

ارزیابی مراکز موضوع ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر: مراکز اقامتی میان‌مدت درمان وابستگی مواد کشور



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تاریخ انتشار:

۱۴۰۴/۱۱/۱۸

شماره مسلسل:

۲۱۳۲۰



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

عنوان گزارش:

ارزیابی مراکز موضوع ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر: مراکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی مواد کشور

نوع گزارش: طرح / لایحه □، راهبردی □، نظارتی ■، پیش نویس قانونی □

نام دفتر:

مطالعات اجتماعی (گروه آسیب‌های اجتماعی)

تهیه و تدوین کنندگان:

علی اصغر درویشی فرد، فاطمه محمدی

مدیر مطالعه:

فاطمه محمدی

ناظران علمی:

هادی افراسیابی، محمدرضا مالکی، ریحانه رحمانی پور

اظهار نظر کننده خارج از مرکز:

میلاد اعوانی (دادرس حقوقی)

گرافیک و صفحه آرایی:

سمیرا صادقی عسکری

ویراستار ادبی:

مژگان کاظمی

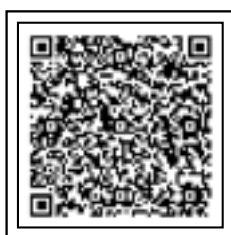
واژه‌های کلیدی:

۱. اعتیاد

۲. مراکز اقامتی میان مدت

۳. درمان پرهیزمدار

تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۴/۰۳/۰۳



فهرست مطالب

۷	چکیده
۸	خلاصه مدیریتی
۱۱	۱. مقدمه
۱۲	۲. پیشینه پژوهشی و قانونی
۱۲	۲-۱. پیشینه پژوهشی
۱۵	۲-۲. پیشینه قانونی
۱۶	۳. روش پژوهش
۱۷	۴. ترسیم وضعیت مراکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی مواد کشور
۱۸	۵. ارزیابی وضعیت و فرایند ارائه خدمت مراکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی مواد
۱۸	۵-۱. کمبود منابع و اعتبارات مالی
۱۸	۵-۲. ضعف مراقبت های پس از ترخیص
۱۹	۵-۳. به حاشیه رفتن درمان های غیر اجباری
۱۹	۵-۴. کوتاه بودن دوره درمان
۱۹	۵-۵. ضعف ساز و کارهای نظارتی
۲۰	۵-۶. فراوانی مراکز غیرمجاز ترک اعتیاد
۲۰	۵-۷. نقص در ارائه مداخلات روانی اجتماعی
۲۰	۵-۸. کم توجهی به مشارکت خانواده
۲۱	۵-۹. محدود شدن امید به درمان از سوی خانواده
۲۱	۵-۱۰. در معرض آسیب بودن تیم بهبود
۲۱	۵-۱۱. قرار گرفتن در فرایند درمان اجباری
۲۲	۵-۱۲. مسئله بقا و صرفه اقتصادی
۲۲	۵-۱۳. فقدان پاسخ دهی به چالش های زیست شده
۲۲	۵-۱۴. کمبود نیروی انسانی متخصص
۳۲	۵-۱۵. تقلیل مداخلات به سم زدایی و ارائه مداخلات همزمان
۳۲	۵-۱۶. ضعف نظام ارزیابی و تولید داده
۲۳	۵-۱۷. فقدان فردی سازی در فرایند ارائه خدمت
۲۳	۶. جمع بندی و پیشنهادها
۲۵	۶-۱. متناسب سازی اعتبارات با هزینه ها
۲۵	۶-۲. تقویت ساز و کارهای ارزیابی و نظارت
۲۶	۶-۳. تقویت فرایند مداخلات مراقبتی
۲۶	۶-۴. توسعه مداخلات چندرشته ای
۲۷	۶-۵. ایجاد نظام ارجاع دهی حمایت شده

۶-۶	ارزیابی جامع مبنای مداخلات	۲۷
۶-۷	مشارکت محوری در مداخلات	۲۷
۶-۸	به روزرسانی دانش و آگاهی تیم بهبود	۲۸
۶-۹	پیش بینی برنامه های خودمراقبتی پرسنل	۲۸
۶-۱۰	تمرکز همزمان بر الگوهای مختلف مواجهه با مسئله اعتیاد	۲۸
۶-۱۱	تقویت جایگاه مردم و تشکل های مردمی در مواجهه با مسئله اعتیاد	۲۸
	منابع و مآخذ	۲۹

فهرست جداول

جدول ۱	نواقص و چالش های مراقبت و درمان مراجعان در مراکز اقامتی میان مدت	۹
جدول ۲	توصیه ها و پیشنهاد های کلیدی	۱۰
جدول ۳	گزیده ای از پژوهش های مرتبط با اعتیاد در ایران	۱۲
جدول ۴	گزیده ای از پژوهش های مرتبط با اعتیاد در جهان	۱۳
جدول ۵	تعداد مراکز اقامتی میان مدت طی بازه ۱۴۰۲ - ۱۳۹۲ در سطح کشور	۱۷
جدول ۶	تعداد مراکز اقامتی میان مدت به تفکیک استان در سال ۱۴۰۱	۱۸



ارزیابی مراکز موضوع ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر: مراکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی مواد کشور

DOI: [10.22034/MRC.REPORT.21320](https://doi.org/10.22034/MRC.REPORT.21320)

چکیده



مسئله اعتیاد از مهم‌ترین مسائل اجتماعی جامعه ایران است که گروه‌های مختلفی از افراد جامعه را درگیر کرده است. درهم‌تنیدگی مسئله اعتیاد با دیگر آسیب‌ها و مسائل اجتماعی و پیامدهای پیچیده‌ای که برای کلیت جامعه به دنبال دارد، باعث آن شده است که مواجهه با آن در اولویت برنامه‌های کشور قرار گیرد. پیچیدگی موضوع اعتیاد و ناکافی بودن برنامه‌های اجرایی در دهه‌های اخیر، چگونگی مواجهه با آن را به یکی از دغدغه‌های اصلی مسئولان و نهادهای ذی‌ربط تبدیل کرده است. اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۸۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام، در ذیل مفاد دو مواد (۱۵ و ۱۶) که اصلی‌ترین مواد قانونی در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد هستند، آخرین و جدیدترین تکلیف قانونی در راستای مواجهه با موضوع اعتیاد است. منطبق با ماده (۱۵) قانون فوق، معتادان مکلفند با مراجعه به مراکز مجاز اقدام به ترک اعتیاد کنند و در غیر این صورت مجرم شناخته می‌شوند و باید در ذیل ماده (۱۶) و با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز پیش‌بینی شده نگهداری شوند. راه‌اندازی مراکز نگهداری و درمان افراد مصرف‌کننده مواد، در ذیل دو مواد (۱۵ و ۱۶) آخرین اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر، از جمله برنامه‌های عملیاتی برای تحقق درمان اعتیاد در گروه هدف بوده است. گزارش حاضر با توجه به موضوع آن، به ارزیابی چالش‌های مرتبط با فرایند و عملکرد مراکز ماده (۱۵) (مراکز اقامتی میان مدت)، خواهد پرداخت و پیشنهادهای و توصیه‌های مقتضی برای بهینه‌سازی و بهبود عملکرد این مراکز را ارائه خواهد داد. بررسی‌های این گزارش نشان می‌دهد وضعیت مراکز مورد نظر در مراحل مختلف درمان و حمایت، با کمبودها و نقایصی نیز مواجه است که در صورت اصلاح و بازنگری می‌تواند به ارتقای عملکرد و فرایندهای این مراکز بیانجامد.



خلاصه مدیریتی

بیان / شرح مسئله

درمان اختیاری و درمان اجباری مصرف‌کنندگان مواد، در ذیل دو مواد (۱۵ و ۱۶) آخرین اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۸۹، جدیدترین و آخرین تکلیف قانونی در راستای مواجهه با مسئله درمان و کاهش آسیب اعتیاد به شمار می‌رود. براساس ماده (۱۵) قانون فوق، قانونگذار مصرف‌کنندگان مواد را مکلف کرده است که پیش از مداخله قضایی، خود به صورت داوطلبانه و با میل و اراده خود برای درمان اقدام کنند و در غیر این صورت با تعقیب کیفری و قانونی مواجه خواهند شد. منطبق با آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، موضوع تبصره «۱» ماده (۱۵) اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر، برای ارائه خدمات درمان و کاهش آسیب افرادی که به نحوی دچار اعتیاد به مواد مخدر و یا روان‌گردان‌ها شده‌اند، هشت نوع مرکز شامل، مرکز درمان سرپایی وابستگی به مواد، مرکز یا بخش درمان بستری وابستگی به مواد، مرکز اقامتی میان‌مدت درمان وابستگی به مواد، مرکز اقامتی خودیاری گروه‌های هم‌تا، مرکز اقامتی بلندمدت اجتماع درمان مدار (TC)، مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست، مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و مرکز کاهش آسیب، حسب نوع خدمتی که ارائه می‌کنند به‌عنوان مرکز مجاز درمان و کاهش آسیب تعیین می‌شوند. گزارش حاضر تلاش دارد با بررسی وضعیت «مراکز اقامتی میان‌مدت درمان وابستگی مواد» ضمن بررسی نقاط قوت و ضعف این مراکز، پیشنهادهای کاربردی جهت ارتقا و بهینه‌سازی عملکرد مراکز ارائه دهد.

نقطه‌نظرات / یافته‌های کلیدی

با توجه به بررسی‌های انجام شده در سطوح مختلف، نتایج زیر استنباط می‌شود:

- ۱) سرانه تخصیصی از سوی نهادهای متولی برای نگهداری و درمان خدمت‌گیرندگان بسیار ناچیز است و صرفه اقتصادی لازم را برای مراکز به‌دنبال ندارد و نمی‌تواند پاسخ‌گوی هزینه‌کرد آنها در ابعاد مختلف باشد. این موضوع تمامیت فرایند درمان را می‌تواند متأثر کند.
- ۲) به‌رغم گذشت سال‌ها از شکل‌گیری مراکز اقامتی میان‌مدت، ارزیابی و پایش‌های دقیق و علمی از وضعیت خدمات و اثربخشی مداخلات ارائه شده در این مراکز در دسترس نیست و این موضوع امکان اصلاح فرایندها را با چالش جدی مواجه می‌سازد.
- ۳) برنامه‌ها و مداخلات اجرا شده در مراکز، اغلب با رویکرد چندرشته‌ای همراه نبوده و در این زمینه با ضعف جدی وجود دارد.
- ۴) اتخاذ مداخلات مبتنی بر ارزیابی جامع و در پی آن، ویژه‌سازی و شخصی‌سازی فرایند درمان محوریت نداشته و اغلب شاهد مداخلاتی با ماهیت همگانی و کلی‌گرایانه برای تمامی مراجعان هستیم.
- ۵) به‌رغم اهمیت مراقبت‌ها و حمایت‌های پس از خروج در زمینه‌های مختلف و مورد نیاز مراجعان به‌عنوان بخش تکمیلی مراقبت‌های حوزه درمان اعتیاد، این مهم به‌دلیل نبود زیرساخت‌های لازم مورد توجه کافی واقع نمی‌شود.
- ۶) بروز و ظهور مراکز غیرمجاز با توجه به نبود نظارت از سوی مراجع ذی‌صلاح و احتمالاً فقدان فعالیت در چارچوب دستورالعمل‌های پذیرفته شده در حوزه اعتیاد و دیگر مشکلات، نگران‌کننده بوده و نیاز به رصد و ساماندهی جدی دارد.
- ۷) مداخلات پیش‌بینی و اجرا شده برای درمان و حمایت از مراجعان اغلب کوتاه‌مدت، سطحی و غیرژرف‌نگر، غیرسیستماتیک، کمتر تخصصی و غیرتوانمندساز بوده و احتمالاً اثربخشی محدودی در حوزه درمان و بهبودی پایدار مراجعان را به‌دنبال خواهد داشت.
- ۸) رویکرد مبتنی بر نگهداری و درمان گروه هدف در یک دوره زمانی محدود، بدون پاسخ‌دهی مطلوب به نیازها و چالش‌های زیست شده این افراد توسط مراکز و نهادهای متولی احتمالاً به اثربخشی مطلوب منجر نشده و همچنان شاهد گسترش مسئله اعتیاد و پیامدهای آن در سطح جامعه باشیم.

- ۹ تمرکز غالب بر روی درمان اجباری در سطح کشور و اختصاص هزینه‌های هنگفت برای اجرای آن، در عمل به حاشیه رفتن دیگر شیوه‌های درمان از جمله مراکز درمانی پرهیزمدار و تهدید اقتصاد و پایداری این مراکز منجر شده است.
- ۱۰ علاوه بر نقاط کلیدی ذکر شده، مبتنی بر بررسی انجام شده، چالش‌های دیگری نیز احصا شده است که به اختصار و در قالب عناوین کلیدی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. نواقص و چالش‌های مراقبت و درمان مراجعان در مراکز اقامتی میان مدت

ردیف	مصادیق	ردیف	مصادیق
۱	کمبود منابع و اعتبارات مالی	۱۰	مسئله بقا و صرفه اقتصادی
۲	کم‌توجهی به مراقبت‌های پس از خروج	۱۱	فقدان پاسخ‌دهی به چالش‌های زیست‌شده
۳	به حاشیه رفتن درمان‌های غیر اجباری	۱۲	کمبود نیروی انسانی متخصص
۴	کوتاه بودن دوره درمان	۱۳	نبود فردی‌سازی درمان
۵	ضعف ساز و کارهای نظارتی	۱۴	فقدان پاسخ‌دهی به نیازهای آموزشی
۶	فراوانی مراکز غیر مجاز ترک اعتیاد	۱۵	ضعف نظام ارزیابی و تولید داده
۷	نقص در ارائه مداخلات روانی اجتماعی	۱۶	محدود شدن امید به درمان توسط خانواده
۸	کم‌توجهی به مشارکت خانواده	۱۷	در معرض آسیب بودن تیم بهبود
۹	تقلیل مداخلات به سمزدایی و ارائه مداخلات همتایان	۱۸	قرار گرفتن در فرایند درمان اجباری

مأخذ: یافته‌های گزارش.

