

ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تاریخ انتشار:
۱۴۰۳/۱۰/۱۱

شماره مسلسل: ۲۰۲۹۸
کد موضوعی: ۲۱۰



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

عنوان گزارش:

ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر

نوع گزارش: طرح و لایحه ، نظارتی ، راهبردی

نام دفتر:

مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین:

مرتضی گنجی (گروه آسیب‌های اجتماعی)

مدیر مطالعه:

فاطمه محمدی

اظهار نظرکنندگان خارج از مرکز:

فرید براتی سده (دکتری روان‌شناسی و کارشناس حوزه اعتیاد)، امیر مغنی‌باشی منصوریه (عضو هیئت علمی گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی)، حسن رفیعی (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی)، مسعود رضاپور (دادیار دادسرای انقلاب تهران و قاضی ناظر طرح ماده ۱۶)

اظهار نظرکنندگان:

فرشید خضری، سامان یوسفوند (دفتر مطالعات اجتماعی)، میثم عظیمی، رامین مالک (دفتر مطالعات حقوقی)

ناظران علمی:

محمد رضا مالکی، هادی افراسیابی

ویراستار ادبی:

شیوا امین اسکندری

گرافیک و صفحه آرایی:

محمد دهقانی شهرابی

واژه‌های کلیدی:

۱. درمان اجباری

۲. ماده (۱۶)

۳. تجاهر به اعتیاد

۴. قانون مبارزه با مواد مخدر

۵. اعتیاد



تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۳/۰۲/۱۵



فهرست مطالب

چکیده.....	۶
خلاصه مدیریتی.....	۷
۱. مقدمه.....	۹
۲. پیشینه پژوهش.....	۱۰
۳. روش پژوهش.....	۱۶
۴. چارچوب مفهومی.....	۱۶
۵. چيستی مراکز ماده (۱۶) و آیین نامه اجرائی آن.....	۱۸
۶. ترسیم و توصیف وضعیت مراکز موضوع ماده (۱۶).....	۱۹
۷. ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز ماده (۱۶).....	۲۲
۸. جمع بندی و پیشنهادها.....	۲۶
منابع و مأخذ.....	۳۱

فهرست جداول

جدول ۱. عمده ترین چالش های مراکز ماده ۱۶.....	۷
جدول ۲. پیشینه پژوهش های داخلی در زمینه درمان اجباری اعتیاد.....	۱۰
جدول ۳. برخی مطالعات و تجربیات خارجی در زمینه درمان اجباری اعتیاد.....	۱۲
جدول ۴. مفاد مربوط به حوزه درمان و کاهش آسیب در قانون مبارزه با مواد مخدر و سیر تطور آن.....	۱۴
جدول ۵. تحلیل برخی از رویکردهای نظری در زمینه درمان اجباری اعتیاد.....	۱۷
جدول ۶. اصلی ترین تکالیف تعیین شده در آیین نامه اجرائی مراکز ماده ۱۶.....	۱۸
جدول ۷. روند تغییر تعداد مراکز و مددجویان ماده (۱۶) و مجریان تبصره ۲ ذیل آن.....	۲۰
جدول ۸. تعداد و پراکندگی مراکز ماده (۱۶) و مجریان تبصره ۲ ماده (۱۶) در کشور.....	۲۰
جدول ۹. عمده ترین چالش های مربوط به مراکز ماده (۱۶) براساس بررسی های پژوهش.....	۲۲

فهرست شکل ها

شکل ۱. روند تشدید مسئله اعتیاد و گام های برنامه ای مربوطه.....	۲۹
--	----



ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر

چکیده



اعتیاد فراگیرترین آسیب اجتماعی در کشور است که طی قرن گذشته و به‌ویژه پس از وقوع انقلاب اسلامی تمهیدات مختلفی در راستای کنترل و کاهش آن صورت گرفته است؛ از جمله مهم‌ترین این اقدام‌ها، تصویب قانون مبارزه با مواد مخدر از سوی مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۶۷ بوده است. این قانون مبنای همه اقدام‌های انجام گرفته در زمینه مواجهه با تولید، توزیع و مصرف مواد مخدر در کشور بوده و تاکنون سه مرتبه در سال‌های ۱۳۷۶، ۱۳۸۹ و ۱۳۹۶ اصلاح شده است. براساس ماده (۱۶) از اصلاحیه مصوب ۱۳۸۹ این قانون، افراد دارای تجاهر به اعتیاد به‌منظور درمان و بازتوانی با حکم قضایی به مدت یک الی سه ماه در مراکز دولتی و مجاز نگهداری می‌شوند. آیین‌نامه اجرایی ماده (۱۶) در سال ۱۳۹۶ به تصویب ستاد مبارزه با مواد مخدر رسیده و پس از آن تعداد مراکز موضوع این ماده در کشور با سرعت بالایی افزایش یافته است. با این وجود، متخصصان امر و پژوهش‌های تخصصی نقدهایی در زمینه فرایند و عملکرد این مراکز و رویکردهای ترویج‌کننده آن وارد کرده‌اند. گزارش حاضر تلاش دارد، مبتنی بر بند «ج» از ماده (۲) قانون شرح وظایف مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، با استفاده از روش‌های مقتضی به ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز ماده (۱۶) پرداخته، چالش‌ها و نواقص موجود را شناسایی و پیشنهادها و راهکارهای سیاستی متناسب را ارائه کند. بررسی‌های این گزارش حاکی از آن است که فرایند جمع‌آوری، غربالگری، درمان و بازتوانی و مراقبت پس از خروج مراکز با چالش‌های مختلفی مواجه است، لذا وضعیت و روندهای موجود نیازمند اصلاح و بازنگری است.



بیان / شرح مسئله

به صورت اجمالی، رویکردهای اصلی در زمینه مواجهه با مواد مخدر را می توان در چهار حوزه پیشگیری، درمان و باز توانی، کاهش آسیب و کاهش عرضه دسته بندی کرد؛ کاهش آسیب به دنبال کاستن از برخی زیان های مصرف مواد مخدر مثل ایدز و سایر بیماری های واگیر برای فرد مصرف کننده و دیگران است. از جمله اقدام هایی که طی سال های اخیر در حوزه درمان و باز توانی افراد دچار اعتیاد در کشور انجام گرفته است، راه اندازی مراکز درمان اجباری افراد دارای تجاهر به اعتیاد تحت مفاد ماده (۱۶) اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۹) است. در چند سال گذشته و مبتنی بر افزایش حساسیت افکار عمومی نسبت به حضور و زیست افراد دارای تجاهر به اعتیاد در اقصی نقاط کشور، این مراکز با روندی پرسرعت گسترش یافته و طی ۹ سال از ۲۳ به ۹۰ مرکز رسیده و بیشترین سهم از منابع مالی مربوطه نیز برای مدیریت و توسعه آن ها صرف شده است. با وجود چنین وضعیتی، این مراکز با چالش های مختلفی دست به گریبان بوده و عملکرد آن ها محل بحث و مناقشه است، به طوری که اغلب متخصصان حوزه اعتیاد قائل به اثربخش نبودن این مراکز بوده و پیشنهاد اصلاح روندهای موجود را دارند. بر همین اساس، گزارش حاضر تلاش دارد تا با استفاده از روش های متناسب از جمله بازدید میدانی از برخی مراکز مربوطه، گفتگو با مددجویان، مصاحبه با متخصصان، برگزاری جلسات تخصصی، رجوع به پژوهش های علمی و غیره وضعیت و فرایند مربوط به این مراکز را مورد ارزیابی قرار دهد.

نقطه نظرات / یافته های کلیدی

بررسی انجام شده نشان می دهد فرایند جمع آوری، غربالگری، نگهداری، درمان، باز توانی و مراقبت های پس از خروج افراد دارای تجاهر به اعتیاد در مراکز ماده (۱۶) دارای نواقص و اشکال های اساسی بوده که امکان اثربخشی این مراکز را به شدت کاهش داده است. مواجهه سیاسی و مقطعی با افراد دارای تجاهر به اعتیاد و دنبال کردن اهدافی غیر از درمان و باز توانی، به شکل گیری چرخه های معیوب از جمع آوری، نگهداری، آزادسازی و جمع آوری مجدد منجر شده است. به نحوی که در بهترین حالت، این مراکز صرفاً به دور شدن این افراد از فضاها و دید عمومی، پاک سازی میلمان شهری و کاهش برخی جرائم خرد منجر شده است؛ در حالی که به نظر می رسد سیاستگذار برای جلوگیری از ایجاد این چرخه معیوب ناگزیر است به سمت اصلاح وضع موجود و تلاش برای بهبود، باز توانی و ادغام مؤثر افراد دارای تجاهر به اعتیاد در جامعه حرکت کند؛ چرا که پیگیری اهداف مقطعی و کوتاه مدت به جز هدر دادن منابع مالی، زمان و انرژی جمعی، نقض کرامت و حقوق انسانی این دسته از آسیب دیدگان اجتماعی و باز تولید بفرنج تر مسئله، حاصلی نخواهد داشت.

یافته های این گزارش حاکی از آن است که اصلی ترین چالش های موجود در این حوزه در قالب سه محور اجرایی، ساختاری و فرایندی / زمینه ای به شرح جدول زیر قابل دسته بندی است.

جدول ۱. عمده ترین چالش های مراکز ماده ۱۶

نوع چالش	اجرایی	ساختاری	فرایندی / زمینه ای
مصادیق	معیوب بودن چرخه جمع آوری	مواجهه مقطعی و ناپایدار با افراد دارای تجاهر به اعتیاد	ابهام در تعریف تجاهر و تعیین شاخص های آن
	اختلال در فرایند و کیفیت غربالگری	کمبود، ناپایداری و توزیع نامتوازن اعتبارات مالی	تقلیل چرخه درمان و توانمندسازی به خدمات اولیه پزشکی
	تکمیل نبودن و نقص در فرایند نگهداری و درمان	فقدان انسجام آیین نامه ها و دستورالعمل ها	شنیده نشدن صدای جامعه هدف
	ناکافی بودن نظارت های قضایی مربوطه	فقدان نظام تولید داده، ارزیابی و پایش عملکردها و فرایندها	برچسب زنی و طرد اجتماعی مضاعف
	تکدوری نبودن خدمات و بی توجهی به خاص بودگی های مددجویان	ضعف در اقدام و مراقبت نظام مند پس از خروج	تعارض منافع ذاتی و اقتصاد سیاسی چرخه درمان اعتیاد



پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

- مبتنی بر چالش‌های شناسایی شده در این بررسی، پیشنهادهای ذیل قابل طرح و پیگیری است:
- اعتیاد از معدود آسیب‌های اجتماعی در کشور است که دارای متولی مشخص و تعیین شده است. بر همین اساس انتظار این است که عملکرد ساختاری و نهادی در این حوزه نظام‌مندتر از سایر آسیب‌های اجتماعی و با اثربخشی بیشتر باشد؛ اما عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر به‌ویژه طی سال‌های اخیر مورد نقد متخصصان امر قرار گرفته است. لذا به‌نظر می‌رسد یکی از اصلی‌ترین پیش‌نیازهای لازم برای افزایش اثربخشی در حوزه درمان اعتیاد، تغییر رویکرد و بهینه‌سازی عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر از طریق سازوکارهای متناسب است.
 - لازم است که در فرایند اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر، سازوکارهای نظارتی برای بررسی و ارزیابی عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر، شورای هماهنگی استان‌ها و همه دستگاه‌های ذی‌ربط از جمله سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان فنی و حرفه‌ای و غیره که تکلیف قانونی در زمینه کاهش آسیب و درمان اعتیاد دارند تعریف شده و ضمانت اجرای متناسب برای ترک فعل‌ها در نظر گرفته شود.
 - سیاستگذاران و مجریان حوزه اعتیاد باید به‌جای تلاش برای افزایش مدت زمان نگهداری از افراد دارای تظاهر به اعتیاد که در لایحه تقدیمی پیش‌بینی شده است؛ اولاً مقوله پیشگیری را در سطوح مختلف و به‌صورتی نظام‌مند ایجاد یا تقویت کنند؛ ثانیاً رویکرد کاهش آسیب و درمان‌های داوطلبانه پیش‌بینی شده ذیل ماده (۱۵) قانون را اولویت بخشیده و پیگیری کنند؛ ثالثاً کیفیت و اثربخشی فرایند موجود در مراکز ماده (۱۶) را ارتقا بخشیده و چالش‌های مربوطه را برطرف کنند؛ چراکه، ناکامی‌های موجود در زمینه درمان، بهبود و بازتوانی افراد دچار تظاهر به اعتیاد، بیش از آن که مربوط به مدت زمان نگهداری از این افراد در مراکز درمان اجباری باشد، ناشی از نواقص و اشکال‌های فرایندی موجود در زمینه چگونگی جمع‌آوری، غربالگری، درمان و بازتوانی با رویکرد جامع زیستی-روانی-اجتماعی، و مراقبت‌های پس از خروج است. بر همین اساس، تمرکز بر تغییر مدت زمان نگهداری ناشی از کم‌توجهی به نظرات کارشناسی بوده و هیچ‌گونه کمکی به اصلاح و بهبود فرایندهای کنونی نخواهد کرد.
 - تصویب و تخصیص کافی و به‌هنگام اعتبارات مالی در حوزه کاهش تقاضا و تقسیم‌آن در بخش‌های پیشگیری، کاهش آسیب، درمان و بازتوانی به‌صورتی هدفمند در دستور کار قرار گیرد. البته حتماً لازم است در این زمینه، به ارزیابی هزینه-فایده طرح‌ها و هزینه-اثربخشی آن‌ها و نیز اصل بهینه‌سازی و نظارت توجه شود. همچنین باید منابع تخصیص یافته در حوزه کاهش تقاضا به‌صورتی هوشمندانه و با اولویت حوزه پیشگیری تعریف و تعیین شود.
 - بهبودی و بازتوانی پایدار افراد دچار تظاهر به اعتیاد نیازمند مراقبت‌های هوشمند و نظام‌مند پس از خروج است؛ این مراقبت‌ها خود ابعاد مختلف قضایی، پزشکی، روان‌پزشکی، حمایتی و مددکاری اجتماعی دارد. براین اساس، باید ضمن اصلاح آیین‌نامه مراقبت بعد از خروج معتادان، تکالیف دستگاه‌های ذی‌ربط به‌وضوح تعریف شده، شاخص‌های لازم برای نظارت و ارزیابی بر آن فراهم شود. در این میان، به‌نظر می‌رسد پرداختن به اقدام‌های حمایتی مبتنی بر اولویت‌بخشی به بحث ادغام اجتماعی و تلاش برای نجات افراد دچار تظاهر به اعتیاد از بی‌خانمانی از طریق سازوکارهای مقتضی، نسبت به سایر اقدام‌های در دسترس، از اولویت بیشتری برخوردار است.

۱. مقدمه

اعتیاد یکی از قدیمی‌ترین و مزمن‌ترین آسیب‌های اجتماعی جامعه ایران است. مواجهه سیاستی با این آسیب، قدمتی بیش از یک قرن دارد. در دهه هشتاد از قرن سیزدهم شمسی و بعد از شکل‌گیری مجلس اول پس از انقلاب مشروطه، نخستین احکام سیاستی-قانونی در زمینه مسئله اعتیاد تدوین و اجرا شده و پس از آن نیز تا زمان کنونی، رویکردها و سیاست‌های مختلف و متعددی برای مقابله مؤثر با این پدیده در دستور کار قرار گرفته است. با وجود همه تلاش‌های انجام گرفته، به دلایل گوناگون، این اقدام‌ها چندان ثمربخش واقع نشده و موفقیت چشمگیری در کنترل و کاهش این آسیب اجتماعی حاصل نشده است. این وضعیت طی چند دهه گذشته نیز کماکان ادامه داشته و فارغ از اقدام‌های تقنینی و برنامه‌های اجرایی انجام شده، روند اعتیاد در کشور افزایشی بوده است.

