

ارزیابی عملکرد مرکز نگهداری از زنان معتاد متجاهر در کشور



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تاریخ انتشار:

۱۴۰۴/۳/۶

شماره مسلسل: ۲۰۷۶۱

کد موضوعی: ۲۱۰



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

ارزیابی عملکرد مرکز نگهداری از زنان معتاد متجاهر در کشور

نوع گزارش: طرح و لایحه ، نظارتی ، راهبردی ، پیش‌نویس قانونی

نام دفتر:

مطالعات اجتماعی (گروه آسیب‌های اجتماعی)

تهیه و تدوین کنندگان:

فاطمه محمدی، علی اصغر درویشی فرد (گروه آسیب‌های اجتماعی)

مدیر مطالعه:

فاطمه محمدی

اظهار نظر کنندگان:

عرفان نورانی جداقیا (دفتر مطالعات زیربنایی)، میثم عظیمی (دفتر مطالعات حقوقی)

اظهار نظر کنندگان خارج از مرکز:

میلاذ اعوانی (دادرس دادگاه حقوقی)، سیده فاطمه نعمتی (پژوهشگر)

ناظران علمی:

هادی افراسیابی، محمدرضا مالکی

ویراستار ادبی:

سیده مرضیه موسوی راد

گرافیک و صفحه آرایی:

محمد دهقانی شهرابی

واژه‌های کلیدی:

۱. زنان

۲. معتاد متجاهر

۳. مراکز نگهداری

تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۳/۱۰/۲۰



فهرست مطالب

۶	چکیده
۷	خلاصه مدیریتی
۱۰	۱. مقدمه
۱۱	۲. پیشینه و مبانی نظری
۱۹	۳. بررسی آیین‌نامه اجرایی مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده (۱۶)
۲۰	۴. ارزیابی فرایند ساماندهی زنان مصرف‌کننده در ذیل مراکز موضوع ماده (۱۶)
۲۵	۵. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۳۱	منابع و مآخذ

فهرست جداول

۸	جدول ۱. چالش‌های ساماندهی و نگهداری زنان در مراکز موسوم به ماده (۱۶)
۱۱	جدول ۲. پژوهش‌های مرتبط با درمان اجباری اعتیاد در ایران
۱۳	جدول ۳. پژوهش‌های مرتبط با درمان اجباری اعتیاد در جهان
۱۴	جدول ۴. پژوهش‌های مرتبط با تجربه زیسته زنان معتاد بی‌خانمان موضوع ماده (۱۶)
۲۰	جدول ۵. چالش‌های مراکز نگهداری از زنان معتاد متجاهر در کشور و پیامدهای آن



ارزیابی عملکرد مرکز نگهداری از زنان معتاد متجاهر در کشور

چکیده



یک دوره ۶ ماهه مورد پذیرش و درمان قرار گرفته‌اند. به‌رغم روند رو به رشد افراد پذیرش شده در مراکز ماده (۱۶)، با این حال، از وضعیت کم‌و کیف فعالیت‌های این مراکز، نقاط قوت و ضعف و در نهایت اثربخشی آنها اطلاعات دقیقی در دسترس نیست. وضعیتی که امکان اصلاح روندها و فرایندهای اجرا شده را سلب می‌کند. بر این اساس گزارش حاضر، به ارزیابی چالش‌های مرتبط با فرایند و عملکرد مراکز ماده (۱۶) ویژه زنان پرداخته و پیشنهادهای و توصیه‌های مقتضی به منظور بهینه‌سازی و بهبود عملکرد این مراکز را ارائه کرده است. بررسی‌های این نوشتار نشان می‌دهد قانون مربوطه که فرایند ساماندهی زنان در مراحل مختلف دستگیری، غربالگری، مراقبت در حین درمان و مراقبت پس از خروج برگرفته از آن است، با چالش‌های مختلف و جدی مواجه بوده و نیاز به بازنگری و اصلاح دارد.

اعتیاد از مهم‌ترین مسائل اجتماعی جامعه ایران است که ابعاد مختلف جامعه را تحت تأثیر خود قرار داده و تهدیدی جدی به شمار می‌رود. اعتیاد این آسیب اجتماعی، دارای تبعات بسیاری بر روی فرایندهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی است. علاوه بر این تأثیر بسزایی بر روی عملکرد شخصیتی و تربیتی فرد دارد و این چرخه دارای تعاملی دوطرفه است. راه‌اندازی مراکز نگهداری و درمان اجباری افراد دارای تظاهر به اعتیاد در ذیل مفاد ماده (۱۶) آخرین اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر، مصوب سال ۱۳۸۹ از جمله رویکردهای غالب در طی سال‌های اخیر به‌منظور مواجهه با موضوع اعتیاد و کاهش آسیب حاصل از آن در کشور بوده است. زنان مصرف‌کننده مواد، از جمله گروه‌هایی بوده‌اند که در سال‌های اخیر و در ذیل قانون فوق در مراکز موسوم به ماده (۱۶) با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه و تحت برخی ملاحظات تا



بیان/شرح مسئله

شواهد مختلف حکایت از آن دارد که گرایش به درمان اجباری سوءمصرف کنندگان مواد نه تنها در کشور ایران، بلکه در بسیاری از کشورهای جهان وجود دارد و چه بسا در برخی از کشورها روند افزایشی نیز داشته است. راه اندازی مراکز نگهداری و درمان اجباری افراد دارای تجاهر به اعتیاد در ذیل مفاد ماده (۱۶) آخرین اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر، مصوب سال ۱۳۸۹ از جمله رویکردهای غالب در طی سال‌های اخیر به منظور مواجهه با موضوع اعتیاد و کاهش این آسیب در کشور بوده است. زنان مصرف کننده مواد از جمله گروه‌هایی بوده‌اند که در سال‌های اخیر و در ذیل قانون فوق در مراکز موسوم به ماده (۱۶) پذیرش شده‌اند؛ فرایندی که به نظر می‌رسد در مقایسه با معتادان مرد، با چند سال تأخیر اجرایی شده و به مرور زمان با توجه به گرایش زنان به مصرف مواد مخدر روند افزایشی داشته است و تلاش نهادهای متولی، تجهیز و اختصاص منابع برای اجرای هرچه بیشتر رویکرد فوق بوده؛ به طوری که در سال ۱۳۹۸ تعداد زنان پذیرش شده در تمام استان‌های کشور در مجموع ۳۲۷۸ نفر بوده و این تعداد در سال ۱۴۰۲ به ۵۷۱۰ نفر رسیده است. بنابراین، تعداد مراکز اختصاص یافته به معتادان متجاهر و ظرفیت آن مراکز در طی سال‌های اخیر روند افزایشی داشته است. به رغم روند رو به رشد افراد پذیرش شده در مراکز ماده (۱۶)، با این حال، از وضعیت کم و کیف فعالیت‌های این مراکز، نقاط قوت و ضعف و در نهایت اثربخشی آنها اطلاعات دقیقی در دسترس نیست. وضعیتی که امکان اصلاح روندها و فرایندهای اجرا شده را سخت و گاهی حتی سلب می‌کند. بر این اساس گزارش حاضر در نظر دارد تا به ارزیابی فرایند و عملکرد مراکز ماده (۱۶) ویژه زنان معتاد متجاهر بپردازد و پیشنهادها و توصیه‌های مقتضی به منظور بهینه‌سازی و بهبود عملکرد این مراکز ارائه کند.

منظور از معتاد متجاهر: منظور از معتاد متجاهر، شخصی است که ظاهر، رفتار و حالات وی به وضوح دلالت بر اعتیاد وی داشته باشد. در بند «ه» ماده (۲) دستورالعمل تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب آیین‌نامه اجرایی، مصوب

سال ۱۳۹۷ نیز تجاهر به اعتیاد، سوءرفتار ناشی از اعتیاد دانسته شده است. تأیید سوءرفتار با مقام قضایی و تشخیص سوءرفتار ناشی از اعتیاد از طریق غربالگری با پزشک است. دیدگاهی وجود دارد که در هر حال با توجه به ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر اعتیاد جرم است و معتاد متجاهر، مجرم است که باید به دنبال درمان خود باشد. آنچه مسلم است زنان معتاد متجاهر در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار دارند و باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند و برای نگهداری از آنها برنامه‌ریزی دقیق‌تری انجام شود. افزایش آمار آنان می‌تواند پیامدهای زیادی در اجتماع به خصوص برای خانواده‌ها داشته باشد. لذا اهمیت سیاستگذاری و مدیریت اجتماعی در این مسئله به شدت بالاست.

نقطه نظرات/یافته‌های کلیدی

با توجه به بررسی انجام شده، باز دیدهای میدانی و برگزاری جلسات متعدد کارشناسی با متولیان امر، قضات و کارشناسان حوزه اعتیاد و خدمات گیرندگان این مراکز استنباط می‌شود که:

۱- فرایند ساماندهی زنان مصرف کننده مواد در ابعاد مختلف دارای نواقص اساسی بوده و اثربخشی مراکز موسوم به ماده (۱۶) با تردید جدی همراه است.

۲- رویکرد مبتنی بر نگهداری گروه هدف در یک دوره زمانی خاص، بدون پاسخ‌دهی به نیازها و چالش‌های زیست شده نمی‌تواند راه‌حل مناسبی برای ساماندهی و به اصطلاح دقیق‌تر، باز توانی اجتماعی یا ادغام مجدد اجتماعی تلقی شود.

۳- رویکرد مبتنی بر نگهداری صرف گروه هدف در مراکز پیش‌بینی شده، موجب هدر رفتن منابع و اعتبارات تخصیص یافته در این حوزه، بی‌اعتمادی بیشتر گروه هدف نسبت به طرح‌های درمانی و آسیب‌پذیری بیشتر آنها می‌شود.

۴- زنان معتاد متجاهر از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی بوده و ارائه هر گونه مداخله برای بهبود وضعیت آنها و جدا کردن آنها از چرخه اعتیاد، بدون تعامل بین‌بخشی و چند نهادی و مسئولیت‌پذیری متولیان مربوطه میسر نخواهد شد.

۵- نادیده گرفتن ملاحظات متفاوت در مراحل مختلف طرح



متأسفانه با توجه به اینکه زنان پس از ورود به آسیب اعتیاد وارد سایر آسیب‌های دیگر نیز می‌شوند، لذا طرد اجتماعی به سرعت در خصوص آنها رخ می‌دهد و همین مسئله بازگشت به زندگی سالم را بسیار سخت می‌کند.

۸ در پایان می‌توان گفت، رویکرد فعلی که صرفاً نگهدارنده بوده و تداعی‌کننده چیزی شبیه زندان برای گروه هدف است، صرفاً به دور شدن مقطعی و کوتاه‌مدت زنان از سطح خیابان‌ها و دید عموم منجر می‌شود و در بلندمدت بازگشت به چرخه اعتیاد و چه بسا با آسیب‌پذیری بیشتر را به دنبال خواهد داشت.

علاوه بر نقاط کلیدی ذکر شده، بررسی انجام شده نشان می‌دهد که روند ساماندهی زنان سوءمصرف‌کننده و نگهداری آنها در مراکز موسوم به ماده (۱۶) با چالش‌های اساسی مواجه است. چالش‌هایی که به اختصار و در قالب عناوین کلیدی در جدول ۱ آمده است:

چه بسا نه تنها دردی را دوا نکنند، بلکه منجر به عمیق‌تر شدن مسئله اعتیاد و برخی از موضوعات انحرافی به‌ویژه برای سوء مصرف‌کنندگان تازه‌وارد^۱ شود.

۶ به دلیل عدم تخصیص اعتبارات کافی، متولیان امر امکان ایجاد اشتغال یا توانمندسازی گروه هدف را نداشته و اکثر مراکز ماده (۱۶) زنان، مجهز به کارگاه‌های آموزشی و اشتغال‌زایی نیست و صرفاً یک مرکز نگهداری (با امکانات نامناسب) صرف است.

۷ عدم پیگیری و حمایت پس از اتمام دوره نگهداری در مراکز و ناقص بودن چرخه حمایتی (بازتوانی) بازگشت اکثر خدمات‌گیرندگان را به چرخه آسیب‌های اجتماعی ضریب داده و متأسفانه به دلیل طرد اجتماعی تعداد زنانی که امکان بازگشت به زندگی طبیعی را دارند، به شدت پایین است. با توجه به نگاه عرفی و جامعه سنتی در ایران، ضریب طرد اجتماعی در زنان معتاد به خصوص معتادین متجاهر بسیار بیشتر از مردان است،

جدول ۱. چالش‌های ساماندهی و نگهداری زنان در مراکز موسوم به ماده (۱۶)

نوع چالش (حین خدمات‌دهی و پس از خروج)	
بی‌اعتمادی نسبت به طرح‌های درمانی	کمبود کارشناسان مرتبط با ارائه مداخلات روانی و اجتماعی
عدم ویژه‌سازی در ارائه خدمات	فقدان وجود نظام ارزیابی و کنترل اثربخشی
ناتوانی مراکز در بازگرداندن هویت سجلی زنان	چالش‌های مرتبط با مراقبت‌های پزشکی در حین درمان و پس از آن
اختلال در فرایند جذب و پیامدهای آن	کم‌توجهی به موضوع تفکیک و طبقه‌بندی مراجعان
اختلال در فرایند اجرای غربالگری	طولانی بودن دوره درمان بدون اهداف درمانی مشخص
درونی شدن آسیب و پذیرش هویت دارای نقص	ضعف نظام رفاهی و مراقبتی در حین درمان
عدم پیگیری پس از خروج خدمت‌گیرنده	عدم توجه به فرایند توانمندسازی جهت بازگشت به زندگی سالم

مأخذ: یافته‌های پژوهش.

پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

مبتنی بر چالش‌های احصا شده، پیشنهادهای ذیل قابل ارائه و پیگیری است:

■ حمایت اجتماعی حلقه مفقوده طرح ساماندهی زنان

سوءمصرف‌کننده است. تشکیل مرکز واحد یا مراکزی تحت‌عنوان «مراکز مراقبت پس از خروج معتادان بهبود یافته» با لحاظ کردن تکلیف قانونی برای نهادهای متولی و پیش‌بینی ضمانت اجرایی برای آن تکالیف، از ایده‌هایی است که می‌تواند

۱. منظور از افراد تازه وارد، زنان و دخترانی هستند که به‌تازگی درگیر اعتیاد شده‌اند و یا افرادی که اولین تجربه بستری در کمپ‌های ترک اعتیاد به‌ویژه کمپ‌های اجباری را داشته‌اند.

و احتمال بازگشت آنان به اعتیاد و آسیب‌های همراه با آن بسیار بالاست، در دستور کار قرار گیرد. تسهیل فرایند بازپیوند اجتماعی این افراد و ادغام موفق‌تر آنها در جامعه از نتایج قابل‌انتظار چنین طرح‌هایی است.

■ بیماری‌های عفونی و مقاربتی (HIV، HCV و HPV) از شایع‌ترین بیماری‌های همراه و تجربه شده در بین جمعیت زنان مصرف‌کننده مواد است. وضعیت فوق در حالی است که در بطن جامعه نه‌تنها امکان رصد وضعیت این افراد به‌طور دقیق وجود ندارد، بلکه سبک زندگی و نوع فعالیت‌های روزانه این افراد به‌گونه‌ای است که به انحای مختلف می‌تواند موجب شیوع بیماری در بین دیگر افراد جامعه شود. شواهد علمی و تجربی نشان می‌دهند که فارغ از روش‌های درمانی مختلف، درصد لغزش و بازگشت به اعتیاد بسیار بالاست و بیشتر این افراد مجدد به زیست‌بوم پیشین خود باز می‌گردند. با این توصیف، احیا و توسعه مراکز کاهش آسیب در سطح جامعه با توجه به اینکه خدمات کاهش آسیب را به شیوه‌ای در دسترس و فاقد انگ و برچسب در اختیار گروه هدف قرار می‌دهند، می‌تواند مورد توجه متولیان امر برنامه‌ریزی و سیاستگذار قرار گیرد.

■ اجرای اثربخش طرح ساماندهی زنان مصرف‌کننده در وضعیت فعلی نیازمند تغییر و اصلاح رویکردها و فرایندهای انجام کار در مراحل مختلف است. شفاف‌سازی دقیق در تعریف و مصادیق تجاهر به اعتیاد، ایجاد زیرساخت لازم برای اجرای اصولی فرایند غربالگری، پیش‌بینی و اجرای مداخلات راغب‌سازی و انگیزشی در حین درمان، پیش‌بینی سازوکارهای مرتبط با اشتغال شایسته و حمایت‌شده، پایش و ارزیابی مستمر و منصفانه از برنامه، تدوین پروتکل درمانی ویژه زنان معتاد، محوریت دادن به برنامه‌های مبتنی بر بازپیوند افراد به خانواده جهت جلوگیری از طرد اجتماعی، ارتقای دسترسی به خدمات پزشکی در مراکز و جامعه، هدفمندسازی دوره نگهداری و درمان گروه هدف در مراکز ماده (۱۶)، اتخاذ رویکرد مدیریت‌محور با اولویت مددکاران اجتماعی و افزایش اعتبارات مالی مرتبط با اداره مراکز ماده (۱۶)، ازجمله پیشنهادهایی است که می‌تواند منجر به ارتقای کیفیت مراکز و بالا بردن وضعیت اثربخشی آنها شود.