پیشنهاد راهکار تقنینی، نظارتی یا سیاستی

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

- ۱ ارزیابی دقیق و عالمانه از مراکز و مداخلات درمانی ارائه شده به شیوه‌ای طولی و در بازه‌های زمانی مختلف باید در دستور کار نهادهای سیاستگذاری و برنامه‌ریز قرار گیرد. با این امید که بتواند منجر به تولید داده‌های معتبر و در پی آن اصلاح، بازنگری و تکمیل فرایندهای ارائه خدمت در حوزه مورد بررسی شود.
- ۲ متناسب‌سازی اعتبارات مالی با هزینه‌های مراکز در سطوح مختلف و اتخاذ سیاست‌های حمایتی اثر بخش از سوی نهادهای متولی حمایت‌گری، ساز و کاری جدی برای معقول‌سازی انتظارات درمانی و مراقبتی نظام‌مند از مراکز است.
- ۳ پیش‌بینی برنامه‌های مبتنی بر توانمندسازی و گذر به زندگی اجتماعی برای مراجعانی که پس از گذراندن دوره درمانی مصوب در مراکز اقامتی میان مدت به دلایل مختلف روانی و اجتماعی در شرایط آسیب‌پذیرانه‌ای قرار دارند و امکان بازگشت به اجتماع و وضعیت عاری از اعتیاد را ندارند، پیشنهاد می‌شود.
- ۴ اتخاذ تدابیر لازم برای ساماندهی و تعیین تکلیف مراکز اقامتی غیر مجاز، ضروری است.
- مداخلات مراقبتی در مراحل مختلف شامل، جذب و به محض ورود، در روند درمان و در نهایت پس از ترخیص، مراحل اصلی ۳ گانه در فرایند مداخله در وضعیت مراجعان است که بلاشک با هم پیوند همه جانبه‌ای دارند و هم‌رویدادی آنها در برنامه‌های مداخلاتی ضرورت می‌یابد.
- ۵ شکل‌گیری نظام ارجاع‌دهی حمایت شده با پیش‌بینی منابع سهل‌الوصول و با محوریت مدیریت و هماهنگی آن توسط مددکاران



اجتماعی مراکز، نقش مهمی در فرایند درمان و حمایت از مراجعان و خانواده آنها در مراحل مختلف درمان به‌ویژه مرحله ترخیص از مرکز و پیوستن به جامعه ایفا می‌کند.

۶ به جای توجه غالب به رویکرد درمان اجبارمدار و صرف هزینه‌های هنگفت برای اجرای آن، تمرکز هم‌زمان بر الگوهای مختلف مواجهه با مسئله اعتیاد در دستور کار قرار بگیرد. رعایت تناسب و همخوانی هرچه بیشتر نوع درمان با وضعیت ویژه افراد و احتمال موفقیت بیشتر از نتایج مورد انتظار است.

۷ از سازمان‌های متولی انتظار می‌رود که در حوزه مورد بررسی به صرف دادن مجوز کفایت نکرده و برنامه‌ریزی مداوم و مستمری برای به‌روز کردن دانش و مهارت پرسنل، تدوین برنامه‌های خودمراقبتی و نظایر آن اتخاذ کنند.

۸ بروز و ظهور انواع مواد جدید در طی سال‌های اخیر و در پی آن تغییر الگوهای رفتاری و شناختی افراد و همچنین تشدید پیامدهای اجتماعی از یکسو و لزوم اتخاذ رویکرد سیستماتیک و چند رشته‌ای در مواجهه با مسئله اعتیاد از سوی دیگر، ایجاب می‌کند که هم‌زمان با سمرزدایی به‌عنوان اولین مرحله از فرایند درمان در مراکز، مداخلات روانی اجتماعی نظام‌مند و حمایت شده با تدارک زیرساخت‌های لازم نیز اجرایی شود.

۹ علاوه بر نقاط کلیدی ذکر شده، مبتنی بر بررسی انجام شده، پیشنهادهای دیگری نیز برای ارتقای وضعیت فرایندی و عملکردی مراکز ماده (۱۵) مطرح است که به اختصار و در قالب عناوین کلیدی در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. توصیه‌ها و پیشنهادهای کلیدی

ردیف	مصادیق
۱	متناسب‌سازی اعتبارات با هزینه‌ها
۲	تقویت سازوکارهای ارزیابی و نظارت
۳	تقویت فرایند مداخلات مراقبتی
۴	توسعه مداخلات چندرشته‌ای
۵	تقویت نظام ارجاع‌دهی حمایت شده
۶	ارزیابی جامع مبنای مداخلات
۷	مشارکت محوری در مداخلات
۸	بهر روز رسانی دانش و آگاهی تیم بهبود
۹	اجرای برنامه‌های خودمراقبتی پرسنل
۱۰	تمرکز هم‌زمان بر الگوهای مختلف مواجهه با مسئله اعتیاد
۱۱	تقویت جایگاه مردم و تشکل‌های مردمی در مواجهه با مسئله اعتیاد

مأخذ: همان.

۱. مقدمه

وابستگی و اختلال مصرف مواد یکی از چالش‌های اساسی اکثر کشورهای جهان از جمله کشور ایران است که به رشد اقتصادی آسیب می‌زند، توسعه پایدار را ناممکن می‌سازد، پیامدهای اجتماعی و نابسامانی‌های خانوادگی بسیار به همراه دارد و بار زیادی را بر نظام بهداشت و درمان کشورها تحمیل می‌کند. از این رو در اسناد بین‌المللی و قوانین جاری بسیاری از کشورها و از آن جمله ایران، ضرورت انجام اقدام‌های همه‌جانبه، فراگیر و قاطع با این مسئله مورد توجه قرار گرفته است. درمان اختیاری یا داوطلبانه و درمان اجباری مصرف‌کنندگان مواد در ذیل دو ماده قانونی (۱۵ و ۱۶) آخرین اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۸۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام، جدیدترین و آخرین تکلیف قانونی در راستای مواجهه با موضوع درمان و کاهش آسیب اعتیاد است. منطبق با ماده (۱۵) آخرین اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۸۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام: «معتادان مکلفند با مراجعه به مراکز مجاز دولتی، غیردولتی یا خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد درمان و کاهش آسیب، اقدام به ترک اعتیاد کنند. معنادی که با مراجعه به مراکز مذکور نسبت به درمان خود اقدام و گواهی تحت درمان و کاهش آسیب دریافت کند، چنانچه تظاهر به اعتیاد نکند از تعقیب کیفری معاف است. معتادانی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد نکنند، مجرمند». همان‌گونه که آشکار است قانونگذار مصرف‌کنندگان مواد را تکلیف کرده است که قبل از مداخله قضایی، خود به صورت داوطلبانه و با میل و اراده خود برای درمان اقدام کنند و در غیر این صورت، با تعقیب کیفری و قانونی مواجه خواهند شد.

منطبق با آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، موضوع تبصره «۱» ماده (۱۵) اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر، برای ارائه خدمات درمان و کاهش آسیب افرادی که به نحوی دچار اعتیاد به مواد مخدر و یا روان‌گردان‌ها گردیده‌اند هشت نوع مرکز شامل، مرکز درمان سرپایی وابستگی به مواد، مرکز یا بخش درمان بستری وابستگی به مواد، مرکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی به مواد، مرکز اقامتی خودیاری گروه‌های هم‌تا، مرکز اقامتی بلندمدت اجتماع درمان مدار (TC)، مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیسست، مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، مرکز کاهش آسیب، حسب نوع خدمتی که ارائه می‌کنند به‌عنوان مرکز مجاز درمان و کاهش آسیب تعیین می‌شوند. همان‌گونه که از عناوین مراکز پیداست، درمان و کاهش آسیب اعتیاد از اهداف اصلی محسوب می‌شود و هر یک از مراکز فوق به شیوه منحصر به فردی برای دستیابی به هدف درمان و کاهش آسیب اعتیاد اقدام می‌کند. شیوه‌های درمانی فوق که اغلب در زمره روش‌های درمان و کاهش آسیب اختیاری به شمار می‌روند، جمعیت کثیری از مصرف‌کنندگان مواد را در ذیل برنامه‌های خود پوشش داده است. داوطلبانه بودن و اختیاری بودن، دو مفهوم کلیدی در این نوع از شیوه‌های درمانی است، که اغلب آن را برای مصرف‌کنندگان مواد جذاب جلوه می‌دهد. علاوه بر این، اهمیت و مزایای این شیوه‌های درمان و کاهش آسیب توسط اندیشمندان حوزه اعتیاد تصریح شده است.

در تقابل با درمان اختیاری یا داوطلبانه، درمان اجباری جای می‌گیرد که در مورد اثربخشی‌اش جای شک و تردید فراوان وجود دارد. با توجه به رویکردهای مختلفی که در بدنه شیوه‌های درمانی هشت‌گانه فوق وجود دارد، گزارش حاضر تلاش دارد تا با بررسی وضعیت «مراکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی مواد» ضمن بررسی نقاط قوت و ضعف این مراکز، پیشنهادهای کاربردی جهت ارتقای و بهینه‌سازی عملکرد مراکز ارائه دهد.



۲. پیشینه پژوهشی و قانونی

۲-۱. پیشینه پژوهشی

پیشینه پژوهش حاضر گزیده‌ای از پژوهش‌های انجام شده در حوزه اعتیاد است. نتایج به دست آمده از پژوهش‌ها به اختصار در جداول ۳ و ۴ صورت‌بندی شده است.

جدول ۳. گزیده‌ای از پژوهش‌های مرتبط با اعتیاد در ایران

ردیف	عنوان پژوهش	عنوان تحقیق	یافته‌های کلیدی
۱	شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۶)	مقایسه شغل (درآمد معین) و مهارت‌های شغلی بهبودیافتگان از اعتیاد با سابقه بازگشت و فقدان بازگشت [۱]	یافته‌ها نشان داد که بهبودیافتگان از اعتیاد با سابقه فقدان بازگشت نسبت به بهبودیافتگان از اعتیاد با سابقه بازگشت، به‌طور معناداری شغل (درآمد معین) و مهارت‌های شغلی بیشتری داشتند و ماندگاری در مان بهبودیافتگان از اعتیاد بر اساس وضعیت شغلی (شاغل یا بیمار بودن) و مهارت‌های شغلی قابل پیش‌بینی بود ($P < 1$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که داشتن شغل (درآمد معین) و مهارت‌های شغلی از عوامل مرتبط در فقدان بازگشت و ماندگاری در مان بهبودیافتگان از اعتیاد است.
۲	عبدی‌زرین و مهدوی (۱۳۹۷)	اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه‌کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر [۲]	بر اساس نتایج می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری منجر به افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه‌کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد به شهر شده است.
۳	اسلامی و همکاران (۱۳۹۶)	ارزیابی تطبیقی میزان اثربخشی اقدامات کلینیک‌ها، کمپ‌ها و گروه‌های معتادان بی‌نام و ارائه مدل کارآمد در کنترل و کاهش اعتیاد [۳]	یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد: در کلینیک‌های ترک اعتیاد، وجود پزشک و دارو مهم‌ترین نقاط قوت و اعتیادآور بودن دارو و اهمیت پول نزد پزشک از مهم‌ترین نقاط ضعف بودند. در کمپ‌های ترک اعتیاد، ترک خشک (بدون مواد) و وجود همدلی مهم‌ترین نقاط قوت و برخورد بد و وجود اجبار مهم‌ترین نقاط ضعف بودند. در نهایت در معتادان بی‌نام، همدلی، مشارکت و افزایش آگاهی از مهم‌ترین نقاط قوت و ورود به حریم شخصی از مهم‌ترین نقاط ضعف است. در ارتباط با برخورد خانواده و همسایگان بعد از اولین پاک‌ی، در اکثر مواقع این برخورد به‌صورت قطع رابطه و فقدان حمایت بوده است. در ارتباط با وضعیت کار بعد از اولین پاک‌ی، در اکثر مواقع به علت نگاه بدبینانه نسبت به افرادی که قبلاً معتاد بوده‌اند فرد معتاد از پیدا کردن کار عاجز است. نتایج نشان داد هر کدام از اقدام‌های کلینیک‌ها، کمپ‌ها و گروه‌های معتادان بی‌نام دارای نقاط ضعف و قوتی متفاوت هستند. در نهایت نتیجه می‌گیریم که در درمان اعتیاد باید درمان خشک و درمان با متادون مورد توجه قرار گیرد و در هر دو شیوه ارتباط مستمر فرد معتاد با خانواده، لزوم مشارکت وی در فعالیت‌های مرکز ترک اعتیاد و ایجاد حس امنیت و اشتغال برای وی باید مدنظر قرار بگیرد.

از مرور پژوهش‌های داخلی انجام شده در حوزه مورد بررسی استنباط می‌شود که:

- ۱ پژوهش‌های متعددی در ارتباط با موضوع اعتیاد و ابعاد مختلف آن با روش‌های متنوع پژوهشی انجام شده است که نشان از غنای پیشینه پژوهش در این حوزه دارد.
- ۲ به‌رغم غنای پژوهشی در حوزه اعتیاد، با این حال، در برخی از حوزه‌ها با ضعف جدی مواجه هستیم. به‌طور مثال، پژوهش‌های محدودی به تحلیل، ارزیابی و بررسی مراکز اقامتی درمان وابستگی مواد پرداخته‌اند و اطلاعات دقیقی از کم و کیف وضعیت این مراکز و اثربخشی‌شان در بهبود وضعیت مراجعان در دسترس نیست. در معدود پژوهش‌های انجام شده، وجود چالش‌های درون سازمانی و برون سازمانی نیز تصدیق شده که بر فرایند ارائه خدمات تأثیرات منفی به‌دنبال دارد.