سیاستگذار به منظور مواجهه اثربخش با مسئله قاچاق مواد مخدر و اعتیاد در سال ۱۳۶۷ به تدوین قانون مبارزه با مواد مخدر اقدام کرده است؛ این قانون تاکنون دو مرتبه در سال‌های ۱۳۷۶ و ۱۳۸۹ توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام و یک مرتبه در سال ۱۳۹۶ توسط مجلس شورای اسلامی مورد اصلاح و بازنگری قرار گرفته است. طبق مفاد ماده (۱۶) قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۹)، افراد دارای تجاهر به اعتیاد با دستور مقام قضایی 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 قضایی، برای یک دوره سه‌ماهه قابل تمدید است. آیین‌نامه اجرایی این ماده نیز در سال ۱۳۹۶ به تصویب ستاد مبارزه با مواد مخدر رسیده است؛ براساس این آیین‌نامه، مراکز تحت عنوان مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان (معروف به مراکز ماده (۱۶) و مراکز ماده (۱۵)) داوطلب اجرای تبصره «۲» ماده (۱۶) قانون در سراسر کشور راه‌اندازی شده است.

مبتنی بر مفاد قانون مذکور و در ماده (۱۵) و (۱۶) آن، افراد درگیر با مسئله اعتیاد از طریق دو سازوکار، ملزم به پیگیری فرایند درمان شده‌اند. سازوکار اول که ذیل ماده (۱۵) قانون به آن پرداخته شده است، روندی داوطلبانه را برای مراجعه افراد دارای اعتیاد پیش‌بینی کرده و در ماده (۱۶) سازوکار مربوط به افراد دارای تجاهر به اعتیاد تشریح شده است. طبق این ماده، افراد دارای تجاهر به اعتیاد با حکم مقام قضایی و به صورتی اجباری به مراکز موضوع این ماده ارجاع داده می‌شوند. 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. همچنین دولت سیزدهم طی لایحه اصلاحی ارائه شده به مجلس شورای اسلامی^۱ تغییراتی را در وضعیت و شرایط این مراکز پیشنهاد کرده است. تغییر در وضعیت حقوقی مراکز ماده (۱۶) مستلزم آن است که نظام سیاستگذاری در گام نخست به ارزیابی فرایند و عملکرد این نوع از مراکز پرداخته و نقاط قوت و ضعف تقنینی، نظارتی و اجرایی را شناسایی کند؛ سپس مبتنی بر ارزیابی صورت گرفته به تغییر و اصلاح قوانین، آیین‌نامه‌ها و رویه‌های حقوقی و اجرایی دست زند. بر همین اساس، گزارش حاضر تلاش دارد تا به ارزیابی کیفی فرایند و عملکرد مراکز ماده (۱۶) در کشور پرداخته و پیشنهادهای سیاستی، تقنینی و نظارتی مقتضی را به منظور بهینه‌سازی وضعیت این مراکز ارائه کند.



۲. پیشینه پژوهش



۲-۱. سوابق مطالعاتی داخلی

به‌منظور ارائه تصویری دقیق‌تر از ادبیات پژوهشی مربوط به درمان اجباری اعتیاد در کشور، اصلی‌ترین پژوهش‌های مرتبط در قالب جدول ۲ صورت‌بندی شده است.

جدول ۲. پیشینه پژوهش‌های داخلی در زمینه درمان اجباری اعتیاد

ردیف	محقق و سال	عنوان	یافته‌ها
۱	رحیمی موقر و همکاران (۱۳۹۰)	درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده در مرکز اقامتی (۱): ارزیابی فرایند مداخلات؛ [۱] درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده در مرکز اقامتی (۲): ارزیابی نتایج در پیگیری دو و شش‌ماهه [۲]	این گزارش‌ها به بررسی تجربه درمان اجباری در طرح نجات پرداخته که در سال ۱۳۸۶ عملیاتی شده است. در بخش چارچوب نظری اشاره شده است که درمان اجباری موضوعی مناقشه‌برانگیز بوده و دیدگاه‌های متفاوتی درباره آن وجود دارد. با این وجود، گزارش مذکور، درمان اجباری در طرح نجات را اثربخش دانسته است. اما به‌درستی اشاره شده است که این نتیجه‌گیری قابل‌تعمیم نبوده و باید طرح با دقت نظر بیشتری با هدف فراهم شدن امکان ارزیابی دقیق‌تر استمرار یابد.
۲	محرزو همکاران (۱۳۹۶)	ارزیابی میزان اثربخشی خدمات درمانی مراکز ماده (۱۶) در سطح کشور [۳]	این پژوهش به‌صورتی نظام‌مند و مبتنی بر شاخص‌های استخراج شده از دستورالعمل‌های مربوطه انجام گرفته است؛ یافته‌های این مطالعه حاکی از این است که مراکز درمان اجباری در مقطع زمانی مورد نظر با چالش‌هایی نسبتاً اساسی مواجه بوده و با شرایط مطلوب و دستورالعمل‌های اجرایی فاصله‌ای معنا دار داشته است. به‌طوری‌که اکثریت غالب افراد درگیر در فرایند پژوهش (۸۷٪) در مصاحبه‌های عمیق اظهار کرده‌اند که برنامه مذکور اثربخشی ماندگاری نداشته و به‌شکل دور تسلسل بوده است و تاکنون شواهدی مبنی بر توانمندسازی و ارتقای سطح زندگی این افراد در دست نیست. در پاسخ به سؤال «اگر شما اختیار تام داشته باشید چه تصمیمی درخصوص مراکز ماده (۱۶) اتخاذ خواهید کرد؟» ۳۵٪ مراکز را تعطیل می‌کردند، ۴۵٪ تغییرات اصلی در روند اجرایی آن ایجاد می‌کردند، ۱۳٪ نگره داشتن وضع موجود با تقویت جدی خدمات پس از خروج داشتند و تنها ۷٪ شرایط موجود را عیناً حفظ می‌کردند.
۳	مغنی‌باشی و همکاران (۱۳۹۶)	مرور سیستماتیک اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان [۴]	پژوهش حاضر یکی از معدود بررسی‌هایی است که به‌مرور نظام‌مند مطالعات این حوزه پرداخته است؛ اگرچه، تعداد منابعی که در این پژوهش تشریح شده‌اند محدود بوده است. برخی از منابع ذکر شده در این پژوهش عمدتاً به تجربه کشور آمریکا در زمینه درمان اجباری اعتیاد پرداخته‌اند و به برخی از دستاوردهای مراکز درمان اجباری اشاره کرده‌اند. با این حال، این پژوهش درنهایت، درمان داوطلبانه را نسبت به درمان اجباری در اولویت دانسته و سیاست‌گذاران را به این مقوله توصیه کرده است.
۴	رفیعی و همکاران (۱۳۹۶)	بررسی فرایند کارتن خوابی و وضعیت افراد دچار اعتیاد خیابانی مقیم مراکز اقامتی تبصره ۲ ماده (۱۶) و مقایسه آن با افراد دچار اعتیاد خیابانی مقیم پاتوق در استان تهران [۵]	پژوهش حاضر در دو بخش انجام و صورت‌بندی شده است؛ در بخش نخست، فرایند خیابانی شدن افراد دچار اعتیاد با استفاده از روش نظریه داده‌بنیاد استخراج شده است. مهم‌ترین طبقات به‌دست آمده در این بخش عبارت بودند از بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی اجتماعی و آسیب‌پذیری اقتصادی. در بخش دوم، مهم‌ترین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد دچار اعتیاد منتقل شده به مراکز ترک اعتیاد استان تهران با گروه افراد دچار اعتیاد مقیم پاتوق با استفاده از روش مقایسه‌ای مورد تحلیل قرار گرفته‌اند. علاوه بر آن، شاخص‌های 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 اعتیاد به مراکز ماده (۱۶) اثربخشی نداشته است؛ و ۲) غالباً گروهی از افراد دستگیر شده‌اند که الگوی مصرف سبک‌تر یا تجربه تهاجر کوتاه‌تری داشته‌اند. این مطالعه در نهایت نتیجه گرفته است که مراکز اقامتی در بازتوانی افراد دارای اختلال مصرف موثر نبوده و صرفاً توانسته است این افراد را برای مدت سه ماه از انظار جامعه دور کند.
۵	میرکازمی و همکاران (۱۳۹۷)	طرح تبیین وضعیت و نیازسنجی در مورد مراکز درمان اعتیاد موضوع ماده (۱۶) اصلاحیه قانون اصلاح مبارزه با مواد مخدر [۶]	این مطالعه به‌دنبال 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؛ برخی بیان کرده‌اند که به‌منظور اثربخشی باید تغییرات زیادی در این مراکز ایجاد شود یا اثربخشی آنها را به همکاری با سایر دستگاه‌ها منوط 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 به کاهش هزینه‌های جامعه منجر شده و به‌علت تمرکز بر روش درمانی یکسان برای همه، تأثیری در درمان معتادان ندارد.

<p>بختیاری در این پژوهش از طریق مصاحبه کیفی با ۲۲ نفر از افراد دارای تجربه درمان اجباری اعتیاد، به بررسی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد در ایران پرداخته است. این مطالعه، پس از کدگذاری داده‌های حاصل از مصاحبه‌های انجام گرفته، شش مقوله اصلی را در زمینه درمان اجباری استخراج می‌کند. بر این اساس، درمان اجباری اعتیاد ضمن نادیده گرفتن آزادی و اختیار فردی به ضعف در توان خودتعیین‌گری و خود مدیریتی افراد معتاد منجر می‌شود؛ انفعال و بی‌ارادگی را در آنها تقویت کرده و از طریق الصاق چنین برجستگی زمینه تداوم اعتیاد در آنها را فراهم می‌کند؛ درمان اجباری امری سطحی و مقطعی است که امکان ایجاد تأثیرات پایدار را ندارد؛ باعث تثبیت موقعیت ورشکستگی و ناتوانی در مددجویان می‌شود؛ احساس محرومیت و خلأ وجودی را در این افراد تشدید می‌کند؛ و طی آن اصول اخلاقی و حرفه‌ای نادیده انگاشته می‌شود. در مجموع به نظر می‌رسد، براساس این مطالعه، فرایند درمان اجباری اعتیاد در ایران دچار نوعی کژکارکردی بوده و نیازمند بازنگری و اصلاحی اساسی است.</p>	<p>پیامدهای درمان اجباری اعتیاد [۷]</p>	<p>بختیاری (۱۳۹۹)</p>	<p>۶</p>
<p>این گزارش، ضمن ارزیابی اجمالی وضعیت درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور، روند موجود در زمینه تمرکز بیش از حد بر درمان اجباری و غفلت از رویکردهای کاهش آسیب و درمان‌های داوطلبانه مبتنی بر مراکز ماده (۱۵) قانون را نقد می‌کند. همچنین این گزارش، درمان اجباری را دارای پیامدها و آثار منفی برای مددجویان و خانواده آنها و توسعه مراکز نگهداری اجباری به جای توسعه درمان‌های داوطلبانه، فردی، گروهی و اجتماع محور را یکی از تهدیدهای جدی حوزه درمان و کاهش آسیب در کشور دانسته است. استدلال گزارش مذکور این بوده است که کمپ‌های اجباری موجب دوره‌های ترک کوتاه‌مدت می‌شود و نمی‌توانند درمان مؤثری برای اعتیاد باشد. ضمن اینکه، جداسازی معتادان نه تنها با انگ اجتماعی همراه بوده و موجب فاصله گرفتن فرد از اجتماع می‌شود؛ بلکه خانواده‌های بی‌سرپرست را نیز افزایش می‌دهد.</p>	<p>ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد [۸]</p>	<p>کرمانی و باحشمت جویباری (۱۴۰۱)</p>	<p>۷</p>

مأخذ: یافته‌های پژوهش. گزارش حاضر به‌منظور ارائه تصویری از وضعیت درمان اجباری و مراکز ماده (۱۶) طی سال‌های گذشته، مروری اجمالی بر مطالعات پیشین صورت بخشیده و یافته‌های آنها را به عنوان مفاهیم حساس مورد نظر قرار داده است. بررسی گزارش‌های فوق نشان می‌دهد که پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه وضعیت، فرایند و برآیند درمان اجباری اعتیاد و عملکرد مراکز ماده (۱۶) در کشور بسیار کم‌تعداد بوده؛ این مطالعات در بازه‌های زمانی مختلف و معطوف به مقاطعی متفاوت از وضعیت درمان اجباری اعتیاد در کشور انجام شده‌اند. این وضعیت به معنای آن است که آخرین وضعیت و شرایط مراکز ماده (۱۶) در هیچ 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، گزارش حاضر با هدف کمک به افزایش اثربخشی مراکز مذکور و بهبود زیست‌بوم مواجهه با اعتیاد در ایران، به ارزیابی وضعیت و فرایند موجود در این مراکز پرداخته است.

۲-۲. سوابق مطالعاتی خارجی

اعتیاد پدیده‌ای اجتماعی و بافتمند است؛ به این معنا که در جوامع و بسترهای اجتماعی-فرهنگی مختلف، عوامل و زمینه‌های شکل‌گیری یا گسترش آن با هم متفاوت بوده و وزن یکسانی ندارند. بر همین اساس، رجوع به تجربیات سایر کشورها نیازمند التفات به این‌گونه تفاوت‌های پیشینی و زیربنایی است و ناگزیر تجربه هیچ کشوری عیناً برای سایر کشورها قابل اجرا نخواهد بود. به‌رغم چنین وضعیتی، می‌توان و لازم است الگوهای مورد استفاده در سایر جوامع را مورد توجه و مطالعه قرار داده و تلاش کرد تا از درس‌آموخته‌های حاصل از آن بهره‌مند شد. بر همین اساس در جدول ۳، اجمالاً به بررسی برخی از پژوهش‌های صورت گرفته و گزارش‌های تخصصی در زمینه درمان اجباری اعتیاد در سایر کشورهای جهان پرداخته می‌شود.