منجر به دسترسی زنان بهبودیافته به حمایت‌های اجتماعی در بطن جامعه شود. با توجه به موازی‌کاری‌های موجود در ارائه خدمات، بسنده کردن سازمان‌های متولی به ارائه خدمات سطحی و محدود، مسئولیت‌گریزی بسیاری از سازمان‌های متولی و به‌طور کلی نبود برنامه جامع مشترک و هماهنگ در این حوزه، تشکیل این مراکز می‌تواند پُرکننده شکاف حمایتی در این حوزه باشد و گامی مؤثر در راستای هماهنگ‌سازی و هدفمندسازی اقدامات حمایتی بازتوان‌کننده به شمار برود.

■ تعامل بین‌بخشی شرط لازم و ضروری برای اجرای اصولی و اثربخش طرح ساماندهی زنان مصرف‌کننده است. زنان درگیر با اعتیاد با مجموعه‌ای از مشکلات در سطوح مختلف فردی، اجتماعی، قانونی و خانوادگی درگیر هستند و مراکز موسوم به ماده (۱۶) به‌تنهایی نمی‌توانند راهگشای رفع مشکلات این افراد و چاره‌اندیشی برای بازتوانی اجتماعی آنها باشند. بنابراین، ضرورت دارد که تکالیف و مسئولیت‌های تمام دستگاه‌های متولی از جمله سازمان فنی و حرفه‌ای، سازمان بهزیستی، شورای هماهنگی، وزارت بهداشت و غیره که دارای تکلیف قانونی در زمینه موضوع اعتیاد هستند تعریف و بازتعریف شود، به‌گونه‌ای که هم ضمانت اجرایی داشته باشد و هم بتواند پاسخ‌گوی نیازهای مبتنی بر بازتوانی اجتماعی زنان مصرف‌کننده باشد (اصلاح قانون مبارزه با سوءمصرف مواد مخدر).

■ به‌منظور جلوگیری از اختلاط گروه‌های مختلف زنان با وضعیت آسیب‌پذیری متفاوت و به‌منظور ارتقای وضعیت درمان این افراد، پیشنهاد می‌شود توسعه مراکز نگهداری در دستور کار قرار گیرد. روش‌هایی همچون جذب و پذیرش افراد واجد شرایط در مراکز ماده (۱۵) با لحاظ کردن تأمین هزینه‌های مالی برای افراد بی‌بضاعت و همچنین اجرایی کردن هرچه بیشتر تبصره «۲» ماده (۱۶) قانون اصلاحی مبارزه با مواد مخدر، می‌تواند منجر به توسعه مراکز نگهداری زنان و رعایت بهتر ملاحظات مراقبتی و حمایتی شود.

■ پیشنهاد می‌شود تأسیس مراکز موقت توانمندسازی و گذر به زندگی اجتماعی برای زنانی که فاقد هرگونه سرپناه، حمایت خانوادگی و به‌طور کلی دیگر شرایط آسیب‌پذیرانه هستند



مسئله اعتیاد یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی جامعه ایران است که ابعاد مختلف جامعه را تحت تأثیرات منفی خود قرار داده و تهدیدی جدی برای جامعه به شمار می‌رود. این مسئله به‌ویژه در دهه‌های اخیر به شکل فزاینده‌تری سطوح مختلف جامعه را با آسیب‌ها و پیامدهای بی‌شمار خود درگیر کرده است. یکی از ویژگی‌های عصر معاصر که حاصل صنعتی شدن جوامع است، پدید آمدن ناملایمات اجتماعی، بروز فاصله طبقاتی و ماشینی شدن زندگی هاست که خود باعث پدید آمدن سرخوردگی بی‌شمار و احساس پوچی و نوعی نیهیلیسم در افراد شده است که تمامی این مسائل گرایش افراد در معرض آسیب و تحت فشار را به سمت مواد مخدر افزایش می‌دهد. در تحلیل مسئله اعتیاد، اعتقاد بر این است که این مسئله فی‌نفسه معلولی است با علت‌های متعدد؛ علاوه بر این، شواهد آماری و تجربی حکایت از آن دارد که اعتیاد، به‌عنوان یک مسئله اجتماعی زمینه را برای بروز و ظهور بسیاری از آسیب‌ها، جرائم، مسائل و انحرافات اجتماعی از جمله بی‌خانمانی، تن‌فروشی، تکدیگری، بیکاری، فقر و نظایر آن به وجود می‌آورد. درهم‌تنیدگی مسئله اعتیاد با دیگر معضلات اجتماعی باعث شده است که توجه به آن در اولویت برنامه‌های سیاستگذاری قرار بگیرد. مسئله اعتیاد در سطح جامعه فراگیر بوده و اقشار مختلف جامعه از جمله زنان را درگیر کرده است. زنان سوءمصرف‌کننده مواد با توجه به شرایط زیسته‌ای که دارند، از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در مواجهه با چرخه اعتیاد و پیامدهای آن محسوب می‌شوند. زنان سوءمصرف‌کننده به دلایل مختلف میزان آسیب‌پذیری بیشتری را متحمل می‌شوند و مشکلات عمیق‌تری را تجربه می‌کنند؛ به‌گونه‌ای که جدا شدن آنها از چرخه اعتیاد به مراتب دشوارتر می‌شود و عموماً دچار طرد اجتماعی و خانواده خواهند شد. از بین زنان سوءمصرف‌کننده مواد، زنان به اصطلاح متجاهر به مراتب شرایط وخیم‌تری را تجربه می‌کنند. زیرا این افراد اغلب بی‌خانمان و فاقد شبکه حمایتی مؤثر هستند و از آسیب‌های عمیق‌تری نسبت به دیگر زنان سوءمصرف‌کننده برخوردارند. آسیب‌پذیری زنان مصرف‌کننده بی‌خانمان در پژوهش‌های مختلف داخلی و خارجی به اثبات رسیده است [۱]. با توصیف و تبیین ارائه شده می‌توان گفت توجه به مسئله اعتیاد زنان متجاهر و چگونگی مواجهه با آن جای تأمل جدی داشته و نیازمند ارائه سازوکارهای مرتبط و ویژه‌ای است.

راه‌اندازی مراکز نگهداری و درمان اجباری افراد دارای تظاهر به اعتیاد در ذیل مفاد ماده (۱۶) آخرین اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر، مصوب سال ۱۳۸۹ از جمله رویکردهای غالب در طی سال‌های اخیر به‌منظور مواجهه با موضوع اعتیاد و کاهش آسیب در کشور بوده است. طبق مفاد ماده (۱۶) قانون اصلاحی مبارزه با مواد مخدر (قانون اصلاحی، مصوب سال ۱۳۸۹)، افراد دارای تظاهر 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 نیز قابل تمدید است. بررسی آیین‌نامه اجرایی مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده (۱۶) (مصوب سال ۱۳۹۶)، نشان می‌دهد که قانونگذار، اهداف نگهداری، درمان و کاهش آسیب مقتضی و سیاست‌های مرتبط با آن را برای افراد سوءمصرف‌کننده مواد پیش‌بینی کرده و در این راستا دستگاه‌های حمایتی متعددی را مکلف به ارائه خدمت کرده است [۵-۲]. به‌رغم روند رو به رشد افراد پذیرش شده در مراکز ماده (۱۶) در سال‌های اخیر، با این حال، از وضعیت کم‌وکیف فعالیت‌های این مراکز، نقاط قوت و ضعف و درنهایت اثربخشی آنها ارزیابی و اطلاعات دقیقی در دسترس نیست. وضعیتی که امکان اصلاح روندها و فرایندهای اجرا شده را سلب می‌کند. بر این اساس گزارش حاضر مبتنی بر بند «ج» از ماده (۲) قانون شرح وظایف مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی در نظر دارد که به ارزیابی چالش‌های مرتبط با فرایند و عملکرد مراکز ماده (۱۶) ویژه زنان بپردازد و پیشنهادها و توصیه‌های مقتضی به‌منظور بهینه‌سازی و بهبود عملکرد این مراکز ارائه کند.

۱-۱. روش پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به ماهیت آن برای گردآوری اطلاعات، از روش مشاهده میدانی، مصاحبه با خبرگان اجرایی و صاحب‌نظران، بررسی اسناد و منابع موجود و درنهایت استفاده از گزارش عملکرد دستگاه‌های متولی در رابطه با وضعیت مراکز موضوع ماده (۱۶) زنان معتاد، استفاده کرده است. در این راستا، بازدیدهای میدانی از مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب زنان موضوع ماده (۱۶) انجام شد و از نزدیک وضعیت

این مراکز مورد رصد و آسیب‌شناسی قرار گرفت. همچنین مصاحبه‌های هدفمند با مطلعین کلیدی در سه بخش شامل، صاحب‌نظران حوزه اعتیاد به‌ویژه اعتیاد زنان، کارشناسان و مدیران مراکز نگهداری و در نهایت زنان سوءمصرف‌کننده ساکن در مراکز انجام پذیرفت. علاوه بر این، به روش بررسی اسنادی، مبانی نظری و پژوهش‌های تجربی پیشین که به شکلی با پژوهش حاضر مرتبط بودند مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج و یافته‌های مهم آنها سازمان‌دهی و در تحلیل یافته‌ها نیز مورد استفاده قرار گرفت. در نهایت، از گزارش عملکرد سازمان‌های متولی به‌عنوان منبعی مهم استفاده شد.

۲. پیشینه پژوهش

۲-۱. پیشینه پژوهشی

در بخش دوم، پیشینه مربوط به چالش‌ها و مشکلات زیست شده زنان درگیر با مسئله اعتیاد مورد واکاوی قرار گرفته است. نتایج به‌دست آمده از پژوهش‌ها به اختصار در جداول ۱ و ۲ صورت‌بندی شده است.

پیشینه پژوهش حاضر در دو بخش ارائه شده است: در بخش اول، پیشینه مربوط به پژوهش‌های داخلی مرتبط با درمان اجباری اعتیاد در ایران و جهان مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۲. پژوهش‌های مرتبط با درمان اجباری اعتیاد در ایران

ردیف	محقق / محققان و سال	عنوان پژوهش	یافته‌های پژوهش
۱	حتم‌خوانی و همکاران، (۱۳۹۷) [۷]	بررسی الگوی مصرف مواد مخدر در مراجعین به مراکز اجباری نگهداری و درمان و کاهش آسیب معتادان ارومیه	نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تقریباً نیمی از بیماران سابقه ترک اعتیاد داشته‌اند و با توجه به شیوع بالای آسیب‌های اجتماعی نظیر بیکاری، تحصیلات پایین و متأثر شدن کانون خانواده در افراد متأهل، ضرورت مداخله هدفمند و برنامه‌ریزی برای پیشگیری و بازگشت به جامعه نیز استنباط و پیشنهاد شده است.
۲	رحیمی موقر و همکاران، (۱۳۹۰) [۸]	درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده، در مرکز اقامتی ۱. ارزیابی فرایند مداخلات	این گزارش‌ها به بررسی تجربه درمان اجباری در طرح نجات که در سال ۱۳۸۶ عملیاتی شده، پرداخته است. نتایج این گزارش از طریق بررسی وضعیت تعداد ۷۹ نفر از معتادان ارجاع شده به مرکز شفق به‌همراه نظرخواهی از صاحب‌نظران حوزه اعتیاد و بررسی اسناد مربوطه بود. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که خدمات ارائه شده با ضعف‌هایی مانند شدت کنترل و فشار نیروهای انتظامی مراقب در ماه‌های اول همراه بوده و این موضوع مانع از ایجاد فضای درمانی شده است. علاوه بر این، اکثر معتادان، دستگیری و درمان اجباری را برای خود مفید می‌دانستند. مشارکت نیروی انتظامی و وزارت بهداشت، طراحی پروتکل درمانی و ارزیابی برنامه از نقاط قوت طرح نجات بود که آن را از اقدامات مشابه سال‌های پیش متمایز می‌کرد. در نهایت مؤلفان گزارش پیشنهاد می‌دهند که این طرح به‌صورت غیر ضربتی، در وسعت محدود و بدون توسعه کمی به‌صورت یک فیلد پژوهشی و با نظارت دستگاه قضایی استمرار یابد تا امکان برطرف کردن نقاط ضعف و راه‌اندازی مداخلات متعدد و بهبود آنها فراهم شود.
۳	منصوره مغنی‌باشی و همکاران، [۹]	مرور سیستماتیک اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان	محققان از بررسی نتایج پژوهش‌های مختلف نتیجه گرفتند که بیماران تحت درمان اجباری شرایط نامناسب‌تری داشته‌اند. تعداد اندکی از پژوهش‌ها، بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی و در کل سلامت عمومی را در درمان اجباری گزارش داده‌اند. این پژوهش نتیجه‌گیری می‌کند که پژوهش‌های مورد بررسی قرار گرفته حاکی از آن است که درمان داوطلبانه خروجی بهتری نسبت به درمان اجباری داشته، هرچند که برای تصمیم‌گیری قابل‌اتکا پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتری با روش تحقیق مناسب انجام شود.
۴	آل کج باف، (۱۴۰۳) [۱۰]	درمان اجباری معتادین از منظر اسناد بین‌المللی با تأکید بر موازین حقوق بشری	محقق در مقاله خود این‌گونه نتیجه‌گیری می‌کند که به‌نظر می‌رسد با بررسی اسناد بین‌المللی، ترک اجباری معتادین ناقض موازین حقوق بشری به‌خصوص حق بر سلامت بوده و عدم به‌کارگیری اجبار جهت درمان معتادین در اسناد بین‌المللی و برخی اسناد منطقه‌ای نیز پیش‌بینی شده است. در قوانین ایران درمان اجباری معتادین پیش‌بینی شده است که این موضوع می‌تواند چالش‌برانگیز باشد. محقق در نهایت پیشنهاد می‌دهد که قوانین ایران نیز در راستای اسناد بین‌المللی اصلاح گردند.



ردیف	محقق / محققان و سال	عنوان پژوهش	یافته‌های پژوهش
۵	مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، (۱۴۰۱) [۱۱]	ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد	منطبق با نتایج این پژوهش، از تهدیدهای جدی حوزه درمان و کاهش آسیب، توسعه مراکز نگهداری اجباری به‌جای توسعه درمان‌های داوطلبانه و توسعه خدمات کاهش آسیب فردی، گروهی و اجتماعی محور است. زیرا کمپ‌های اجباری موجب دوره‌های ترک کوتاه‌مدت می‌شود و نمی‌تواند درمان مؤثری برای اعتیاد باشد. علاوه بر این، جداسازی معتادان نه تنها با انگ اجتماعی همراه بوده و موجب فاصله گرفتن فرد از اجتماع می‌شود؛ بلکه موجب افزایش خانواده‌های بی‌سرپرست خواهد شد. برآوردهای همه‌گیرشناسی حکایت از آن دارد که نیمی از معتادان کشور متأهل و سرپرست خانواده هستند و جداسازی آنها از اجتماع و درمان اجباری در مراکز ماده (۱۶) مشکلات جدی برای خانواده این معتادان فراهم می‌کند و آنها را در معرض فقر و فحشا قرار می‌دهد. در نتیجه، به دلیل کوتاه بودن مدت زمان لازم برای نگهداری معتادان متجاهر و پیدایش چرخه تکراری دستگیری و درمان ناقص معتادان و همچنین، بازگشت مجدد معتادان به چرخه اعتیاد به علت عدم جامعیت و ناکارآمدی پروتکل‌های درمانی پیشنهاد می‌شود با توسعه و گسترش مراکز جامع توانمندسازی و صیانت اجتماعی بهبودیافتگان با رویکرد اجتماع محور به منظور بازتوانی، حرفه‌آموزی و اشتغال بهبودیافتگان و تسهیل فرایند جامعه‌پذیری و بازگشت فرد به اجتماع به همراه توسعه خدمات مراکز کاهش آسیب جامعه‌محور تقویت و تسهیل شود. لازم این امر، الگویی از تجربیات کشورهای موفق در حوزه کاهش آسیب و متناسب‌سازی آن با ظرفیت‌های کشورمان است.
۶	فتحی و بختیاری، (۱۴۰۰) [۱۴]	مطالعه کیفی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد	در این پژوهش پس از کدگذاری و تحلیل داده‌ها، ۶ مضمون اصلی و ۱۸ مضمون فرعی استخراج شد. مضامین حاصل از کدگذاری داده‌ها عبارتند از: ضعف خودمدیریتی، انفعال و بی‌ارادگی، محرومیت و خلأ وجودی، درمان مقطعی و سطحی، نادیده گرفتن اصول اخلاقی و حرفه‌ای و تشییع موقعیت ورشکسته. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در درمان اجباری اعتیاد، پزشکی شدن درمان و درمان موقتی که بر مصرف دارو اتکا دارد، رجحان پیدا کرده است. بر این اساس، نظام درمان اعتیاد، نیازمند مجموعه‌ای از فعالیت‌های چندجانبه و سیستمی در سطوح مختلف، سیاستی، مدیریتی، اجرایی و پرسنلی است که بتواند انطباق‌پذیری بیمار را به منظور بازپیوند اجتماعی و تأمین سلامت روانی و اجتماعی آنها افزایش دهد.
۷	میرکامی و همکاران، (۱۳۹۷) [۱۲]	طرح تبیین وضعیت و نیازسنجی در مورد مراکز درمان اعتیاد موضوع ماده (۱۶) اصلاحیه قانون اصلاح مبارزه با مواد مخدر	این مطالعه به دنبال بررسی چالش‌های مراکز موضوع ماده (۱۶) طی دوران سرپرستی این مراکز توسط قوه قضائیه (تا سال ۱۳۹۶) و پیش از تحویل به بهزیستی بوده است. طبق نتایج این بررسی، دیدگاه مسئولان و مدیران مراکز درباره اثربخشی آنها متفاوت بوده است. برخی این مراکز را در کاهش جرائم خرد مؤثر دانسته‌اند؛ برخی بیان کرده‌اند که به‌منظور اثربخشی باید تغییرات زیادی در این مراکز ایجاد شود یا اثربخشی آنها را منوط به همکاری با سایر دستگاه‌ها دانسته‌اند. بخش دیگری از پاسخ‌گویان، اندازه‌گیری میزان اثر این مراکز را به‌علت وجود تأثیرات بیرونی ناممکن تلقی می‌کردند. اما بیشتر افراد حاضر در این پژوهش، مراکز ماده (۱۶) را صرفاً یک برنامه کاهش آسیب می‌دانستند که تنها منجر به کاهش هزینه‌های جامعه شده و به‌علت تمرکز بر روش درمانی یکسان برای همه، تأثیری در درمان معتادان ندارد.
۸	رضوی و همکاران، (۱۳۹۸) [۱۳]	مقایسه امید به زندگی، احساس گناه و اختلالات روان‌تنی در معتادان متجاهر زن تحت درمان اجباری و زن خودمعرف	منطبق با نتایج این پژوهش، میزان امید به زندگی در زنان معتاد متجاهر پایین‌تر و میزان احساس گناه و اختلالات روانی در آنها بالاتر از زنان خودمعرف است.
۹	محرز و همکاران، (۱۳۹۶) [۱۴]	ارزیابی میزان اثربخشی خدمات درمانی مراکز ماده (۱۶) در سطح کشور	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 معنادار داشته است. به طوری که اکثریت غالب افراد درگیر در فرایند پژوهش (۸۷٪) در مصاحبه‌های عمیق اظهار کرده‌اند که برنامه مذکور اثربخشی ماندگاری نداشته و به شکل دور تسلسل بوده است و تاکنون شواهدی مبنی بر توانمندسازی و ارتقای سطح زندگی این افراد در دست نیست. در پاسخ به سؤال «اگر شما اختیار تام داشته باشید چه تصمیمی در خصوص مراکز ماده (۱۶) اتخاذ خواهید کرد؟» ۳۵٪ مراکز را تعطیل می‌کردند، ۴۵٪ تغییرات اصلی در روند اجرایی آن ایجاد می‌کردند، ۱۳٪ نگاهداشتن وضع موجود با تقویت جدی خدمات پس از خروج داشتند و تنها ۷٪ شرایط موجود را عیناً حفظ می‌کردند.