۳ اثر بخشی درمان ها و رویکردهای روان شناسی بر بهبود وضعیت مصرف کنندگان مواد، بررسی تجربه واقعی مصرف کنندگان مواد و دیگران مهم مرتبط با آنها، بررسی علل و زمینه های گرایش به اعتیاد و بازگشت مجدد به اعتیاد، از شایع ترین حوزه های مورد بررسی توسط محققان مختلف است.

۴ اتخاذ رویکردهای درمان روان شناختی، شغل گزینی، تقویت ویژگی های شخصیتی، آموزش مهارت ها، تقویت کار کردهای شناختی، روابط خانوادگی ایمن و پذیرنده، حمایت و پذیرش اجتماعی و درمان مناسب و مداوم، بازاریابی و چانه زنی مراکز اقامتی برای جلب حمایت های نهادی و بازمهندسی ساختار سازمانی این مراکز، ضرورت اتخاذ سیاستگذاری همه جانبه نگر و فراگیر در حوزه های مختلف، نظارت مؤثر بر ساز و کارهای سازمانی مراکز، حمایت های اجتماعی خانوادگی، کمپ مناسب، مدیریت منابع انسانی و مالی اثر بخش در مراکز، توجه به نیازهای مختلف افراد در فرایند درمان و باز توانی، حمایت در حین درمان (نظیر رفتارهای محترمانه، مهارت آموزی حرفه ای و مشاوره حرفه ای) و استمرار درمان پس از ترخیص از مراکز، از مهم ترین مقوله هایی هستند که در ارتباط با درمان، حمایت و باز توانی مصرف کنندگان مواد در پژوهش های فوق تصریح شده است.

۵ مصاحبه انگیزشی از مهم ترین رویکردهای درمانی است که از آن طریق می توان مصرف کنندگان مواد را نسبت به حضور در دوره های درمانی و کاهش بازگشت به اعتیاد تشویق و انگیزه مند کرد.

۶ در پدیده گرایش به مواد، قطع مصرف مواد و بازگشت مجدد به مواد، تنها یک یا چند عامل محدود دخیل نیستند بلکه این پدیده حاصل عوامل متعدد اجتماعی، خانوادگی، روانی، نهادی و... است. بنابراین، انجام اقدام های درمانی و پیشگیرانه مناسب برای کاهش گرایش به مواد و همچنین بازگشت به اعتیاد، منوط به مواجهه اصولی با عوامل خطر و عوامل محافظت کننده متعددی است که می توانند بر این فرایند اثر گذار باشند.

جدول ۴. گزیده ای از پژوهش های مرتبط با اعتیاد در جهان

ردیف	عنوان پژوهش	محقق و سال	یافته های کلیدی
۱	انجم و همکاران (۲۰۲۲)	چالش های توانبخشی در میان بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد: دیدگاه های حرفه ای [۲۱]	مهم ترین مضامین اصلی و حمایت کننده در پژوهش حاضر عبارت اند از: پنداشت نادرست افراد سومصرف کننده مواد (آنها مصرف کننده مواد هستند نه سومصرف کننده، خود مختاری مهم است، آنها پس از درمان نیازی به توانبخشی یا پیگیری ندارند، آنها هر زمان که سعی کردند آن را ترک کردند)، پنداشت نادرست خانواده ها (اعتیاد یک عادت بد است که می تواند از طریق مسئولیت پذیری پس از ازدواج درمان شود، دوستان و آشنایان بد بیمار را مجبور به مصرف مواد می کنند، این بیماری بدون رضایت بیمار قابل درمان است، بیمار به درمان نیاز دارد و خانواده باید از لحاظ مالی از بیمار حمایت کند، فقط بیمار است که باید نگرش خود را تغییر دهد نه خانواده، توانبخشی یک بار برای همیشه لازم است و نیازی به جلسات پیگیری و خانواده درمانی وجود ندارد، محرومیت اقتصادی و اجتماعی از جمله سواستفاده فیزیکی، عاطفی، روان شناختی و ذهنی می تواند به کاهش اعتیاد کمک کند)، چالش های خانواده های بیمار از مصرف کننده (نبود آگاهی از مسئله، کمبود امکانات در محل، ناآگاهی از پیامدهای مسئله، کمبود منابع، بار اقتصادی و لغزش های مکرر، انگ زدن به مسئله، عادی سازی و پذیرش مسئله)، چالش های بیمار (محروم از حقوق اساسی خود، درگیر فروش مواد مخدر و اعتیاد و فحشا، می توانند قربانی قاچاق باشند، مجرم بالقوه، عروسک خیمه شب بازی در دستان مافیای مواد مخدر، هیچ عزت نفسی ندارند)، حمایت ناکافی پزشکی در بیمارستان های دولتی (متخصصان با آن به عنوان یک مسئله پزشکی برخورد نمی کنند که به انگ زدن یا نادیده گرفته شدن نیازهای بیمار منجر می شود)، استانداردهای ناکافی سیستم های عملیاتی در مراکز توانبخشی خصوصی (رضایت بیمار از نادیده گرفته می شود و فقط حمایت مالی خانواده ها برای درمان کافی است که این علت اصلی عود است، درمان پرهزینه است، متخصصان واجد شرایط کافی و شیوه های عملی استاندارد ندارند)، قانونگذاری ناکافی (تکامل فشرده قوانین، گسترش دادن آگاهی های مربوط به قانونگذاری در بین عموم مردم)، عادی سازی مسئله (عادی سازی اعتیاد به مواد مخدر در رسانه ها، ادبیات، فرهنگ و غیره، استفاده از الکل و مواد مخدر در فرایند ازدواج برای افزایش لذت)، شرایط جغرافیایی پاکستان (این شرایط از در دسترس بودن مواد و مقرون به صرفه بودن آن حمایت می کند، مافیای قوی، استراتژی نادرست اجرای قانون و نگرش های بی تفاوت دولت و جامعه)



ردیف	عنوان پژوهش	محقق و سال	یافته‌های کلیدی
۲	واترز و همکاران (۲۰۲۲)	چالش‌های شناسایی و حمایت از شرکت‌کنندگان خدمات انسانی مبتلا به اختلال مصرف مواد [۲۲]	برنامه‌های خدمات انسانی با موانع متعددی در حمایت از درمان شرکت‌کنندگان مبتلا به اختلال مصرف مواد، مانند روابط محدود نهادی، ترس از انتقام و انگ، چالش‌های نیروی کار و در دسترس بودن خدمات مورد نیاز، مواجه هستند. موانع اصلی عبارت‌اند از: ۱. همکاری رسمی محدود با ارائه‌دهندگان درمان سوء مصرف مواد، که می‌تواند دسترسی به درمان را به تأخیر بیندازد، منجر به ارجاع به برنامه‌های درمانی می‌شود که به خوبی با نیازها، خواسته‌ها و سایر چالش‌های بیمار مطابقت ندارد. ۲. موانع همکاری رسمی، از جمله مالی، تفاوت در اولویت‌ها بین ارائه‌دهندگان درمان سوء مصرف مواد و برنامه‌های خدمات انسانی و قوانین حفظ حریم خصوصی. ۳. ترس شرکت‌کنندگان از انتقام‌جویی به دلیل افزایش سوء مصرف مواد و نگرانی سازمان از اینکه در نتیجه خدمات از دسترس خارج شوند. ۴. چالش‌های نیروی کار در برنامه‌های خدمات انسانی، از جمله دانش یا تجربه محدود در کار با درمان سوء مصرف مواد، انگ علیه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، پیگیری متناقض برای حمایت از شرکت‌کنندگان در دسترسی و پایبندی به درمان. ۵. دسترسی محدود به درمان مؤثر. ۶. خدمات حمایتی محدود برای تسهیل درمان مانند مراقبت از کودک و حمل و نقل. ۷. چالش‌های تأمین مالی در مان و بیمه‌های درمانی خصوصی و عمومی.
۳	محمد نادرشاه و فرحت‌الله (۲۰۲۵)	چالش‌های پیش روی مددکاران توانبخشی در توانبخشی معتادان به مواد مخدر در منطقه سوات خیبر پختونخوا: یک مطالعه کیفی [۲۳]	این مطالعه که ماهیتی کیفی دارد، با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی، به بررسی تجربه‌های توانبخشی اعتیاد به مواد مخدر را از طریق مصاحبه‌های عمیق با مددکاران توانبخشی در چهار مرکز در منطقه سوات، پاکستان بررسی پرداخت. داده‌های اولیه از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، بحث‌های گروهی متمرکز و مشاهده مشارکتی از مددکاران این مراکز جمع‌آوری شد. برای انتخاب شرکت‌کنندگان، از روش نمونه‌گیری آسان استفاده شد و در مجموع ۲۰ نفر از هر گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. این مراکز جمع‌آوری شد. برای انتخاب شرکت‌کنندگان، از روش نمونه‌گیری آسان استفاده شد و در مجموع ۲۰ نفر از هر گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. توانبخشی مؤثر مستلزم رویکردی جامع است که شیوه‌های مبتنی بر شواهد را ادغام کند، به نیازهای فردی رسیدگی کند و در طول فرایند بهبودی، پشتیبانی کافی را فراهم کند. این مطالعه رویکردی یکپارچه برای بهبود توانبخشی اعتیاد به مواد مخدر، با تمرکز بر درمان شخصی‌سازی شده، خدمات در دسترس، مراقبت‌های پس از درمان مؤثر، رفاه کارکنان، مراقبت جامع، حمایت اجتماعی مؤثر و مشارکت جامعه برای بهبود نتایج درمان و رفاه مراجعان را توصیه می‌کند.

از مرور پژوهش‌های انجام شده در حوزه مورد بررسی جمع‌بندی می‌شود که:

۱. توان بخشی مؤثر مستلزم رویکردی جامع است که دربردارنده راهبردهای مؤثری همچون، ادغام شیوه‌های مبتنی بر شواهد، رسیدگی به نیازهای فردی، حمایت کافی در فرایند بهبودی، درمان شخصی‌سازی شده، خدمات در دسترس، مراقبت‌های پس از درمان مؤثر، رفاه کارکنان، مراقبت جامع، حمایت اجتماعی مؤثر و مشارکت جامعه برای بهبود نتایج درمان و رفاه مراجعان، منابع بهتر، آموزش مداوم کارکنان و حمایت سیستماتیک برای بهبود اثربخشی برنامه‌های توانبخشی، برگزاری کمپین‌های آگاهی بخشی، استفاده از رسانه‌ها برای گسترش آگاهی برای ادغام مجدد افراد، اتخاذ سیاست‌گذاری، درمان و تحقیقات مرتبط با اهداف بلندمدت و بهبودی جامع در حوزه‌های مختلف زندگی است.

۲. بازدارنده‌های توانبخشی دربردارنده مجموعه عوامل مختلفی همچون، پنداشت‌های درمانی نامناسب از سوی مراجعان و دیگران، درگیری با آسیب‌های اجتماعی، حمایت‌های ناکافی، استانداردهای رعایت نشده، فقدان تأمین مالی، قانونگذاری ناکافی، دسترسی محدود به درمان مؤثر، انگ‌ها و برچسب‌های محدودکننده، مقاومت مراجعان، رفتار خشونت‌آمیز و کمبود کارکنان آموزش دیده، و کمبود فعالیت‌های تفریحی و بهداشت ضعیف در بین بیماران مراکز می‌باشند.

پژوهش حاضر با رویکردی اختصاصی به بررسی وضعیت و فرایندهای درمان در مراکز ماده (۱۵) می‌پردازد و تلاش دارد تا ضمن احصا چالش‌های مؤثر بر ارائه خدمت، پیشنهاد‌های سیاستی مقتضی برای رفع آن چالش‌ها و به‌طور کلی ارتقای وضعیت این مراکز را ارائه بدهد.

۲-۲. پیشینه قانونی [۳۰]

اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۸۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام در ذیل مفاد دو مواد (۱۵ و ۱۶) که اصلی ترین مواد قانونی در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد هستند، آخرین و جدیدترین تکلیف قانونی در جهت چگونگی مواجهه و تصمیم گیری در این حوزه را مشخص کرده است.

مفاد موضوع ماده (۱۵) مربوط به حوزه درمان و کاهش آسیب و جزییات آن به شرح زیر آمده است:

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

ماده (۱۵): معتادان مکلف اند با مراجعه به مراکز مجاز دولتی، غیردولتی یا خصوصی و با سازمان های مردم نهاد درمان و کاهش آسیب، اقدام به ترک اعتیاد کنند. معتادی که با مراجعه به مراکز مذکور نسبت به درمان خود اقدام و گواهی تحت درمان و کاهش آسیب دریافت کند، چنانچه تظاهر به اعتیاد نکند از تعقیب کیفری معاف است. معتادانی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد نکنند، مجرمند.

تبصره «۱»: مراکز مجاز موضوع این ماده، براساس آیین نامه ای که توسط وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی ظرف مدت سه ماه پس از تصویب این قانون تهیه و به تصویب ستاد می رسد، تعیین می شود.

تبصره «۲»: وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف است ضمن تحت پوشش درمان و کاهش آسیب قراردادان معتادان بی بضاعت، تمام هزینه های ترک اعتیاد را مشمول بیمه های پایه و بستری قرار دهد. دولت مکلف است همه ساله در لوایح بودجه، اعتبارات لازم را پیش بینی و تأمین کند.

