addiction treatment [Master's thesis, Allameh Tabataba'i University]. [in Persian]
- Drug Control Headquarters. (2019). Performance report on the status of the field of drug control. Restricted access. [in Persian]
- Rahimi-Moqer, A., et al. (2011). Compulsory methadone maintenance treatment for addicts in a residential center (2): Evaluation of outcomes at two- and six-month follow-ups. *Payesh*, 10(4), 503–512. [in Persian]
- Rahimi-Moqer, A., et al. (2011). Compulsory methadone maintenance treatment for addicts in a residential center (1): Evaluation of the intervention process. *Payesh*, 10(4), 493–502. [in Persian]
- Rafiei, H., et al. (2017). Examining the process of homelessness and the status of individuals with street addiction residing in residential centers (Article 2, Note 16) and comparing them with individuals with street addiction residing in hangouts in Tehran

Province. Tehran Province Welfare Organization. Restricted access. [in Persian]

– Alivardinia, A., Janalizadeh, H., & Jafari, A. (2012). Social analysis of the role of informal labeling in students' attitudes toward drugs. *Strategic Research on Social Problems of Iran*, 1(4), 1–18. [in Persian]

– Gholami, H. (2008). *Recidivism*. Mizan Publications. [in Persian]

– Islamic Republic of Iran. (2017). *Sixth Five-Year Development Plan Law for Economic, Social, and Cultural Development (2017–2021)*. Islamic Consultative Assembly. [in Persian]

– Islamic Republic of Iran. (1911). *Opium Restriction Act*. National Consultative Assembly. [in Persian]

– Islamic Republic of Iran. (1988). *Anti-Narcotics Law, as amended and supplemented in 1997, 2010, and 2017*. [in Persian]

– Moharaz, M., et al. (2015). Evaluation of the effectiveness of treatment services provided by Article 16 centers nationwide: A national study. Office of Research and Education, Secretariat of the Drug Control Headquarters of the Presidency. *Donyaye Daron*. [in Persian]

– Moghani-Bashi Mansourieh, A., Fathi, M., Barati Sedeh, F., & Eslamian, A. (2017). Systematic review of the effectiveness of compulsory addiction treatment interventions. *Journal of Research on Addiction*, 11(42). [in Persian] URL: <http://etiadpajohi.ir/article-۱-۱۰۸۹-fa.html>

– Fathi, M., & Bakhtiari, A. (2021). A qualitative study of the consequences of compulsory addiction treatment. *Scientific Journal of Social Order*, 13(1). DOR: 20.1001.1.20086024.1400.13.1.7.1 [in Persian]

– Mirzaei-Moghaddam, M. (2010). Evaluation of the effect of the severity and certainty of punishment on crime prevention. *Journal of Crime Prevention Studies*, 5(16). [in Persian]

– Mirkazemi, et al. (2018). A plan for explaining the situation and assessing needs regarding addiction treatment centers under Article 16 of the Amendment to the Anti-Narcotics Law. State Welfare Organization of Iran, Deputy for Addiction Prevention and Treatment. [in Persian]

– Nasr-Esfahani, M., et al. (2008). Compulsory hospitalization and treatment: A review of mental health laws. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(1), 4–16. [in Persian]

– Robington, E., & Weinberg, M. (2014). *Seven theoretical approaches to the study of social problems* (R. Sedigh-Sarvestani, Trans.; 8th ed.). University of Tehran Press. [in Persian]

– Yousefvand, S. (2024). Examining the issue of organizing socially vulnerable people (homelessness) in Iran and the world and presenting policy lessons learned. Research Center of the Islamic Consultative Assembly. <https://doi.org/10.22034/report.mrc.2025.1404.33.2.20355-1> [in Persian]