جدول ۳. پژوهش‌های مرتبط با درمان اجباری اعتیاد در جهان

ردیف	محقق و سال	عنوان پژوهش	یافته‌های پژوهش
۱	ورب و همکاران. (۲۰۱۵) [۱۵]	اثر بخشی درمان اجباری اعتیاد: یک مرور سیستماتیک	در این پژوهش، از ۴۳۰ پژوهش مورد بررسی، ۹ مطالعه کمی معیارهای ورود به پژوهش را داشتند. این مطالعات گزینه‌های درمان اجباری از جمله مراکز نگهداری مواد مخدر، درمان بستری کوتاه مدت (یعنی ۲۱ روزه) و طولانی مدت (یعنی ۶ ماه)، درمان مبتنی بر جامعه، درمان سرپایی مبتنی بر گروه و درمان مبتنی بر زندان را ارزیابی کردند. سه مطالعه (۳۳٪) هیچ تأثیر قابل توجهی از درمان اجباری در مقایسه با مداخلات کنترلی را گزارش نکردند. دو مطالعه (۲۲٪) نتایج مبهم را یافتند، اما با شرایط کنترل مقایسه نشده بودند. دو مطالعه (۲۲٪) آثار مثبت درمان اجباری را بر تکرار جرم و مصرف مواد مخدر مشاهده کردند. این پژوهش نتیجه‌گیری می‌کند که با توجه به احتمال نقض حقوق بشر در محیط‌های درمان اجباری، روش‌های درمان غیر اجباری باید توسط سیاست‌گذارانی که به دنبال کاهش آسیب‌های مرتبط با مواد مخدر هستند در اولویت قرار گیرند.
۲	وارن استیونز. (۲۰۱۲) [۱۶]	اخلاق و اثر بخشی درمان اجباری برای افرادی مصرف‌کننده مواد	این پژوهش استدلال می‌کند که درمان اجباری برای هیچ گروهی اخلاقی نیست. زیرا استاندارد رضایت آگاهانه را نقض می‌کند. درمان شبه اجباری (یعنی درمانی که به‌عنوان جایگزینی برای مجازاتی ارائه می‌شود که خود از نظر اخلاقی موجه است) ممکن است (تحت شرایط خاص) برای مجرمان معتاد به مواد مخدر که با مجازات کیفری محدودتری روبه‌رو هستند اخلاقی باشد، اما برای سایر مصرف‌کنندگان مواد اخلاقی نیست. این مقاله همچنین به‌طور خلاصه به بررسی شواهدی می‌پردازد که نشان می‌دهد درمان شبه اجباری ممکن است به اندازه درمان داوطلبانه مؤثر باشد.
۳	شین چی لوز و همکاران. (۲۰۱۸) [۱۷]	درمان اجباری مصرف مواد مخدر در کشورهای جنوب شرقی آسیا	این پژوهش با هدف بررسی وضعیت مراکز درمان اجباری در هفت کشور واقع در آسیای جنوب شرقی شامل کامبوج، چین، لائوس، مالزی، فیلیپین، تایلند و ویتنام برای دوره بین سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۴ انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که تعداد کل افراد در مراکز بازداشت اجباری به‌طور کلی بین سال‌های مورد بررسی تنها ۴ درصد کاهش داشته است. محققان نتیجه می‌گیرند که به‌رغم درخواست‌های بین‌المللی برای بسته شدن مراکز بازداشت اجباری، تعداد مراکز و افراد بازداشت شده در هفت کشور مورد مطالعه همچنان بالا باقی مانده است. مطالعه انجام‌شده، احتمال نقض حقوق بشر را در مراکز بازداشت اجباری نگران‌کننده می‌داند و تأکید می‌کند که سیاست‌های هماهنگ بیشتر و تلاش‌های حمایتی باید از انتقال درمان برای افراد مبتلا به اعتیاد به مواد مخدر به درمان مبتنی بر حقوق بشر و شواهد حمایت کند. در نهایت، گسترش خدمات موجود دارویی و اچ‌آی‌وی در جامعه به‌جای روش‌های درمان اجباری نیز توصیه می‌شود.
۴	شین چی لوز و همکاران. (۲۰۱۶) [۱۸]	درمان و توان بخشی اجباری اعتیاد؛ حقوق بشر در سریلانکا	درمان‌های اجباری مواد مخدر و توان بخشی به‌طور قابل ملاحظه‌ای به‌عنوان مکانیسم‌های نقض حقوق اولیه انسانی قربانیان در سریلانکا شناخته شده است. این مطالعه بر این سؤال محوری متمرکز شده است که "مسائل حقوق بشری معتادان مواد مخدر در فرایند درمان و بازپروری اجباری در سریلانکا چیست؟" منطبق با نتایج این پژوهش، مشخص شده است که حقوق بشر معتادان به مواد مخدر در جریان بازپروری توسط نهادهای تحت حمایت دولت به شدت نقض می‌کند. بنابراین، پاسخ‌های متمرکز بر کاهش آسیب و برنامه‌های درمان مواد مخدر مبتنی بر جامعه باید توسط دولت با یک مرجع تنظیم‌شده با رویکرد حقوق بشر تأمین و نظارت شود. علاوه بر این، این مطالعه بر اهمیت ایجاد یک سیاست ملی در زمینه بازپروری مواد مخدر در ارتباط با محافظت از حقوق اولیه انسانی آنها تأکید کرده است.
۵	مالکوم کامارلزمان و جاستین مک براینر. (۲۰۱۵) [۱۸]	مراکز بازداشت اجباری مواد مخدر در شرق و جنوب شرق آسیا	این پژوهش تأکید دارد که به‌رغم درخواست به تعطیل شدن مراکز بازداشت اجباری مصرف‌کنندگان مواد در بیانیه مشترک نهادهای سازمان ملل در مارس ۲۰۱۲، با این حال، در بررسی انجام‌شده، نگرانی در مورد نقض حقوق بشر از جمله عدم رضایت برای درمان بود و از روندهای مناسب در این حوزه حمایت می‌کند. فقدان مراقبت‌های بهداشت عمومی و عدم درمان مبتنی بر شواهد و در برخی مراکز کار اجباری و سوءاستفاده فیزیکی و جنسی گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد که تعداد اندکی از کشورها در پاسخ به فراخوان ایراد شده به‌سوی درمان‌های داوطلبانه مبتنی بر جامعه پیش رفته‌اند. قوانین و سیاست‌های موجود، فقدان منابع انسانی ماهر و زیرساخت‌ها برای ایجاد سریع مراکز درمانی مبتنی بر شواهد به‌جای بازداشتگاه‌های اجباری، انگ فراگیر افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند و تنش‌های مداوم بین این مراکز احتمالاً مانع پیشرفت خواهد شد.

مأخذ: همان.



جدول ۴. پژوهش‌های مرتبط با تجربه زیسته زنان معناداری خانمان موضوع ماده (۱۶)

ردیف	محقق و سال	عنوان پژوهش	نتایج مهم
۱	[۱۴]	زمینه‌ها و پیامدهای خشونت جنسی در زنان بی‌خانمان	منطبق با این پژوهش، تمامی زنان بی‌خانمان انواع خشونت شامل، جسمانی، غیرکلامی و کلامی را تجربه کرده‌اند. زمینه‌های خشونت جنسی در بردارنده زمینه‌های مختلفی همچون، زمینه‌های فردی (اعتیاد و رفتارهای اعتیادی، شرکای جنسی آسیب‌رسان، اختلالات ذهنی و روانی)، زمینه‌های محیطی (شیوه زندگی روزمره، حیطه‌های فضایی و خطر قربانی شدن)، زمینه‌های اجتماعی (معاشرت با هم‌تایان آسیب‌دیده، فقدان مهارت در تعاملات اجتماعی) و زمینه‌های اقتصادی (وابستگی اقتصادی - نیاز مالی و فقدان سرپناه)، خانواده از هم‌گسسته، محلات بی‌سازمان شهری، عدم امکان پیگیری قضایی و فقدان حمایت‌ها و سیاست‌های اجتماعی است. پیامدهای خشونت جنسی در ابعاد مختلف روانی (اختلال استرس پس از سانحه، احساس گناه، درونی شدن آسیب، افکار خودکشی و اقدام به آن، احساس کالاشدگی، از دست دادن عزت‌نفس، ترس از قربانی شدن مجدد)، پیامدهای جسمانی (درگیری با بیماری‌های مقاربتی و عفونی، بارداری‌های ناخواسته، ضرب و جرح فیزیکی) و پیامدهای اجتماعی (گسست مشارکت‌های اجتماعی، انزوای اجتماعی و فقدان تعلق اجتماعی) نیز استخراج شده است.
۲	[۱]	فهم تجربه زیسته زنان بی‌خانمان	نتایج پژوهش نشان می‌دهد که زنان بی‌خانمان در تجربه زیسته خود با چالش‌ها و تجربیاتی همچون، اعتیاد و تداوم بی‌خانمانی، استراتژی تلاش برای بقا، قربانی جرائم و آزار چندگانه شدن، شکل‌گیری احساسات منفی، طرد اجتماعی، ناکارآمدی شبکه‌های حمایتی و هم‌رویدادی محرومیت‌ها. این پژوهش در نهایت نتیجه می‌گیرد که زنان بی‌خانمان دارای شرایط و وضعیت بسیار دشواری هستند که آنها را در مقابل آسیب‌ها و تهدیدهای ناشی از بی‌خانمانی آسیب‌پذیر می‌کند. در واقع آنها به‌حدی درگیر تجربیات منفی ناشی از بی‌خانمانی شده‌اند که اولاً، تداوم بی‌خانمانی آنها را در پی داشته است و ثانیاً، امکان رهاشدگی از شرایط منفی را برای آنها دشوار کرده است.
۳	[۱۹]	تجربه زیسته زنان بی‌خانمان باردار با تأکید بر چالش‌ها و نیازهای آنان	در این پژوهش، ۶ درون‌مایه اصلی و ۲۸ درون‌مایه فرعی در محور مرتبط با تجارب زیسته ظهور یافتند. درون‌مایه‌های اصلی عبارتند از: تجربه بارداری ناخواسته، تجربه خشونت در فضای عمومی، تجربه طرد اجتماعی، استراتژی‌های زنانه در ایفای نقش‌های جنسیتی، تجربه محرومیت اجتماعی و اعتیاد، تشدیدکننده آسیب‌ها. این درون‌مایه‌های اصلی نشان‌دهنده معنای زندگی زنان بی‌خانمان باردار تحت مطالعه بود. همچنین در محور مرتبط با نیازها ۲ درون‌مایه اصلی و ۶ درون‌مایه فرعی ظهور یافت که درون‌مایه‌های اصلی عبارتند از: دسترسی به خدمات و نیازهای حمایتی، که نشان‌دهنده نیازهای زنان بی‌خانمان باردار در این پژوهش بود.
۴	[۲۰]	بررسی وضعیت امید به زندگی زنان بی‌خانمان شهر تهران	یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بی‌خانمانی با وضعیت امید به زندگی زنان بی‌خانمان با راهبردهایی همچون «درونی شدن آسیب‌های اجتماعی»، «احساس ناکامی و حقارت»، «عدم امید به بازگشت به شرایط طبیعی زندگی» و «میل به مردن»، دارای رابطه معناداری است. این راهبردها به‌تدریج اثربخشی وضعیت بی‌خانمانی را بر طول عمر زنان بی‌خانمان شهر تهران از طریق پیامدهایی چون «نابسامانی و اختلال در شرایط روانی»، «ابتلا به بیماری‌های خطرناک و لاعلاج»، «اعتیاد حاد به مواد افیونی پرآسیب»، «پذیرش یا تحمیل قربانی شدن» و «تجربه خودکشی» فراهم می‌آورد. همچنین به‌نظر می‌رسد، وضعیت بی‌خانمانی زنان، موجبات کاهش طول عمر و مرگ زود هنگام زنان بی‌خانمان را فراهم می‌آورد.
۵	[۲۱]	شیوع و پیش‌بینی‌کننده‌های خطرهای جنسی در بین جوانان بی‌خانمان	نمونه این پژوهش شامل ۲۰۳ جوان بی‌خانمان در سنین ۱۵ تا ۲۲ از افراد بودند. سوالات پرسش‌نامه شامل مشخصات دموگرافیک، رفتارهای جنسی، مصرف الکل / مواد مخدر، سابقه آزمایش و سابقه بارداری بود. در آنالیز مقطعی، ۸۸٫۷٪ از مردان و ۷۵٫۶٪ از خانم‌ها مقاربت جنسی را در ایام اخیر گزارش کرده‌اند. از این تعداد، یک‌سوم مردان و نیمی از زنان از هیچ روش محافظت‌کننده با حداقل یک شریک زندگی استفاده نکرده بودند. هم‌جنسیت (زن) و هم‌تزااد / قومیت (غیر سیاه) با داشتن مقاربت بدون روش پیشگیری از بارداری مرتبط بودند. بیش از یک‌پنجم افراد، تاریخچه «رابطه جنسی برای بقا» یا دریافت پول، مواد مخدر، لباس، سرپناه یا غذا برای رابطه جنسی را گزارش دادند. این نتایج حاکی از هشدارهای زیاد در مورد تعدادی از خطرهای جنسی است که نیاز به مداخلات هدفمند با این جمعیت بسیار آسیب‌پذیر را تقویت می‌کند.

مشروع و قانونی جهت رسیدن به آنها تعریف می‌کند. به‌زعم مرتون، ساختار اجتماعی و نه تغییر اجتماعی، ریشه جرم و سایر آسیب‌ها و مسائل اجتماعی است. از نظر او افراد مطیع قانون هستند، اما زمانی که تحت تأثیر فشار زیاد باشند به انحراف رجوع می‌کنند و شکاف میان اهداف و وسایل فراهم‌کننده این اهداف، منبع فشار است [۵]. منطبق با این رویکرد، زمینه‌های اعتیاد را باید در فشارهای اجتماعی اقتصادی همچون بیکاری، طرد اجتماعی و فقر جستجو کرد که افراد را از دستیابی به اهداف مشروع و پذیرفته شده اجتماعی محروم می‌کند و مواجهه با اعتیاد به شکل فعلی که بدون توجه به چنین مسائل زیربنایی صورت می‌پذیرد، نمی‌تواند راه‌حل مناسب و پایداری برای موفقیت در این حوزه قلمداد شود.