ماده (۱۶) قانون به شرح زیر اصلاح و با سه تبصره تصویب شد:

ماده (۱۶): معتادان به مواد مخدر و روانگردان مذکور در دو مواد (۴ و ۸) فاقد گواهی موضوع ماده (۱۵) و متجاهر به اعتیاد، با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می شوند. تمدید مهلت برای یک دوره سه ماهه 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 است.

تبصره «۱»: با درخواست مراکز مذکور و طبق دستور مقام قضایی، معتادان موضوع این ماده مکلف به اجرای تکالیف مراقبت بعد از خروج هستند که بنابر پیشنهاد دبیر خانه ستاد با همکاری دستگاه های ذی ربط، تهیه و به تصویب رئیس قوه قضائیه می رسد.

تبصره «۲»: مقام قضایی می تواند برای یک بار با اخذ تأمین مناسب و تعهد به ارائه گواهی موضوع ماده (۱۵) این قانون، نسبت به تعلیق تعقیب به مدت شش ماهه اقدام و معتاد را به یکی از مراکز موضوع ماده مزبور معرفی کند. مراکز مذکور موظفند ماهیانه گزارش روند درمان معتاد را به مقام قضایی یا نماینده وی ارائه کنند. در صورت تأیید درمان و ترک اعتیاد با صدور قرار موقوفی تعقیب توسط دادستان، پرونده بایگانی و در غیر این صورت طبق مفاد این ماده اقدام می شود. تمدید مهلت موضوع این تبصره با درخواست مراکز ذی ربط برای یک دوره سه ماهه دیگر بلامانع است.

تبصره «۳»: متخلف بدون عذر موجه از تکالیف موضوع تبصره (۲) این ماده به حبس از نود و یک روز تا شش ماه محکوم می شود.

آیین نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان ها، موضوع تبصره «۱» ماده (۱۵) اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر

در اجرای تبصره یک ماده (۱۵) اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۷۶ (مصوب ۱۳۸۹/۵/۹) مجمع تشخیص مصلحت نظام) آیین نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان ها به شرح ذیل به تصویب رسید.

ماده (۱) - برای ارائه خدمات درمان و کاهش آسیب افرادی که به نحوی دچار اعتیاد به مواد مخدر و یا روان گردان ها شده اند مراکز زیر حسب نوع خدمتی که ارائه می کنند به عنوان مرکز مجاز درمان و کاهش آسیب تعیین می شوند:



- ۱ **مرکز درمان سرپایی وابستگی به مواد:** به مرکزی اطلاق می‌شود که امکانات ارائه خدمات درمان دارویی و غیردارویی برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر و باروان‌گردان را داشته باشد.
- ۲ **مرکز یا بخش درمان بستری وابستگی به مواد:** به مکانی اطلاق می‌شود که امکانات ارائه خدمات درمان سم‌زدایی (بازگیری) و خدمات پیشگیری از بازگشت بیماری و درمان‌های غیردارویی را به صورت بستری برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر و باروان‌گردان داشته باشد.
- ۳ **مرکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی به مواد:** به مرکزی اطلاق می‌شود که به صورت اقامتی داوطلبانه و میان مدت (یک تا سه ماه) فعالیت می‌کند. رویکرد اصلی در این مرکز سم‌زدایی (بازگیری) به همراه درمان‌های دارویی و غیردارویی ترجیحاً با مشارکت گروه‌های هم‌تا و خودیار برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر و باروان‌گردان است.
- ۴ **مرکز اقامتی خودیاری گروه‌های هم‌تا:** به مرکزی اطلاق می‌شود که مددجویان به صورت داوطلبانه برای مدت یک تا سه ماه در آن اقامت کرده و خدمات حمایتی را دریافت می‌کنند. رویکرد اصلی این مرکز بر مشارکت گروه‌های هم‌تا و خودیار (معتادان بهبود یافته) برای پیشگیری از بازگشت بیماری در افرادی است که مراحل سم‌زدایی (بازگیری) را گذرانده‌اند.
- ۵ **مرکز اقامتی بلندمدت اجتماع درمان مدار (TC):** مرکزی شبانه‌روزی (دوره‌های سه تا شش ماهه) برای ادامه درمان و بازتوانی به افراد وابسته به مواد مخدر و روان‌گردان است. رویکرد اصلی در این مرکز بر تغییر رفتاری و شناختی شامل برنامه‌های خدمات روان‌شناختی، مشاوره، آموزش خانواده، تشکیل گروه‌های خودیار، خدمات مددکاری اجتماعی و پیگیری پس از ترخیص است.
- ۶ **مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیسست:** مرکزی مستقل یا واحدی از مراکز موضوع این ماده است که در آن براساس پروتکل‌های ابلاغی، درمانگر در اجرای ماده (۴۱) قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۷۶ مجاز به استفاده از داروهای آگونیسست مواد مخدر (افیونی) برای درمان وابستگی به مواد مخدر است.
- ۷ **مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری:** مرکزی است که زیر نظر معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، خدمات مشاوره، آموزش، مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی، ایدز و سایر بیماری‌های قابل انتقال را به افراد داوطلب و افراد مبتلا به بیماری‌های آمیزشی یا مبتلا به ویروس نقص ایمنی (اچ‌آوی وی مثبت)، معتادان تزریقی، معتادان بی‌خانمان و خانواده‌های آنان ارائه می‌کند.
- ۸ **مرکز کاهش آسیب:** مرکزی است که در مورد معتادانی که قادر و یا حاضر به ترک دائم نیستند و به دلیل رفتارهای پرخطری که از خود بروز می‌دهند برای کنترل و کاهش آسیب‌های آنان به جامعه و سایر افراد و در راستای ترغیب آنها برای درمان تأسیس و ارائه می‌شود.

۳. روش پژوهش



پژوهش حاضر با توجه به ماهیت آن برای گردآوری اطلاعات، در زمره پژوهش‌های کاربردی جای دارد. برای جمع‌آوری اطلاعات لازم، مجموعه‌ای از روش‌ها مورد استفاده قرار گرفت. مشاهده میدانی، مصاحبه و جلسات تخصصی با مطلع‌های کلیدی و ذی‌نفعان، بررسی اسناد و منابع علمی و قانونی و در نهایت گزارش عملکرد دستگاه‌های کشوری در رابطه با وضعیت مراکز ماده (۱۵)، مهم‌ترین تکنیک‌ها و منابع برای جمع‌آوری اطلاعات بود. در این راستا، بازدیدهای میدانی از برخی مراکز اقامتی میان مدت انجام پذیرفت و آشنایی کلی در ارتباط با فرایند خدمت‌دهی به مراجعان و وضعیت ارائه خدمت به دست آمد؛ در ادامه و در جهت تکمیل و تعمیق اطلاعات، مصاحبه‌های اختصاصی و جلسات تخصصی با مدیران مراکز بهبودی و کارشناسان حوزه مورد بررسی و شنیدن صدای خدمت‌گیرندگان مراکز و خانواده آنها در دستور کار قرار گرفت. در نهایت، به روش مطالعه کتابخانه‌ای جستجوی عمیقی در اسناد علمی و قانونی مرتبط با موضوع انجام شد و ضمن احصای پژوهش‌های انجام شده در ایران و جهان، به تکمیل و تطبیق اطلاعات جمع‌آوری شده نیز پرداخته شد.

۴. ترسیم وضعیت مراکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی مواد کشور

منطبق با تبصره «۲» ماده (۳) آیین نامه اجرایی تبصره «۱» ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر، صدور مجوز برای مراکز اقامتی میان مدت، از طریق سازمان بهزیستی کشور و یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی) مجاز است.

جدول ۵. تعداد مراکز اقامتی میان مدت طی بازه ۱۴۰۲ - ۱۳۹۲ در سطح کشور

مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی				ریز فعالیت
عملکرد / هدف کمی				
جمع کل مراکز اقامتی بهبود	افراد تحت پوشش مرد	افراد تحت پوشش زن	تعداد مراکز	سال
۱۶۴۵۹۹			۶۰۰	۱۳۹۲
۲۸۷۴۳۷			۱۰۳۷	۱۳۹۳
۳۰۲۲۱۰			۱۱۴۲	۱۳۹۴
۳۰۰۶۱۲	۲۹۱۰۶۴	۹۵۴۸	۱۱۶۱	۱۳۹۵
۳۸۵۴۴۳	۳۷۳۴۶۵	۱۱۹۷۸	۱۱۹۷	۱۳۹۶
۳۸۹۸۹۳	۳۷۸۰۷۱	۱۱۸۲۲	۱۲۸۰	۱۳۹۷
۴۰۰۱۶۰	۳۸۵۹۸۷	۱۴۱۷۳	۱۲۶۹	۱۳۹۸
۲۰۹۰۳۹	۲۰۶۵۶۰	۲۴۷۹	۱۱۴۶	۱۳۹۹
۳۸۵۴۴۳	۳۷۵۱۶۵	۱۰۲۷۸	۱۱۹۷	۱۴۰۰
۳۳۸۸۵۲	۳۲۵۳۳۹	۱۳۵۱۳	۱۱۲۴	۱۴۰۱
۳۷۲۶۰۵	۳۵۷۸۷۳	۱۴۷۳۲	۱۱۲۴	۱۴۰۲

مأخذ: ستاد مبارزه با مواد مخدر.

جدول ۵ وضعیت مراکز اقامتی شامل تعداد مراکز اقامتی میان مدت کشوری را به تفکیک مددجویان تحت پوشش و در نهایت جمع افراد تحت پوشش را در یک بازه زمانی یازده ساله نشان می‌دهد. همان گونه که در جدول مشخص است، تعداد مراکز اقامتی از سال ۱۳۹۲ تا سال ۱۴۰۲ افزایش چشمگیری داشته و در برخی سال‌ها نیز به بیش از دو برابر (۱۳۹۷) رسیده است. همچنین با افزایش تعداد مراکز، تعداد مددجویان تحت پوشش هم روند صعودی یافته است.

علاوه بر این، تعداد مراکز مورد بررسی از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۷ روند صعودی و افزایش داشته و پس از آن، به استثناء سال ۱۴۰۰ روند کاهشی یا ثابتی یافته است. روند افزایشی و سپس کاهشی در تعداد مراکز مورد بررسی موضوعی حائز اهمیت بوده و نیازمند بررسی‌های کارشناسی است. جدول ۶ تعداد مراکز اقامتی میان مدت را در سطح کشور و به تفکیک استان در سال ۱۴۰۱ را نشان می‌دهد. همان گونه که مشخص است، استان اردبیل با هشت و استان تهران با ۱۵۵ مورد به ترتیب کمترین و بیشترین مراکز اقامتی میان مدت را در سطح استان دارند. پراکندگی نامتوازن تعداد مراکز اقامتی در سطح کشور نکته حائز اهمیت در جدول ۶ است که نیازمند آسیب‌شناسی است. توسعه متوازن مراکز اقامتی متناسب با نیازهای هر استان موضوعی است که باید در دستور کار نهادهای متولی قرار بگیرد.



جدول ۶. تعداد مراکز اقامتی میان مدت به تفکیک استان در سال ۱۴۰۱

استان	تعداد	استان	تعداد	استان	تعداد	استان	تعداد
آذربایجان شرقی	۱۹	چهارمحال و بختیاری	۱۶	فارس	۷۴	کرمان	۳۴
آذربایجان غربی	۲۱	خراسان جنوبی	۹	گلستان	۴۰	کرمانشاه	۳۲
اردبیل	۸	خراسان رضوی	۷۸	قزوین	۱۹	کهگیلویه و بویراحمد	۱۹
اصفهان	۷۷	خراسان شمالی	۱۵	گیلان	۵۱	یزد	۱۲
البرز	۵۷	خوزستان	۷۰	قم	۱۲	مرکزی	۳۴
ایلام	۱۵	زنجان	۱۴	لرستان	۳۳	هرمزگان	۳۳
بوشهر	۱۶	سمنان	۱۲	کردستان	۱۶	همدان	۴۵
تهران	۱۵۵	سیستان و بلوچستان	۳۰	مازندران	۵۷	جمع کل	۱۱۲۳

مأخذ: دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر. اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی.

۵. ارزیابی وضعیت و فرایندهای ارائه خدمات مراکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی مواد

گزارش حاضر نشان می‌دهد که فرایند ساماندهی مراجعان مراکز اقامتی میان مدت در مراحل و ابعاد مختلف درمان، با چالش‌ها و مشکلات مختلفی مواجه است. لازم به ذکر است که چالش‌های فوق به هیچ وجه نافی اقدام‌ها و تلاش‌های مثبت و چندین ساله مجریان و متولیان این حوزه نبوده و گزارش فوق صرفاً با هدف افزایش کیفیت مراکز مورد بررسی و فرایندهای موفق ارائه خدمات در آن حوزه است.

۵-۱. کمبود منابع و اعتبارات مالی

از گزاره‌های پذیرفته شده در حوزه درمان اعتیاد این است که بدون صرف هزینه کافی جهت تدارک زیرساخت‌های لازم، امکان اتخاذ مداخلات سیستماتیک و دستیابی به نتایج اثربخش محدود است. در واقع، پیشبرد برنامه‌های مبتنی بر نگهداری و درمان اصولی و شایسته نیازمند تخصیص منابع مالی متناسب است.