جدول ۳. برخی مطالعات و تجربیات خارجی در زمینه درمان اجباری اعتیاد

ردیف	محقق و سال	عنوان	یافته‌ها
۱	کنسرسیونم بین‌المللی سیاست مواد مخدر	بازتوانی اجباری در آمریکای لاتین: عملی غیراخلاقی، غیرانسانی و غیرمفید [۹]	این بیانیه 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 برجسب‌زنی به افراد دستگیر شده، 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 کوتاه مدت مجاز شمرده شده است.
۲	ورب و همکاران (۲۰۱۵)	اثربخشی درمان اجباری اعتیاد: یک مرور نظام‌مند [۱۰]	ورب و همکاران او یکی از محدود پژوهش‌های نظام‌مند در زمینه درمان اجباری اعتیاد را انجام داده‌اند که در بسیاری از پژوهش‌های دیگر، در زبان فارسی و انگلیسی، به آن ارجاع داده می‌شود. پژوهش مذکور از بین ۴۳۰ مقاله مرتبط، به بررسی عمیق ۹ مورد پرداخته است. این مطالعه اشاره کرده است که هیچ بررسی نظام‌مند علمی درباره اثربخشی درمان اجباری در جهان انجام نشده است و به‌طور کلی نتنها شواهد کافی برای اثبات موفقیت درمان اجباری ارائه نشده است؛ بلکه برخی از مطالعات به زیان‌بار بودن آن اذعان داشته‌اند. درنهایت، این پژوهش سیاست‌گذاران را به تغییر رویکرد از تمرکز بر درمان اجباری به رویکردهای داوطلبانه مبتنی بر شواهد و کاهش آسیب توصیه کرده است.
۳	وزارت بهداشت کشور نیوزلند	قانون ارزیابی و درمان اجباری اعتیاد به مواد [۱۱]	نیوزلند به‌عنوان یکی از کشورهایی که درمان اجباری اعتیاد در آن انجام می‌شود، شرایط و ضوابطی را در این زمینه تعیین کرده است که قابل تعمیم به سایر نقاط نیز است. درمان اجباری در این کشور طبق قانونی انجام می‌شود که در سال ۲۰۱۷ تصویب شده است. مبتنی بر این قانون، ارزیابی و درمان اجباری آخرین راه‌حل است و این قانون، درمان اجباری را تنها زمانی مجاز می‌داند که همه گزینه‌های دیگر بدون موفقیت پشت‌سرگذاشته شده باشند. اهداف درمان اجباری در این کشور عبارتند از: محافظت از شخص در برابر آسیب؛ اجازه ارزیابی جامع از اعتیاد افراد؛ تثبیت سلامت افراد؛ حفاظت و ارتقای قدرت و منزلت آنها و بازیابی ظرفیت آنها برای تصمیم‌گیری آگاهانه؛ تسهیل درمان و مراقبت مداوم به صورت داوطلبانه و فراهم کردن فرصتی برای مشارکت در درمان داوطلبانه اعتیاد. همچنین، این قانون شاخص‌هایی را برای تشخیص نیازمندی به درمان تعیین کرده است، از جمله: اعتیاد شدید فرد، در معرض خطر بودن سلامتی فرد، ناتوانایی فرد برای مراقبت از خود، ناتوانی در درک شرایط و تصمیم‌گیری برای درمان، تجربه همه شیوه‌های درمانی قابل اجرا، فراهم بودن شرایط و امکان درمان مناسب در مراکز اجباری. طول دوره درمان اجباری در نیوزلند ۸ هفته است که بنا به تصمیم مقام قضایی می‌تواند برای هشت هفته دیگر تمدید شود.
۴	ژیانگ و جیا (۲۰۱۹)	حمایت اجتماعی موقعیتی و عود: بررسی اثر درمان اجباری سوءمصرف مواد در چین [۱۲]	تمرکز اصلی این پژوهش بر تأثیر حمایت‌های اجتماعی در میزان عود معتادان پس از طی دوره درمان اجباری بوده است. نتایج نشان داده است که هرچقدر میزان حمایت اجتماعی بیشتر باشد، امکان تداوم درمان و عدم بازگشت‌پذیری بیشتر خواهد بود. این مقاله همچنین اعتیاد را یکی از فراگیرترین مسائل پیش روی سیاست‌مداران در چین می‌داند. به طوری که در یک دوره پنج‌ساله ۵۴۰ هزار نفر به دلیل جرائم مرتبط با مواد مخدر محکوم شده‌اند. بر این اساس، اقدام‌های تنبیهی در مواجهه با اعتیاد به‌طور سنتی در چین وجود داشته و یکی از انواع آن درمان اجباری بوده است. اشاره شده است که برنامه‌های درمانی ارائه شده در چین هنوز به‌صورت علمی مورد بررسی قرار نگرفته است. در این زمینه، دیدگاه‌های ضد و نقیض پژوهشگران ارائه شده است. برخی محققان معتقدند که توسعه برنامه‌های درمانی گران، پرهزینه و سخت است و اثر آن چندان زیاد نیست. برخی مطالعات میزان عود پس از درمان اجباری را ۸۰ تا ۹۵ درصد ذکر کرده‌اند. برخی دیگر از محققان بیان کرده‌اند که درمان اجباری در زمینه برخی از انواع سوءمصرف مواد (مواد سنتی مانند تریاک و هرئوئین) اثربخش واقع شده است.
۵	کوماراسینگا (۲۰۲۲)	درمان و توانبخشی اجباری اعتیاد؛ حقوق بشر در سریلانکا [۱۳]	این پژوهش، درمان اجباری را فرایندی می‌داند که حقوق انسانی مددجویان را نقض می‌کند؛ بنابراین حرکت به سمت برنامه‌های کاهش آسیب و درمان‌های مشارکتی و جامعه‌محور را به‌منظور تأمین و تضمین حقوق انسانی افراد پیشنهاد کرده است.

ردیف	محقق و سال	عنوان	یافته‌ها
۶	پایگاه خبری استات ^۱	چرا درمان غیراختیاری اعتیاد خطرناک است؟ [۱۴]	بررسی‌های دکتر سارا ویکمن از متخصصان حوزه درمان اختلال سوء مصرف مواد در آمریکا، نشان داده است که میزان عود افرادی که در مراکز درمان اجباری اعتیاد حضور داشته‌اند، سریع‌تر و بیشتر از سایر افرادی است که فرایندهای درمان داوطلبانه را پشت سر گذاشته‌اند. همچنین، احتمال مصرف منجر به اوردوز در مددجویان درمان اجباری دو برابر بیشتر از درمان اختیاری بوده است.
۷	پریلوسکایا (۲۰۲۳)	درمان اجباری مواد مخدر در قزاقستان [۱۵]	پژوهش حاضر انواع درمان غیرارادی اعتیاد را در پنج عنوان دسته‌بندی کرده است: درمان مبتنی بر دستور دادگاه، دادگاه‌های مواد مخدر، درمان اجباری مبتنی بر زندان، تعهد مدنی و توانبخشی اجباری مبتنی بر مرکز. درمان اجباری در قزاقستان به عنوان یکی از کشورهای عضو اتحاد جماهیر شوروی بوده است، همچنان در دستور کار قرار دارد. اما این مطالعه، نرخ بالای پذیرش مجدد در مراکز درمان اجباری را نشان‌دهنده ناموفق بودن مراکز درمان اجباری و نیاز به تجدیدنظر در این زمینه دانسته است. با این وجود، با توجه به فراهم نبودن زمینه‌های اجتماعی و جایگزین‌های مناسب درمانی، حذف کامل بخش‌های درمان اجباری را ناممکن دانسته و ادامه روند درمان اجباری در قزاقستان را به نوعی گریزناپذیر می‌داند. با این شرایط که در چنین فرایندی باید به آموزش روانی، مشاوره انگیزشی، درمان‌های اجتماع محور و جلب حمایت خانواده مددجویان توجه ویژه داشت.
۸	هانگ ژو (۲۰۲۳)	درمان اجباری مواد مخدر در چین [۱۶]	چین به عنوان یکی از کشورهایی که الگوی مواجهه اجباری با معتادان در آن قدمتی نسبتاً طولانی داشته و کماکان نیز رواج دارد؛ اقدام‌های مختلفی برای افزایش اثربخشی این مراکز انجام داده است. از جمله، ادغام مراکزی که ذیل بخش‌های قضایی فعالیت داشته‌اند با مراکز مربوط به دستگاه‌های اداری. با این وجود همچنان چالش‌های اساسی و حل نشده‌ای در زمینه درمان اجباری در چین وجود دارد. از جمله، نگرانی‌های امنیتی در مورد امکان آسیب رساندن معتادان به خودشان و سایر افراد؛ سخت بودن توانبخشی به دلیل طولانی بودن اعتیاد مددجویان، وابستگی شدیدتر مواد مخدر جدید، وجود آسیب‌های روانی و اختلالات شخصیتی در معتادان؛ در معرض خطر بودن بیماران به دلیل بیماری‌های زمینه‌ای.

مأخذ: همان.

مرور و بررسی مطالعات بین‌المللی در زمینه درمان اجباری اعتیاد حاکی از آن است که تعاریف و انواع مختلفی برای درمان اجباری وجود دارد که متداول‌ترین آن دادگاه درمان مدار است؛ لکن مدل‌های دیگری مشابه با الگویی که در کشور ما تدوین شده است هم در سایر کشورها وجود دارد، با این تفاوت که فرایند و کیفیت درمان و همچنین مراقبت‌های پس از خروج در آنها از جایگاه و اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تنوع الگوهای عملیاتی در کشورهای مختلف نسبتاً زیاد بوده و روند ثابتی در همه کشورها پشت سر گذاشته نشده است؛ ضمن اینکه مطالعات انجام گرفته در زمینه بررسی نظام‌مند هزینه-اثربخشی این مطالعات بسیار کم تعداد بوده و این زمینه با خلأهای پژوهشی مواجه است. این شرایط باعث شده امکان برداشتی دقیق و جزئی از وضعیت درمان اجباری در سایر جوامع چندان در دسترس نباشد. اما می‌توان به سهولت دریافت که آخرین دستورالعمل‌ها و بررسی‌های علمی، سیاستگذاران را به تلاش برای کاهش استفاده از روش‌های اجباری و تمرکز بیشتر بر شیوه‌ها و روش‌های اختیاری درمان اعتیاد توصیه کرده‌اند.

۲-۳. سوابق تقنینی

مجمع تشخیص مصلحت نظام قانون مبارزه با مواد مخدر را پس از انقلاب اسلامی، در سال ۱۳۶۷ تدوین کرد و آخرین اصلاحات نسبتاً کلی و اساسی در سال ۱۳۸۹ روی آن اعمال شده است؛^۲ جدول ذیل، مفاد مواد (۱۵) و (۱۶) قانون، که اصلی‌ترین مواد در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد است را در نسخه‌های مختلف این قانون مورد اشاره قرار داده است.

1. STAT- Reporting from the Frontiers of Health and Medicine

۲. در همین زمینه، دولت سیزدهم نیز لایحه اصلاحی را در تاریخ ۱۷ مهر ۱۴۰۲ تقدیم مجلس کرده است که این لایحه پس از برگزاری جلساتی در کمیسیون حقوقی و قضایی مجلس، به دلیل اتمام دوره مجلس یازدهم، به صورت نیمه‌کاره باقی مانده و مجدداً در مجلس دوازدهم در دستور کار این کمیسیون قرار گرفته است.

جدول ۴. مفاد مربوط به حوزه درمان و کاهش آسیب در قانون مبارزه با مواد مخدر و سیر تطور آن

عنوان قانون	تاریخ تصویب / مرجع	محتوای کلیدی
قانون مبارزه با مواد مخدر	۱۳۶۷/۰۸/۰۳ - مجمع تشخیص مصلحت نظام	<p>ماده ۱۵- از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون:</p> <p>الف) کلیه معتادان به مواد مخدر مذکور در ماده ۸ (هروئین، مورفین، کدیین، متادون، مشتقات شیمیایی مورفین و کوکائین، عصاره شیمیایی حشیش، روغن حشیش) موظفند ظرف شش ماه، اقدام به ترک اعتیاد نمایند و ستاد موظف است از همین تاریخ مطابق برنامه و با رعایت اولویت‌ها معتادان مذکور را به مراکز ترک اعتیاد معرفی کند.</p> <p>ب) کلیه معتادان به مواد مذکور در ماده ۴ (بنگ، چرس، تریاک، شیره، سوخته تریاک) که سن آنها کمتر از شصت سال باشد، موظفند ظرف مدت شش ماه اقدام به ترک اعتیاد نمایند. چنانچه پس از انقضای مهلت مقرر ترک اعتیاد نکرده باشند دادسرا آنها را به مراکز بازپروری اعزام می‌کند و این افراد تا ترک کامل اعتیاد در مرکز باقی خواهند ماند. برنامه‌ریزی انجام امور مربوط برعهده ستاد است.</p> <p>ماده ۱۶- پس از انقضای مهلت ماده فوق، معتادان به مواد مخدر مذکور در ماده ۸ به مجازات‌های زیر محکوم خواهند شد:</p> <p>۱. باراول، به پانصد هزار تا یک میلیون ریال جریمه نقدی و چهار تا دوازده ماه حبس.</p> <p>۲. بار دوم، به یک میلیون تا چهار میلیون ریال جریمه نقدی و یک تا سه سال حبس و در صورتی که مرتکب از کارکنان دولت باشد علاوه بر جریمه نقدی و حبس، انفصال دائم از خدمات دولتی.</p> <p>۳. بار سوم به بعد، دو تا چهار برابر مجازات بند ۲ و پنجاه ضربه شلاق.</p> <p>ماده ۱۷- مجازات معتاد به مواد مخدر مذکور در ماده ۴ موضوع بند «ب» ماده (۱۵) که پس از بازپروری در مراکز مربوط مجدداً معتاد گردد به شرح زیر است:</p> <p>۱. باراول پانصد هزار تا یک میلیون ریال جریمه نقدی و چهار تا دوازده ماه حبس.</p> <p>۲. بار دوم، یک میلیون تا چهار میلیون ریال جریمه نقدی و یک تا سه سال حبس و انفصال دائم از خدمات دولتی.</p> <p>۳. بار سوم به بعد، دو تا چهار برابر مجازات مقرر در بند «۲» و پنجاه ضربه شلاق.</p> <p>ماده ۱۹- افراد غیرمعتادی که مواد مخدر مذکور در ماده ۴ را استعمال نمایند به تناسب به ده تا هفتاد و چهار ضربه شلاق یا پنج هزار ریال تا سی و هفت هزار ریال جریمه و افراد غیرمعتادی که مواد مخدر در ماده ۸ را استعمال کنند به بیست تا هفتاد و چهار ضربه شلاق یا ده هزار ریال تا سی و هفت هزار ریال جریمه محکوم می‌شوند.</p>
قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاق موادی به آن	۱۳۷۶/۰۸/۱۷ - مجمع تشخیص مصلحت نظام	<p>ماده ۱۵- اعتیاد جرم است. ولی به کلیه معتادان اجازه داده می‌شود، به مراکز مجازی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص می‌گردد مراجعه و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام نمایند.</p> <p>تبصره ۱- معتادان مذکور در طول مدت درمان و بازپروری از تعقیب کیفری جرم اعتیاد معاف می‌باشند.</p> <p>تبصره ۲- هزینه‌های تشخیص، درمان، دارو و بازپروری توسط شخص معتاد براساس تعرفه‌های مصوب به واحدهای ذی‌ربط پرداخت می‌شود و هزینه‌های مربوط به معتادان بی‌بضاعت هرساله توسط دولت تأمین خواهد شد.</p> <p>تبصره ۳- دولت مکلف است برای احیا و ایجاد اردوگاه‌های بازپروری معتادین به مواد مخدر اقدام لازم را به عمل آورد.</p> <p>ماده ۱۶- معتادان به مواد مخدر مذکور در دو ماده ۴ و ۸ به یک میلیون تا پنج میلیون ریال جزای نقدی و تا سی ضربه شلاق محکوم، در صورت تکرار برای هر مرتبه هربار تا ۷۴ ضربه شلاق محکوم خواهند شد. در صورتی که مرتکب از کارکنان دولت یا مؤسسات و یا ارگان‌های دولتی یا وابسته به دولت باشد علاوه بر مجازات جریمه نقدی و شلاق، به انفصال دائم از خدمات دولتی محکوم می‌شود. ولی چنانچه ثابت شد که محکوم ترک اعتیاد کرده است مجدداً می‌تواند مراحل استخدام را طی کرده و مشغول خدمت در دستگاه‌های دولتی شود.</p> <p>ماده ۱۷- حذف شد.</p> <p>ماده ۱۹- افراد غیرمعتادی که مواد مخدر استعمال نمایند، برحسب نوع مواد به شرح ذیل مجازات می‌شوند:</p> <p>۱. استعمال مواد مذکور در ماده (۴) به بیست تا هفتاد و چهار ضربه شلاق و یک میلیون تا پنج میلیون ریال جزای نقدی.</p> <p>۲. استعمال مواد مذکور در ماده (۸) به پنجاه تا هفتاد و چهار ضربه شلاق و دو تا ده میلیون ریال جزای نقدی.</p>