نظریه عمومی فشار: دیگر نظریه‌ای است که منبعث از فشار اجتماعی توسط رابرت اگنیو، مطرح شده است. این نظریه به‌جای تأکید بر محدودیت طبقه پایین اجتماعی و یا فقدان فرصت، بر جنبه‌های روان‌شناسی اجتماعی و سطح خرد فشار تأکید دارد. اگنیو، معتقد است که جرم نتیجه مستقیم شرایط اثرگذار منفی مانند خشم، ناامیدی، افسردگی، ترس و محرومیت است [۶]. او به بحث درباره منابع فشار می‌پردازد که عبارتند از: شکست در دستیابی به اهداف ارزشمند مثبت، انفصال در ارتباط میان انتظارات و دستاوردها، فقدان محرک ارزشمند مثبت و مواجهه با محرک منفی. زنان مصرف‌کننده مواد، اغلب از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند که در تجربه زیسته خود با مجموعه‌ای از چالش‌ها و محرک‌های منفی مواجه بوده‌اند و اغلب امید و فرصت اندکی برای بازسازی زندگی خود دارند. بنابراین، می‌توان گفت منطبق با این نظریه درمان اجباری اعتیاد که اغلب رویکرد نگهداری و اسکان چندماهه زنان مصرف‌کننده را مدنظر قرار می‌دهد و برای بازسازی ابعاد مختلف شخصیتی و اجتماعی این زنان تلاش درخوری انجام نمی‌دهد، نمی‌تواند راه‌حل مناسبی برای بازخوانی و مواجهه اصولی با موضوع اعتیاد زنان باشد.

همنشینی افتراقی: نکته اصلی نظریه ساترلند^۱ این است که افراد به این علت کج‌رفتار می‌شوند که تعداد ارتباطات انحرافی آنها بیش از ارتباطات غیر انحرافی‌شان است [۳]. با بهره‌گیری

از بررسی پژوهش‌های مرتبط با زنان مصرف‌کننده بی‌خانمان می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که این طیف از زنان از آسیب‌پذیرترین گروه‌های زنان مصرف‌کننده هستند که اغلب در ذیل زنان متجاهر موضوع ماده (۱۶) قانون اصلاحی مبارزه با مواد مخدر جای می‌گیرند. بررسی مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که این زنان در تجربه زیسته خود با مجموعه‌ای از چالش‌ها و تجربیات منفی در سطوح مختلف فردی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی مواجه بوده‌اند. چنین تجربه‌ها و چالش‌هایی زندگی این زنان را از ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار داده و به‌عنوان مانعی جدی در مسیر بازخوانی اجتماعی درک می‌شود. با این تفسیر و ادراک از مسائل و چالش‌های زیست شده و پیش‌روی زنان موضوع ماده (۱۶)، در پژوهش حاضر باید به دنبال پاسخ‌گویی به این پرسش اساسی هم باشیم که مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب زنان متجاهر موضوع ماده (۱۶) و به‌طور کلی سازمان‌های متولی پیش‌بینی شده، برای رفع یا تعدیل چالش‌های فوق اقدام مؤثری داشته‌اند؟ آیا زنان که اغلب تجربه دستگیری‌های چندباره در طرح‌های جمع‌آوری را دارند، برنامه‌های مراکز فوق را در کاهش چالش‌های خود و برنامه‌ریزی برای بازگشت به جامعه مفید می‌دانند؟

۲-۲. چارچوب مفهومی

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

فشار اجتماعی: مرتون^۱ مهم‌ترین نظریه پرداز فشار اجتماعی است که این مفهوم را در سطح کلان مطرح کرد. مرتون، ساخت جامعه را به دو بُعد اهداف تعریف شده فرهنگی و ابزارهای

1. Merton

2. Edwin Hardin Sutherland



به اعتبار اخلاقی نظام هنجارهای اجتماعی و رعایت قوانین و مقررات [۳]. منطبق با نظریه هیرشی، اساس ترک اعتیاد در میزان پیوند و تقیدی است که فرد به اجتماع دارد و هرچه ضعف و گسستگی تعلق فرد به جامعه بیشتر باشد، ترک او با احتمال کمتری رخ می‌دهد و برعکس [۴]. در چارچوب این تئوری می‌توان گفت، دستگیری ضربتی و محبوس کردن افراد در کمپ‌های اجباری، داغ و انگ ناشی از دستگیری و تظاهر به اعتیاد، عدم پذیرش در اجتماع و فقدان برنامه‌ریزی هدفمند برای بازتوانی اجتماعی زنان مصرف‌کننده، با گسست بیشتر پیوندهای اجتماعی آنها همراه خواهد شد و زمینه را برای لغزش مجدد و بازگشت به وضعیت اعتیادی به دنبال دارد. در نتیجه بروز این شرایط، تعلق و تعهد افراد به طرح‌های درمانی و نهادهای مرتبط با این طرح‌ها و به‌طور کلی، اجتماع و هنجارهای اخلاقی آن تضعیف خواهد شد و افراد با تلاش بیشتری در پی ارتکاب رفتارهای اعتیادی و انحرافی خواهند بود.

از بررسی نظریه‌های فوق و تطبیق آنها با رویکرد درمان اجباری اعتیاد زنان می‌توان نتیجه گرفت که زنان مصرف‌کننده مواد در تجربه زیسته خود با مجموعه‌ای از چالش‌ها و شرایط اثرگذار منفی مواجه بوده‌اند و رویکرد مبتنی بر درمان اجباری اعتیاد که رویکردی قهری و ضربتی محسوب می‌شود و برای رفع چالش‌های زیست شده و اثرگذار در درمان و بازتوانی اجتماعی گروه هدف از برنامه منسجم و دارای پشتوانه علمی و تجربی لازم برخوردار نیست، نمی‌تواند راه‌حل اثربخش و پایداری برای برخورد با موضوع اعتیاد زنان باشد. با این تفسیر، نظریه «سیستمی» و مدل «زیستی روانی اجتماعی» به دلیل دید جامع و در نظر گرفتن عوامل مختلف، می‌توانند چارچوب مفهومی ایدئالی برای مداخله در وضعیت درمان اعتیاد زنان در نظر گرفته شوند. طبق نظریه سیستمی، بروز انحراف و تکرار آن، نتیجه‌ای از بدکارکردی سیستم‌های مختلف مؤثر بر رفتار افراد است. در واقع، نوک پیکان تقصیر صرفاً متوجه فرد نبوده و بر نقش دیگر عوامل و خرده سیستم‌ها در شکل‌گیری رفتار افراد تأکید دارد. نظریه سیستم‌ها، نظریه‌ای بین‌رشته‌ای است که به‌ویژه در رویکرد مددکاری اجتماعی اهمیت ویژه‌ای دارد و در مداخلات مددکاران اجتماعی محور اصلی بحث به شمار می‌رود. این نظریه، نه تنها نقش خود فرد را در شکل‌گیری

از نظریه ساترلند، این‌گونه بحث و نتیجه‌گیری می‌شود که روی آوردن به اعتیاد و لغزش‌های مکرر در مصرف‌کنندگان مواد، در نتیجه فراوانی ارتباط و همنشینی آنها با گروه‌های مشابه و تأییدکننده تکرار و توسعه رفتارهای اعتیادی است. نگهداری افراد در کمپ‌های ترک اعتیاد و زندگی دسته‌جمعی آنها از یک‌سو و محدود شدن ارتباطات افراد با هم‌سخنان خود در خارج از کمپ از سوی دیگر، شرایطی را فراهم می‌آورد که امکان یادگیری رفتارها و شیوه‌های جدید مصرف مواد، درونی شدن نگرش‌های اعتیادی و انحرافی و درنهایت لغزش مجدد را افزایش می‌دهد.

انگ‌زنی: صدیق سروستانی، در کتاب خود این‌گونه بحث می‌کند، همین که شخصی انگ کج‌رفتار بخورد، صرف‌نظر از ماهیت کنش او، تمایل می‌یابد که خود را کج‌رفتار بداند و همین امر باعث ادامه کنش قبلی (کج‌رفتاری) خواهد شد. نظریه برچسب‌زنی عمدتاً به پیامدهای تعامل بین کج‌رفتار و جامعه هم‌نوا به‌ویژه عوامل رسمی کنترل اجتماعی می‌پردازد. این رویکرد کج‌رفتاری را مفهومی ساخته جامعه می‌داند. یعنی گروهی در جامعه با تصویب قوانینی که تخطی از آنها کج‌رفتاری محسوب می‌شود، مفهوم کج‌رفتاری را می‌سازند. «انحراف ثانویه» مفهوم کلیدی تئوری برچسب‌زنی است. انحراف ثانویه، فرایندی است که در آن هویت فرد دگرگون می‌شود و شامل باز اجتماعی شدن به داخل یک نقش انحرافی است [۶]. در واقع فرد پس از این برچسب یا «داغ» خود را در زمره منحرفان می‌پندارد و همین تصور از خود را تقویت می‌کند [۲].

کنترل اجتماعی: هیرشی^۱ به‌عنوان صاحب‌نظر اصلی این رویکرد، علت هم‌نوایی افراد با هنجارهای اجتماعی را پیوند اجتماعی آنها دانسته است [۳]. هیرشی، پیوند میان فرد و جامعه را مهم‌ترین علت هم‌نوایی و عامل اصلی کنترل رفتارهای فرد می‌داند و ضعف این پیوند یا نبود آن را عامل اصلی کج‌رفتاری معرفی می‌کند.

چهار جزء اصلی پیوند شخص با جامعه که از نظر هیرشی مانع از کج‌رفتاری می‌شوند، عبارتند از: داشتن تعلق خاطر نسبت به افراد و نهادها، تعهد به فعالیت‌های متداول زندگی روزمره، درگیر شدن در فعالیت‌های مربوط به زندگی روزمره و اعتقاد

اعتیاد ننماید از تعقیب کیفری معاف می‌باشد. معتادانی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد ننمایند، مجرمند. تبصره «۱»: مراکز مجاز موضوع این ماده، براساس آیین‌نامه‌ای که توسط وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی ظرف مدت سه‌ماه پس از تصویب این قانون تهیه و به تصویب ستاد می‌رسد، تعیین می‌شود.

تبصره «۲»: وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف است ضمن تحت پوشش درمان و کاهش آسیب قراردادن 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.

ماده (۱۶) قانون به شرح زیر اصلاح و با سه تبصره تصویب شد: 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 سه‌ماه 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 بنابر نظر مقام قضایی، چنانچه معتاد آماده تداوم درمان طبق ماده (۱۵) این قانون باشد، تداوم درمان وفق ماده مزبور بلامانع می‌باشد.

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 بنابر پیشنهاد دبیرخانه ستاد با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط، تهیه و به تصویب رئیس قوه قضائیه می‌رسد.

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 ۶ 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 این‌صورت طبق مفاد این ماده اقدام می‌شود. تمدید مهلت موضوع این تبصره با درخواست مراکز ذی‌ربط برای یک دوره سه‌ماهه دیگر بلامانع است.

تبصره «۳»: متخلف بدون عذر موجه از تکالیف موضوع تبصره

انحرافات اجتماعی نادیده نمی‌گیرد، بلکه هم‌زمان بر نقش چشمگیر ساختارها و نهادهای اجتماعی بدکارکرد در روند ایجاد پدیده تأکید دارد. بنابراین، با بهره‌گیری از این نظریه، هرگونه راهبرد مواجهه‌ای برای درمان زنان مصرف‌کننده مواد مستلزم توجه همه‌جانبه و چندبُعدی به مجموعه عوامل آسیب‌زایی است که در بروز اعتیاد اثرگذار است. بدین ترتیب، طراحی هرگونه برنامه مداخله‌ای برای کاهش آسیب پایدار و بازتوانی اجتماعی زنان درگیر با اعتیاد، متضمن توجه به نقش و تأثیرگذاری ابعاد مختلف مؤثر بر اعتیاد گروه هدف و بازگشت موفق آنها به اجتماع است. هم‌راستا با نظریه سیستمی، مدل زیستی روانی اجتماعی قرار دارد که بر جامع‌گرایی در مداخلات تأکید می‌کند. در این مدل اعتیاد برآیند تلاقی عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است. این مدل، آشکارا از پیچیدگی و ماهیت تعاملی فرایند اعتیاد و بهبودی حمایت می‌کند.

به‌عنوان فصل‌الخطاب مباحث نظری پژوهش می‌توان گفت درمان اعتیاد نیازمند اتخاذ رویکردی جامع و کل‌گرایانه در قالب رویکرد سیستمی و مدل زیستی روانی و اجتماعی است و همسو با این دو رویکرد، مداخلات و برنامه‌ریزی‌ها باید با در نظر گرفتن سطوح مختلف تعیین‌کننده و اثرگذار طراحی و اجرایی شود.

۲-۲. پیشینه قانونی

اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر، مصوب ۱۳۸۹مجمع تشخیص مصلحت نظام در ذیل مفاد دو ماده (۱۵) و (۱۶) که اصلی‌ترین مواد قانونی در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد هستند، آخرین و جدیدترین تکلیف قانونی در جهت چگونگی مواجهه و تصمیم‌گیری در این حوزه را مشخص کرده است. مفاد مربوط به حوزه درمان و کاهش آسیب در قانون مبارزه با مواد مخدر و جزئیات آن به شرح زیر است:

ماده (۱۵) قانون همراه با دو تبصره به شرح ذیل اصلاح و تصویب شد:

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 نمایند، چنانچه تجاهر به



برای اولین بار در قانون مبارزه با مواد مخدر مورد تأکید قرار گرفته و نشان از اصلاح رویکرد قانونگذار و اهمیت دادن به موضوع حمایت‌های اجتماعی به‌عنوان رکن اصلی مداخلات در این حوزه دارد. با این حال، با وجود رویکرد مثبت قانونگذار، متأسفانه تاکنون اقدام قابل توجهی در راستای اجرای قانون فوق صورت نگرفته و حلقه مفقوده مداخلات درمان و کاهش آسیب معتادان همچنان پابرجاست و راه‌حل نظام‌مندی برای تحقق آن پیش‌بینی و اجرایی نشده است.

شایان ذکر است برای کنترل و کاهش آسیب اعتیاد باید در سیاست‌گذاری و قانون‌نویسی رویکرد اجتماعی و توانمندسازی بر جرم‌انگاری پیشی گیرد و از طرد اجتماعی معتادان به‌خصوص زنان به‌شدت جلوگیری شود. به‌رغم انجام اصلاحات مثبت در قانون جدید، می‌توان گفت، جرم‌انگاری برای فردی که درگیر با مسئله اعتیاد است نمی‌تواند راه‌حل اساسی برای مواجهه در این حوزه باشد. در شرایطی که کشور با جمعیت کیفری بالایی مواجه است و هزینه‌های هنگفتی صرف موضوع نگهداری این جمعیت می‌شود، تدوین چنین قانونی می‌تواند علاوه بر اینکه بر حجم جمعیت کیفری کشور بیفزاید، رویکردهای مبتنی بر جرم‌انگاری در حوزه مواجهه با اعتیاد را نیز تقویت کند. این در حالی است که براساس پژوهش‌های علمی و تجربی، درمان اجباری معتادان با رویکرد مبتنی بر جرم‌انگاری نمی‌تواند منجر به نتایج پایدار و اثربخش شود. علاوه بر این، منطبق با همان آموزه‌ها، افراد سوءمصرف‌کننده مواد در سطوح مختلف فردی، اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی، حقوقی و غیره افراد آسیب‌پذیری هستند و امکان برون‌رفت از شرایط اعتیادی اغلب دشوار است و نیاز به حمایت‌های نظام‌مند و سیستماتیک در این حوزه دارد. این در حالی است که رویکرد فعلی احتمالاً تقویت‌کننده نگاه مبتنی بر مقصر پنداری فرد معتاد و مبرا کردن نهادهای متولی در این حوزه باشد.

«۲» این ماده به حبس از نود و یک روز تا ۶ ماه محکوم می‌شود.

همان‌گونه که از مفاد مواد قانونی فوق مبرهن است، قانونگذار تصمیم گرفته که نسبت به نسخه پیشین قانون مبارزه با مواد مخدر (مصوب سال ۱۳۷۶)، نسبت به تخفیف مجازات‌ها و پیش‌بینی سازوکارهای منعطف‌تر همت گمارد. موضوعاتی که ناشی از تغییر رویکرد قانونگذار و احتمالاً ناکارآمدی رویکردهای پیشین در این حوزه باشد.

پیش‌بینی اخذ گواهی درمان برای افراد سوءمصرف‌کننده مواد در ذیل مراکز ماده (۱۵) از اقدام‌های مهم قانونگذار در راستای حبس زدایی و احترام به حقوق انسانی افراد سوءمصرف‌کننده است.

علاوه بر این، موظف شدن وزارت رفاه نسبت به مشمول قرار دادن هزینه‌های ترک اعتیاد در ذیل بیمه‌های پایه و بستری از ابتکارات قانون اصلاحیه جدید است.

همچنین با اصلاح ماده (۱۵) قانون، معتادانی که با مراجعه به مراکز دولتی یا خصوصی نسبت به ترک اعتیاد و اخذ گواهی تحت درمان و کاهش آسیب اقدام کنند از تعقیب کیفری معاف می‌شوند.

دیگر اقدام قانونگذار در راستای حبس‌زدایی و منعطف کردن قانون این است که براساس تبصره «۲» ماده (۱۶)، مقام قضایی می‌تواند برای یک‌بار با اخذ تأمین مناسب و تعهد به ارائه گواهی نسبت به تعلیق تعقیب به‌مدت ۶ ماه اقدام و معتاد را به یکی از مراکز موضوع ماده مزبور معرفی کند.