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که کمبود منابع مالی و سرانه‌های پیش‌بینی شده جهت نگهداری و درمان مراجعان از سوی نهادهای متولی، از دغدغه‌های اصلی مدیران بسیاری از کمپ‌های ترک اعتیاد است. این چالش به‌ویژه برای مراکز اقامتی تازه تأسیس که طبیعتاً در شروع اولیه تأسیس مراجعان کمتر و به‌دنبال آن آورده مالی کمتری دارند، مصداق بیشتری به خود می‌گیرد. چنین چالشی می‌تواند بر وضعیت ارائه خدمات از حیث موضوع‌هایی همچون کیفیت تغذیه، بهداشت، امکانات رفاهی، تعداد پرسنل و ارائه خدمات تخصصی، آثار زیان‌باری را به‌دنبال داشته باشد و روند درمانی و حمایتی را با مشکلات جدی مواجه کند.

۵-۲. ضعف مراقبت‌های پس از ترخیص

براساس بررسی‌های انجام شده، استمرار مداخلات مراقبتی پس از ترخیص افراد از مراکز و ورود به جامعه، امیدبخش‌ترین استراتژی برای مانایی در بهبودی است. مداخله در حوزه درمان اعتیاد نیازمند اتخاذ رویکردی جامع و نظام‌مند با در نظر گرفتن پیوستگی مراحل مختلف آن است. فرایندی که از مرحله جذب داوطلبانه و آگاهانه توأم با میل و رغبت آغاز شده و مراحل دیگری همچون مراقبت در حین درمان و مراقبت

پس از ترخیص را در بر می گیرد. به طوری که وجود اختلال در هر مرحله بر مراحل بعدی اثر گذار بوده و استمرار شرایط نامطلوب را می تواند در پی داشته باشد. بالعکس، پیوستگی مراحل فوق احتمالاً به دستیابی به نتایج مطلوب منجر شود. به رغم تأکید صریح دستورالعمل ها و پروتکل های حوزه درمان اعتیاد بر ضرورت ارائه حمایت ها و پیگیری های پس از ترخیص به عنوان بخش تکمیلی مراقبت ها، با این حال این مهم به دلیل ضعف سیاست های حمایتی نظام مند از سوی نهادهای متولی همچنان مورد توجه جدی قرار نگرفته است و در عمل شاهد شکاف مراحل مختلف درمان نیز هستیم. موضوعی که احتمالاً پایدارسازی برنامه های ترک اعتیاد را با مشکلات جدی مواجه می کند. علاوه بر این، در ارتباط با تکلیف مراکز اقامتی میان مدت مبنی بر ارائه مراقبت های پس از خروج شش ماهه در برخی از دستورالعمل ها، به دلایلی همچون فقدان انسجام دستورالعمل ها، کمبود منابع انسانی و مالی و فقدان تعریف منابع و نظام ارجاع دهی از سوی نهادهای متولی، عملاً به شکل محدودی اجرایی می شود.

۳-۵. به حاشیه رفتن درمان های غیر اجباری

رویکرد اصلی مواجهه با مسئله اعتیاد در نظام تصمیم گیری کشور در سال های اخیر مبتنی بر درمان اجباری مصرف کنندگان مواد بوده است و در عمل به حاشیه رفتن درمان ها و مدل های غیر اجباری و داوطلبانه همچون، مراکز اقامتی پرهیزمدار منجر شده است. بررسی های انجام شده در ارتباط با مراکز ماده (۱۶) نشان می دهد که بخش قابل توجهی از افراد دستگیر شده غیر کارتن خواب اند، دارای شغل بوده و از حمایت خانواده نیز برخوردارند و به طور کلی از ویژگی ها و شرایطی برخوردارند که به صرف درگیری با سوء مصرف مواد نمی توان آنها را در ذیل معتاد متجاهر و فرایند درمان اجباری در مراکز ماده (۱۶) قرار داد. نبود نظام تشخیص و غربالگری درست در مراحل اولیه پذیرش و همچنین نبود نظام ارجاع دهی به پذیرش اغلب دستگیرشدگان در مراکز منجر می شود و اختلاط طیف های مختلف مصرف کنندگان را در پی دارد. برخی از پژوهش ها و بررسی های انجام شده نیز بر این موضوع تأکید داشته اند [۳۱] و [۳۲]. در واقع، در عمل شاهد دستگیری و پذیرش افرادی در مراکز ماده (۱۶) هستیم که برخی از آنها با توجه به ویژگی ها و شرایطی که دارند، مراجعان بالقوه درمان های غیر اجباری و داوطلبانه نظیر درمان پرهیزمدار می باشند و در صورت وجود نظام غربالگری و ارجاع دهی درست می توانند به جای مراکز اجباری در مراکز اقامتی میان مدت پذیرش شوند.

۴-۵. کوتاه بودن دوره درمان

اغلب مصاحبه شونده گان بر این باورند که دوره زمانی پیش بینی شده (۲۸ روز)، برای درمان و بهبودی فرد دارای اعتیاد در مراکز بهبودی میان مدت، اندک بوده و فرد را برای زیستن سلامت بخش در بستر جامعه آماده نمی کند. در واقع، اقامت در دوره زمانی تعیین شده اغلب بازگیری یا سم زدایی از اعتیاد را به دنبال دارد و از بعد روانی اجتماعی که فراتر از بعد جسمی در باز توانی فرد اهمیت دارد، شرایط لازم را برای قرار دادن وی در مسیر بهبودی ایجاد نمی کند. به رغم تأکید صریح مصاحبه شونده گان بر محدود بودن دوره درمانی در مراکز بهبودی، با این حال، به نظر می رسد به دلایلی همچون فقدان بضاعت مالی خانواده مراجعان، نبود برنامه درمانی تخصصی در مراکز بهبودی و محدود شدن کارکرد عمده این مراکز بر سم زدایی و ارائه مداخلات و جلسات بهبودی از سوی گروه های همتا، نگهداری و ادامه درمان (فراتر از ۲۸ روز) در مراکز با چالش همراه است و چه بسا در مواردی که با رضایت فرد همراه نباشد منجر به پیامدهای منفی در فرایند درمان هم بشود.

۵-۵. ضعف سازوکارهای نظارتی

نتایج حاصل از مصاحبه ها و گزارش های مختلف رسانه ای و پژوهشی نشان از آن دارد که ضعف سازوکارهای نظارتی از چالش های مترتب بر وضعیت مراکز اقامتی میان مدت است. نبود نظارت تخصصی، مستمر و منظم از این مراکز از سوی مراجع ذی صلاح که می تواند به دلایلی همچون دور بودن آنها از مراکز شهری، فقدان اختصاص نیروی انسانی لازم و کافی در بدنه سازمان بهزیستی و دیگر نهادهای متولی و تعدد



مراکز نیازمند نظارت باشد، بلاشک بر کیفیت درمان و فرایند ارائه مراکز تأثیرات منفی چشمگیری را به دنبال دارد. در چنین شرایطی، موضوع‌هایی همچون توسعه مراکز غیرمجاز و فاقد مجوز، تمدید مجوز برای مدیران فاقد صلاحیت، کم‌توجهی به کیفیت درمان، قرار دادن برخی از مراجعان در پروسه درمان اجباری، رفتارهای غیردرمانی و نظایر آن نیز می‌تواند تجربه شود. برخی از پژوهش‌ها از ضعف سازوکارهای نظارتی و اهمیت اتخاذ آن در مراکز اقامتی بحث به میان آورده‌اند [۱۰]، [۱۹]، [۱۲].

۶-۵. فراوانی مراکز غیرمجاز ترک اعتیاد

فعالیت مراکز غیرمجاز اقامتی میان مدت از چالش‌های حوزه درمان اعتیاد کشور است که توسط کارشناسان و مسئولان مختلف بارها گزارش و گوشزد شده است. نکته مهمی که در ارتباط با ماهیت روبه‌شد کمپ‌های غیرمجاز وجود دارد این است که این مراکز احتمالاً به دلیل فقدان رعایت استانداردهای سازمان‌های ذیصلاح قادر به اخذ مجوز یا ادامه فعالیت در چارچوب دستورالعمل‌های پیش‌بینی شده نیستند و چه بسا اهداف خود را منافی با رعایت آن الزام‌های سازمانی می‌دانند. اگرچه در ارتباط با آمار به روز مراکز غیرمجاز اطلاعات دقیقی در دست نیست، با این حال، فراوانی این مراکز و توسعه آنها در سطح کشور از واقعیت‌های حوزه مورد بررسی است و نیازمند رصد و سازماندهی جدی است.

۷-۵. نقص در ارائه مداخلات روانی اجتماعی

از گزاره‌های مهم در حوزه درمان اعتیاد این است که سم‌زدایی فیزیکی یا جسمانی ابتدایی‌ترین مرحله از فرایند درمان مصرف‌کنندگان مواد است و مراحل دیگر یعنی حمایت‌های روانی اجتماعی نقش شگرف‌تری در طی کردن موفقیت‌آمیز مسیر بهبودی دارند. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که در مراکز بهبودی اغلب با ضعف مداخلات روان‌شناختی و مددکاری اجتماعی مواجه هستیم. شرایطی که فرایند ارائه خدمات را تحت تأثیر قرار داده و به‌عنوان یک مانع درمانی جدی محسوب می‌شود. اینکه روان‌شناس و مددکار اجتماعی در مراحل مختلف درمان همراه فرد و خانواده وی بوده و فرایند درمان را مراقبت و تقویت کنند، محوریت ندارد. مداخلات مبتنی بر مشاوره‌های فردی، درمان رفتاری شناختی، بازپیوند خانوادگی و اجتماعی و مداخلات مراقبتی پس از خروج، برخی از مداخلات مورد تأکید توسط افراد مورد مصاحبه است که به‌رغم اهمیت اساسی در فرایند درمان اعتیاد مراجعان، اغلب زیرساخت لازم برای اجرای آنها در مراکز و همچنین بستر جامعه پیش‌بینی نشده است. از نتایج مصاحبه‌ها استنباط می‌شود که نبود صرفه اقتصادی در جذب نیروی انسانی متخصص، ضعف دستورالعمل‌های بالادستی و محدود شدن مداخلات مراکز، از موانع مهم برای اتخاذ مداخلات روانی اجتماعی است.

۸-۵. کم‌توجهی به مشارکت خانواده

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که مراکز اقامتی غالب نگاه و تمرکزشان بر فرد درگیر با اعتیاد است و خانواده به‌عنوان سیستم اثرگذار و کلیدی در فرایند درمان اعتیاد مورد مشارکت لازم قرار نمی‌گیرد. وضعیت ترسیم شده در حالی است که مطالعات نشان می‌دهد در کنار توجه به فرد، خانواده رکن اصلی درمان است که باید در فرایند درمان و مداخله مورد تمرکز قرار بگیرد. چگونگی برخورد با فردی که در مسیر بهبودی قرار دارد و وارد مرحله جدیدی از زندگی شده است، موضوع مهمی است که باید از طریق روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و مددیاران خانواده، به خانواده آموزش داده شود تا از آن محمل خانواده هم نظارت مؤثر بر رفتارهای فرد داشته باشد و هم رفتار مناسب در جهت تسهیل فرایند بازتوان شدن پایدار را طی کند. شکستگی و آسیب‌پذیری فردی که در مسیر بهبودی قرار دارد، به‌ویژه در روزهای اولیه درمان، می‌تواند به حدی باشد که در صورت فقدان برخورد مناسب از سوی خانواده، به بازگشت مجدد وی منجر شود. پذیرش خانواده و رفتارهای احترام‌آمیز و بدون هرگونه انگ و برچسب می‌تواند تسهیل‌کننده پذیرش فرد توسط اقوام و آشنایان و محله و جامعه‌ای باشد که فرد عضوی از آن است. علاوه بر این، کارشناسان مورد مصاحبه بر این باورند که منشأ بسیاری از مشکلات و عوامل زمینه‌ساز لغزش و بازگشت به اعتیاد را می‌توان در بستر خانواده یافت. عوامل زمینه‌سازی که باید توسط مددکاران اجتماعی، روان‌شناسان و مددیاران خانواده مراکز کشف و مورد

مداخله قرار بگیرد؛ بهرغم چنین اهمیتی، ارتباط مراکز با خانواده محدود است و نمی توان از آن به عنوان عاملی اثربخش در فرایند درمان و باز توانی اجتماعی گروه هدف نام برد.

۹-۵. محدود شدن امید به درمان از سوی خانواده

بررسی های انجام شده نشان می دهد هر چه فرد، لغزش بیشتری را تجربه کرده باشد انگیزه و امید خانواده برای بهبود و درمان فرد درگیر با اعتیاد کاهش می یابد. در چنین شرایطی، خانواده اغلب به دلایلی همچون وجود رفتارهای آسیب رسان در فرد و خستگی و در ماندگی ناشی از مصرف مواد و رفتارهای اعتیادی اقدام به بستری فرد در مراکز بهبودی می کند. خانواده با هدف دور شدن مقطعی فرد و استراحت به خود و اغلب از طریق مکانیسم اجبار غیر رسمی فرد را به سمت و سوی بستری در مراکز می کشاند. اثربخشی حداقلی محتمل ترین سناریو برای چنین شرایطی است که هم مصرف کننده تمایلی برای حضور در مراکز بهبودی ندارد و هم خانواده انگیزه و امیدی نسبت به بهبودی وی ندارد. بنابراین، مشارکت ضعیف خانواده در فرایند درمان مراجعان، صرفاً متوجه عملکرد مراکز نبوده و خانواده نیز به دلایل مختلف به ویژه تکرار و تکرر در لغزش و بازگشت فرد به اعتیاد انگیزه کافی برای این همراهی را ندارد.