عنوان قانون	تاریخ تصویب / مرجع	محتوای کلیدی
اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶	۱۳۸۹/۰۵/۰۹ - مجمع تشخیص مصلحت نظام	<p>۶. ماده (۱۵) قانون همراه با دو تبصره به شرح ذیل اصلاح و تصویب گردید:</p> <p>ماده ۱۵- معتادان مکلفند با مراجعه به مراکز مجاز دولتی، غیردولتی یا خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد درمان و کاهش آسیب، اقدام به ترک اعتیاد نمایند. معتادی که با مراجعه به مراکز مذکور نسبت به درمان خود اقدام و گواهی تحت درمان و کاهش آسیب دریافت نماید، چنانچه تظاهر به اعتیاد ننماید از تعقیب کیفری معاف می‌باشد. معتادانی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد ننمایند، مجرمند.</p> <p>تبصره ۱- مراکز مجاز موضوع این ماده، براساس آیین‌نامه‌ای که توسط وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی ظرف مدت سه ماه پس از تصویب این قانون تهیه و به تصویب ستاد می‌رسد، تعیین می‌شود.</p> <p>تبصره ۲- وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف است ضمن تحت پوشش درمان و کاهش آسیب قرار دادن معتادان بی‌بضاعت، تمام هزینه‌های ترک اعتیاد را مشمول بیمه‌های پایه و بستری قرار دهد. دولت مکلف است همه‌ساله در لوائح بودجه، اعتبارات لازم را پیش‌بینی و تأمین نماید.</p> <p>۷- ماده (۱۶) قانون به شرح زیر اصلاح و با سه تبصره تصویب شد:</p> <p>ماده ۱۶- معتادان به مواد مخدر و روان‌گردان مذکور در دو ماده ۴ و ۸ فاقد گواهی موضوع ماده (۱۵) و متجاهر به اعتیاد، با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می‌شوند. تمدید مهلت برای یک دوره سه‌ماهه دیگر با درخواست مراکز مذکور بلامانع است. با گزارش مراکز مذکور و بنا بر نظر مقام قضایی، چنانچه معتاد آماده تداوم درمان طبق ماده (۱۵) این قانون باشد، تداوم درمان وفق ماده مزبور بلامانع می‌باشد.</p> <p>تبصره ۱- با درخواست مراکز مذکور و طبق دستور مقام قضایی، معتادان موضوع این ماده مکلف به اجرای تکالیف مراقبت بعد از خروج می‌باشند که بنا بر پیشنهاد دبیرخانه ستاد با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط، تهیه و به تصویب رئیس قوه قضائیه می‌رسد.</p> <p>تبصره ۲- مقام قضایی می‌تواند برای یک‌بار با اخذ تأمین مناسب و تعهد به ارائه گواهی موضوع ماده (۱۵) این قانون، نسبت به تعلیق تعقیب به مدت شش ماهه اقدام و معتاد را به یکی از مراکز موضوع ماده مزبور معرفی نماید. مراکز مذکور موظفند ماهیانه گزارش روند درمان معتاد را به مقام قضایی یا نماینده وی ارائه نمایند. در صورت تأیید درمان و ترک اعتیاد با صدور قرار موقوفی تعقیب توسط دادستان، پرونده بایگانی و در غیر این صورت طبق مفاد این ماده اقدام می‌شود. تمدید مهلت موضوع این تبصره با درخواست مراکز ذی‌ربط برای یک دوره سه‌ماهه دیگر بلامانع است.</p> <p>تبصره ۳- متخلف بدون عذر موجه از تکالیف موضوع تبصره (۲) این ماده به حبس از نود و یک روز تا شش ماه محکوم می‌شود.</p>

بررسی سیر تغییر و تطور محتوایی مفاد ماده (۱۵) و (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر حاکی از آن است که:

الف) کیفیت کارشناسی محتوای قانونی و شیوه نگارش حقوقی به مرور زمان ارتقا یافته است؛ به صورتی که در قانون اولیه مصوب سال ۱۳۶۷، فارغ از نوع رویکرد و کیفیت محتوایی، ذکر ماده (۱۷) حشو و زائد بوده و امکان اشاره به آن ذیل ماده (۱۶) نیز فراهم بوده است. این تغییر در اصلاح صورت گرفته در سال ۱۳۷۶ اعمال شده است.

ب) در قانون سال ۱۳۶۷، قانونگذار ضمن تفکیک نوع اعتیاد براساس ماده مصرفی، افراد دارای سن بالاتر از ۶۰ سال و معتاد به مواد سنتی مانند تریاک را از لزوم پیگیری فرایند درمان معاف اعلام کرده است. به نظر می‌رسد که این معافیت در تناقض با هدف سیاستگذار برای مواجهه مؤثر با پدیده اعتیاد و اقدام اثربخش در زمینه درمان آن قرار داشته است؛ کما اینکه، این استثنا در اصلاحیه انجام گرفته بر قانون در سال ۱۳۷۶ حذف شده و عموم معتادان فارغ از وضعیت سنی، مکلف به پیگیری درمان شده‌اند.

ج) روند تغییرات محتوایی مفاد مواد (۱۵) و (۱۶) قانون نشان‌دهنده تغییر رویکردها و سیاست‌های نظام حکمرانی در مواجهه با پدیده اعتیاد بوده است. این مقوله، در اصلاحات صورت گرفته بر قانون در سال ۱۳۸۹ به سمت تعدیل و تخفیف مجازات‌ها و تلاش برای زمینه‌سازی به‌منظور بازتوانی و ادغام اجتماعی افراد دارای اعتیاد حرکت کرده است. قانونگذار در جرم‌زدایی از اعتیاد به لحاظ تلقی بیمارگونه معتاد، سیاست جنایی مبتنی بر درمان و بازپروری را اتخاذ کرده ولی در وضع مجازات حبس در مورد معتادی که به تکلیف ارائه گواهی درمان و ترک اعتیاد عمل نکرده باشد نقض غرض کرده است، چراکه اعمال مجازات حبس بر معتاد بیمار علاوه بر آنکه نافی سیاست درمان و بازپروری است به هیچ‌عنوان اثر بازدارندگی و اصلاحی در مورد معتاد به دنبال نخواهد داشت.



د) بندهای چهار و نه سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر سال ۱۳۸۵ بر اتخاذ راهکارهای پیشگیرانه با بهره‌گیری از امکانات دولتی و غیردولتی و مشارکت جدی آحاد مردم و خانواده‌ها و حمایت از تشکل‌های مردمی در زمینه‌های پیشگیری، کاهش آسیب و درمان معتادان تصریح دارد. بنابراین قانونگذار در اصلاح مواد (۱۵) و (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر، سیاست جنایی مشارکتی را به صورت محدود در خصوص درمان اعتیاد و کاهش آسیب آن هم با نظارت دولت پذیرفته است؛ بدین نحو که شخص معتاد را به ارائه گواهی درمان و ترک اعتیاد از مراکز غیردولتی یا خصوصی یا سازمان‌های مردم‌نهاد در کنار مراکز دولتی مکلف کرده است. البته نقش و دخالت نهادهای غیردولتی و مردمی در امر پیشگیری از اعتیاد و جرائم مواد مخدر نسبت به سایر ارکان سیاست جنایی در ایران بیشتر است که در مقررات مختلف بر آن تصریح شده است. [۱۷]

۳. روش پژوهش



ارزیابی علمی و دقیق هزینه-اثربخشی عملکرد مراکز ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر در زمینه درمان اجباری اعتیاد در ایران نیازمند بهره‌گیری از ترکیبی از روش‌های مشاهده، مصاحبه، آزمایش‌های بالینی تصادفی، بررسی پرونده‌های مددجویان و... است. این فرایند نیازمند اقتضات مالی و زمانی موسعی است که این پژوهش استطاعت و شرایط انجام آن را نداشته است. بنابراین پژوهش حاضر متناسب با امکانات و دسترسی‌های نهادی و ساختاری، با استفاده از روش مشاهده و مصاحبه با متخصصان و ذی‌نفعان، همچنین تحلیل اسنادی منابع و گزارش‌های علمی پیشین و گزارش عملکرد دستگاه‌های متولی در خصوص وضعیت و عملکرد مراکز موضوع ماده (۱۶) انجام گرفته است. به عبارت دیگر، در این پژوهش از مطالعه کتابخانه‌ای به عنوان یکی از گونه‌های پژوهش اسنادی به منظور مرور پیشینه مطالعات حوزه درمان اعتیاد و ویژگی‌های آن بهره گرفته شده است. در این بخش عمدتاً از منابع کتابخانه‌ای و نتایج مطالعات نویسندگان و پژوهشگران قبلی مرتبط با موضوع مورد مطالعه استفاده شده است. بخش دیگر پژوهش حاضر، مرحله بازبازدیدها، مصاحبه‌های میدانی و جلسات تخصصی بوده است؛ در این مرحله، جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و تعاملی با تعدادی از کنشگران درگیر در فرایند نگهداری و درمان افراد دارای تjaher به اعتیاد و برگزاری جلسات تخصصی با حضور کارشناسان این حوزه انجام پذیرفته است.

۴. چارچوب مفهومی



اعتیاد پدیده‌ای پیچیده، چندبعدی و پویا است 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... درباره آن مطرح شده است. این پژوهش با هدف ارائه چشم‌اندازی مفهومی درباره رویکردهای مواجهه با اعتیاد و حساس‌سازی کنشگران درگیر در این فرایند، به صورت اجمالی به برخی از رویکردهای نظری در رشته‌های مختلف اشاره خواهد کرد که به حوزه درمان اعتیاد مربوط است. مرور این رویکردهای نظری می‌تواند به فهم مناسب‌تر چارچوب‌های اندیشه‌ای که مبتنی بر آنها فرایند درمان اجباری اعتیاد معنادار و توجیه می‌شود، کمک کند. 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 توجه داشته؛ بحث‌های حقوقی تأثیر مجازات‌های سخت بر بازدارندگی در حوزه مواد مخدر و اعتیاد را بررسی کرده؛ مطالعات جامعه‌شناسی نیز به تحلیل‌های مربوط به مقوله یادگیری و کنترل اجتماعی، انگ‌زنی و... اختصاص یافته است.

جدول ۵. تحلیل برخی از رویکردهای نظری در زمینه درمان اجباری اعتیاد

ردیف	نظریه / رویکرد	تفسیر / تحلیل
۱	برچسب‌زنی	این رویکرد معتقد است که مجرمانه شمردن یک عمل لزوماً به کیفیت و واقعیت بیرونی آن مرتبط نیست، بلکه وابسته به نظام معنایی و افرادی است که چنین عملی را مجرمانه تعریف می‌کنند. در واقع عنوان جرم را افرادی برای یک رفتار تعریف می‌کنند که قدرت وارد کردن چنین برچسبی را دارند. براساس 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 متظاهر بودن همیشه با او همراه بوده و اجازه زندگی عادی به او نمی‌دهد، ناگزیر بهترین راهبرد را زیستن در همان اتمسفر اعتیاد و هم‌زیستی با هم‌نوعانی می‌یابد که در این وضعیت به سر می‌برند. برچسب‌زدن باعث می‌شود در فرایند دستگیری و اجبار به ترک، شرایطی ایجاد شود که فرد معتاد ازسوی دیگران به‌عنوان فردی شناخته شود که فاقد اراده است و این امر به نهادینه‌سازی نقش معتاد و در نتیجه ناتوانی در ترک اعتیاد منجر شود.
۲	نظریه سیستمی	نظریه سیستمی بر این اعتقاد است که همه ابعاد و عناصر یک پدیده باید به‌صورت یک مجموعه که اجزای آن با هم در تعامل و ارتباطند نگریسته شود. براساس این نظریه، اعتیاد به‌عنوان 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 برای ترک آن مستلزم توجه به این ابعاد و ارتباط آنها با هم است و تأکید بر هر یک از این عناصر به‌صورت مجزا و مستقل نتیجه‌بخش نیست. براساس چنین رویکردی، ترک اجباری اعتیاد به‌عنوان فرایندی که در عمل فرد را به‌عنوان 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 به‌دنبال داشته باشد. [۷]
۳	تعارض حقوق فردی و بستری اجباری	رویکردهای موجود در زمینه حقوق بشر و اخلاق پزشکی، مناقشه‌هایی را در زمینه بستری و درمان اجباری بیماران دارای اختلال روان مطرح کرده‌اند؛ با توجه به اینکه اعتیاد به‌عنوان 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 به‌صورتی کوتاه‌مدت می‌توان به بستری اجباری پرداخت. ضمن آنکه باید فرایند نگهداری و درمان به‌درستی 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، قضایی و اجتماعی به‌شمار می‌رود، به‌ضرورت تأیید اندیکاسیون بستری اجباری فرد توسط مرجع بی‌طرف اشاره کرده است. این مرجع که ازسوی دستگاه قضایی گماشته شده، باید دیدگاه‌های بیمار، خانواده و نماینده قانونی وی را در نظر بگیرد. [۱۸]

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 کرده و به آنها در این مورد هشدار می‌دهد. از جمله اینکه، بستری و درمان اجباری در حوزه اعتیاد باید به‌صورتی محتاطانه و با رعایت همه شرایط لازم صورت گیرد؛ چراکه این امر، ممکن است به منفک شدن این افراد از اعضای خانواده و تعاملات اجتماعی موجود منجر شده و زمینه را برای دشوارتر شدن شرایط بهبود و درمان آنان ایجاد کند؛ همچنین این احتمال وجود دارد که از طریق الصاق برچسب متظاهر و ... به تضعیف عزت نفس و خودباوری جامعه هدف منجر شده، زمینه شکل‌گیری هویت کجرو و طرد مضاعف ایشان را فراهم کند. ازسوی دیگر، درمان اجباری به‌شدت در معرض حرکت به سمت تلقی شدن به‌عنوان 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.



۵. چستی مراکز ماده (۱۶) و آیین‌نامه اجرایی آن



آیین‌نامه اجرایی مراکز ماده (۱۶) در سال ۱۳۹۶ مصوب شده است؛ در حالی که دستورالعمل چگونگی عملکرد مراکز که حاوی تعاریف و اهداف مربوطه است، مصوب سال ۱۳۸۹ است. در واقع، دستورالعمل مربوطه مبتنی بر طرح ضربتی نجات که در سال ۱۳۸۶ اجرا شده است نگاشته، و در سال ۱۳۸۹ با انجام اصلاحاتی جزئی برای مراکز ماده (۱۶) متناسب‌سازی شده است. بر همین اساس، در بخش‌های مختلف این دستورالعمل به جای نام بردن از مراکز ماده (۱۶)، از واژه برنامه یا طرح استفاده شده است که به طرح نجات ارجاع دارد. مرکز اقامتی درمان اجباری موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر، بنا به تعریف ارائه شده در دستورالعمل^۱ مذکور عبارت است از «مرکزی تأدیبی که در آن خدمات بهداشتی، درمانی مورد نیاز افراد مقیم طبق پروتکل ابلاغی تأمین می‌گردد». هدف کلی این برنامه استفاده از فشار قانونی برای درگیر کردن^۲ و نگهداری^۳ در درمان آن دسته از افراد بی‌خانمان مبتلا به شکل تزریقی اختلالات مصرف مواد است که به صورت داوطلبانه به جایگاه‌های ارائه خدمات موجود در جامعه مراجعه نمی‌کنند. اهداف اختصاصی این طرح عبارتند از:

افزایش ورود گروه هدف به برنامه‌های درمانی؛ افزایش ماندگاری در درمان؛ کاهش میزان / قطع مصرف مواد مخدر غیرقانونی در جمعیت هدف؛ افزایش آگاهی جمعیت هدف از خطرات اعتیاد تزریقی (ایدز، بیش مصرفی،^۴ اندوکاردیت قلبی و ...؛) کاهش رفتارهای پرخطر (تزریق اشتراکی، ارتباط جنسی غیرایمن و ...؛) کاهش میزان ارتکاب جرم^۵ و بازگشت به جرم؛^۶ و افزایش کارکرد فردی، بین‌فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی. آیین‌نامه اجرایی ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر به عنوان مهم‌ترین مصوبه قانونی در این زمینه، تکالیف مختلفی برای دستگاه‌های ذی‌ربط تعیین کرده است. در جدول ذیل، احکام سیاستی ارائه شده در این آیین‌نامه و دستگاه‌های متولی مربوطه استخراج شده است.