موضوع مهم دیگری که قانون اصلاحی جدید بر اجرای آن تصریح کرده است، مکلف نمودن معتادان موضوع ماده (۱۶) نسبت به اجرای تکالیف مراقبت پس از خروج است که باید به پیشنهاد دبیرخانه ستاد با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط، تهیه و به تصویب رئیس قوه قضائیه برسد. موضوعی که



۳. بررسی آیین‌نامه اجرایی مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده (۱۶)

مهم‌ترین تبصره‌های مرتبط با ماده (۳) آیین‌نامه اجرایی مراکز ماده (۱۶) بوده که در آن تکالیف مختلف حفاظتی و حمایتی را در ابعاد مختلف برای نهادهای متولی مشخص کرده است. ۳-۳. در ماده (۵) آیین‌نامه، شناسایی فرد مظنون به تجاهر به اعتیاد توسط ضابطین دادگستری / قضایی، انجام مراحل غربالگری منطبق با شیوه‌نامه غربال و درنهایت انعکاس وضعیت فرد به مقام قضایی جهت تعیین تکلیف مورد حکم قرار گرفته است.

۳-۴. ماده (۷) مربوط به نگهداری و تحت پوشش قرار دادن فرد در ذیل برنامه‌ها و مراقبت‌های درمانی و کاهش آسیب توسط مدیر مراکز ماده (۱۶) و ملاحظات مربوط به شیوه خروج و ترخیص افراد از مراکز است.

۳-۵. براساس ماده (۸) مراکز به‌ویژه مسئول فنی مراکز مکلف شده‌اند نسبت به رعایت ضوابط عمومی و دستورالعمل‌های بهداشتی و درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام کنند.

۳-۶. براساس ماده (۱۱) کمیته هماهنگی کشوری و استانی مراکز موضوع ماده (۱۶) مکلف شده‌اند نسبت به نظارت بر حسن اجرای آیین‌نامه و دیگر دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط در حیطة وظایف محوله اقدام نمایند.

۳-۷. ماده (۱۳) سازمان برنامه و بودجه را مکلف کرده است تا نسبت به پیش‌بینی اعتبارات لازم برای اجرای مفاد آیین‌نامه مبتنی بر پیشنهاد ارائه شده از طرف دبیر کل ستاد مبارزه با مواد مخدر اقدام کند.

۳-۸. ماده (۱۴) سازمان بهزیستی را مکلف کرده است تا نسبت به تدوین برنامه عملیاتی سالانه در سطح کشوری و استانی در قالب اعتبارات، مصوب و ابلاغی سالانه و ارائه گزارش عملکرد اجرای برنامه عملیاتی به‌صورت ماهانه به دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر اقدام نماید.

بررسی آیین‌نامه اجرایی مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده (۱۶) نشان می‌دهد که رویکرد قانونگذار اجرای برنامه به‌صورت مشارکتی و تعامل بین‌بخشی است و قانونگذار در این راستا دستگاه‌های حمایتی متعددی را مکلف به ارائه خدمت کرده است. علاوه بر این، مکلف شدن سازمان

در اجرای ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر با اصلاحات و الحاقات بعدی آن و با اختیار حاصله از مواد (۳۳ و ۳۴) قانون مزبور، آیین‌نامه اجرایی مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان به‌عنوان مرجع اصلی اقدام در این حوزه به تصویب رسیده است. مهم‌ترین محورها و احکام سیاستی این آیین‌نامه به شرح زیر است:

۳-۱. براساس ماده (۲) آیین‌نامه، تأسیس و راه‌اندازی مراکز ماده (۱۶) براساس سیاست‌ها و اولویت‌ها و ضوابط تعیین شده است. منطبق با این ماده، نیازسنجی اولیه توسط اداره کل بهزیستی استان صورت می‌پذیرد و پس از طی مراحل لازم یعنی تأیید در کمیته درمان و حمایت‌های اجتماعی استان، تصویب در شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان و درنهایت تصویب کمیته هماهنگی کشور مراکز ماده (۱۶) قانون، مجوز تأسیس مراکز توسط اداره کل بهزیستی استان نیز صادر می‌شود.

۳-۲. براساس ماده (۳) آیین‌نامه استاندار و رئیس شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان مکلف به تأمین مکان، تجهیز و راه‌اندازی مراکز ماده (۱۶) شده است.

معرفی گروه درمانگر (به‌استثنای مددکار اجتماعی) توسط وزارت درمان، بهداشت و آموزش پزشکی / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، تأمین حفاظت و انتظامات مراکز توسط نیروی انتظامی، استقرار مددکار اجتماعی توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی / سازمان بهزیستی کشور، ارائه دوره‌های آموزش فنی و حرفه‌ای به مددجویان توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی / سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور، حمایت بیمه‌ای از مددجویان توسط سازمان بیمه سلامت ایران، ارائه خدمات حمایتی توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با هماهنگی دیگر نهادهای حمایتی دولتی و غیردولتی مطابق با دستورالعمل اقدامات حمایتی، بازتوانی و مددکاری اجتماعی، ارائه حمایت‌های اجتماعی از معتادان بهبود یافته توسط شهرداری‌ها و سازمان‌های وابسته به آنها، صدور مجوز درمان با آگونیسیت و تأمین داروها و اقلام و تجهیزات دارویی و پزشکی توسط وزارت درمان، بهداشت و آموزش پزشکی / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی از



دستگاه‌های ذی‌ربط، گزارش دقیقی از چگونگی انجام وظایف محوله وجود ندارد. بنابراین، انجام پژوهش‌های اختصاصی با هدف مشخص کردن کم‌وکیف اجرای تکالیف محوله و میزان اثربخشی آنها ضرورت می‌یابد. موضوعی که می‌تواند منجر به اصلاح تکالیف، اصلاح فرایندها و درنهایت ارتقای اثربخشی آیین‌نامه اجرایی شود.

بهزیستی نسبت به تدوین دستورالعمل اقدامات حمایتی، بازتوانی و مددکاری اجتماعی و ارائه حمایت‌های اجتماعی از معنادان بهبود یافته توسط شهرداری‌ها و سازمان‌های وابسته به آنها از دیگر نقاط قوت و قابل توجه در آیین‌نامه اجرایی است که نشان از رویکرد حمایتی قانونگذار در این حوزه دارد. درنهایت می‌توان گفت به‌رغم پیش‌بینی تکالیف قانونی برای

۴. ارزیابی فرایند ساماندهی زنان مصرف‌کننده در ذیل مراکز موضوع ماده (۱۶)

به‌هیچ‌وجه نافی اقدامات مثبت و تلاش‌های مجریان و متولیان این حوزه نبوده و گزارش فوق صرفاً با هدف افزایش کیفیت مراکز نگهداری و فرایند اجرای طرح است.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که فرایند ساماندهی زنان در مراحل مختلف اجرای طرح با چالش‌ها و مشکلات مختلفی مواجه است. چالش‌های احصا شده و پیامدهای مترتب بر آن در جدول ۵ مورد اشاره قرار گرفته است. شایان ذکر است که چالش‌های فوق

جدول ۵. چالش‌های مراکز نگهداری از زنان معتاد متجاهر در کشور و پیامدهای آن

ردیف	نوع چالش	پیامدها
۱	بی‌اعتمادی نسبت به طرح‌های درمانی	عدم همراهی در فرایند درمان و عدم تلاش برای بهبود وضعیت خود
۲	عدم ویژه‌سازی در ارائه خدمات	در نظر گرفتن نسخه‌ای کلی برای تمام افراد، بی‌توجهی به شرایط ویژه فردی و ملاحظات مرتبط با آن و نادیده گرفته شدن نیازهای ویژه افراد
۳	ناتوانی مراکز در بازگرداندن هویت سجلی زنان	محروریت از دسترسی به امکانات و حقوق اجتماعی، شکل‌گیری احساس مبتنی بر بی‌هویتی و بی‌اعتباری، از دست دادن فرصت برای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و از بین رفتن انگیزه‌های درمانی و بهبودی
۴	اختلال در فرایند جذب و پیامدهای آن	شکل‌گیری احساسات و هیجانات منفی، خشونت جنسیتی، بی‌اعتمادی به فرایند و نتایج درمان و عدم احراز مصادیق واقعی تظاهر به اعتیاد
۵	اختلال در فرایند اجرای غربالگری	عدم ثبت حداقل اطلاعات هویتی و دموگرافیک زنان معتاد در یک سامانه واحد، در کنار هم قرار دادن افراد دارای شرایط و ویژگی‌های مختلف و آسیب‌های همراه با آن، پذیرش زنان فاقد شرایط حضور در مراکز ماده (۱۶) و عدم دستیابی به اهداف غربالگری
۶	درونی شدن آسیب و پذیرش هویت منحرفانه	استمرار رفتارهای اعتیادی و کجروانه
۷	ضعف نظام رفاهی و مراقبتی در حین درمان	عدم تناسب میان شمار زنان و مشکلات پیچیده آنها با تعداد مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان، کم‌توجهی به رفع مشکلات پزشکی افراد، عدم برنامه‌ریزی موردی برای مداخله هدفمند در وضعیت درمانی افراد، کم‌توجهی به برنامه‌های انگیزشی، ناتوانی مراکز در تدارک راه‌حل‌های منجر به حل مشکلات گروه هدف، انطباق ضعیف برنامه‌های درمانی با چالش‌های زیست شده و پیش‌روی افراد
۸	کمبود کارشناسان مرتبط با ارائه مداخلات روانی و اجتماعی	عدم ارزیابی روانی اجتماعی جامع از وضعیت زنان، فقدان پاسخدهی لازم به نیازها و چالش‌های زیست شده و پیش‌رو و کم‌توانی در طراحی مداخلات و مراقبت‌های پس از خروج
۹	فقدان وجود نظام ارزیابی و کنترل اثربخشی	بی‌اطلاعی از وضعیت اقدام‌ها و فرایندها در مراحل مختلف اجرای طرح، از دست دادن فرصت برای اصلاح خطاها و کاستی‌ها، استمرار برنامه در تاریکی و صرف هزینه‌های هنگفت بدون اطمینان از اثربخشی برنامه
۱۰	چالش‌های مرتبط با مراقبت‌های پزشکی در حین درمان و پس از آن	فقدان پاسخدهی به نیازهای پزشکی زنان و به‌عنوان عاملی بازدارنده در بازیابی هویت فردی و اجتماعی
۱۱	کم‌توجهی به موضوع تفکیک و طبقه‌بندی مراجعان	در کنار هم قرار دادن زنان دارای وضعیت آسیب‌پذیری متفاوت، فراوانی تعامل با گروه‌های آسیب‌زا، تأثیرپذیری و هویت‌پذیری منفی متقابل و درونی شدن آسیب و پذیرش هویت کجروانه
۱۲	طولانی بودن دوره درمان بدون اهداف درمانی مشخص	احساس بطلان و تلف‌شدگی، ناامیدی بیشتر، احساس تحقیر و نادیده انگاشته شدن، ایجاد حس انتقام‌جویی از خود و دیگران و لجبازی بیشتر با قانون و برنامه‌های ترک اعتیاد

مأخذ: همان.

برای زنان به دنبال دارد. چنین موضوعی به‌ویژه برای دختران جوان یا زنانی که به‌تازگی درگیر اعتیاد شده‌اند، تجربه‌ای ناخوشایند بوده و می‌تواند در ادامه فرایند درمان اختلال ایجاد کرده و از عوامل بازدارنده درمان باشد.

علاوه بر این، منطبق با بررسی‌های انجام‌شده شاخص دقیقی برای احراز تجاهر به اعتیاد و چگونگی تشخیص آن در حوزه عمل وجود ندارد و ضابطین قضایی صرفاً منطبق با تشخیص فردی خود نسبت به دستگیری افراد اقدام می‌کنند. موضوعی که در ادامه فرایند به دلیل نبود زیرساخت لازم برای انجام فرایند غربالگری صرفاً از طریق انجام کیت‌های تشخیصی اعتیاد مورد بررسی قرار می‌گیرد و در عمل منجر به اختلاط طیف‌های مختلف مصرف‌کنندگان می‌شود که بسیاری از آنها بر این باورند که از وضعیتی برخوردارند که نمی‌توان آنها را در ذیل معتاد متجاهر نام‌گذاری کرد.

■ اختلال در فرایند اجرای غربالگری

ارزیابی جامع از وضعیت فردی و اجتماعی افراد در ابعاد مختلف، از اهداف اولیه فرایند غربالگری است. هرچه این ارزیابی به شکل دقیق و عالمانه صورت پذیرد، همسو با آن می‌توان انتظار داشت برنامه‌های موردی متناسب‌تری برای افراد غربال شده پیش‌بینی و اجرایی شود و به‌طور کلی فرایند هدفمندتری برای گروه‌های مختلف اجرایی شود. موضوعی که می‌تواند موفقیت و اثربخشی برنامه‌های درمانی را محتمل‌تر کند و در صورت اجرای درست، می‌توان این انتظار را از آن داشت که صرفاً بخشی از افراد که واجد شرایط نگهداری در مراکز ماده (۱۶) هستند، مورد پذیرش قرار بگیرند، نه همه افراد ارجاع شده به مرکز غربالگری! این در حالی است که در وضعیت فعلی شاهد ضعف در فرایند غربالگری و عدم ارزیابی روانی و اجتماعی جامع از وضعیت افراد هستیم. شرایطی که پیامد آن نگهداری دسته‌جمعی زنان معتادی است که از حیث آسیب‌پذیری فردی و اجتماعی در وضعیت متفاوتی قرار دارند. در کنار هم قرار دادن زنان کارتن‌خواب و زنان دارای خانواده، زنان تن‌فروش، دختران جوان، دختران تازه معتاد شده، زنان دارای سوابق مکرر ترک و عود، زنان بار اولی، زنان باردار، زنان اتباع بیگانه، زنان شاکی خانواده، زنان دارای سابقه زندان، زنان دارای فرزند همراه و نظایر آن، بدون لحاظ کردن شرایط ویژه فردی و اجتماعی این افراد و متعاقباً قرار دادن آنها در ذیل یک برنامه کلی و غیر منحصربه‌فرد، نتیجه‌ای جزء کاهش اثربخشی برنامه‌های نگهداری

در ادامه هر یک از چالش‌های ۱۲ گانه فوق مورد بحث و بررسی بیشتر قرار گرفته‌اند.

■ بی‌اعتمادی نسبت به طرح‌های درمانی

بی‌اعتمادی نسبت به طرح‌های درمانی از مهم‌ترین موضوعات بیان شده توسط زنان ساکن در مراکز بهبودی است. یافته‌های حاصل از انجام جلسه‌های فردی و گروهی با زنان موضوع ماده (۱۶) بیانگر آن است که بسیاری از این افراد در روند زندگی همراه با مصرف اعتیاد، به دفعات تجربه حضور در مراکز ترک اعتیاد اجباری و اختیاری را داشته‌اند، با این حال، نتایج مثبتی در وضعیت زندگی آنها حاصل نشده است. این طیف از مصرف‌کنندگان مواد، اغلب نگاه بدبینانه‌ای نسبت به طرح‌های درمانی اجباری دارند. از نگاه این افراد، طرح‌های درمانی این‌چنینی به دلایلی همچون بی‌توجهی به مشکلات واقعی آنها، شنیده نشدن صدای خود زنان در برنامه‌ریزی‌ها و در نهایت رهاسازی آنها پس از طی کردن دوره درمان، نمی‌تواند منجر به بهبودی پایدار شود و پس از مدتی دیر یا زود مجدد به چرخه آسیب باز می‌گردند.

■ اختلال در فرایند جذب و پیامدهای آن

فرایند جذب افراد سوءمصرف‌کننده مواد با اولویت دادن به حضور آگاهانه و همراه با رضایت آنها در فرایند درمان از ملاحظات مرتبط با درمان مؤثر در حوزه اعتیاد است. این در حالی است که رویکرد حاکم در وضعیت فعلی دستگیری افراد مظنون به تجاهر به اعتیاد توسط ضابطین قضایی، بدون رعایت ملاحظات فوق است. شرایطی که بر روند درمان و نگرش گروه هدف نسبت به طرح‌های این‌چنینی تأثیر منفی گذاشته و از چالش‌های فرایندی طرح ساماندهی زنان محسوب می‌شود. کمبود نیرو باعث آن شده است که بیشتر زنان معتاد موضوع ماده (۱۶) توسط کارگزاران مرد (عمدتاً نیروی انتظامی و در مواردی گشت فوریت‌های اجتماعی) دستگیر و پس از طی کردن مراحل نیز روانه کمپ‌ها شوند. در واقع، روند پذیرش از همان مراحل اولیه در برخی موارد همراه با خشونت جنسیتی و ایجاد ناامنی روانی برای زنان سوءمصرف‌کننده است. همچنین اغلب این زنان در بازه زمانی شب دستگیر و روانه کمپ‌ها می‌شوند. علاوه بر این، فرایند دستگیری زنان تا انجام غربالگری آنها در مرکز مربوطه اغلب چندین ساعت به طول انجامیده و چنین موضوعی ناامنی روانی و هیجانات و احساسات منفی مضاعفی را



دارد و مداخلات، بدون در نظر گرفتن ویژگی‌های فردی و اجتماعی مراجعین اجرایی می‌شود؛ این موضوع در حالی است که منطبق با اصول درمان و بازتوانی گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله سوء مصرف کنندگان مواد، باید نسبت به موضوع فردی‌سازی خدمات و توجه به اصل فردیت ملاحظات لازم صورت پذیرد. در واقع، منطبق با یافته‌های گزارش حاضر، زنان سوء مصرف کننده مواد از نیازهای ویژه‌ای برخوردارند و با توجه به شرایط ویژه‌ای که در آن قرار دارند باید با لحاظ کردن پیشینه مهارتی و شغلی، چگونگی ارتباط با خانواده، درگیری با بیماری‌های مقاربتی همچون اچ‌آی‌وی / ایدز و دیگر ملاحظات، برنامه‌ها و مداخلات ویژه و منحصر به فردی برای آنها پیش‌بینی و اجرایی شود.