۱۰-۵. در معرض آسیب بودن تیم بهبود

بهبود یافتگان از اعتیاد سرمایه های مهم جامعه هستند که می توانند الگویی مناسب و مشوقی مهم برای بهبودی طیف کثیری از جمعیت پیرامون خود را فراهم آورند؛ بنابراین، نگهداشت و مراقبت از این سرمایه و وظیفه ای است که باید توسط نهادهای متولی و برنامه ریز اجرایی شود. بررسی های انجام شده نشان می دهد که بخشی از پرسنل مراکز بهبودی که در برهه ای از زمان درگیر مصرف مواد بوده اند، در معرض خطر لغزش و وضعیت آسیبی قرار دارند. قرار گرفتن در معرض فرسودگی شغلی از مشکلات جدی پرسنل این مراکز و دشواری فعالیت در این حوزه است که می تواند بر روند و کیفیت ارائه خدمات تأثیرات منفی قابل توجهی داشته باشد. در ارتباط با دلایل فرسودگی شغلی در پرسنل مراکز اقامتی می توان به موضوع هایی همچون مواجهه مداوم با رفتارهای پر خاشگرانه از جانب بیماران، خستگی و فشار روانی ناشی از حجم کاری بالا و نیروی انسانی محدود، کمبود حمایت های سازمانی، مواجهه با مرگ بیماران و استرس ها و مشکلات زندگی شخصی اشاره کرد. بهرغم چنین واقعیتی، به نظر می رسد برنامه های حمایتی و خودمراقبتی سازمان یافته و اثربخش اغلب برای این افراد پیش بینی نشده و در عمل شاهد آسیب پذیری آنها هستیم.

۱۱-۵. قرار گرفتن در فرایند درمان اجباری

بهرغم تأکید صریح دستورالعمل راه اندازی مراکز اقامتی بر درمان اختیاری و پذیرش مراجعان صرفاً داوطلب نسبت به درمان، با این حال واقعیت های موجود نشان می دهد که بخشی از مراجعان ساکن در مراکز نه با میل و اختیار خود، بلکه با اجبار و فشار خانواده و بعضاً همراهی مراکز به سمت و سوی درمان کشانده شده اند. علاوه بر این، در سال های اخیر ارجاع برخی از مددجویان طرح های اجباری به مراکز اقامتی میان مدت نیز تجربه شده است. در واقع، در شرایط فعلی شاهد نوعی سازوکار رسمی و غیررسمی اجباری در حوزه درمان اعتیاد در برخی مراکز اقامتی میان مدت هستیم که با ماهیت شکل گیری این مراکز هم خوانی لازم را ندارد. موضوعی که می تواند از چالش های جدی در حین درمان و ادامه آن در خارج از مرکز باشد. به گونه ای که برخی از مراجعان به صراحت تمام بر تصمیم جدی خود در جهت لغزش و بازگشت به اعتیاد به دلایلی همچون فقدان آمادگی فردی برای تغییر و اجبار خانواده سخن می گویند. تشدید مکانیسم های امنیتی در مراکز و احتمالاً نادیده گرفته شدن برخی از استانداردهای درمانی از پیامدهای روی آوردن به درمان اجبار مدار در این مراکز است. مسائلی همچون رقابت اقتصادی مراکز، تعداد اندک مراجعان، خستگی مفرط خانواده از رفتارهای مخرب و آسیب رسان فرد درگیر با اعتیاد و تلاش برای دور کردن مقطعی آنها از خانه، کمبود ظرفیت مراکز اجباری، اجرای تبصره «۲» ماده (۱۶)، تغییر الگوی مصرف به سمت مواد خطرناک و تحریف کننده الگوهای



تفکر و نگرش فردی و در نهایت فقدان تمایل خود فرد نسبت به حضور داوطلبانه در فرایند درمان برخی از دلایلی است که مصاحبه‌شوندگان از آنها به عنوان عوامل زمینه‌سازی نام برده‌اند که در قرار دادن مراجعان در فرایند درمان اجباری مؤثر بوده است.

۱۲-۵. مسئله بقا و صرفه اقتصادی

نتایج حاصل از بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که به دلایل مختلف، مسئله بقا و صرفه اقتصادی در اولویت دغدغه‌های مراکز بهبودی قرار دارد. رقابت اقتصادی مراکز، تعداد اندک مراجعان، بالا بودن اجاره فضای فیزیکی مرکز، روند فزاینده قیمت اقلام تغذیه‌ای ناشی از وضعیت اقتصادی کشور، بالا بودن هزینه استفاده از نیروهای متخصص همچون روان‌شناس، مددکار اجتماعی و پزشک تمام‌وقت و به‌طور کلی نبود تناسب بین هزینه‌ها و اعتبارات تخصیصی برخی از دلایلی است که مراکز را به سوی راهبردهای اقتصادمدار سوق داده است. در چنین وضعیتی طبیعتاً از کیفیت درمان، مراقبت در حین درمان و پس از آن نیز کاسته می‌شود و به تبع آن احتمال ماندگاری بهبودی و ادامه آن از سوی مراجعان تقلیل می‌یابد.

۱۳-۵. فقدان پاسخ‌دهی به چالش‌های زیست شده

بررسی تجربه واقعی مصرف‌کنندگان مواد و پژوهش‌های مرتبط با این حوزه حاکی از آن است که این طیف از افراد با چالش‌ها، تعارض‌ها، ناکامی‌ها و آسیب‌های روانی اجتماعی متعددی درگیر بوده‌اند که در گرایش آنها به اعتیاد یا لغزش مجدد آنها نقش مؤثری داشته است. کم توجهی به چالش‌های زیسته که مراجعان مصرف‌کننده با آن درگیر بوده‌اند، از چالش‌های اصلی مواجهه با مسئله اعتیاد در رویکرد پرهیزمداری است. چالشی که اغلب سطح مداخلات را تقلیل داده و احتمالاً ماندگاری در بهبودی را محدود کند. منطبق با بررسی‌های انجام شده، مداخلات مراکز اقامتی میان مدت اغلب محدود به فضای خود مرکز و طی کردن مرحله سم‌زدایی و ارائه مداخلات و جلسات بهبودی از طریق هم‌تایان در آن فضاست و فرد در صورت داشتن چالش‌ها و مشکلات زیست شده و پیشرو در بستر خانواده و جامعه، پاسخ مطلوبی دریافت نمی‌کند. البته شایان ذکر است که به نظر می‌رسد سیاست‌ها و انتظارات سازمانی از مراکز اقامتی میان مدت اغلب متمرکز به سم‌زدایی (بازگیری) بیماران و ارائه برخی مداخلات از سوی گروه‌های هم‌تاست و پرداختن عمیق و ژرف‌نگر بر مسائل و مشکلات مراجعان، توسط مراکز در دستور کار نهادهای متولی و برنامه‌ریز وجود ندارد و احتمالاً از این حیث نتوان خرده‌ای بر مراکز وارد آورد. به‌رغم پیش‌بینی مراکز اقامتی خودیاری گروه‌های هم‌تا، مراکز اقامتی بلندمدت و مراکز جامع درمان و بازتوانی که امکان مداخلات هدفمندتر را دارا هستند، با این حال، نبود نظام ارجاع‌دهی نظام‌مند با پیش‌بینی منابع سهل‌الوصول در عمل پیوند افراد به آن مراکز را با چالش همراه می‌کند.

۱۴-۵. کمبود نیروی انسانی متخصص

مبتنی بر بررسی‌های صورت گرفته، کمبود کارشناسان دوره دیده از چالش‌های مراکز اقامتی است. به‌رغم الزام‌های سیاستی در اصلاحیه دستورالعمل مدیریت بر مراکز اقامتی، مصوب سازمان بهزیستی کشور [۳۳]، مبنی بر حضور متخصصان دوره دیده اعم از روان‌شناس، مددکار اجتماعی، پزشک یا روان‌پزشک، مددیار اعتیاد، مددیار خانواده و ملزم کردن آنها به ارائه مداخلاتی همچون، برگزاری جلسات آموزشی، گروه درمانی، مشاوره فردی برای مراجعان و خانواده‌ها، جلسات آموزش خانواده، با این حال، به دلایلی همچون نبود صرفه اقتصادی و نبود ضمانت اجرایی دستورالعمل‌ها، مراکز فوق از کمبود نیروی انسانی متخصص و مستقر رنج می‌برند. نبود دسترسی به خدمات به‌موقع یا به‌نگام، نبود دسترسی به خدمات تخصصی، مداخلات سلیقه‌ای با اثربخشی محدود و به‌طور کلی تضعیف فرایند درمان و فقدان دستیابی به نتایج مطلوب از پیامدهای موضوع محسوب می‌شود.

۱۵-۵. تقلیل مداخلات به سم زدایی و ارائه مداخلات همتایان

از بررسی دستورالعمل‌ها و شیوه کار مراکز اقامتی استنباط می‌شود که هدف از راه‌اندازی این مراکز و انتظارات سازمانی، غالباً سم‌زدایی یا بازگیری از اعتیاد و ارائه مداخلات و جلسات بهبودی همتایان است. بروز و ظهور انواع مواد جدید در طی سال‌های اخیر و در پی آن تغییر الگوهای رفتاری و شناختی افراد و همچنین تشدید پیامدهای اجتماعی از یکسو و لزوم اتخاذ رویکرد سیستماتیک در مواجهه با مسئله اعتیاد از سوی دیگر، ایجاب می‌کند که هم‌زمان با سم‌زدایی به‌عنوان اولین مرحله از فرایند درمان در مراکز، مداخلات روانی اجتماعی نظام‌مند و حمایت‌شده با تدارک زیرساخت‌های لازم نیز اجرایی شود. همسو شدن هر چه بیشتر دیدگاه تجربه‌گرایانه مسئولان و همتایان مراکز با دیدگاه کارشناسان دوره دیده در جهت اتخاذ مداخلات نظام‌مندتر و تجمیع آنها در یک پکیج مداخلاتی هماهنگ و منسجم، احتمالاً منجر به تقویت پیامدهای مطلوب‌تر درمانی و اثربخشی بیشتر در حوزه مورد بررسی شود.

۱۶-۵. ضعف نظام ارزیابی و تولید داده

به‌رغم گذشت سال‌ها از شکل‌گیری مراکز اقامتی میان مدت و رویکرد پرهیزمداری که در ماهیت شکل‌گیری آن وجود دارد، ارزیابی و پایش‌های علمی کافی از وضعیت ارائه خدمات و اثربخشی مداخلات این مراکز در طی زمان صورت نگرفته و یا حداقل در دسترس نیست. چنین چالشی، برای مسئله‌ای همچون اعتیاد که به‌زعم بسیاری از اندیشمندان در اولویت مسائل اجتماعی جامعه قرار دارد و برنامه‌های مرتبط با آن نیازمند ارزیابی مداوم در طی زمان و بهینه‌سازی و ارتقای عملکرد دارد، مقبول نبوده و نشان از حکمرانی ضعیف در حوزه مورد بررسی دارد.

۱۷-۵. فقدان فردی‌سازی در فرایند ارائه خدمت

فقدان ویژه‌سازی یا فردی‌سازی در فرایند ارائه خدمت، از چالش‌های مراکز اقامتی میان مدت است. نبود زیرساخت‌های لازم از حیث ضعف دستورالعمل‌ها، اقتصاد ضعیف و غیرحمایت‌شده و ماهیت شکل‌گیری این مراکز، امکان ویژه‌سازی و شخصی‌سازی فرایند درمان مراجع‌کنندگان را میسر نکرده و اغلب شاهد مداخلات با ماهیت همگانی و کلی‌گرایانه برای تمامی مراجع‌کنندگان هستیم.

۶. جمع‌بندی و پیشنهادها

فراوانی بالای مسئله اعتیاد در سطح کشور، همواره این مسئله را در صدر اولویت‌های نظام حکمرانی قرار داده است؛ به‌گونه‌ای که شیوه‌های درمانی مختلفی برای مواجهه با این مسئله در سطح کشور برنامه‌ریزی و اجرایی شده است. مراکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی مواد از رایج‌ترین شیوه‌های درمانی در دهه‌های اخیر بوده است. رویکرد داوطلبانه و پرهیزمدارانه‌ای که در ماهیت وجودی این مراکز وجود دارد، آنها را گزینه‌ای جذاب برای ذی‌نفعان جلوه می‌دهد. آمار قابل توجه مراکز اقامتی در سطح کشور و اهمیت مداخلات این مراکز در فرایند درمان سوء مصرف‌کنندگان مواد واقعیتی غیرقابل انکار است. بنابراین، ارزیابی مستمر و دوره‌ای این مراکز و احصا چالش‌ها و مشکلات پیشروی آنها از ضرورت‌های حکمرانی است که می‌تواند در نهایت به اصلاح، بازنگری و تکمیل فرایندهای ارائه خدمت اثربخش در مراکز و روند خدمات در این مراکز منجر شود. به‌رغم محوریت یافتن مراکز اقامتی میان مدت به‌عنوان یکی از شیوه‌های رایج در حوزه درمان و بهبودی گروه هدف، با این حال، از وضعیت کم و کیف فعالیت‌های این مراکز، نقاط قوت و ضعف آنها و در نهایت اثربخشی آنها، ارزیابی و اطلاعات دقیقی در دسترس نیست؛ وضعیتی که امکان اصلاح روندها و فرایندهای اجرا شده را سلب می‌کند. بر همین اساس گزارش حاضر مبتنی بر بند «ج» از ماده (۲)



قانون شرح وظایف مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی در نظر دارد تا به ارزیابی چالش‌های مرتبط با فرایند و عملکرد مراکز فوق بپردازد و پیشنهادهای و توصیه‌های مقتضی برای بهینه‌سازی و بهبود عملکرد این مراکز و فرایندهای ارائه خدمت ارائه کند.

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که میان یافته‌های پژوهش‌های پیشین (داخلی و خارجی) با یافته‌های پژوهش حاضر از حیث توجه به چالش‌هایی همچون، کمبود نیروی انسانی، محدودیت‌های منابع مالی، کمبود متخصصان آموزش دیده، استانداردهای ناکافی سیستم‌های عملیاتی، خدمات حمایتی محدود برای تسهیل درمان، انگ اجتماعی نسبت به معتادان بهبود یافته، مقاومت و انکار مراجعان، ضعف حمایت خانواده و کمبود فعالیت‌های تفریحی، وجه اشتراک وجود دارد.