جدول ۶. اصلی‌ترین تکالیف تعیین شده در آیین‌نامه اجرایی مراکز ماده (۱۶)

ماده	حکم سیاستی	متولی
ماده ۲	صدور مجوز پروانه بهره‌برداری مراکز ماده (۱۶)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان
ماده ۳	تأمین مکان، تجهیز و راه‌اندازی مرکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب موضوع این آیین‌نامه در شهرستان مرکز استان و یا شهرستان‌های تابعه	استاندار / رئیس شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان
ماده ۳- تبصره ۱	تأمین گروه درمانگر (به استثنای مددکار اجتماعی) و تجهیز درمانگاه مرکز، طبق پروتکل و دستورالعمل‌های مربوط برای هر مرکز	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان
ماده ۳- تبصره ۲	تأمین حفاظت و انتظامات پیرامونی و مبادی ورودی و خروجی مراکز	نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران / فرماندهی انتظامی استان
ماده ۳- تبصره ۳	- استقرار مددکار / مددکاران اجتماعی در هر مرکز و پیگیری امور مربوط به مددجویان و خانواده آنها و سایر وظایف و تکالیف مقرر؛ - تهیه دستورالعمل اقدامات حمایتی، بازتوانی و مددکاری اجتماعی ظرف مدت سه ماه پس از ابلاغ این آیین‌نامه	سازمان بهزیستی کشور
ماده ۳- تبصره ۴	ارائه دوره‌های آموزش فنی و حرفه‌ای به مددجویان	سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور
ماده ۳- تبصره ۵	فراهم کردن شرایط بهره‌مندی افراد ترخیص شده مراکز از خدمات مربوطه	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

۱. راهنمای (پروتکل) مراقبت‌های درمانی در مراکز درمان اجباری، موضوع ماده (۱۶) اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ (مصوب ۹/۵/۱۳۸۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام)، اسفند ۱۳۸۹.

2. Engagement
3. Retention
4. Overdose
5. Criminality
6. Recidivism

ماده	حکم سیاستی	متولی
ماده ۳- تبصره ۶	انجام اقدام‌های لازم برای حمایت‌های اجتماعی از معتادان بهبودیافته	شهرداری‌ها و سازمان‌های وابسته
ماده ۵- تبصره ۱	تعیین پزشک یا روان‌پزشک معتمد و اعلام لیست آنها به مراجع انتظامی و دبیرخانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
ماده ۵- تبصره ۴	قرار دادن تجهیزات لازم از جمله کیت‌های تست اعتیاد در اختیار آزمایشگاه‌های مجاز یا ضابطان قضائی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی
ماده ۱۱	نظارت بر حسن اجرای این آیین‌نامه	دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر / استاندار و رئیس شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان
ماده ۱۱ تبصره ۲	نظارت بر فرایند غربالگری و عملکرد درمانی در مراکز موضوع این آیین‌نامه	کمیته نظارت کشوری / استانی
ماده ۱۱ تبصره ۳	نظارت بر حسن اجرای اقدام‌ها در مراکز و اعمال حمایت‌های قانونی لازم نسبت به مجریان	مقام قضایی مربوطه
ماده ۱۳	پیش‌بینی و تخصیص سالیانه اعتبارات لازم برای مفاد آیین‌نامه	معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور
ماده ۱۳ تبصره	تعیین سالیانه میزان پارانه مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان (موضوع ماده (۱۶))	دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر
ماده ۱۴	تدوین و ابلاغ برنامه عملیاتی سالیانه در سطح کشوری و استانی در قالب اعتبارات مصوب و ابلاغی و ارائه گزارش عملکرد مربوطه	دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر

آیین‌نامه اجرایی مراکز موضوع ماده (۱۶)، با تأخیری شش ساله پس از تصویب قانون مذکور مصوب شده است؛ همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، در این آیین‌نامه تکالیف مختلفی برای دستگاه‌های ذی‌ربط در حوزه درمان اعتیاد تعیین شده است. از جمله مهم‌ترین این موارد، تأمین گروه درمانگر و تجهیزات لازم برای درمانگاه‌های مراکز ماده (۱۶) توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، استقرار مددکار اجتماعی و تهیه دستورالعمل‌های مربوط به اقدام‌های حمایتی و بازتوانی از سوی سازمان بهزیستی، نظارت بر فرایند غربالگری و عملکرد درمانی مراکز توسط کمیته نظارت کشوری / استانی، نظارت بر حسن اجرای اقدام‌ها در مراکز و اعمال حمایت‌های قانونی توسط مقام قضایی است. با توجه به تعدد تکالیف تعیین شده در این آیین‌نامه و اهمیت آنها در اثربخشی عملکرد مراکز موضوع ماده (۱۶)، ارزیابی کمی و کیفی وضعیت انجام تکالیف مذکور از اهمیت بسیاری برخوردار است؛ این ارزیابی نیازمند پژوهشی مستقل براساس شاخص‌های مشخص و شفاف است، با این وجود گزارش حاضر مبتنی بر نظر دست‌اندرکاران و متخصصان این حوزه به صورت اجمالی و محدود در این زمینه اظهار نظر خواهد کرد.

۶. ترسیم و توصیف وضعیت مراکز موضوع ماده (۱۶)

مبتنی بر مفاد ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر (مصوب ۱۳۸۹)، معتادان فاقد گواهی موضوع ماده (۱۵) و متجاهر به اعتیاد با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می‌شوند. هیچ‌گونه آمار رسمی و دقیقی در زمینه تعداد افراد دارای تظاهر به اعتیاد در کشور و نحوه پراکندگی جغرافیایی آنها وجود ندارد؛ همه آمارهای موجود برآوردی و تخمینی هستند. تنها آمارهای دقیق و رسمی در دسترس، تعداد افراد نگهداری شده در مراکز ماده (۱۶) و تبصره «۲» ذیل آن در سال‌های گذشته است که در جدول ۷ ارائه شده است.



جدول ۷. روند تغییر تعداد مراکز و مددجویان ماده (۱۶) و مجریان تبصره «۲» ذیل آن

سال	تعداد کل مراکز ماده (۱۶) و مجری تبصره «۲» ذیل آن
۱۳۹۲	-
۱۳۹۳	۲۳
۱۳۹۴	۳۴۴
۱۳۹۵	۴۴۶
۱۳۹۶	۵۷۹
۱۳۹۷	۵۹۲
۱۳۹۸	۴۶۶
۱۳۹۹	۴۲۰
۱۴۰۰	۵۰۹
۱۴۰۱	۴۹۴

مأخذ: گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر.

مطابق با داده‌های جدول فوق، تعداد مراکز نگهداری از افراد دارای تجاهر به اعتیاد، شامل مراکز ماده (۱۶) و مجریان تبصره «۲» ذیل آن، از سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۷ روندی صعودی داشته و از ۳۴۴ مرکز به ۵۹۲ مرکز افزایش یافته است. با این حال، احتمالاً به دلیل بیماری کرونا در سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ پذیرش مددجویان و تعداد مراکز کاهش یافته است؛ و مجدداً در سال ۱۴۰۱ وضعیت به حالت افزایشی بازگشته است. هم‌اکنون در مجموع تعداد ۹۰ مرکز ماده (۱۶) و ۲۹۳ مرکز اقامتی ماده (۱۵) که مجری تبصره «۲» ماده (۱۶) هستند در کشور به صورت فعال وجود دارد که این مراکز ذیل سازمان زندان‌ها و اقدام‌های تأمینی و تربیتی، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، شهرداری‌ها، سازمان بهزیستی و فراجا راه‌اندازی و مدیریت می‌شوند. آمار مربوط به مراکز ذیل هر یک از نهادهای ذکر شده در ادامه ارائه می‌شود.

جدول ۸. تعداد و پراکندگی مراکز ماده (۱۶) و مجریان تبصره «۲» ماده (۱۶) در کشور

ردیف	استان	مراکز ماده (۱۶)	ظرفیت اسمی مراکز ماده (۱۶)	متولی مرکز ماده (۱۶)	مراکز مجری تبصره «۲» ماده (۱۶)
۱	آذربایجان شرقی	۱	۴۰۰	مؤسسه خیریه	۱۷
۲	آذربایجان غربی	۲	۶۳۰	بهزیستی	۱۴
۳	اردبیل	۱	۲۰۰	بهزیستی	۹
۴	اصفهان	۳	۱۱۵۰	سپاه، بهزیستی	۰
۵	البرز	۵	۱۴۷۰	شهرداری، بهزیستی	۰
۶	ایلام	۰	۰	-	۱۴
۷	بوشهر	۰	۰	-	۱۰
۸	تهران	۲۴	۲۵۵۸۰	فراجا، سپاه، شهرداری، بهزیستی، سازمان زندان‌ها	۰
۹	چهارمحال و بختیاری	۰	۰	-	۳
۱۰	خراسان جنوبی	۰	۰	-	۸
۱۱	خراسان رضوی	۲۱	۶۵۴۰	بهزیستی، سازمان زندان‌ها	۰
۱۲	خراسان شمالی	۲	۲۰۰	بهزیستی	۱۳
۱۳	خوزستان	۲	۷۰۰	سپاه، سازمان زندان‌ها	۱
۱۴	زنجان	۰	۰	-	۶

ردیف	استان	مراکز ماده (۱۶)	ظرفیت اسمی مراکز ماده (۱۶)	متولی مرکز ماده (۱۶)	مراکز مجری تبصره (۲) ماده (۱۶)
۱۵	سمنان	۱	۱۰۰	شهرداری	۴
۱۶	سیستان	۲	۵۰۰	بهزیستی، سازمان زندان‌ها	۱۶
۱۷	فارس	۲	۱۲۰۰	سپاه، بهزیستی	۱۶
۱۸	قزوین	۱	۲۰۰	بهزیستی	۹
۱۹	قم	۳	۹۳۰	سپاه، بهزیستی	۷
۲۰	کردستان	۱	۲۵۰	بهزیستی	۱۵
۲۱	کرمان	۵	۷۰۰	سپاه، بهزیستی	۰
۲۲	کرمانشاه	۱	۳۰۰	بهزیستی	۲۰
۲۳	کهگیلویه	۰	۰	-	۷
۲۴	گلستان	۲	۱۴۵	بهزیستی	۳۶
۲۵	گیلان	۲	۳۰۰	بهزیستی	۱۰
۲۶	لرستان	۲	۴۰۰	سپاه، بهزیستی	۱
۲۷	مازندران	۲	۸۰۰	سپاه، بهزیستی	۱۱
۲۸	مرکزی	۱	۱۰۰	بهزیستی	۱۴
۲۹	هرمزگان	۱	۴۴۰	بهزیستی	۲۰
۳۰	همدان	۲	۳۰۰	سپاه، بهزیستی	۱
۳۱	یزد	۱	۱۰۰	بهزیستی	۱۱
	جمع کل	۹۰	۴۳۶۳۵	سپاه، شهرداری، بهزیستی، فراجا، سازمان زندان‌ها، خیریه	۲۹۳

مأخذ: همان.

طبق آمارهای اخذ شده از دستگاه‌های ذی‌ربط، در مجموع ۹۰ مرکز نگهداری از افراد دارای تجاهر به اعتیاد در کل کشور وجود دارد. این مراکز در ۲۵ استان کشور توزیع شده‌اند؛ بر این اساس، شش استان ایلام، چهارمحال و بختیاری، بوشهر، خراسان جنوبی، زنجان و کهگیلویه و بویراحمد فاقد مرکز ماده (۱۶) هستند. این مراکز در ۵۵ شهر قرار گرفته و تحت تولی ۶ دستگاه اصلی شامل بهزیستی، سپاه پاسداران، سازمان زندان‌ها، شهرداری، فراجا و نهاد‌های خیریه هستند. به‌صورتی که سازمان بهزیستی ۶۰ مرکز، شهرداری‌های تهران، کرج و سمنان ۱۴ مرکز، سپاه پاسداران ۱۱ مرکز، سازمان زندان‌ها ۴ مرکز، فراجا ۱ مرکز و مؤسسات خیریه هم تولی ۱ مرکز را بر عهده دارند. ظرفیت اسمی این مراکز در مجموع برابر با ۴۳۶۳۵ نفر بوده است. منطقاً بایستی راه‌اندازی و توزیع مراکز ماده (۱۶) مبتنی بر جمعیت افراد دارای تجاهر به اعتیاد در هر استان یا شهرستان صورت گیرد؛ با این وجود، در شش استان کشور هیچ مرکز اختصاصی برای ماده (۱۶) ایجاد نشده است. این به معنی آن است که منابع مالی توزیع شده و حمایت‌های صورت گرفته با عدالت همراه نبوده است. گام اول برای اصلاح این وضعیت، وجود داده‌هایی معتبر و به‌روز از وضعیت جامعه هدف و روند تغییرات مربوط به آن است.



۷. ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز ماده (۱۶)



مبتنی بر بررسی‌های انجام گرفته در این پژوهش، چالش‌های مختلفی در حوزه‌های اجرایی، ساختاری و فرایندی / زمینه‌ای احصا شده است که در جدول ۹ به آنها اشاره شده و در ادامه نیز هر یک اجمالاً توضیح داده شده‌اند. لازم به توضیح است که طی سال‌های اخیر اقدام‌ها و تلاش‌های چشمگیری توسط افراد و نهادهای متولی و ذی‌ربط انجام شده و بیان نواقص و چالش‌های موجود در مراکز ماده (۱۶) در این گزارش صرفاً با هدف ارتقای کیفیت خدمات آنان بوده و به معنای نفی اقدام‌های ارزشمند این مراکز نیست. بخشی از این موارد، بعضاً چالش‌هایی است که در پژوهش‌های پیشین نیز به آنها اشاره شده است، در چنین مواردی تطابق یافته‌های میدانی این پژوهش با موارد مذکور برجسته خواهد شد.

جدول ۹. عمده‌ترین چالش‌های مربوط به مراکز ماده (۱۶) براساس بررسی‌های پژوهش

نوع چالش	اجرایی	ساختاری	فرایندی / زمینه‌ای
مصادیق	معیوب بودن چرخه جمع‌آوری	مواجهه مقطعی و ناپایدار با افراد دارای تجاهر به اعتیاد	ابهام در تعریف تجاهر و تعیین شاخص‌های آن
	اختلال در فرایند و کیفیت غربالگری	کمبود، ناپایداری و توزیع نامتوازن اعتبارات مالی	تقلیل چرخه درمان و توانمندسازی به خدمات اولیه پزشکی
	تکمیل نبودن و نقص در فرایند نگهداری و درمان	فقدان انسجام آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها	شنیده نشدن صدای جامعه هدف
	ناکافی بودن نظارت‌های قضایی مربوطه	فقدان نظام تولید داده، ارزیابی و پایش عملکردها و فرایندها	برچسب‌زنی و طرد اجتماعی مضاعف
	بی‌توجهی به خاص‌بودگی‌های مددجویان و تک‌دوری نبودن خدمات	ضعف در اقدام و مراقبت نظام‌مند پس از خروج	تعارض منافع ذاتی و اقتصاد سیاسی چرخه درمان اعتیاد

مأخذ: یافته‌های پژوهش.

۷-۱. چالش‌های اجرایی

– **معیوب بودن چرخه جمع‌آوری:** دستگیری و نگهداری از افراد دارای تجاهر به اعتیاد باید با هدف درمان و بازتوانی و ضمن فراهم کردن پیش‌نیازهای لازم انجام گیرد. یاد حالتی بدبینانه که هدف صرفاً جمع‌آوری و دور کردن این افراد از مرعا و منظر عمومی است، باید به‌صورتی حساب شده و براساس ظرفیت مراکز موجود صورت پذیرد. به‌گونه‌ای که مراکز مذکور توان و امکان ارائه خدمت به‌صورت استاندارد به مددجویان را داشته باشند. لکن بنا بر نظرات متخصصان و دست‌اندرکاران، وضعیت فعلی این‌گونه است که مبتنی بر دستورات قضایی صادر شده، غالباً دستگیری‌هایی انبوه، به‌ویژه در برخی مقاطع مناسبی از سال، صورت گرفته و افرادی بیش از ظرفیت استاندارد مراکز براساس نظر مقام قضایی به آنجا راجع داده می‌شوند؛ بدون آنکه خواست و نظر مدیر مرکز یا تغییر در کیفیت خدمات‌رسانی به مددجویان مورد توجه و امعان نظر قرار گیرد. این شیوه از جمع‌آوری و ارجاع، تناسب چندانی با اهداف تعیین شده برای مراکز موضوع ماده (۱۶) نداشته و به‌افت کیفیت خدمات‌رسانی و کاهش اثربخشی آنها منجر می‌شود. ضمن آنکه افزایش تعداد دستگیری‌ها در مناسبت‌های خاص، یعنی این فرایند به‌صورتی مقطعی، گذرا، نامنظم و غیرقابل پیش‌بینی صورت می‌پذیرد.