■ ناتوانی مراکز در بازگرداندن هویت سجلی زنان

از دیگر چالش‌های زنان ساکن در مراکز نگهداری موضوع ماده (۱۶) این است که بخش کثیری از گروه هدف از داشتن مدارک هویتی شامل شناسنامه و کارت ملی به دلایل مختلف محرومند و چنین موضوعی می‌تواند چالشی جدی در مسیر طی شدن فرایند بازتوانی و مشارکت آنها در جامعه باشد. چنین چالشی به‌طور هم‌زمان هم توسط خود زنان اظهار و ادراک شده و هم خود مسئولین مراکز راه‌حل مناسب و سهل‌الوصول برای رفع آن نیافته‌اند. محرومیت زنان از دستیابی به حقوق اجتماعی، احساس بی‌هویتی، از دست دادن فرصت برای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و از بین رفتن انگیزه‌های درمانی و بهبودی برخی از پیامدهای مرتبط با چالش فوق است.

■ تجربه و ادراک عمیق انگ اجتماعی و طرد از اجتماع

نتایج حاصل از انجام مصاحبه‌های فردی و گروهی با زنان سوء مصرف کننده مواد نشان می‌دهد که این افراد در روند زندگی همراه با مصرف مواد، تجربیات مختلفی از انگ و برچسب و طرد از اجتماع و فعالیت‌های اجتماعی را درک کرده‌اند. تجربه طرد اجتماعی چندبُعدی امکان خودباوری نسبت به توانمندی‌ها و ظرفیت‌های فردی را از بین می‌برد و اغلب با خود برچسبی و درونی شدن ارزش‌گذاری‌های منفی و نگرش مبتنی بر ناتوانی و کمبود فردی همراه است. زیرا خودباوری و خودتوانانگاری صرفاً موضوع مطلق فردی نیست و موضوعی است که بخشی از آن در بستر اجتماع و همسو با توجه به فرد و توانمندی‌ها، پذیرش و مشارکت

را به دنبال نخواهد داشت. درونی شدن اعتیاد و آسیب‌های همراه با آن برای افراد تازه معتاد شده، پذیرش هویت مجرمانه، یادگیری رفتاری مجرمانه و کج‌روانه، آشنایی و پیوستن به گروه‌های موجد آسیب و احساس تحقیر برخی از تجربیات بیان شده توسط زنان ساکن در مراکز است.

علاوه بر این، به‌رغم پیش‌بینی سامانه کشوری با عنوان «غوام» برای ثبت اطلاعات افراد متجاهر، با این حال اطلاعات موجود در این سامانه به‌صورت دقیق ثبت نشده و نمی‌توان از آن به‌عنوان یک منبع موثق و پایگاه داده‌ای معتبر جهت استفاده در ارزیابی‌ها و آسیب‌شناسی‌های مقتضی استفاده کرد.

همچنین، منطبق با شیوه‌نامه غربال افراد متجاهر، مصوب سال ۱۳۹۸ سازمان بهزیستی کشور، برخی از گروه‌ها نظیر زنان باردار، زنان دارای فرزند خردسال و زنان اتباع بیگانه از جمله گروه‌هایی هستند که به‌دلیل شرایط ویژه‌ای که دارند، نباید در این مراکز پذیرش و یا نگهداری شوند و تعیین تکلیف و ارائه حمایت‌های مرتبط با آنها باید از طریق ارجاع به نهادهای مربوطه (در اینجا سازمان بهزیستی استان و وزارت کشور) پیگیری شود؛ این در حالی است که در این مراکز شاهد حضور این طیف از زنان و به‌طور کلی گروه‌های مختلف زنان نیز هستیم.

در نهایت، منطبق با ماده (۶) شیوه‌نامه غربال، تیم غربال باید نسبت به تعیین هویت، تشخیص اعتیاد، تشخیص تجاهر، غربالگری عمومی، معاینه بالینی و بررسی شرایط جسمانی و روانی فرد بررسی و اقدامات لازم را انجام دهد. به‌رغم اهمیت موضوع فوق، متأسفانه در حوزه عمل برنامه‌منظم و هماهنگی برای اجرای فرایند پیش‌بینی شده وجود ندارد و اغلب، نبود زیرساخت‌های فیزیکی و انسانی و همچنین منابع مالی مانع از اجرای فرایند پیش‌بینی شده در شیوه‌نامه فوق می‌گردد.

در نهایت، چالش‌های فوق در کنار هم باعث آن شده است که احراز تجاهر یا عدم تجاهر به اعتیاد که از وظایف مراکز غربالگری است، به‌درستی انجام نپذیرد و در عمل شاهد نارضایتی گروه‌های مختلفی از زنان سوء مصرف کننده باشیم که چه‌بسا در ذیل تعریف مندرج در قوانین بالادستی مرتبط قرار نگیرند.

■ عدم ویژه‌سازی در ارائه خدمات

از مهم‌ترین چالش‌های مراکز نگهداری زنان متجاهر این است که خدمات پیش‌بینی و اجرا شده اغلب صورتی کلی و همگانی

دادن او در فعالیت‌های اجتماعی تحقق می‌یابد.

■ درونی شدن آسیب و پذیرش هویت دارای نقص

در کنار هم گذاردن زنان و دختران سوءمصرف کننده‌ای که از وضعیت آسیب‌پذیری و سلامت متفاوتی برخوردارند، می‌تواند درونی شدن آسیب و پذیرش هویت دارای نقص را به‌ویژه برای افراد «تازه‌وارد» به دنبال داشته باشد. موضوعی که به دلیل تأثیرات منفی پسینی می‌تواند به آسیب‌پذیری بیشتر این افراد بینجامد. همنشینی با زنان سابقه‌دار (زندانی)، زنان تن‌فروش، زنان دارای سوابق مکرر ترک و عود، زنان کارتن‌خواب، زنان دارای بیماری‌های همراه و مقاربتی (از جمله اچ‌آی‌وی، هپاتیت و زگیل تناسلی)، زنان با زخم‌های باز به‌عنوان طیفی از زنان که از وضعیت آسیب‌پذیری عمیق‌تری برخوردارند، می‌تواند درونی شدن آسیب را برای افراد تازه‌وارد به دنبال داشته باشد. شرایطی که توسط این افراد به صراحت درک و بیان می‌شود و انگیزه بازگشت به زندگی سالم را در اثر همنشینی‌های مکرر به صفر می‌رساند.

همچنین از شنیدن صدای زنان در مصاحبه‌های حضوری استنباط می‌شود که دستگیری افرادی که وضعیت خود را در ذیل معتاد متجاهر تعریف نمی‌کنند بعضاً همراه با خشونت بوده است که این امر درد و رنج و احساسات منفی عمیقی را برای گروهی از این افراد به دنبال داشته است. گرچه بی‌شک برخوردهای خشونت‌آمیز حتی با معتادان متجاهر هم نادرست است و مخاطرات زیادی برای آنان به لحاظ روحی، روانی و جسمی به‌همراه دارد.

■ ضعف نظام رفاهی و مراقبتی در حین درمان

ضعف نظام رفاهی و مراقبتی در حین درمان، از چالش‌های مراکز بازپروری زنان معتاد موضوع ماده (۱۶) و حتی ۱۵ محسوب می‌شود. بررسی‌ها در سطوح مختلف نشان می‌دهد که بیشتر زنان مصرف‌کننده هنگامی که مراکز بازپروری را تجربه کرده‌اند، از حمایت‌های روانی و اجتماعی محدودی برخوردار بوده‌اند و مداخلات متولیان مراکز را در این زمینه ناچیز به حساب می‌آورند. عدم تناسب میان شمار زنان و مشکلات پیچیده آنها با تعداد مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان، کم‌توجهی به رفع مشکلات پزشکی افراد، عدم برنامه‌ریزی موردی برای مداخله هدفمند در وضعیت درمانی افراد، کم‌توجهی به برنامه‌های انگیزشی، ناتوانی مراکز در تدارک راه‌حل‌های منجر به حل مشکلات

گروه هدف، انطباق ضعیف برنامه‌های درمانی با چالش‌های زیست‌شده و پیش‌روی افراد، برخورد نامناسب و عدم حفظ شأن خدمت‌گیرندگان، بی‌مهری و نادیده گرفتن ماهیت زنانه خدمت‌گیرندگان، برخی از چالش‌های در حین درمان محسوب می‌شود؛ چالش‌هایی که نشان می‌دهد با توجه به جنس حساس زن که تحت تأثیر بدرفتاری، بی‌مهری و طرح اجتماعی و خانوادگی بیش‌ازپیش آسیب‌پذیر است، نظام رفاهی و مراقبتی پیش‌بینی شده برای ارائه مداخلات هدفمند و اثربخش برای گروه هدف با چالش همراه بوده و نیازمند بازنگری جدی و اصلاح است.

■ کمبود کارشناسان مرتبط با ارائه مداخلات روانی و اجتماعی

زنان موضوع ماده (۱۶) با توجه به از دست دادن خانواده و نداشتن هیچ حامی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند که نیازهای متعدد و ویژه‌ای دارند و مداخله مثبت در وضعیت گروه هدف نیازمند برنامه‌ریزی دقیق، اصولی و منطقی است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که در مراکز بررسی شده تناسب درست و منطقی میان تعداد متصدیان مددکاری اجتماعی و روان‌شناسی (به‌عنوان مهم‌ترین و مرتبط‌ترین متخصصان مرتبط با ارائه خدمات تخصصی سلامت روانی و اجتماعی) با تعداد مراجعان وجود ندارد. چنین چالشی اغلب باعث آن می‌شود که ارزیابی روانی و اجتماعی جامع از نیازهای زنان صورت نپذیرد و به تبع آن برنامه هدفمندی برای پاسخ‌گویی به نیازهای آنها عملیاتی نشود. نسبت اعلامی ۸۰ (مددجو) به ۱ (مددکار اجتماعی و روان‌شناس) از سوی مراکز، تناسب درستی نیست و با توجه به صدمات جدی جامعه هدف نمی‌تواند پاسخ‌گوی مناسبی برای مداخلات این حوزه باشد.

■ چالش‌های مرتبط با مراقبت‌های پزشکی در حین درمان و پس از آن

بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که به‌رغم پیگیری‌های درمانی از سوی مراکز ماده (۱۶) و تمایل آنها برای رفع مشکلات پزشکی گروه هدف، همکاری بین‌بخشی میان مراکز موضوع ماده (۱۶) و بیمارستان‌های طرف قرارداد در مواردی با چالش‌های زیادی همراه است و همراهی لازم از سوی آن مراکز به‌ویژه در مواقعی که بیمار نیازمند مداخلات درمانی جدی‌تر نظیر جراحی و مراقبت‌های پسین باشد، اغلب با امتناع یا اکراه مواجه می‌شود.



آسیب‌پذیری را افزایش دهد.

■ طولانی بودن دوره درمان بدون اهداف درمانی مشخص

طولانی بودن دوره درمان از مهم‌ترین چالش‌های طرح ماده (۱۶) از دیدگاه زنان مصرف‌کننده است. اغلب زنان ساکن در مراکز بر این باورند که دستگیری اجباری نوعی نگاه مجرم‌پنداری را برای آنها تداعی می‌کند، در حالی که مرتکب جرمی نشده‌اند. آنها اغلب از مراکز به مثابه بازداشتگاه یا زندان اجباری یاد می‌کنند که به دلیل طولانی مدت بودن دوره آن و تکراری بودن برنامه‌های روزانه، اغلب انگیزه، امید و فرصت‌های آنها را برای ترک اعتیاد و بازگشت به جامعه از بین می‌برد و یا حداقل شرایط امیدبخشی را برای آنها هموار نمی‌کند. به نظر می‌رسد که طولانی شدن دوره درمان (۶ ماه) بدون وجود اهداف درمانی مشخص و برنامه‌ریزی شده و بدون به دست آوردن مهارتی خاص (توانمندسازی) نمی‌تواند راه حل مناسبی برای برخورد با مسئله اعتیاد زنان باشد؛ موضوعی که از منظر زنان ساکن در مراکز اغلب باعث ناامیدی بیشتر، احساس تحقیر و نادیده انگاشته شدن، ایجاد حس انتقام‌جویی از خود و دیگران، لجبازی بیشتر با قانون و برنامه‌های ترک اعتیاد می‌شود. آیا این افراد برای اشتغال حمایت شده در بطن جامعه آماده می‌شوند؟

آیا افراد مدنظر از درمان پزشکی رضایت‌بخش برخوردار می‌شوند؟ آیا برای زنان فاقد سرپناه یا به اصطلاح کارتن‌خواب برنامه پایدار و هدفمندی وجود دارد؟

آیا برنامه منسجم آموزشی برای پاسخ‌دهی به نیازهای ویژه و موردی افراد وجود دارد؟

آیا نیروی متخصص و به تعداد استاندارد برای پاسخ‌دهی به نیازهای افراد وجود دارد؟

پرسش‌های متعدد دیگری که در مورد این طرح وجود دارد و همچنان بدون راه‌حل واقعی و پایدار باقی مانده است و اثربخشی طرح‌های این‌چنینی را با تردید جدی مواجه می‌سازد.

■ فقدان وجود نظام ارزیابی و کنترل اثربخشی

فرایند ارزیابی در مراحل مختلف همانند مهره‌های به هم متصل یک زنجیر است، بنابراین درست انجام دادن مراحل قبل، می‌تواند به مرحله بعد کمک شایان توجهی کند. به تعبیر روشن‌تر، هر قدمی که به سوی هدف برداشته می‌شود، خروجی همان مرحله ارزیابی

موضوعاتی همچون، فاقد هویت بودن بیماران مورد نظر، مشکلات بیمه‌ای، تعدد بیماران بیمارستان‌ها و عدم رغبت از سوی آن مراکز برای پذیرش بیماران جدید و هزینه‌بر بودن درمان از چالش‌های مرتبط با مراقبت‌های پزشکی در این مراکز است. علاوه بر این، بررسی‌ها نشان می‌دهد که جمع‌کثیری از زنان مصرف‌کننده در نتیجه طولانی شدن سال‌های مصرف، اغلب از بیماری‌های دهان و دندان رنج می‌برند؛ این موضوع در حالی است که خدمات دندانپزشکی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های مؤثر بر ایجاد امید و انگیزه و همچنین فرصت‌ساز برای بازگشت به زندگی عادی و مشارکت در اجتماع و فعالیت‌های مثبت اجتماعی، اغلب در مراکز موضوع ماده (۱۶) پیش‌بینی نشده و این موضوع می‌تواند در مسیر بازتوانی اجتماعی و بازیابی هویت فردی و اجتماعی زنان موضوعی چالش‌برانگیز قلمداد شود.

در نهایت، بررسی تجربه زیسته زنان مصرف‌کننده مواد نشان می‌دهد که آنها پس از ترخیص از مراکز درمان اجباری و ورود به جامعه، در صورت داشتن مشکلات درمانی به دلایلی نظیر، نداشتن مدارک هویتی، نداشتن هزینه درمان، نبود انگیزه و مشوق درمانی، تجربه‌انگ و برچسب و مسائل این‌چنینی، امکان استفاده از مراکز درمانی موجود در جامعه را به‌ندرت دارا هستند.

■ کم‌توجهی به موضوع تفکیک و طبقه‌بندی مراجعان

از مشکلات مراکز ماده (۱۶) عدم تفکیک و طبقه‌بندی زنان ساکن در مراکز است. در واقع، در مراکز نگهداری زنان، گروه‌های مختلف زنان که تجربیات متفاوتی دارند اغلب در یک مکان مشترک نگهداری می‌شوند. زنان دارای سوابق مکرر لغزش، زنان خرده‌فروش، زنان تن‌فروش، دختران جوان، زنان کارتن‌خواب، زنان دارای خانواده، زنان دارای شاکی خانواده، زنان دارای سابقه زندان، زنانی که برای اولین بار تجربه حضور در این مراکز را دارند، از جمله زنانی هستند که به صورت دسته‌جمعی در مراکز موضوع ماده (۱۶) حضور دارند. چنین شرایطی به گفته مراجعان ساکن در آن مراکز (به‌ویژه زنان بار اولی، زنان شاکی خانواده، زنان دارای خانواده و دختران جوان) منفی و همراه با نارضایتی است. موضوعی که منطبق با نظریه همنشینی افتراقی ساترلند می‌تواند تداوم آسیب را به دنبال داشته باشد. در واقع، منطبق با این تئوری، فراوانی تعامل با گروه‌های آسیب‌زای می‌تواند باعث تأثیرپذیری و هویت‌پذیری منفی متقابل از هم بشود، درونی شدن آسیب را به دنبال داشته و شدت

شوند و از این راه در نهایت اثربخش تر بودن برنامه‌ها و فعالیت‌های ترک اعتیاد عملیاتی شود. به رغم گذشت بیش از هفت سال از اجرایی شدن مراکز ماده (۱۶) به شکل کنونی، هیچ‌گونه داده معتبر، قابل استناد و در دسترسی در مورد وضعیت اثربخشی این مراکز و در معنای کلی تر طرح ماده (۱۶) وجود ندارد. این در حالی است که برای اطمینان از اثربخشی فعالیت‌های انجام شده در این حوزه، نیاز به سنجش و ارزیابی عالمانه وجود دارد. استمرار طرح ماده (۱۶) بدون توجه به نقاط قوت و ضعف اجرای طرح و نبود هیچ‌گونه داده معتبر از وضعیت اثربخشی این طرح، می‌تواند موجب صرف هزینه‌های هنگفت و هدر رفتن سرمایه‌های جامعه در ابعاد مختلف شود.