علاوه بر این، پژوهش‌های پیشین از حیث ارائه پیشنهادهای و توصیه‌های کلیدی زیر با پژوهش حاضر قرابت و ارتباط دارد. توانبخشی مؤثر مستلزم رویکردی جامع است که شیوه‌های مبتنی بر شواهد را ادغام کند، به نیازهای فردی رسیدگی کند و در طول فرایند بهبودی، پشتیبانی کافی را فراهم کند. تمرکز بر درمان شخصی‌سازی شده، خدمات در دسترس، مراقبت‌های پس از درمان مؤثر، رفاه کارکنان، مراقبت جامع، حمایت اجتماعی مؤثر و مشارکت جامعه (محمدنادر شاه و فرحت‌الله)؛ نیاز به منابع بهتر، آموزش مداوم کارکنان و حمایت سیستماتیک برای بهبود اثربخشی برنامه‌های توانبخشی اعتیاد (کایف و قره‌العین)؛ اهمیت حمایت مالی، آموزش، تحصیل، تیم‌های پشتیبانی چند رشته‌ای و سایر استراتژی‌های پشتیبانی برای تسهیل ادغام مجدد این افراد در جامعه، برگزاری کمپین‌های آگاهی‌بخشی، استفاده از رسانه‌ها برای گسترش آگاهی برای ادغام مجدد افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر (غلام)؛ سیاستگذاری، درمان و تحقیقات در مورد مواد مخدر باید به سمت اهداف بلندمدت و اهداف بهبودی که حوزه‌های مختلف زندگی را پوشش می‌دهند، جهت‌گیری شوند تا از بهبودی پایدار پشتیبانی شود (مارتینلی و همکاران)؛ بهبودی از اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک فرایند بلندمدت در هم تنیده، شامل تغییر هویت و فرایندهای زندگی مشترک یا همگانی، تجربه می‌شود. بنابراین، سیاستگذاری و اقدام‌های بالینی باید با هدف حمایت از اهداف بهبودی بلندمدت و متناسب و انتشار تجربه‌های بهبودی دست اول برای افزایش نتایج بلندمدت و کاهش انگ اجتماعی انجام شود (مارتینلی و همکاران)؛ اهمیت اشتغال در ماندگاری درمان (شیخ‌الاسلامی و همکاران)؛ اهمیت مصاحبه انگیزشی و مداخلات و درمان‌های روان‌شناختی (عبدی زین و مهدوی؛ اکبری؛ کاظمی و همکاران؛ حاتمی نصاری و همکاران؛ حیدری و همکاران)؛ ارتباط مستمر فرد معتاد با خانواده، لزوم مشارکت وی در فعالیت‌های مرکز ترک اعتیاد و ایجاد حس امنیت و اشتغال برای وی (اسلامی و همکاران)؛ روابط خانوادگی ایمن و پذیرنده، حمایت و پذیرش اجتماعی و درمان مناسب و مداوم (عبدی و همکاران)، چانه‌زنی برای جلب حمایت‌های نهادی (محمدی و نعمتی)؛ توجه به عوامل متعدد مؤثر بر بازگشت فرد به اعتیاد (علی‌پور اسدآبادی)؛ نظارت ناکافی بر مراکز درمان سوءمصرف مواد و جلسات ناکافی در مراکز درمان سوءمصرف مواد (مرادی و همکاران)؛ اهمیت حمایت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مدیریت منابع انسانی، مدیریت مالی اثربخش، نظارت دقیق بر سازوکارهای سازمانی، سم‌زدایی توأم با احترام، مهارت‌آموزی حرفه‌ای و مشاوره حرفه‌ای برای فرد مبتلا به اعتیاد و خانواده‌های آنها (محمدی)؛ اهمیت حمایت اقتصادی، ایجاد سپرهای محافظتی، ایجاد اشتغال پایدار، حمایت اجتماعی و روانی، ایجاد انگیزه، بهبود روابط اجتماعی و نظارت و پیگیری زندانی فرد برای دستیابی به استقلال نسبی (صداقت و همکاران)؛ لزوم سیاستگذاری همه‌جانبه نگر و فراگیر در حوزه‌های مختلف از قبیل خانواده، اجتماع، اقتصاد، فرهنگ، و آموزش عمیق اجتماعی مرتبط با مسئله اعتیاد (بخشی جغنا و همکاران)؛ توجه به نیازهای عمومی نوجوانان درگیر سوءمصرف مواد، نیازهای دوران بازتوانی و پس از بازتوانی (قره‌داغی و همکاران)؛ سیاستگذاری‌های غیرمشارکتی به عنوان یک مانع در حوزه پیشگیری (نیازی و همکاران)؛ انتخاب کمپ ترک اعتیاد مناسب، حمایت و نظارت بیشتر خانواده، نبود تنبیه توسط خانواده، حمایت عاطفی، تغذیه‌ای و شغلی پس از ترک به عنوان مهم‌ترین راهکارها جهت پیشگیری از بازگشت به مواد مخدر (خمرنیا و پیوند)؛ بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که توانبخشی سوءمصرف کنندگان مواد فرایندی پیچیده و چندوجهی است و بدون رعایت ملاحظات درمانی و حمایتی در حوزه مورد بررسی احتمال موفقیت اهداف پیش‌بینی شده محدود است. منطبق با یافته‌های گزارش، چالش‌های درهم تنیده سازمانی و فراسازمانی ابعاد مختلف توانبخشی مراجعان را تحت تأثیر قرار داده و اهداف مبتنی بر بهبودی پایدار را با چالش جدی مواجه

کرده است؛ چالش‌هایی که بخشی از آنها متوجه مراکز اقامتی، بخشی متوجه خود مراجعان و خانواده آنها و بخش مهمی نیز ناشی از ضعف حمایتی و نظارتی نهادهای متولی در حوزه مورد بررسی است. شرایطی که نیاز به بازنگری و اصلاح جدی در حوزه مورد بررسی را ضرورت می‌بخشد.

در نهایت، مبتنی بر چالش‌های احصا شده، پیشنهادهای ذیل ارائه می‌شود.

۱-۶. متناسب‌سازی اعتبارات با هزینه‌ها

با توجه به کمبود اعتبارات مالی برای پیشبرد اهداف واقعی مداخله و دستیابی به نتایج مطلوب‌تر، بازنگری در تخصیص اعتبارات و متناسب کردن آن با هزینه‌های واقعی و قابل انتظار مراکز توصیه می‌شود. متناسب‌سازی اعتبارات با هزینه‌ها، سازوکاری جدی برای معقول‌سازی انتظارات درمانی و مراقبتی نظام‌مند از مراکز است. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که استفاده تمام وقت از تیم بهبودی، انتظار کار تخصصی و حرفه‌ای، تضمین دسترسی مراجعان به خدمات رفاهی مناسب در دوره درمان و دیگر خدمات مراقبتی در شرایط فعلی با توجه به کمبود اعتبارات توجیه اقتصادی برای مراکز ندارد و در عمل شاهد انحراف از دستورالعمل‌ها و مداخلات هدفمند در این حوزه هستیم (ستاد مبارزه با مواد مخدر / سازمان بهزیستی).

۲-۶. تقویت سازوکارهای ارزیابی و نظارت

ارزیابی مداخلات و خدمات ارائه شده در مراکز اقامتی از ضرورت‌های پیشنهادی محسوب می‌شود. این ارزیابی باید به شیوه‌ای عالمانه و در دوره‌های زمانی مختلف صورت پذیرد. ارزیابی عملکرد در حصول اطمینان از اینکه خدمات ارائه شده به مراجع‌کنندگان و برای دستیابی به اهداف‌شان مناسب، مؤثر و به‌موقع است حیاتی است. ارزیابی شامل قضاوت بر اساس قواعد عملی یا استانداردهایی برای یک فعالیت مشخص یا مجموعه‌ای از فعالیت‌هاست. به‌طور کلی ارزیابی باعث می‌شود تا از چگونگی انجام کار آگاهی حاصل شود. ارزشیابی، موضوعی است که در سراسر مداخلات مراکز بهبودی باید لحاظ شود. در واقع، نهادهای متولی ارزیابی‌گری باید همیشه و در همه موقعیت‌ها با نگاهی انتقادی به فرایند کار بنگرند و همواره برای اصلاح و بازنگری برنامه‌ها و اقدام‌ها به فراخور نیاز آماده و حساس باشند. بررسی دیدگاه و نظرهای مطلع‌های کلیدی نظیر مراجعان، خانواده مراجعان، اعضای تیم بهبودی، مدیران مراکز و نظایر آن به شیوه‌ای عالمانه و منصفانه و بدون ملاحظه‌گری باید در دستور کار قرار بگیرد. پس از ارزیابی، به فراخور نیاز، بازنگری، اصلاح و تکمیل فرایندها صورت می‌پذیرد. توجه به سطوح مهم ارزیابی مشتمل بر سطوح پیامدی، فرایندی و تأثیرگذاری از ضرورت‌های ارزیابی محسوب می‌شود [۳۴]. ارزشیابی پیامد که اغلب به‌عنوان ارزشیابی‌های پایانی از آنها یاد می‌شود، مشخص می‌کنند که تا چه حد یک مداخله، هدف‌ها و مقاصد آن مداخله را برآورده کرده است و ممکن است هم از رویکردهای کمی و هم از رویکردهای کیفی برای تشخیص و ارزیابی پیامدها استفاده شود. ارزشیابی فرایند که غالباً به‌عنوان ارزشیابی تکوینی از آن یاد می‌شود، فعالیت‌ها، روش‌ها یا ابزارهای به کار گرفته شده برای دستیابی به نتیجه مورد انتظار را ارزیابی می‌کند. ارزشیابی فرایند مشخص می‌کند که در یک برنامه دقیقاً چه اتفاقی می‌افتد و آن را با برنامه‌های مرجع مقایسه می‌کند. ارزشیابی تأثیر به‌دنبال این پرسش است که آیا شرایط اجتماعی این جمعیت شناخته شده در نتیجه این مداخله بهبود یافته است؟ ممکن است همه این سه نوع ارزشیابی - پیامد، فرایند، تأثیر - با هم یا جداگانه و یا به صورت تلفیقی به کار گرفته شوند (سازمان بهزیستی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، مشارکت مراکز تحقیقاتی همچون مرکز مطالعات ملی اعتیاد). دستیابی به داده‌های معتبر و قابل استناد در جهت پیشبرد بهتر اهداف، از نتایج مورد انتظار است. نظارت مستمر بر روند فعالیت‌های انجام شده از سوی مراکز در جهت پیشگیری از سهل‌انگاری و کوتاهی‌های تعمدی و غیر تعمدی و همچنین اطمینان از پیشبرد اصولی امور نیز باید در دستور کار جدی نهادهای متولی ارزیابی‌گری و نظارت قرار گیرد (سازمان بهزیستی، ستاد مبارزه با مواد مخدر).



۳-۶. تقویت فرایند مداخلات مراقبتی

لزوم فرایندی نگرستن به مسئله درمان اعتیاد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که بدون توجه لازم و کافی به آن، موفقیت برنامه‌ها با چالش جدی همراه است. مداخلات مراقبتی در مراحل مختلف شامل، جذب و به محض ورود و در طی درمان و در نهایت پس از ترخیص، مراحل اصلی سه‌گانه در فرایند مداخله در وضعیت مراجعان است که بلاشک با هم پیوند همه‌جانبه‌ای دارند و هم‌رویدادی آنها در برنامه‌های مداخلاتی ضرورت می‌یابد. ارکان مختلف مداخله در وضعیت گروه هدف، نه تنها جدای از هم نبوده، بلکه ارتباط و پیوستگی عمیقی با هم دارند؛ به‌گونه‌ای که اتخاذ راهبردهای خطاگونه در هر مرحله، مراحل بعدی درمان را متأثر خواهد کرد و در نهایت کل فرایند درمان از پیامدهای آن بی‌تأثیر نخواهد بود. به‌طور مثال، جذب اجباری غالباً بی‌تمایلی و فقدان رغبت نسبت به حضور در فرایند درمان و مشارکت در آن فرایند را در پی خواهد داشت و در نهایت احتمال امید به بهبودی پایدار و ماندگاری در بهبودی را محدود می‌کند. جذب داوطلبانه و انگیزشی محور (به محض ورود)، مواجهه چند رشته‌ای، بهره‌گیری از متخصصان آموزش دیده، به‌روزرسانی دانش و مهارت تیم بهبود، شخصی‌سازی فرایند درمان، اتخاذ رویکرد عمیق و ژرف‌نگر در کار با گروه هدف، توجه به تجربه‌های واقعی مراجعان، تدوین نظام‌ارجاع‌دهی در دسترس با پیش‌بینی منابع لازم (در حین درمان)، اتخاذ برنامه‌های پیگیرانه دوره‌ای برای دستیابی فرد به استقلال نسبی و بهبودی پایدار و ارائه حمایت‌های اجتماعی از سوی نهادهای متولی برای بهبود یافتگان از اعتیاد (پس از خروج)، برخی از سازوکارهای مهمی است که اجرای اصولی و درست آنها می‌تواند فرایند باز توانی فردی و اجتماعی افراد را در پی داشته باشد و احتمال ماندگاری در بهبودی را برای گروه هدف افزایش دهد (مراکز اقامتی میان‌مدت و نهادهای متولی حمایت‌گری در حوزه مورد بررسی).