– **اختلال در فرایند و کیفیت غربالگری:** از جمله مهم‌ترین مراحل مواجهه با افراد دارای تجاهر به اعتیاد، انجام غربالگری به‌صورت دقیق، علمی و جامع است. در این مرحله است که می‌توان یا باید، اطلاعات موثق و جامعی از فرد دستگیر شده به‌دست آورد و مبتنی بر زمینه اجتماعی، خانوادگی، جسمی و...؛ فرایند درمانی مناسبی را برای او طراحی کرد. چنانچه این فرایند به‌صورتی صوری و بدون صرف دقت و زمان لازم انجام گیرد، که هم‌اکنون بعضاً انجام می‌گیرد، زمینه را برای در کنار هم قرار دادن افرادی با درجات متفاوت از آسیب فراهم کرده و

ناگزیر، به یادگیری و تبادل آسیب‌ها بین مجموع افراد و تشدید آسیب‌های فردی منجر می‌شود. به عبارت دیگر، اگر چه پیگیری اقدام‌های پس از خروج بسیار مهم و اثربخش خواهد بود، اما در این زمینه می‌توان از اقدام‌های پیش از ورود نیز سخن گفت؛ یعنی بخشی از همان کارهایی که ممکن است پس از خروج برای فرد انجام گیرد را می‌توان برای برخی از مددجویان، پیش از ورود به مراکز اجرایی کرد؛ از جمله در زمینه ارتباط‌گیری با خانواده، معرفی به کسب و کارها، معرفی به گرماخانه و ... در چنین وضعیتی، هم کرامت انسانی او بیشتر پاس داشته می‌شود، هم هزینه مادی کمتری به دولت تحمیل می‌کند و هم احتمالاً اثربخش‌تر 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. به عنوان مثال سرانه‌هایی برای به کارگیری متخصصان حوزه پزشکی، مددکاری اجتماعی و روان‌شناسی به ازای تعداد مشخصی از مددجویان پیش‌بینی کرده است؛ یا اینکه، اقدام‌های درمانی مشخصی را در طول مدت زمان حضور مددجویان در مراکز، مانند ویزیت پزشک و مشاوره و خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی، مددکاری اجتماعی، تعیین کرده است. مشاهدات، مطالعات و گفتگوهای صورت گرفته نشان‌دهنده آن است که به دلایل مختلف، این گونه اقدام‌ها به صورت استاندارد و پیش‌بینی شده انجام نگرفته، با نقص و اشکال‌هایی 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 ... مواجه‌اند. در همین زمینه، پژوهش رحیمی موقر [۱]، نیز ضعف‌هایی را در فرایند درمان در مراکز اجباری شناسایی و توصیف کرده است که بخش عمده آنها هم‌چنان بر طرف نشده و در بررسی‌های گزارش حاضر نیز مشاهده شده است.

– ناکافی بودن نظارت‌های قضایی مربوطه: درمان اجباری اعتیاد، در اغلب اشکال و گونه‌های آن، فرایندی است که در ارتباط یا تحت نظر مقامات قضایی انجام می‌پذیرد؛ لذا به هر میزان که سازوکار و روند حضور مقام قضایی و ارتباط آن با سایر عناصر حوزه درمان اجباری به صورت دقیق، نظام‌مند و پایدار تعریف و اجرا شود، امکان موفقیت اقدام‌های مورد نظر بیشتر خواهد بود. این در شرایطی است که فرایند کنونی مربوط به مراکز ماده (۱۶) از لحاظ کیفیت اقدام‌های قضایی به انحاء مختلف دارای نقص است. از یک طرف، به دلیل حجم پرونده‌های ورودی قوه قضائیه، مسئله افراد دارای تظاهر به اعتیاد از اولویت کمتری برخوردار بوده و امکان تخصیص قاضی به تعداد کافی برای آن فراهم نخواهد بود. از سوی 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 دهد که خارج از حوزه قضایی مربوطه است. این وضعیت از نظر امکان ایجاد هماهنگی‌های ضروری زمان‌بر و پرچالش 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 قضایی به مسئول اجرایی مراکز نگهداری افراد دارای تظاهر به اعتیاد در مراکز ماده (۱۶) است؛ در شرایطی که مقام قضایی از نظر زمان و توان امکان بررسی و حتی رؤیت پرونده همه مددجویان را ندارد، تصمیم‌گیری برای این افراد عملاً از سوی مدیر مراکز صورت گرفته و با تأیید و تنفیذ مقام قضایی مواجه می‌شود.

– 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؛ باید 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. این در حالی است که اکنون بدون کمترین توجهی به چنین تفاوت‌هایی، همه افراد دستگیر شده ذیل برنامه‌های مشابهی نگهداری می‌شوند. 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 قضایی، نوع سوء پیشینه در زمینه مرتبط بودن یا نبودن با مواد مخدر یا ... در این زمینه ضروری و اثربخش است. باید در فرایند بازتوانی و صیانت افراد به این وضعیت‌ها توجه کرده و برنامه‌های اثربخش و متناسب تعریف و اجرا شود.



۲-۷. چالش‌های ساختاری

– **مواجهه مقطعی و ناپایدار با موضوع افراد دارای تجاهر به اعتیاد:** بنا بر اظهارات مصاحبه‌شوندگان، روند و شدت جمع‌آوری افراد دارای تجاهر به اعتیاد بنا به مناسبت‌های سیاسی-اجتماعی یا در زمان برگزاری رویدادهای سیاسی مانند انتخابات و ... افزایش یافته و برخی مدیران به دنبال پاک‌سازی مناظر شهری از تصویر نامطلوب افراد دارای تجاهر به اعتیاد بوده‌اند. در چنین شرایطی، صرف جمع‌آوری و نگهداری این افراد، فارغ از هدف‌نهایی درمان و بازتوانی، برجسته شده و کل فرایند را با اختلال مواجه خواهد کرد. حال آنکه، حتی شرایط اولیه و استاندارد برای نگهداری این افراد و دورنگه‌داشتن آنها از منظر شهری نیز در برخی مراکز در دسترس قرار نداشته است. محرز و همکاران [۳] نیز در ارزیابی که از وضعیت و عملکرد مراکز ماده (۱۶) داشته‌اند، هدف اصلی این مراکز را پاک‌سازی چهره شهر و کاهش جرائم خرد دانسته و نتیجه گرفته‌اند که هدف درمانی در اولویت بعدی قرار داشته است.

– **کمبود، ناپایداری و توزیع نامتوازن اعتبارات مالی:** واقعیت امر این است که عملکرد مناسب در زمینه بازتوانی و درمان افراد دارای تجاهر به اعتیاد نیازمند تعیین و تخصیص منابع مالی کافی است. اگرچه نحوه و محل هزینه‌کرد چنین منابعی بسیار مهم بوده و باید تمهیدات لازم درباره آن صورت پذیرد؛ اما به‌طور قطع می‌توان گفت بدون تأمین منابع لازم و تخصیص آن در محل مناسب، نمی‌توان امیدوی به موفقیت این فرایند داشت. این در شرایطی است که، بنا بر بررسی‌های صورت گرفته و اظهارات افراد درگیر در فرایند، اعتبارات مالی و سرانه‌های پیش‌بینی شده به‌هیچ‌وجه تناسبی با اهداف درمانی نداشته و امکان آن را ایجاد نمی‌کند و نهایتاً به نگهداری از افراد دارای تجاهر به اعتیاد در شرایطی نه‌چندان استاندارد منجر شده است.

– **فقدان انسجام آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها:** به‌رغم اینکه اعتیاد آسیب اجتماعی اولویت‌دار کشور بوده و منطقاً باید 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 اولاً دسترسی به آخرین نسخه از آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و مصوبات مربوطه حتی برای کنشگران این حوزه نیز به سهولت امکان‌پذیر نبوده و این اسناد در هیچ منبع یا پایگاه اطلاعاتی به‌صورت منسجم و دقیق تجمیع و گردآوری نشده است. ضمن اینکه، امری بدیهی و منطقی به‌نظر 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، دستورالعمل مبنای تأسیس، مدیریت و نظارت بر این مراکز، دستورالعمل راهنمای مراقبت‌های درمانی مربوط به طرح نجات است که در سال ۱۳۸۶ اجرا شده و صرفاً در سال ۱۳۸۹ به‌صورتی 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) به‌شکل کنونی می‌گذرد، هیچ‌گونه داده معتبر و مشخصی درباره میزان اثربخشی و خروجی این ماده به‌صورت علمی و نظام‌مند تولید نشده است؛ در واقع، گویی سیاستگذار و مجری 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. اگرچه طی دو سال اخیر (از تابستان ۱۴۰۲) سامانه‌ای با عنوان «غوام» برای ثبت داده‌های مربوط به افراد دارای تجاهر به اعتیاد که دستگیر و غربال شده‌اند ایجاد شده است؛ اما سامانه مذکور 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، اشکال‌هایی در زمینه تعیین نوع و میزان دسترسی کاربران، قطعی‌های مکرر و ... در این زمینه وجود دارد. از سوی دیگر، این سامانه در بهترین حالت، تنها درباره وضعیت افرادی که در فرایند درمان اجباری حضور داشته‌اند و وضعیت تکرارپذیری این حضور، اطلاعاتی به‌دست 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 می توان ادعا کرد که اگر تغییر و بهبودی در وضعیت روانی و اجتماعی افراد معتاد رخ ندهد، هزاران بار هم اگر پاک سازی 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. هم اکنون، با وجود سپری شدن بیش از ۱۰ سال از تصویب آیین نامه مراقبت پس از خروج معتادان از سوی قوه قضائیه، می توان ادعا کرد که اکثریت غالب افراد دستگیر و نگهداری شده، پس از خروج از مراکز درمان اجباری، عملاً به حال خود رها شده و برنامه و اقدام حمایتی-نظارتی برای آنها صورت نمی گیرد. اگرچه طی سال های اخیر و به صورتی بسیار محدود، سازمان بهزیستی مراکز صیانت اجتماعی برای افراد معرفی شده از مراکز ماده (۱۶) ایجاد کرده است؛ اما بنا بر مشاهدات صورت گرفته و نظر مشارکت کنندگان در این پژوهش، این مراکز در ابتدای مسیر قرار داشته و هنوز به ثبات و اثربخشی نرسیده اند. مادامی که فرایند درمان اجباری اعتیاد در کشور برنامه مشخصی برای اجرای مراقبت های بعد از خروج نداشته باشد، هیچ گونه امیدی برای بهبود مددجویان وجود نداشته، به دلیل آسیب های ناشی از چرخه معیوب کنونی، امکان تشدید و بغرنج تر شدن مسئله وجود دارد.

۳-۷. چالش های فرایندی / زمینه ای

- **ابهام در تعریف تظاهر و شیوه احراز آن:** اولین گام برای مواجهه اثربخش در حوزه درمان افراد دارای تظاهر به اعتیاد، تلاش برای تعریف و تصریح مفهوم تظاهر و شاخص های احراز آن به صورتی غیر قابل تفسیر است. در وضعیت کنونی، اگرچه طی سال های قبل شاخص هایی درباره مقوله تظاهر توسط قوه قضائیه ارائه شده است، اما در فرایند اجرا معیارهای مشخص و شفاف برای تشخیص تظاهر وجود نداشته و متولی احراز آن نیز مشخص نیست. در عمل، مأموران گشت انتظامی یا نیروهای شهرداری بنا به تشخیص و برداشت خود و بنا بر شاخص های ذهنی و نانوشته به دستگیری افراد اقدام می کنند؛ در حالی که هم اکنون درصد خطای این فرایند در یکی از مراکز غربالگری شهر تهران حدود ۲۵ درصد ذکر شده است^۱. به نظر می رسد ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر و آیین نامه مرتبط با آن نیز، در این زمینه فاقد دقت و صراحت کافی است. تظاهر وضعیتی نیست که صرفاً بر اساس وضعیت ظاهری افراد و مثبت شدن احتمالی تست اعتیاد آنها بتوان آن را احراز کرد؛ به عبارت دیگر، تأیید متظاهر بودن فرد نیازمند تلاش اولیه برای شناسایی و تشخیص وضعیت شغلی، اقتصادی، خانوادگی و ... فرد در مقطع جمع آوری است. چنانچه در این مرحله، فرد دارای شبکه ای از روابط خانوادگی یا خویشاوندی برای دریافت حمایت باشد و حتی به صورت موقت آنها را از دست داده باشد، می تواند مصداق متظاهر محسوب نشده و وارد فرایند درمان اجباری نشود. بررسی محرز و همکاران [۳] نیز تأیید کننده دغدغه مطرح شده در زمینه چالش های جمع آوری و احراز تظاهر در خصوص معتادان مربوط به مراکز ماده (۱۶) است. پژوهش مذکور اشاره کرده است که با وجود اینکه گروه هدف طرح درمان اجباری، افراد بی خانمان و پرخطر هستند، عملاً فقط ۱۲ درصد افرادی که این خدمات را دریافت می کنند واجد شرایط هستند و ۸۸ درصد افرادی که از این خدمات بهره مند می شوند واجد شرایط نیستند. این یافته نشان دهنده آن است که خطای تشخیص تظاهر بسیار بالا بوده و لازم است در تعریف و تشخیص آن تجدید نظر اساسی شود، چراکه پیامدهای ژرفی از جمله نقض حقوق انسانی افرادی که فاقد تظاهر بوده و وارد فرایند درمان اجباری شده اند، آسیب های روحی-روانی به آنها، هدر رفت 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. در فرایند کنونی مراکز نگهداری موسوم به ماده (۱۶)، به دلایل مختلف، مقوله درمان به بُعد جسمی آن تقلیل یافته است. این در حالی است که بنا به نظر مددجویان یا بهبود یافتگان، بعد ذهنی، روانی و اجتماعی اعتیاد به شدت عمیق تر و ماندگارتر از بعد جسمانی آن است و زمینه اصلی عود و بازگشت اکثریت غالب بهبود یافتگان نیز ناشی از همین فرایندهای روانی و وسوسه های ناشی از آن است. پژوهش های علمی مختلف نیز از این غلبه رویکرد پزشکی سخن گفته اند [۱۹] و [۲۰]. 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 توان افزایی مهارتی و شغلی است. بر این اساس،

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



تقلیل چرخه درمان و توانمندسازی به نگهداری صرف و متادون درمانی نه تنها منجر به توانمندسازی افراد دارای تجاهر به اعتیاد نمی‌شود، بلکه به هدر رفت منابع و تشدید چرخه آسیب‌پذیری مددجویان منتهی می‌شود.

– **شنیده‌نشدن صدای جامعه هدف:** جامعه هدف مراکز ماده (۱۶) افراد دارای تجاهر 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. شنیدن صدای آنها و جلب مشارکت‌شان در این زمینه می‌تواند به تعیین بهینه روند و فرایند درمان و بازتوانی کمک کند. به بیان دیگر، اساساً نمی‌توان برای جامعه انسانی یا هر بخشی از آن بدون شنیدن صدا و نظرهای آنها تصمیم‌گیری و برنامه اجرا کرد. شنیدن صدای مخاطبان اصلی و ذی‌نفعان در قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌ها می‌تواند به بهبود فرایندها و ارتقای مشارکت جامعه هدف منجر شود.

– **برچسب‌زنی و طرد اجتماعی مضاعف:** از نظر روان‌شناختی و روان‌شناسی اجتماعی، افرادی که به صورت اجباری دستگیر شده و برای مدتی نسبتاً طولانی در شرایط نامناسب و تحقیر شده قرار می‌گیرند، پس از مدتی عزت‌نفس و ارزش وجودی خود را از دست رفته دیده و وارد چرخه کجروی ثانویه می‌شوند. از این رو دیگر توانی برای بازیابی شخصیت و عزت‌نفس 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 می‌سازد. پشت‌سر گذاشتن این تجربه باعث می‌شود 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. آنها از اینکه بخواهند به مراکز داوطلبانه درمان یا کاهش آسیب مراجعه کنند شرمگین بوده یا احساس ترس از دستگیری مجدد خواهند داشت.