می‌شود. در اینجا مقصود از ارزیابی، حصول اطمینان از درستی مسیر حرکت و کارشناسانه بودن اقدام‌ها و مجموع فرایند اجرای طرح ماده (۱۶) از ابتدا (دستگیری تا ورود به مراکز (غربالگری)، نگهداری در مراکز و در نهایت خروج از مراکز و زندگی در بطن جامعه است. هدف مهمی که بر ایند آن، جبران کاستی‌ها، اصلاح خطاها و رفع موانع و محدودیت‌هاست و کاهش فاصله بین آنچه که هست با آنچه که باید باشد را به دنبال خواهد داشت.

علاوه بر این، ارزیابی میزان اثربخشی برنامه‌ها و اقدامات، آینه‌ای را فراهم می‌آورد تا سازمان‌ها و نهادهای تصمیم‌گیر و برنامه‌ریز و همچنین مجریانی که برنامه موسوم به ماده (۱۶) را پیش می‌برند، تصویری روشن‌تر از چگونگی کم و کیف فعالیت‌های انجام شده به دست بیاورند و نسبت به جنبه‌های مثبت و منفی برنامه آگاه

۵. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری



گروه‌های مختلف سوء مصرف کنندگان مواد از جمله زنان نیز بوده‌ایم.

حاکمیت رویکرد برگرفته از اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر، مصوب ۱۳۹۸ و گسترش و توسعه مراکز ماده (۱۶) در حالی است که بسیاری از صاحب‌نظران حوزه اعتیاد، نظریه‌های حوزه اعتیاد و آسیب‌شناسی اجتماعی و پژوهش‌های مرتبط با درمان اجباری سوء مصرف کنندگان مواد، فرایند و نتایج درمان اجباری را غیر اثربخش می‌پندارند و بر ناکارآمدی آن در حوزه عمل تأکید می‌کنند.

از بررسی نظریه‌های مرتبط با اعتیاد و تطبیق آن با رویکرد درمان اجباری سوء مصرف کنندگان مواد استنباط می‌شود که اولاً، مواجهه با مسئله اعتیاد به شکل فعلی که بدون توجه به مسائل زیربنایی مؤثر بر بروز اعتیاد در گروه هدف صورت می‌پذیرد، نمی‌تواند راه‌حل مناسب و پایداری برای موفقیت در این حوزه قلمداد شود.

ثانیاً، زنان مصرف کننده مواد، از آسیب پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند که در تجربه زیسته خود با مجموعه‌ای از چالش‌ها و محرک‌های منفی مواجه بوده‌اند و درمان اجباری اعتیاد که اغلب رویکرد صرفاً نگهدارنده و اسکان چندماهه زنان سوء مصرف کننده را محور قرار می‌دهد و برای بازسازی ابعاد مختلف شخصیتی و

اعتیاد، از مهم‌ترین مسائل اجتماعی جامعه ایران است که ابعاد مختلف جامعه را از پیامدهای خود متأثر کرده است. مسئله اعتیاد در سطح کشور فراگیر بوده و گروه‌های مختلفی از افراد جامعه از جمله زنان را درگیر کرده است. زنان سوء مصرف کننده مواد به دلایل مختلف از آسیب پذیرترین گروه‌ها در مواجهه با چرخه اعتیاد و پیامدهای آن محسوب می‌شوند و جدا شدن آنها از این چرخه به مراتب دشوارتر می‌شود. از بین زنان سوء مصرف کننده مواد، زنان به اصطلاح متجاهر به مراتب شرایط وخیم‌تری را تجربه می‌کنند. زیرا این افراد، اغلب بی‌خانمان و فاقد شبکه حمایتی مؤثر هستند و از آسیب‌های عمیق‌تری نسبت به دیگر زنان سوء مصرف کننده برخوردارند.

پیامدهای گسترده، درهم‌تنیده و چندبُعدی اعتیاد باعث شده است که توجه به آن و چگونگی مواجهه با آن از اولویت‌های اساسی نظام سیاستگذاری در کشور باشد. بر این اساس، راه‌اندازی مراکز نگهداری و درمان اجباری افراد دارای تظاهر به اعتیاد در ذیل مفاد ماده (۱۶) آخرین اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر، مصوب سال ۱۳۸۹ از جمله رویکردهای غالب در طی سال‌های اخیر به منظور مواجهه با موضوع اعتیاد و کاهش این آسیب اجتماعی در کشور بوده است. مبتنی بر رویکرد فوق، در سال‌های اخیر شاهد روند رو به افزایش راه‌اندازی مراکز موسوم به ماده (۱۶) و فرایند ساماندهی



شدن مددکاران اجتماعی، روان‌شناسان، مددیاران اعتیاد و مدیران مراکز به دانش و مهارت‌های مربوط به مصاحبه‌های انگیزشی و اجرایی کردن آنها، تدارک برنامه‌های شغلی و مهارتی درآمدزا و زود بازده، بازپیوند مددجویان مورد نظر به خانواده، پیگیری صدور مدارک هویتی و ارائه خدمات پزشکی به ویژه خدمات دندانپزشکی، می‌تواند در این راستا کمک‌کننده باشد.

■ پیش‌بینی سازوکارهای مرتبط با اشتغال شایسته و حمایت‌شده

اشتغال، از موضوعات کلیدی است که نقش مهمی در مشارکت اجتماعی و در نهایت بازتوانی اجتماعی گروه‌های دارای مشکلات ویژه دارد. زنان مصرف‌کننده مواد، به‌عنوان یکی از گروه‌های ویژه از این قاعده مستثنا نبوده و ضرورت تأمین شغل حمایت‌شده برای آنها در دو مرحله اصلی یعنی «در حین درمان» و «پس از ترخیص و ورود به اجتماع» نیز توصیه می‌شود. آموزش مهارت‌های شغلی متناسب با ملاحظات فردی و مقتضیات بازار کار، ارائه تسهیلات خوداشتغالی حمایت‌شده به زنان واجد شرایط و ارائه حمایت‌های مالیاتی، بیمه‌ای و مالی نسبت به کارفرمایان و کارآفرینان جهت اشتغال این گروه از زنان از جمله سازوکارهایی است که می‌تواند دسترسی زنان به درآمد پایدار و شایسته جهت گذران زندگی و مشارکت فعال در اجتماع را به دنبال داشته باشد.

■ هدف‌مندی‌سازی دوره نگهداری و درمان گروه هدف در مراکز ماده (۱۶)

استنباط گزارش حاضر این است که استمرار طرح ساماندهی زنان با ماهیت فعلی که برابند عمده‌اش نگهداری صرف زنان در مراکز و عدم پاسخ‌گویی مؤثر به نیازها و چالش‌های زیست‌شده آنهاست، نمی‌تواند راه‌حل مناسبی برای مواجهه مثبت و مؤثر در این حوزه باشد. کمبود اعتبارات مالی مراکز و ضعف نیروی متخصص و کافی از یک سو و نبود برنامه هماهنگ ملی و بین‌بخشی از سوی دیگر باعث آن شده است که برنامه هدف‌مندی برای طی شدن دوره درمان و نگهداری افراد وجود نداشته است. برنامه مورد نیاز، برنامه‌ای است که ارزیابی روانی و اجتماعی جامعی از وضعیت این زنان در مراحل اولیه ورود داشته باشد و منطبق با ارزیابی انجام شده، مداخلات موردی و متناسبی را برای آنها پیش‌بینی و اجرایی کند. ضمانت اجرایی چنین برنامه‌ای، تعامل بین‌بخشی و چند نهادی میان مراکز نگهداری و متولیان مربوطه است. بازتعریف شرح وظایف و مسئولیت متولیان این حوزه از

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

از بررسی پژوهش‌های مرتبط با زنان سوءمصرف‌کننده متجاهر، استنباط می‌شود که این افراد در تجربه زیسته خود با مجموعه‌ای از چالش‌ها و شرایط اثرگذار منفی مواجه بوده‌اند و رویکرد مبتنی بر درمان اجباری اعتیاد که رویکردی قهری و ضربتی محسوب می‌شود و برای رفع چالش‌های زیست‌شده و اثرگذار در درمان و بازتوانی اجتماعی گروه هدف از برنامه منسجم و دارای پشتوانه علمی و تجربی لازم برخوردار نیست، نمی‌تواند راه‌حل اثربخش و پایداری برای مواجهه اصولی با موضوع اعتیاد گروه هدف باشد.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که فرایند ساماندهی زنان در مراحل مختلف دستگیری، غربالگری، مراقبت در حین درمان و مراقبت پس از خروج با نواقص و چالش‌های مختلفی مواجه است و نیاز به بازنگری و اصلاح جدی دارد. در نهایت، مبتنی بر چالش‌های احصا شده، پیشنهادهای ذیل ارائه می‌شود:

■ پیش‌بینی و اجرای مداخلات راغب‌سازی در سطح مراکز

دستگیری اجباری زنان موضوع ماده (۱۶) و حواشی منفی همراه با آن، باعث آن می‌شود که آنها به‌ویژه در مراحل اولیه درمان انگیزه‌ای برای ترک اعتیاد و بهبود وضعیت خود نداشته باشند. شکل‌گیری هیجانات و احساسات منفی از مهم‌ترین تجربیات زنان دستگیر شده است. علاوه بر این، زنان سوءمصرف‌کننده مواد در تجربه زیسته خود با تجربیات منفی و چالش‌برانگیزی شماری همچون تجربه خشونت جنسی، درگیری با بیماری‌های مقاربتی، طرد از خانواده و اجتماعی، بارداری‌های ناخواسته و نظایر آن مواجه بوده‌اند؛ تجربیات و چالش‌هایی که می‌تواند به‌تنهایی یا هم‌زمان با هم مانع و بازدارنده‌ای قوی در مسیر بازتوانی اجتماعی باشد. مسلط

موفقیت آمیز رویکرد مدیریت مورد است.

■ تدوین پروتکل درمانی ویژه زنان معتاد

از الزامات اصلی طرح ساماندهی زنان سوءمصرف کننده مواد این است که نسبت به تدوین پروتکل درمان و مداخله، ویژه زنان با در نظر گرفتن ویژگی‌های خاص آنها، اقدام شود. چنین پروتکلی باید اولاً، با رویکرد بین‌رشته‌ای و با مشارکت و بهره‌مندی از خرد جمعی متخصصان حوزه اعتیاد به ویژه روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، روانپزشکان، پزشکان و کارآفرینان طراحی شود؛ ثانیاً، این پروتکل باید برنامه‌ها و مداخلاتش را به صورتی ویژه‌سازی شده پیش‌بینی کند و علاوه بر در نظر گرفتن نیازهای عمومی زنان معتاد، نیازهای خاص و منحصر به فرد هر یک از آنها را نیز پوشش بدهد. ثالثاً، این پروتکل باید نحوه درمان و مداخله در وضعیت زنان مصرف کننده را در مراحل مختلف درمان مدنظر قرار بدهد. مراقبت در حین جذب و پذیرش، مراقبت در حین درمان و مراقبت پس از خروج یا ورود به جامعه سه بُعد اصلی مداخله در وضعیت گروه هدف محسوب می‌شود.

منطبق با نتایج گزارش، تدوین پروتکل درمان و مراقبت زنان مصرف کننده مواد بر اساس رویکرد و مدل «مدیریت مورد» از ایده‌ها و پیشنهادهایی است که می‌تواند برای ارائه مدیریت واحد و یکپارچه به منظور ارائه مداخلات هدفمند در حین درمان و پس از آن پیش‌بینی و اجرایی شود.

■ محوریت دادن به برنامه‌های مبتنی بر بازپیوند افراد به خانواده

فقدان یا ضعف حمایت‌های خانوادگی، یکی از موضوعات محوری در بررسی حاضر است که از منظر زنان و با توجه به حساسیت جنسیت زن، زمینه را برای آسیب‌پذیری آنها و تداوم مصرف مواد موجب می‌شود. برنامه‌ریزی ویژه برای بازپیوند آنها به خانواده، از مهم‌ترین برنامه‌های مبتنی بر بازتوانی اجتماعی است که باید توسط مراکز پیگیری شود. با توجه به اینکه بخشی از زنان و به ویژه دختران جوان ساکن در مراکز به دلیل موضوعات فرهنگی امکان بازگشت به منزل و خانواده اولیه خود را کمتر دارا هستند، ضرورت دارد که از مداخلات سیستماتیک روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی متخصص که توانایی بهره‌گیری از فنون مذاکره و میانجیگری در زمینه حل تعارضات و اختلافات خانوادگی را دارند، استفاده شود.

همراه کردن خانواده از ابتدا تا پایان درمان و مشارکت دادن آنها در

ضرورت‌های هدفمندسازی در این حوزه است. ارائه تمهیدات مرتبط با مسکن و شغل پایدار، دسترسی به خدمات دندانپزشکی، تسهیل حمایت‌های حقوقی و موارد این‌چنینی نیاز به بازتعریف، قبول مسئولیت، پیش‌بینی ضمانت اجرایی و دیگر ملاحظات مرتبط دارد.

■ اتخاذ رویکرد مبتنی بر مدیریت مورد با محوریت مددکاران اجتماعی

مدیریت مورد¹ در مددکاری اجتماعی شیوه‌ای از ارائه خدمات است که در آن مددکاران اجتماعی نیازهای افراد و خانواده آنها را ارزیابی و سپس به برنامه‌ریزی، تنظیم، بررسی و اختصاص خدمات متناسب با نیاز آنها می‌پردازند. مجموعه پروتکل بهبود درمان اعتیاد، اصول مدیریت مورد را مشتمل بر موارد زیر می‌داند: مدیریت مورد مبتنی بر مراجع و نیاز آنهاست، مدیریت مورد دربردارنده حمایت است، مدیریت مورد مبتنی بر اجتماع است، مدیریت مورد عمل‌گرا است، مدیریت مورد پیش‌بینی کننده است، مدیریت مورد باید انعطاف پذیر باشد، مدیریت مورد از لحاظ فرهنگی حساس است. اهمیت این مدل از آن جهت است که دارای پشتوانه تجربی است و اثربخشی‌اش در تحقیقات مختلف در کار با گروه‌های مختلف به اثبات رسیده است، مبتنی بر نقاط قوت، توانایی‌ها و استعدادهای مراجعان است و بر اساس آنها درمان و برنامه حمایتی را ارائه می‌کند. در این مدل، مصاحبه و بررسی شرح حال مراجع ابزار اصلی برای جمع‌آوری اطلاعات است و از این طریق وضعیت مراجع در سطوح مختلف فردی، اجتماعی و خانوادگی مورد ارزیابی قرار گرفته و مداخلات موردی و متناسبی نیز اجرایی می‌شود. مددکاران اجتماعی به این رویکرد نگاهی بین‌رشته‌ای و بین‌نهادی دارند، شناخت بهتری از منابع اجتماعی کمک‌رسان و حمایت کننده در بطن جامعه دارند، دانش و مهارت تخصصی مبتنی بر انجام ارزیابی‌های روانی و اجتماعی از وضعیت مراجعین را آموخته‌اند، اصول اخلاقی و ارزش‌های مبتنی بر پذیرش و حمایت واقعی از مراجعان را آموخته و درونی کرده‌اند، واجد شرایط‌ترین متخصصین برای اجرای فرایند مدیریت مورد هستند. استفاده از مددکاران اجتماعی متخصص در مقاطع تحصیلات تکمیلی، تغییر رویکرد مراکز به سمت وسوی اجرای مدل مدیریت مورد و اتخاذ تدابیر مبتنی بر تعامل بین‌نهادی میان مراکز و نهادهای موجود در جامعه در جهت ارجاع و مداخله مؤثر و اثربخش در این حوزه از پیش شرط‌های مرتبط با اجرای



اعتیاد ترخیص و وارد جامعه می‌شوند. شواهد مختلف نشان می‌دهد که بدون اجرای این مداخلات مراقبتی و حمایتی پس از خروج، اغلب زنان به‌ویژه زنان فاقد نظام حمایتی مؤثر، دیر یا زود رها شده و مجدد وارد شرایط آسیب‌زا می‌شوند. شرایطی که بازگشت به اعتیاد، از محتمل‌ترین نتایج آن محسوب می‌شود. با توجه به تجربه زیسته زنان موضوع ماده (۱۶) در سطوح مختلف، ارزیابی مراکز، دیدگاه کارشناسان و بررسی پژوهش‌های پیشین و مبنای نظری، می‌توان گفت، حمایت‌یابی اجتماعی رکن اصلی مراقبت‌ها و مداخلات پس از خروج است. تلاش‌های توانمندسازی در سطح فردی، اگر به‌وسیله تغییرات مکمل در درون قلمروهای سیاسی - اجتماعی و درون فردی حمایت نشود، صرفاً برای دوره کوتاهی مفید است. ابعاد مختلف حمایت‌یابی اجتماعی پس از خروج، مشتمل بر حمایت‌یابی اقتصادی، حمایت‌یابی روانی و مشاوره‌ای، حمایت‌یابی شغلی و مهارتی، حمایت‌یابی مرتبط با ماندگاری در بهبودی اعتیاد است.