– **تعارض منافع ذاتی و اقتصاد سیاسی چرخه درمان اعتیاد:** مشابه با بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی یا اقتصادی دیگر، چرخه نگهداری و درمان اعتیاد نیز پس از شکل گرفتن زنجیره‌ای از درآمدزایی اقتصادی یا ایجاد سازوکار و محل مصرف منابع مالی، دچار وابستگی به مسیر شده و به صورتی پس‌خوراندی خود را تقویت خواهد کرد. به عنوان مثال، شخص یا مؤسسه‌ای که به عرصه نگهداری و درمان اعتیاد وارد شده است و از این طریق کسب درآمد یا امرار معاش می‌کند منطقاً از کاهش تعداد مددجویان یا سرانه‌های دریافتی از سازمان‌ها متضرر خواهد شد. لذا باید زنجیره نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان به گونه‌ای تعریف شود که در حالتی خوش‌بینانه، این مراکز دارای استراتژی‌های خروج از این فضای کسب‌وکار یا ایجاد منابع درآمدی جایگزین باشند. این وضعیت باعث می‌شود که متولی امر درمان، نیازمند به کنترل مراکز موجود و جلوگیری از گسترش بی‌قاعده و ناموجه آنها شود؛ 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 دلیل منافع متولیان این مراکز و تحت شرایطی غیراستاندارد، به صورت خودکار با تمدید دوره نگهداری مواجه می‌شوند. به نظر می‌رسد که راه‌حل 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 همخوانی نداشته و این عرصه را بایستی به سمن‌ها (غیرانتفاعی) و یا بخش دولتی سپرد.

۸. جمع‌بندی و پیشنهادها



اعتیاد اولویت‌دارترین و فراگیرترین آسیب اجتماعی در کشور به‌شمار 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، نزع و...؛ همبستگی بسیار بالایی با پدیده اعتیاد دارد. دقیق‌ترین آمار از تعداد افراد درگیر با اعتیاد مربوط به آخرین شیوع‌شناسی 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 تفنی را حدود یک میلیون و ششصد هزار نفر اعلام می‌کند. بر این اساس، در مجموع تعداد افراد دارای سوء مصرف مواد مخدر حدود چهار میلیون و دویست هزار نفر اعلام شده است. با توجه به اینکه آمار به‌روز و دقیقی از وضعیت اعتیاد در کشور وجود ندارد،

تخمین‌های متفاوتی از تعداد افراد دارای تجاهر به اعتیاد ارائه شده است؛ این آمار از ۵۰ هزار تا ۱۲۰ 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، ستاد مبارزه با مواد مخدر و سایر دست‌اندرکاران طی سال‌های اخیر، بیش از پیش به وضعیت افراد دارای تجاهر به اعتیاد توجه کرده و در صدد انجام اقدام‌های اثربخش برآمده‌اند. از جمله این اقدام‌ها، گسترش کمی و کیفی مراکز نگهداری از افراد دارای تجاهر به اعتیاد در اقصی نقاط کشور بوده است؛ این موضوع مبتنی بر تکلیف تعیین شده در 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. از یک طرف، بخشی از تولی مراکز اجباری نگهداری از افراد دارای تجاهر به اعتیاد به سازمان بهزیستی واگذار شده است و سازمان بهزیستی این تکلیف را متناسب با ظرفیت‌های مادی و انسانی خود نمی‌داند و از سوی دیگر، متخصصان دانشگاهی و صاحبان تجربه، فرایند اجباری درمان را برای مسئله اعتیاد ناکارآمد و غیراثربخش می‌دانند. مطالعه نظریات مرتبط با درمان اجباری اعتیاد حکایت از آن دارد که درمان اجباری فرایندی مناقشه‌برانگیز است که حقوق و آزادی‌های فردی افراد را به مخاطره می‌اندازد؛ از طریق انگ‌زنی به آنها زمینه کجروی ثانویه و طرد مضاعف افراد دارای تجاهر به اعتیاد را فراهم می‌کند؛ قدرت تصمیم‌گیری و خودباوری افراد دستگیر شده را زیر سؤال برده و عزت نفس ایشان را تضعیف می‌کند؛ به تداوم درمان و بازدارندگی از عود مجدد منجر نمی‌شود. از سوی دیگر، غالب پژوهش‌های داخلی و بین‌المللی مرور شده در زمینه درمان اجباری اعتیاد حاکی از آن است که درمان اجباری از اثربخشی مناسب برخوردار نبوده و باید در شرایط بسیار ضروری و در مقیاسی محدود انجام شود. همچنین از چند دهه پیش، رویکردهای اجباری درمان کمتر در دستور کار قرار داشته و سیاستگذاران به سمت درمان‌های داوطلبانه حرکت کرده‌اند؛ ضمن آنکه، گونه‌های مختلفی از درمان اجباری وجود دارد که رایج‌ترین آن دادگاه درمان‌مدار است که در آن مجرمانی که ناشی از سوء مصرف مواد مخدر مرتکب جرم شده‌اند، به صورتی داوطلبانه و تحت نظارت مقام قضایی، به جای زندان به انواعی از درمان‌های اختیاری 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 فرایند تطابق چندانی با تجربیات مشابه خارجی نداشته و به اذعان پژوهش‌های صورت گرفته از اثربخشی کافی نیز برخوردار نبوده است. مبتنی بر همین موارد، گزارش حاضر تلاش کرد تا وضعیت و فرایند میدانی طی شده در این مراکز را مورد بررسی و ارزیابی کارشناسی قرار داده و چالش‌های موجود را شناسایی کند. پیش از ورود به این مبحث ذکر این نکته ضروری است که همانند هر پدیده دیگر، عملکرد این مراکز نیز متأثر از عوامل متعدد و متکثری است که بخش اعظمی از آنها خارج از اراده و اختیار مراکز است؛ همچنین ارتقای کیفیت و کارآمدی در حوزه‌های دیگر نیز بر عملکرد این مراکز مؤثر است. لذا موارد مطرح شده در این گزارش، نافی اقدام‌ها و تلاش‌های ارزشمند نهادهای متولی و ذی‌ربط و مراکز ماده (۱۶) نبوده و صرفاً با هدف تقویت اثربخشی این مراکز و رفع موانع و مشکلات آنان ارائه شده است. با این مقدمه می‌توان بیان داشت که وضعیت کنونی مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب ذیل ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر آن گونه که باید رضایت‌بخش نبوده و این فرایند با چالش‌های مختلفی دست‌به‌گریبان است. فرایند جمع‌آوری، غربالگری، نگهداری، درمان، 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 چرخه‌های معیوب شکل گرفته که صرفاً به نگهداری از افراد دارای تجاهر 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 تجاهر، 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 امیدوی 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 باید توجه داشت که مواجهه با آسیب‌های اجتماعی به‌طور عام و آسیب اعتیاد به‌طور خاص، امری مقطعی و گذرا نیست که در قالب طرح‌های ضربتی با عنوان ساماندهی افراد دارای تجاهر به اعتیاد، جمع‌آوری کارتن‌خواب‌ها و... انجام شود. این موضوع، فرایندی پیچیده، زمان‌بر، چند سطحی و بانفوذ و نقش‌ذی‌نفعان 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 اعتیاد نداشته باشد، وضعیت کم‌وبیش همین خواهد بود و پیشرفتی در مدیریت، کنترل یا کاهش مسئله رخ نخواهد داد.



به نظر می‌رسد علاوه بر محدودیت منابع مالی و عدم تأمین متناسب و به‌موقع آن؛ در برخی موارد کم‌توجهی و ترک فعل دستگاه‌های عضو ستاد مبارزه با مواد مخدر مانند وزارت بهداشت، سازمان فنی و حرفه‌ای، نیروی انتظامی (فراجا)، قوه قضائیه، سازمان بهزیستی، شهرداری‌ها و غیره از جمله مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز ناکارآمدی مراکز ماده (۱۶) بوده است. همچنین در این زمینه، به نظر می‌رسد یکی از مؤلفه‌های ایجاد و تداوم وضعیت کنونی، نوع و کیفیت عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر در زمینه سیاستگذاری و نظارت بر حوزه کاهش تقاضا و اجرای مفاد ماده (۱۶) است؛ به طوری که موضوع عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر و شورای هماهنگی استان‌ها در راهبری حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد به‌عنوان یکی از چالش‌های ساختاری در زمینه تولی و مدیریت مراکز ماده (۱۶)، به تواتر توسط متخصصان و مصاحبه‌شوندگان این گزارش اشاره شده است. این در حالی است که ستاد مبارزه با مواد مخدر متولی اصلی در زمینه سیاستگذاری، تقسیم کار و نظارت بر عملکرد دستگاه‌های ذی‌ربط در زمینه مواجهه با مواد مخدر و اعتیاد است. در واقع ستاد مبارزه با مواد مخدر به‌عنوان نهادی تنظیم‌گر، وظیفه تعیین و تصویب خط‌مشی‌ها، تصویب برنامه و بودجه و نظارت بر نحوه هزینه‌کرد اعتبارات تخصیص‌یافته، ایجاد هماهنگی بین دستگاه‌های اجرایی و قضایی و رفع موانع موجود، نظارت بر حسن اجرای قانون و ارائه نظرات اصلاحی یا وضع قوانین مورد نیاز و ارزیابی عملکرد دستگاه‌های عضو ستاد را بر عهده دارد [۲۳]. بر همین اساس، انتظار این است که ستاد به‌عنوان متولی اصلی حوزه اعتیاد و مبارزه با مواد مخدر، نقشه راهی جامع برای کنترل و کاهش پدیده اعتیاد طراحی کرده و مبتنی بر آن وظایف و تکالیف دستگاه‌ها را در حوزه درمان و کاهش آسیب طی فرایندی مشارکتی و شفاف تعیین و بر اجرای آنها نظارت کند. در چنین روایتی، می‌توان هرگونه نابسامانی در فرایند یا ناکامی در حصول نتیجه در زمینه مواجهه با پدیده اعتیاد را به‌عنوان معرفی از وضعیت عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر در نظر گرفت. صاحب‌نظران ضعف در عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر را عمدتاً ناشی از عواملی از جمله انتصاب سیاسی و غیرتخصصی دبیر ستاد و دبیران شورای هماهنگی استان‌ها، رویکردهای سلیقه‌ای دبیران استانی در تعیین خط‌مشی شورا، اولویت دادن به کاهش عرضه و مبارزه با قاچاق مواد مخدر، غلبه نگاه امنیتی و قضایی، ضعف در تأمین نیروی انسانی مناسب و پایدار برای کمیته‌های استانی شورا و ... دانسته‌اند که به ضعف در گفتمان‌سازی شورا و تضعیف جایگاه آن در راستای پیگیری و نظارت بر انجام تکالیف دستگاه‌های مربوطه در استان‌ها منجر شده است. به‌منظور برون‌رفت از چنین شرایطی، لازم است ضمن تصریح و تنقیح تکالیف قانونی ستاد مبارزه با مواد مخدر و ارکان آن، سازوکارهای نظارتی لازم به‌منظور ارزیابی عملکرد این نهادها تعریف و تعیین شود.

مبتنی بر چالش‌های شناسایی شده از وضعیت و فرایند موجود در مراکز ماده (۱۶)، در ادامه پیشنهادهای سیاستی، اجرایی و برنامه‌ای ارائه می‌شود.

تغییر رویکرد و تقویت عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر: اعتیاد از معدود آسیب‌های اجتماعی در کشور است که متولی مشخص و تعیین شده دارد؛ بر همین اساس نیز انتظار این است که عملکرد ساختاری و نهادی در این حوزه نظام‌مندتر از سایر آسیب‌های اجتماعی و با اثربخشی بیشتر باشد. اما همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر به‌ویژه طی سال‌های اخیر مورد نقد متخصصان امر قرار گرفته است. اصلی‌ترین نکته‌ای که صاحب‌نظران در این زمینه به آن اشاره کرده‌اند، تضعیف جایگاه و اقتدار ستاد در تقسیم کار بین دستگاهی، اخذ گزارش عملکرد از اعضای ستاد، توان راهبری هدفمند حوزه‌های تعریف شده، غلبه رویکرد انتظامی و قضایی، کم‌توجهی به حوزه کاهش آسیب و الگوهای درمان داوطلبانه اعتیاد و تمرکز بیش از حد بر درمان اجباری و ... بوده است. از این رو به نظر می‌رسد یکی از اصلی‌ترین پیش‌نیازهای لازم برای افزایش اثربخشی در حوزه درمان، تقویت جایگاه تنظیم‌گر، تغییر رویکرد و بهینه‌سازی عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر با ضمانت اجرای قابل‌اندازه‌گیری و از طریق سازوکارهای متناسب است.

تعریف و تصریح مفهوم تجاهر: بخشی از وضعیت کنونی مراکز ماده ۱۶، ناشی از عدم صراحت در تعریف مفهوم تجاهر و شاخص‌های احراز آن است. لذا لازم است که ستاد مبارزه با مواد مخدر برنامه اقدام لازم برای تدوین دستورالعمل یا آیین‌نامه تشخیص و احراز تجاهر را با همکاری قوه قضائیه و سایر ذی‌نفعان مربوطه تدوین و پس از طی تشریفات قانونی ابلاغ نماید. بایستی توجه شود که افراد دچار تجاهر به اعتیاد گروه بسیار ناهمگنی را تشکیل می‌دهند که لااقل از سه جنبه وضعیت پیگیری/عدم پیگیری مقوله درمان، وضعیت سلامت جسمی و وضعیت سلامت روان قابل‌دسته‌بندی و تفکیک هستند. در واقع در گام نخست پس از دستگیری، لازم است که این سه مقوله به دقت و به صورتی روشمند و علمی مورد ارزیابی قرار گیرند و هر فرد دچار اعتیاد و بی‌خانمانی از این سه منظر بررسی شده و براساس نتایج ارزیابی

صورت گرفته به مرکزی مناسب (اعم از مرکز درمان سرپایی اعتیاد، مرکز درمان اقامتی، بیمارستان دارای بخش روانپزشکی یا...) ارجاع شود. **تقویت نظارت و نظام‌مندسازی آن:** هم‌اکنون، به‌رغم اینکه آیین‌نامه اجرایی ماده (۱۶) تکالیفی را در زمینه نظارت بر عملکرد و فرایند مراکز ماده (۱۶) برای کمیته کشوری هماهنگی مبارزه با مواد مخدر و مقام قضایی تعیین کرده است؛ در عمل نظارت منظم، دقیق و اثربخشی بر فرایند و عملکرد مراکز ذیل ماده (۱۶) صورت نمی‌گیرد. این وضعیت باعث افت کیفیت خدمات ارائه شده و کاهش اثربخشی مراکز شده است؛ لذا باید علاوه بر تکالیف ذکر شده در قانون یا آیین‌نامه مربوطه، نهادهایی مانند کمیسیون‌های تخصصی مجلس شورای اسلامی بر فرایند و عملکرد مراکز نظارت منظم و دقیق داشته و اقدام‌های لازم در راستای اصلاح روندها و فعالیت‌ها را به انجام رسانند.

اولویت فراهم‌سازی زیرساخت‌ها و تصحیح فرایند بر تغییر بازه زمانی: ناکامی‌های موجود در زمینه درمان و بازتوانی افراد دارای تظاهر به اعتیاد، بیش از آنکه به مدت زمان نگهداری از این افراد در مراکز اجباری مربوط باشد، ناشی از نواقص و اشکال‌های فرایندی موجود در زمینه چگونگی جمع‌آوری، غربالگری، نگهداری، درمان، بازتوانی و مراقبت‌های پس از خروج است. بر همین اساس، تمرکز بر تغییر مدت زمان نگهداری از افراد دارای تظاهر به اعتیاد ناشی از کم‌توجهی به نظرات کارشناسی بوده و هیچ‌گونه کمکی به اصلاح و بهبود فرایندهای کنونی نخواهد کرد. ضمن اینکه، بررسی تجربیات جهانی حاکی از آن است که اولاً روند اصلی به‌سمت کاهش تعداد مراکز اجباری درمان بوده و همچنین در بدترین حالت، مدت نگهداری اجباری نهایتاً یک سال تعیین شده است. بنابراین، پیش از اینکه بتوان از هرگونه تغییر در مدت زمان نگهداری از افراد دارای تظاهر به اعتیاد سخن گفت، باید فرایند کنونی اصلاح و تقویت شود. به‌عبارت‌دیگر، اصلاح و بهبود فرایند فعلی مقدم بر هرگونه تغییر در مدت زمان نگهداری از افراد دارای تظاهر به اعتیاد است؛ چراکه در چنین شرایطی، نه‌تنها هیچ‌گونه روزنه‌امیدی برای تغییر فرایند باقی نمی‌ماند، بلکه وابستگی به مسیر طی شده و چرخه معیوب فرایند نگهداری و درمان، با توجه به بیشتر شدن مدت زمان نگهداری، تشدید خواهد شد. به زبان ساده‌تر، اگر بپذیریم که فرایند غربالگری، نگهداری و درمان در شرایط کنونی دچار اختلال و اشکال است، که هست؛ افزایش مدت زمان نگهداری هیچ‌گونه کمکی به اصلاح این فرایند نخواهد کرد. اگر حکمران و سیاستگذار اکنون به اصلاح و بهبود فرایندها قادر نباشد، بعد از افزایش مدت زمان نگهداری و افزایش هزینه‌های مادی مربوط به آن، به‌طریق اولی به این کار قادر نخواهد بود.

ایجاد کمپ‌های اختصاصی تبصره «۲»: اختلاط بین افراد معتادی که به‌صورت داوطلبانه به مراکز اقامتی ترک اعتیاد رجوع کرده‌اند و افراد دارای تظاهر به اعتیاد به‌هیچ‌وجه با دیدگاه‌های کارشناسی تطابق نداشته، آسیب‌ها و چالش‌های مختلفی به‌دنبال خواهد داشت. بر همین اساس باید روند ارجاع افراد دارای تظاهر به مراکز اقامتی داوطلبانه متوقف شده، سازوکار دیگری مانند مراکز اقامتی اختصاصی برای این منظور مشخص و تعیین شود. در واقع، به‌منظور جلوگیری از اختلاط معتادان اجباری و اختیاری، بخشی از مراکز اقامتی ماده (۱۵) اختصاصاً به نگهداری از افراد دارای تظاهر به اعتیاد مربوط به تبصره «۲» ماده (۱۶) تخصیص یابد.

اتخاذ رویکرد و سیاست جامع، ترکیبی و بلندمدت در حوزه کاهش تقاضا: زیست‌بوم مواجهه با افراد درگیر با مسئله اعتیاد، در حوزه کاهش تقاضا، دربرگیرنده رویکرد کاهش آسیب، درمان و بازتوانی است؛ لازم و مهم است که قوه عاقله هدایت‌گر این حوزه که منطقی‌بایستی ستاد مبارزه با مواد مخدر باشد، مبتنی بر رویکردی جامع و براساس ارزیابی تجربیات و فرایند طی شده، به‌صورت متوازن، هم‌زمان و متعادل هر سه اقدام پیشگیری، کاهش آسیب، درمان و بازتوانی را در دستور کار قرار دهد. همچنان که شکل زیر نشان می‌دهد، غفلت از پیشگیری نظام‌مند و اثربخش در گام نخست، می‌تواند به‌گریزناپذیر شدن مواجهه درمانی در گام‌های بعد منجر شود. در همین زمینه، بررسی‌های علمی نیز حاکی از آن است که هزینه‌های مالی پیشگیری کمتر از درمان و نگهداری خواهد بود.

شکل ۱. روند تشدید مسئله اعتیاد و گام‌های برنامه‌های مربوطه



اقدام‌های اجتماع محور پس از خروج: یکی از گام‌های کمک‌کننده پس از خروج افراد بهبودیافته از مراکز اجباری، می‌تواند معرفی آنها به انجمن‌ها و گروه‌های هم‌تا باشد. اگرچه وضعیت، جایگاه و چشم‌انداز چنین انجمن‌هایی در حکمرانی آسیب اعتیاد بایستی مورد ارزیابی قرار گرفته و مبتنی بر ملاحظات اجتماعی، سیاسی، امنیتی و غیره در چشم‌اندازی بلندمدت تعریف شود اما به نظر می‌رسد یکی از اساسی‌ترین ضرورت‌های مقابله با وسوسه‌های ذهنی و روانی پس از بهبود جسمی و تریخ، حضور منظم و مستمر در اجتماع هم‌تابان و کسب حمایت‌های انگیزشی و معنوی از طریق ایشان است. در این زمینه، لازم است نسبت انجمن‌های فعال در این عرصه، با کلیت زیست‌بوم مواجهه با مسئله اعتیاد در نظام حکمرانی مشخص شده و در صورت ضرورت زمینه‌های لازم برای ایجاد تنوع و تکثر از طریق ایجاد انجمن‌های اجتماع محور مشابه فراهم شود.

تغییر رویکرد مراکز به سمت اقدام‌های مددکارانه اجتماع محور: فعالیت کنونی مراکز ماده (۱۶) متمرکز بر نگهداری صرف از افراد دارای تجربه اعتیاد بوده و مددکاری اجتماعی به صورتی بسیار محدود صورت می‌گیرد. این در حالی است که به‌طور قاطع می‌توان ادعا کرد که بدون مددکاری اجتماعی مؤثر و بلندمدت، این مراکز نمی‌توانند عملکرد قابل توجهی داشته باشند؛ با این توضیح که فعالیت‌های مددکاری اجتماعی مورد نظر باید به صورت چند سطحی و در حوزه فرد، خانواده و اجتماع انجام پذیرد. در واقع باید توجه و تمرکز مراکز از فرد به سمت خانواده، هم‌تابان، محله و ... تغییر کند.

به‌روزرسانی و تدوین دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌ها: آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های حوزه درمان اعتیاد، نامنظم و دارای نقص و اشکال است. از این رو لازم است مبتنی بر سازوکارهای حقوقی موجود، هرچه سریع‌تر این موارد تدوین و تصویب شده؛ اجرای آنها توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر و کمیسیون‌های تخصصی مجلس شورای اسلامی مورد پیگیری و نظارت قرار گیرد. مضافاً اینکه شیوه‌نامه‌هایی در مورد تعیین شاخص‌های تظاهر و نحوه احراز آن، کم و کیف فرایند دستگیری افراد، شیوه غربالگری و ... به صورت دقیق و کارشناسی تدوین شده و سازوکارهای نظارت و ارزیابی بر هر یک از این مراحل توسط مراجع ثالث و بی‌طرف پیش‌بینی شود.

ضرورت پیش‌نگری و اقدام نسبت به آینده: با توجه به روندهای کنونی و نیز تغییرات عمیق و گسترده فرهنگی و معنایی در حوزه سبک زندگی، به نظر می‌رسد که در سال‌های آینده تمایل و گرایش به مصرف انواع مواد مخدر روندی صعودی و افزایشی داشته و جامعه با نرخ شیوع بالاتر سوء مصرف این مواد به‌ویژه در قشر نوجوان و بانوان مواجه خواهد بود. براین اساس لازم است که در سطح پیش‌گیری، کاهش

آسیب، درمان و بازتوانی تمهیدات و آمادگی‌های لازم برای این وضعیت ایجاد شود. اگرچه در گام اول باید به سمتی حرکت کرد که با تکیه بر اقدام‌های پیشگیرانه و پیش‌دستانه روند پیش‌بینی شده در عمل اتفاق نیافتد، لکن مبتنی بر رویکردی واقع‌گرایانه، براساس تجربه عملکرد سال‌های قبل و ظرفیت‌های تخصصی موجود، می‌توان حدس زد که این پیشگیری‌ها تناسب زیادی با روند تشدید مسئله نداشته و احتمالاً به حد کافی اثربخش واقع نخواهد شد.

تقویت رویکرد و اقدام‌های نظام‌مند پیش‌گیرانه: پیش‌گیری فرایندی علمی و نظام‌مند است که باید مبتنی بر اصول و چارچوب‌های مشخص و اثربخش پیگیری و اجرا شود. هم‌اکنون در زمینه آسیب‌اعتیاد، اقدام‌های پیشگیرانه از قوت و اثربخشی کافی برخوردار نیست. بخشی از این وضعیت به عدم شناخت و اشراف نظری بر مقوله پیشگیری و تقلیل آن به توزیع بروشور و ... مربوط است؛ در حالی که مهارت‌آموزی باید در پیشگیری مورد توجه قرار گیرد. احیا و تقویت سامانه‌نماد، تقویت اقدام‌های پیشگیری از آسیب در حوزه دانشجویی و کارگری مبتنی بر ایجاد ائتلاف‌ها و نظام‌های علمی و بین‌دستگاهی مشخص و مؤثر از جمله اقدام‌هایی است که در این زمینه می‌توان انجام داد.

تصویب و تخصیص کافی و به‌هنگام اعتبارات مالی: واقعیت این است که نتیجه گرفتن در حوزه مواجهه با آسیب اجتماعی اعتیاد نیازمند تعیین و تخصیص منابع مالی است. عدم تخصیص کافی و به‌هنگام چنین منابعی، قطعاً برنامه‌ها و اقدام‌های مورد نظر را با اشکال و نقصان مواجه کرده و چرخه درمان اعتیاد را با اخلال مواجه می‌سازد و در عین حال شاهد هدر رفت اعتبارات خواهیم بود. ارزیابی هزینه-فایده طرح‌ها و هزینه-اثربخشی آنها و نیز اصل بهینه‌سازی و نظارت از دیگر الزامات در این حوزه است. همچنین باید منابع تخصیص یافته در حوزه کاهش تقاضا به‌صورتی هوشمندانه و با اولویت حوزه پیشگیری، کاهش آسیب و درمان و بازتوانی تعریف و تعیین شود.

مردمی‌سازی و جلب مشارکت سمن‌ها: بند «۹» از سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر به اهمیت و ضرورت حضور و مشارکت مردم و خانواده‌ها در زمینه‌های پیشگیری، کاهش آسیب و درمان معتادان اشاره کرده است. بر همین اساس لازم است رویکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر به‌عنوان نهاد متولی این حوزه، به‌سمت اولویت‌بخشی به حضور و مشارکت هدفمند گروه‌های متشکل مردمی و سازمان‌های مردم‌نهاد و بهره‌گیری از تجارب موفق این افراد و گروه‌ها تغییر کرده؛ آیین‌نامه یا شیوه‌نامه‌های اجرایی لازم در این زمینه تدوین و تصویب شود. البته باید زمینه‌های این مشارکت مبتنی بر سطح تخصص مشارکت‌کنندگان دسته‌بندی شده و حفظ کیفیت اقدام‌های صورت گرفته نیز مورد نظر قرار گیرد.

منابع و مآخذ

- [۱]. رحیمی موقر، آفرین و همکاران (۱۳۹۰)، درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده در مرکز اقامتی (۱): ارزیابی فرایند مداخلات، فصلنامه پایش، سال دهم، ش ۴، صص ۴۹۳-۵۰۲.
- [۲]. 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، سال دهم، ش ۴، صص ۵۱۲-۵۰۳.
- [۳]. محرز، مینو و همکاران (۱۳۹۴)، ارزیابی میزان اثربخشی خدمات درمانی مراکز ماده (۱۶) در سطح کشور-مطالعه ملی، به سفارش دفتر تحقیقات و آموزش دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، تهران: دنیای درون.
- [۴]. مغنی‌باشی منصوریه، امیر؛ فتحی، منصور؛ براتی سده، فرید و اسلامیان، ایوب (۱۳۹۶)، مرور سیستماتیک اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان، فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، سال یازدهم، ش ۴۲.
- [۵]. رفیعی، حسن و همکاران (۱۳۹۶)، بررسی فرایند کارتن‌خوابی 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.
- [۶]. میرکاظمی، رکسانا 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، معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد.

- [۷]. بختیاری، عباس (۱۳۹۹)، پیامدهای درمان اجباری اعتیاد، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی (ره).
- [۸]. کرمانی، محسن و باحشمت‌جوییاری، شهاب (۱۴۰۱)، ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد، دفتر مطالعات اجتماعی، مسلسل: ۱۸۶۷۲.
- [9]. https://www.hr-dp.org/files/2016/08/24/idpc-advocacy-note_compulsory-rehabilitation-latin-america_english.pdf.
- [10]. Werb D, Kamarulzaman A, Meacham MC, Rafful C, Fischer B, Strathdee SA, Wood E. The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *Int J Drug Policy*. 2016 Feb;28:1-9. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.12.005. Epub 2015 Dec 18. PMID: 26790691; PMCID: PMC4752879.
- [11]. Ministry of Health. 2017. Introductory Guidelines on the Substance Addictions (Compulsory Assessment and Treatment) Act 2017 Wellington: Ministry of Health.
- [12]. Xiong, H., & Jia, J. (2019). Situational Social Support and Relapse: An Exploration of Compulsory Drug Abuse Treatment Effect in China. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63(8), 1202-1219. <https://doi.org/10.1177/0306624X18815243>
- [13]. K.A.Waruni Kumarasingha, Compulsory Drug Treatment and Rehabilitation: Human Rights Issues in Sri Lanka, International Symposium on Drug Related Studies, National Dangerous Drugs Control Board, 2022.
- [14]. <https://www.sfatnews.com/2023/04/25/involuntary-treatment-for-addiction-research/By Sarah E. Wakeman, April 25, 2023>.
- [15] Compulsory Drug Treatment in Kazakhstan, Mariya Prilutskaya, PhD, Kazakhstan In book: Social Work and Health in Prisons: Studies from Central Asia and China by Ingo Ilja Michels (Editor), Ulla Pape (Editor), Heino Stover (Editor), Publisher: Nomos Verlagsgesellschaft Mbh & Co (April 6, 2023)
- [16] Compulsory Drug Treatment in china, Hang Su, In book: Social Work and Health in Prisons: Studies from Central Asia and China by Ingo Ilja Michels (Editor), Ulla Pape (Editor), Heino Stover (Editor), Publisher: Nomos Verlagsgesellschaft Mbh & Co (April 6, 2023).
- [۱۷]. اکبری، عباسعلی (۱۳۹۳)، بررسی و نقد سیاست جنایی حاکم بر جرائم مواد مخدر در ایران با تأکید بر اصلاحیه سال ۱۳۸۹ قانون مبارزه با مواد مخدر، پژوهشنامه حقوق کیفری، سال پنجم، ش ۲، صص ۳۴-۷.
- [۱۸]. نصر اصفهانی، مهدی و همکاران (۱۳۸۷)، بستری و درمان اجباری: نگاهی به قوانین بهداشت روان، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال ۱۴، ش ۱، ۱۶-۴.
- [۱۹]. فتحی، منصور و مغنی‌باشی منصوریه، امیر (۱۴۰۰)، مطالعه کیفی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد، نشریه علمی انتظام اجتماعی، سال سیزدهم، شماره اول.
- [۲۰]. ابادزی، یوسف و همکاران (۱۳۹۹)، برساخت اعتیاد و روند ابرّه‌سازی معتاد در دهه‌های پس از انقلاب ۱۳۵۷، مسائل اجتماعی ایران، سال ۱۱، ش ۱، صص ۲۰۱-۱۷۷.
- [21]. https://news.dchq.ir/3/?page_id=65956
- [۲۲]. مجمع تشخیص مصلحت نظام (۱۳۸۹)، راهنمای (پروتکل) مراقبت‌های درمانی در مراکز درمان اجباری، موضوع ماده (۱۶) اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶.

گزیده سیاستی

مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر، با چالش‌های اجرایی، ساختاری و فرایندی مواجه هستند که عملکرد و اثربخشی آنها را تحت تأثیر قرار داده است؛ بر همین اساس، لازم است در فرایند اصلاح قانون، این چالش‌ها برطرف شده، کیفیت و اثربخشی مراکز ارتقا یابد.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روپروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰؛ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵؛ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc@majles.ir