با توصیف و تبیین فوق می‌توان گفت، تشکیل مراکز تحت‌عنوان «مراکز مراقبت پس از خروج معتادان بهبود یافته» از ایده‌هایی است که می‌تواند برای تحقق حمایت‌های اجتماعی از گروه‌های مختلف معتادان بهبود یافته از جمله زنان موضوع پژوهش حاضر اجرایی شود. با توجه به موازی‌کاری‌های موجود در ارائه خدمات، بسند کردن سازمان‌های متولی به ارائه خدمات سطحی و محدود، مسئولیت‌گریزی بسیاری از سازمان‌های متولی و به‌طور کلی نبود برنامه جامع مشترک و هماهنگ در این حوزه، تشکیل این مراکز می‌تواند پُرکننده شکاف حمایتی در این حوزه باشد و گامی مؤثر در راستای هماهنگ‌سازی و هدفمندسازی اقدامات حمایتی بازتوان‌کننده به شمار برود. الگوپذیری از تجربه سازمان زندان‌ها در زمینه راه‌اندازی مراکز مراقبت پس از خروج ویژه زندانیان و خانواده آنها و استفاده از تجربیات موفق جهانی می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد.

■ ایجاد برنامه ملی هماهنگ و جامع

موضوع طرح ساماندهی زنان موضوع ماده (۱۶)، نیازمند یک طرح و برنامه‌ملمی است که اجرای آن منوط به اقدام و هماهنگی مؤثر سازمان‌ها و نهادهای مربوطه در حوزه شرح وظایف مربوطه است. جذب، مهارت‌آموزی، کارآفرینی، سوادآموزی، درمان پزشکی، اشتغال حمایت‌شده، ترک اعتیاد، حمایت‌های حقوقی، حمایت‌های پس از بهبودی و به‌طور کلی انجام اقدامات سیستماتیک و یکپارچه در راستای بازتوانی اجتماعی، در توان

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

■ ترویج گفتمان مبتنی بر پذیرش به جای طرد در سطح جامعه

ارائه آموزش‌های تخصصی ضمن خدمت به پرسنل مراکز بهبودی جهت اتخاذ رفتار حرفه‌ای به‌دور از انگ و برچسب، شناسایی انگ‌ها و برچسب‌های محدودکننده در سطوح مختلف و برنامه‌ریزی برای رفع و تعدیل آنها، فرهنگ‌سازی عمومی و محله‌ای برای حذف یا تعدیل انگ‌ها و برچسب‌ها به شیوه‌های مختلف، ترویج و تبلیغ رویکرد مبتنی بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی در قبال این افراد در سطح جامعه، ملزم کردن تمام نهادهای مسئول جهت حمایت از افراد در مراحل مختلف درمان، استفاده از ظرفیت نهادهای غیردولتی و مشارکت‌های مردمی در جهت حمایت از گروه هدف، تدارک اشتغال شایسته در درون مراکز بهبودی و کمک به استمرار و توسعه آن در درون جامعه، ایجاد تغییرات شناختی مثبت همچون - خودتوانانگری، خود اثربخشی، خودباورمندی از طریق تدارک برنامه‌های آموزش فردی مستمر، شناسایی خانواده و بازپیوند این افراد به خانواده و استفاده از ظرفیت‌های خانواده برای بهبود شرایط فرد، برخی از مهم‌ترین سازوکارهایی است که می‌تواند زمینه را برای افزایش پذیرش و ادغام اجتماعی افراد در سطح جامعه بالا ببرد.

■ راه‌اندازی مراکز مراقبت پس از خروج معتادان بهبود یافته

مداخلات مراقبتی در حین جذب و ورود به مراکز بهبودی، مداخلات مراقبتی در حین درمان و مداخلات مراقبتی پس از خروج، سه بخش اصلی مداخله برای سوءمصرف‌کنندگان مواد محسوب می‌شود که در صورت اجرای اصولی می‌تواند اثربخشی موفق‌تر برنامه‌های درمانی را به دنبال داشته باشد. مداخلات مراقبتی پس از خروج، به‌عنوان بخش تکمیلی فرایند ساماندهی زنان سوءمصرف‌کننده زمانی آغاز می‌شود که زنان از مراکز درمان

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

■ توسعه خدمات کاهش آسیب در سطح جامعه

بیماری‌های عفونی و مقاربتی (HIV، HCV و HPV) از شایع‌ترین بیماری‌های همراه و تجربه شده در بین جمعیت زنان سوءمصرف‌کننده مواد است. وضعیت فوق در حالی است که در بطن جامعه، نه تنها امکان رصد وضعیت این افراد به‌طور دقیق وجود ندارد، بلکه سبک زندگی و نوع فعالیت‌های روزانه این افراد به‌گونه‌ای است که به انحای مختلف می‌تواند موجب شیوع بیماری در بین دیگر افراد جامعه شود. بنابراین، طرح ساماندهی زنان در ذیل مراکز موضوع ماده (۱۶)، با توجه به اینکه رویکردش دستگیری و درمان اجباری افراد در یک دوره زمانی مشخص است و هیچ‌گونه رصد، پایش و یا سازوکاری برای ارائه مداخلات کاهش آسیب در بطن جامعه ندارد، نمی‌تواند پاسخ و راه‌حل مناسب و پایداری برای کاهش آسیب در گروه هدف باشد. علاوه بر این، واقعیت علمی و تجربی نشان می‌دهد که فارغ از روش‌های درمانی مختلف، درصد لغزش و بازگشت به اعتیاد بسیار بالاست و بیشتر این افراد مجدداً به شرایط پیشین خود باز می‌گردند. با این توصیف، احیا و توسعه مراکز گذری (موقت و درمان سرپایی) کاهش آسیب در سطح جامعه با توجه به اینکه خدمات کاهش آسیب را به شیوه‌ای در دسترس و فاقد انگ و برچسب در اختیار گروه هدف قرار می‌دهند، می‌تواند مورد توجه متولیان برنامه‌ریزی و سیاستگذاری قرار گیرد.

■ پیش‌بینی مراکز موقت توانمندسازی و گذر به زندگی اجتماعی

بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که بخشی از زنان ساکن

مراکز نیست و انجام این مهم نیازمند همکاری و هماهنگی سازمان‌های متولی تعریف شده است. بنابراین، بدون حمایت جامعه و نهادهای حمایت‌کننده و اثرگذار انتظار تحقق موضوع بازتوانی زنان مصرف‌کننده نیز متصور نیست. با این تفسیر، شکل‌گیری مداخلات مشارکتی چندبُعدی در حین درمان و پس از آن، کلید موفقیت دستیابی به اهداف مداخله برای گروه هدف است. در واقع، افراد درگیر با اعتیاد با مجموعه‌ای از مشکلات در سطوح مختلف فردی، اجتماعی، قانونی و خانوادگی درگیرند و مرکزی همچون مرکز درمان و کاهش آسیب زنان موضوع ماده (۱۶) به تنهایی نمی‌تواند راه‌گشای رفع مشکلات این افراد و چاره‌اندیشی برای بازتوانی اجتماعی آنها باشد. علاوه بر این، از آنجاکه بخش زیادی از هزینه‌ها و منابع مالی این مراکز صرف موضوع نگهداری از این افراد می‌شود، بنابراین، بدون همکاری نهادهای حمایتی متناظر نمی‌توان به راحتی انتظار تحقق اهداف مبتنی بر بازتوانی اجتماعی را داشت.

■ پایش و ارزیابی مستمر و منصفانه از برنامه

ارزیابی، کمک می‌کند درک بهتری از چرایی و میزان تحقق نتایج تعیین شده در برنامه یا مداخله مورد نظر داشته باشیم. ارزیابی مناسب، علاوه بر تقویت سازوکار پاسخ‌گویی، منبعی مهم برای دستیابی به شواهد و مدارک لازم درباره نتایج به‌دست آمده از برنامه بوده و همچنین ابزاری است برای درس گرفتن و رسیدن به دانش بیشتر درباره بهترین روش‌ها به‌منظور رسیدن به اهداف و مقاصد خاص برنامه‌ها. از میان روش‌های گوناگون برای تأمین اثربخشی، روش مبتنی بر تأمین رضایت گروه‌های ذی‌نفع از مهم‌ترین رویکردهای نوین است. بنابراین، از ضرورت‌های فعلی و آتی در حوزه ساماندهی زنان مصرف‌کننده این است که با بهره‌گیری از متخصصان و کارشناسان آشنا به حوزه اعتیاد به شیوه‌ای منصفانه و فارغ از هرگونه ملاحظه‌نگری، ابعاد مختلف طرح در دوره‌های زمانی مختلف مورد ارزیابی واقع شود. باز کردن درب مراکز بر روی دغدغه‌مندان و پژوهشگران حوزه اعتیاد و برداشتن محدودیت‌های بازدارنده، می‌تواند به عمیق‌تر شدن مطالعات مرتبط با این حوزه بینجامد و شاخصی مهم برای کمک به تصمیم‌گیری مؤثرتر در این حوزه باشد.

■ دسترسی به خدمات پزشکی پایدار در بطن جامعه

از بررسی تجربه زیسته زنان مصرف‌کننده مواد استنباط می‌شود که این افراد با چالش‌های پزشکی متعددی از جمله بیماری‌های



با وضعیت آسیب‌پذیری متفاوت، اغلب منجر به درونی شدن آسیب‌های اجتماعی و پذیرش هویت کج‌روانه می‌شود. علاوه بر این، تعداد بالای زنان ساکن در مراکز و نبود زیرساخت لازم به‌ویژه از بُعد نیروی انسانی متخصص و کافی، منجر به نادیده گرفته شدن نیازهای مختلف این زنان و از دست دادن فرصت برای بازتوانی اجتماعی می‌شود. ایجاد سازوکارهای لازم مبتنی بر مداخلات راغب‌سازی در سطح شهر و سازمان‌های مردم‌نهاد به‌ویژه مراکز کاهش آسیب و مراکز موقت اقامت روزانه، برای جذب زنان مصرف‌کننده و پذیرش آنها در مراکز ماده (۱۵) با لحاظ کردن تأمین هزینه‌های مالی برای افراد بی‌بضاعت نیز اقدام کرد. علاوه بر این، اجرایی کردن هرچه بیشتر تبصره «۲» ماده (۱۶) قانون اصلاحی مبارزه با مواد مخدر، می‌تواند منجر به توسعه مراکز نگهداری زنان و رعایت بهتر ملاحظات مراقبتی و حمایتی شود. تدوین نظام طبقه‌بندی منطبق با وضعیت آسیب‌پذیری زنان و ارجاع آنها مبتنی بر ارزیابی‌های صورت گرفته، از نتایج توسعه دادن مراکز نگهداری زنان است. اصلاح ماده (۱۶) قانون اصلاحی مبارزه با مواد مخدر با تأکید بر جنسیت زنان می‌تواند در کاهش و ساماندهی مسائل زنان معتاد متجاهر مؤثر باشد.

در مراکز ماده (۱۶) نسبت به دیگر زنان به مراتب از وضعیت آسیب‌پذیری بیشتری برخوردارند و ضرورت دارد که در برنامه‌های مراقبتی طرح ویژه‌ای برای آنها پیش‌بینی و اجرایی شود. زنان و دختران بی‌خانمان حادث‌ترین گروه از زنان هستند که بدون شک شرایط لازم برای ترخیص از مراکز و بازگشت به جامعه را ندارند. آسیب‌پذیری بیشتر و بازگشت به اعتیاد محتمل‌ترین سناریو در مورد وضعیت این افراد است. در این شرایط به‌نظر می‌رسد با تأسیس مراکز موقت توانمندسازی و گذر به زندگی اجتماعی می‌توان سازوکارهایی را برای تسهیل فرایند بازپیوند اجتماعی این افراد و ادغام موفق‌تر آنها در جامعه اجرایی کرد. پیگیری و صدور مدارک هویتی، تأمین شغل، مسکن، بازبانی روابط خانوادگی، درمان بیماری‌های دهان و دندان، مهارت‌آموزی و حمایت‌های حقوقی برخی از تمهیدات توانمندساز برای گروه هدف محسوب می‌شود.

■ توسعه مراکز نگهداری با گروه‌های هدف کوچک

منطبق با یافته‌های گزارش در سطوح مختلف به‌ویژه شنیدن صدای زنان ساکن در مراکز ماده (۱۶)، زندگی دسته‌جمعی زنان



- [۱] درویشی فرد، علی اصغر و فیضی پور، خدیجه (۱۳۹۸). فهم تجربه زیسته زنان بی خانمان، فصلنامه پژوهش نامه مددکاری اجتماعی، (۱۴)۴.
- [۲] آقابخشی، حبیب (۱۳۹۲)، قضاودایی: نقش میانجی مددکار اجتماعی در حل اختلاف غیر دادگاهی، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- [۳] صدیق سروسستانی، رحمت‌الله (۱۳۹۰)، آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی)، تهران: انتشارات سمت.
- [۴] فتحی، منصور و بختیاری، عباس (۱۴۰۰). مطالعه کیفی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد، فصلنامه انتظام اجتماعی، ۱۳(۱).
- [۵] پروین، ستار و کلانتری، عبدالحسین و صفری، محمد رحیم (۱۳۹۳). تجربه روزمره کارگران میادین میوه و تره‌بار در شهر تهران (با تأکید بر آسیب‌های اجتماعی)، فصلنامه پژوهش نامه مددکاری اجتماعی، ۱۱(۱).
- [6] Siegel, L. J. (2018). *Criminology: theories, patterns, and typologies*, thirteenth edition, Thomson Learning Academic Resource Center 1-800-423-0563.
- [۷] حتم‌خانی، شیما و همکاران (۱۳۹۷). بررسی الگوی مصرف مواد مخدر در مراجعین به مرکز اجباری نگهداری و درمان و کاهش آسیب معتادین ارومیه در سال ۱۳۹۴، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۶(۳).
- [۸] 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.
- [۹] مغنی‌باشی منصوریه، امیر و فتحی، منصور و براتی سده، فرید و اسلامیان، ایوب (۱۳۹۶). مرور سیستماتیک اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال یازدهم، ش ۲۴.
- [۱۰] آل کجباف، حسین (۱۴۰۳). درمان اجباری معتادین از منظر اسناد بین‌المللی با تأکید بر موازین حقوق بشری. مجله حقوق پزشکی. ۸۱(۹۵).
- [۱۱] گزارش ماده (۱۶)، دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۴۰۳، مرتضی گنجی
- [۱۲] میرکاظمی و همکاران (۱۳۹۷). طرح تبیین وضعیت و نیازسنجی در مورد مراکز درمان اعتیاد موضوع ماده (۱۶) اصلاحیه قانون اصلاح مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی کشور، معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد.
- [۱۳] رضوی، ریحانه و عرب، علیو شیرازی، محمود (۱۳۹۸). مقایسه امید به زندگی، احساس گناه و اختلالات روان‌تنی در معتادان متجاهر زن تحت درمان اجباری و زنان معتاد خودمعرف، نشریه طب انتظامی، ۸(۲).
- [۱۴] 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.

[15] Werb D, Kamarulzaman A, Meacham MC, Rafful C, Fischer B, Strathdee SA, Wood E. 2016. The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *The International journal on drug policy*, 28, 1–9. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.12.005.

[16] Suzanne L. Wenzel, Paul Koegel & Lillian Gelberg. (2000). Antecedents of Physical and Sexual Victimization Among Homeless Women: A Comparison to Homeless Men. *American Journal of Community Psychology* volume 28, pages 367–3.

[17] Lunze, K., Lernet, O., Andreeva, V., & Hariga, F. 2018. Compulsory treatment of drug use in Southeast Asian countries. *The International journal on drug policy*, 59, 10–. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.06.009>.

[18] Kamarulzaman A, McBrayer JL

. Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia. *Int J Drug Policy*. 2015;26 Suppl 1:S33-S37. doi:10.1016/j.drugpo.2014.11.011

[۱۹] صادقی، صابره (۱۳۹۵). تجربه زیسته زنان بی‌خانمان باردار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی (ره).

[۲۰] سفری، خدیجه و خادم، رسول (۱۳۹۲)، بررسی وضعیت امید به زندگی زنان بی‌خانمان شهر تهران، مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران، سال ششم، ش اول.

[21] Linda L. Halcón, Alan R Lifson. (2004). Prevalence and Predictors of Sexual Risks Among Homeless Youth. Article in *Journal of Youth and Adolescence* 33(1):71-80. DOI: 10.1023/A:1027338514930.