۴-۶. توسعه مداخلات چند رشته‌ای

از بررسی دستورالعمل‌ها و شیوه کار مراکز اقامتی استنباط می‌شود که تمرکز عمده مراکز بر سم‌زدایی یا بازگیری از اعتیاد و ارائه برخی مداخلات حمایتی از سوی گروه‌های هم‌تایان است و مداخلات روانی اجتماعی نظام‌مند به‌عنوان ابعاد مهم مداخله در وضعیت گروه هدف نیز محوریت ندارد. بروز و ظهور انواع مواد جدید در طی سال‌های اخیر و در پی آن تغییر الگوهای رفتاری و شناختی افراد و همچنین تشدید پیامدهای اجتماعی از یک سو و لزوم اتخاذ رویکرد سیستماتیک در مواجهه با مسئله اعتیاد ایجاب می‌کند که هم‌زمان با سم‌زدایی به‌عنوان اولین مرحله از فرایند درمان در مراکز، مداخلات روانی اجتماعی مطلوب با تدارک زیرساخت‌های لازم نیز اجرایی شود. مدل زیستی، روانی، اجتماعی از مدل‌های رایج و پذیرفته شده در حوزه مواجهه با موضوع وابستگی به مواد و درمان آن است. این مدل وابستگی به مواد را مشکلی چندوجهی دانسته که نیاز به مداخله متخصصانی از رشته‌های مختلف را طلب می‌کند. به‌گونه‌ای که هر کدام از این متخصصان با جنبه‌هایی از این بیماری و پیامدهای آن مواجه شوند. این مدل آشکارا از پیچیدگی و ماهیت تعاملی فرایند اعتیاد و بهبودی حمایت می‌کند. منطبق با این مدل، هدف از درمان اعتیاد صرفاً قرار دادن فرد در دوره‌های سم‌زدایی مراکز و ارائه مداخلات و جلسات بهبودی هم‌تایان نیست و در امتداد این مرحله باید اقدام‌های حمایت‌دهنده در طی درمان و پس از آن برای فرد طرح‌ریزی و اجرایی شود. بنابراین، می‌توان گفت هدف از مداخلات درمانی این است که فرد قطع مصرف کند، مهارت‌های روانی اجتماعی در جهت مواجهه اثربخش با شرایط خطر را یاد بگیرد، سبک زندگی بدون مصرف مواد را ادامه دهد و در نهایت، کارکرد مختل شده زندگی در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی را بازیابی کند. با اعتقاد به مدل مواجهه چند رشته‌ای، اتخاذ یک برنامه نظام‌مند و به هم پیوسته درمانی و حمایتی در مراکز و در امتداد آن در بستر اجتماع محوریت می‌یابد. استفاده از ظرفیت واقعی روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی، پزشکان و روان‌پزشکان دوره‌دیده و مداخلاتی که در پس رویکرد این حرفه‌های یاورانه وجود دارد، حضور تمام وقت و هدفمند متخصصان مداخله در مراکز، توجه به اصل فردیت درمانی و متناسب کردن برنامه‌های درمانی و حمایتی با نیازها و مشکلات افراد برخی از توصیه‌های کاربردی برای تحقق رویکرد ارائه شده است (سازمان بهزیستی، مراکز اقامتی میان‌مدت).

۵-۶. ایجاد نظام ارجاع دهی حمایت شده

نظام ارجاع دهی حمایت شده با پیش بینی منابع سهل الوصول، نقش مهمی در فرایند درمان و حمایت از مراجعان و خانواده آنها در مراحل مختلف درمان، به ویژه مرحله ترخیص از مرکز ورود به جامعه ایفا می کند. موضوعی که می تواند ضریب ماندگاری در بهبودی را ارتقا دهد. ایجاد سامانه ارجاع در مراکز اقامتی و واگذاری مسئولیت مدیریت و هدایت آن به مددکاران اجتماعی مراکز توصیه می شود. مددکاران اجتماعی با توجه به رویکرد بین رشته ای خود و آشنایی نسبت به منابع اجتماعی موجود در جامعه و توانایی برقراری ارتباط با منابع و جذب منابع، با اشرافیت و توانایی بیشتری امکان ایفای نقش سازنده در وضعیت فوق را می توانند داشته باشند. چنین سامانه ای نیز می تواند دسترسی به خدماتی همچون پزشکی، مشاوره و روان شناسی، خانواده درمانی، کارآفرینی، مهارت آموزی، جلسات همتایان و... را تسهیل و نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی افراد و ماندگاری در بهبودی به دنبال داشته باشد.

۶-۶. ارزیابی جامع مبنای مداخلات

بررسی پروتکل ها و دستورالعمل های حوزه درمان اعتیاد نشان می دهد که ارزیابی جامع از وضعیت مراجعان از مهم ترین مداخلات تیم درمانی در مراحل درمان است. ارزیابی همان مرحله ای است که از محمل آن یکایک مراجعان به صورت اختصاصی و ویژه مورد بررسی قرار می گیرند و نیازها، مشکلات و چالش های زیست شده آنها مورد واکاوی و شناسایی قرار می گیرد. در اینجا، مصاحبه و بررسی شرح حال مراجع ابزار اصلی برای جمع آوری اطلاعات است و از این طریق وضعیت مراجع در سطوح مختلف فردی، اجتماعی و خانوادگی مورد ارزیابی قرار گرفته و مداخلات موردی و متناسب با وضعیت ویژه وی اجرایی می شود. استفاده از رویکرد چندرشته ای اعم از روان شناس، پزشک، روان پزشک و مددکار اجتماعی، راهبرد توصیه شده برای دستیابی به نتایج مطلوب است. فردی سازی مداخلات و تحقق اصل فردیت و تدوین بسته جامع مراقبتی و حمایتی متناسب با نیازهای ویژه مراجعان از برایندهای اصلی مورد انتظار پس از ارزیابی جامع است. موضوعی که می تواند به هدفمند شدن مداخلات و جلوگیری از نسخه پیچی های کلی برای گروه هدف منجر شود (مراکز اقامتی میان مدت).

۷-۶. مشارکت محوری در مداخلات

امر مسلم این است که موفقیت در دستیابی به اهداف مبتنی بر باز توانی فردی و اجتماعی مصرف کنندگان مواد، فراتر از اینکه موضوعی فردی باشد نیازمند تعامل و تمرکز خرده سیستم های چندگانه ای است که بر فرد و طی شدن مسیر توانا شدن و مانایی وی در بهبودی تأثیر دارد. با این حال، بررسی های انجام شده نشان می دهد که مشارکت محوری در برنامه های مرتبط با مصرف کنندگان مواد از حلقه های مفقود در مداخلات است که ابعاد موفقیت این برنامه ها را محدود می کند. مراجعان، مراکز بهبودی، خانواده مراجعان، نهادهای متولی و حمایت گر دولتی و مردم نهاد و عامه مردم از مهم ترین عناصر مرتبط و اثرگذاری هستند که مشارکت آنها در فرایند درمان و حمایت مصرف کنندگان مواد ادراک می شود. در بُعد فردی، توجه به ظرفیت ها و توانمندی های افراد در فرایند درمان و بهبودی، توجه به میل و رغبت آنها برای حضور در فرایند درمان و جایگزینی مداخلات راغب سازی با سازو کارهای جذب اجباری غیر اثربخش؛ در بعد مراکز بهبودی، موضوع هایی همچون ارزیابی جامع از وضعیت افراد و ارائه برنامه های مداخلات موردی متناسب با وضعیت آنها، تخصص محوری و حضور تمام وقت و هدفمند متخصصان مداخله در فرایند درمان، اتخاذ مداخلات روانی اجتماعی برای فرد و خانواده و پیگیری مداخلات و مراقبت های پس از ترخیص؛ در بعد خانواده، موضوع هایی همچون همراه شدن خانواده در فرایند درمان و مداخله، اتخاذ رفتارهای مناسب و بدون انگ و برچسب، تقویت عوامل محافظ در بطن خانواده و حذف عوامل خطرزا؛ در نهایت در بعد اجتماعی موضوع هایی همچون، ترویج فرهنگ پذیرش اجتماعی در سطح جامعه، حمایت های شغلی و بیمه ای، دسترسی به حمایت های روان شناختی و به طور کلی حمایت در جهت تکمیل فرایند بهبودی مدنظر است (مراجعان، مراکز بهبودی، خانواده مراجعان، نهادهای متولی و حمایت گر دولتی و مردم نهاد و عامه مردم).



۸-۶. به‌روزرسانی دانش و آگاهی تیم بهبود

بروز و ظهور مواد مخدر جدید و شیوه‌های مصرف آن از یکسو و توسعه دانش جهانی در جهت چگونگی مواجهه با مسئله اعتیاد ایجاب می‌کند که نسبت به به‌روزرسانی مداوم دانش و مهارت کارکنان مراکز اقامتی اقدام شود. از سازمان‌های متولی انتظار می‌رود که در حوزه مورد بررسی به صرف دادن مجوز کفایت نکرده و برنامه‌ریزی مداوم و مستمری برای به روز کردن پرسنل در جهت اتخاذ مداخلات کارآمد اتخاذ کنند (سازمان بهزیستی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، مشارکت مراکز تحقیقاتی آموزشی همچون مرکز ملی مطالعات اعتیاد).

۹-۶. پیش‌بینی برنامه‌های خودمراقبتی پرسنل

همان‌گونه که در مباحث پیشین تأکید شد، بهبودیافتگان از اعتیاد از سرمایه‌های اجتماعی مهم در حوزه مواجهه با مسئله اعتیاد هستند که در صورت ماندگاری در بهبودی هم می‌توانند مداخلات کارآمدتری را اجرایی کنند و هم مشوقی برای جمعیت در حال مصرف و بهبودی باشند. با این توصیف و با توجه به احتمال آسیب‌پذیری آنها در مراکز بهبودی، صیانت و مراقبت از این سرمایه باید در دستور کار نهادهای برنامه‌ریز و سیاستگذاری قرار بگیرد. خودمراقبتی از این حیث که باعث کاهش و مدیریت استرس کارکنان می‌شود، ارتقای سلامت جسم و روان آنها را در پی دارد، افزایش بهره‌وری، انگیزش شغلی، مسئولیت‌پذیری و حتی وفاداری و تعهد شغلی را در پی دارد، در نهایت منافع آن نه تنها متوجه کارکنان مراکز خواهد بود، بلکه کل جامعه از مزایای آن نفع خواهند بود (سازمان بهزیستی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، مراکز اقامتی).

۱۰-۶. تمرکز هم‌زمان بر الگوهای مختلف مواجهه با مسئله اعتیاد

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که در شرایط فعلی، نظام تصمیم‌گیر در حوزه مواجهه با مسئله اعتیاد غالب توجه خود را به سمت درمان‌های اجباری در ذیل ماده (۱۶) قانون اصلاحی مبارزه با مواد مخدر بنا گذاشته است و هزینه‌های هنگفتی را برای اجرای آن پیش‌بینی کرده است. مقبولیت و محوریت رویکرد فوق در نظام حکمرانی کشور باعث شده است به نقاط ضعف اساسی این رویکرد در حوزه عمل توجه چندانی نشود و همچنان شاهد اجرای چالش‌برانگیز آن در سطح کشور باشیم. به‌رغم اتخاذ چنین رویکرد تقلیل‌گرایانه‌ای، در مورد اثربخشی مراکز اجباری تردید جدی وجود دارد. علاوه بر این، مبتنی بر شواهد مختلف، بخش قابل توجهی از مددجویان پذیرش شده در مراکز اجباری، از ویژگی‌ها و شرایطی برخوردارند که نمی‌توان آنها را در ذیل معنای متجاهر نام نهاد و اغلب در نتیجه ضعف رویکرد جذب و در ادامه آن، غربالگری، روانه مراکز اجباری می‌شوند. شواهد میدانی و برخی از پژوهش‌ها تأییدکننده این امر است [۳۱] و [۳۲]. موضوعی که می‌تواند بر چسب‌زنی، مجرم‌پنداری، آسیب‌پذیری، تعمیق و سرایت‌پذیری از آسیب را برای گروه هدفی که غیرمتجاهر هستند (اگرچه مصرف‌کننده مواد هم باشند)، به‌دنبال داشته باشد و به تشدید مسئله دامن بزند. با جلوگیری از ورود این افراد به کمپ‌های اجباری از طریق اختصاص برخی از مراکز ماده (۱۵) در جهت پذیرش صرفاً این طیف از مراجعان، می‌توان از اختلاط مصرف‌کنندگان متجاهر و غیرمتجاهر در مراکز اجباری ممانعت کرده و به حکمرانی بهتر در این حوزه کمک کرد. همچنین اجرای این روش می‌تواند به تقویت تبصره «۲» ماده (۱۶) کمک کند، از بار هزینه‌های اضافی در حوزه درمان اجباری بکاهد و در نهایت مسئولیت و مشارکت خانواده را در مواجهه با مسئله ارتقا دهد (ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی، مراجع قضایی).

۱۱-۶. تقویت جایگاه مردم و تشکل‌های مردمی در مواجهه با مسئله اعتیاد

جلب مشارکت مردم و نهادهای مردمی در حوزه‌های مختلف مواجهه با مسئله اعتیاد اعم از پیشگیری، درمان و بازتوانی از الزام‌های مهم برای موفقیت و پایدارسازی برنامه‌ها محسوب می‌شود. تجربه‌های مواجهه با بحران‌های مختلف در طی سال‌های اخیر نشان داده است که همراهی مردم و مشارکت فعال آنها نقش مهمی در ارتقای سازوکارهای مواجهه با مسائل داشته است. از منظر بسیاری از اندیشمندان، اساس مشارکت

بر دو مقوله مهم یعنی حساس سازی و آگاه سازی مردم استوار است. در واقع، هر چقدر عامه مردم، تشکل‌ها و گروه‌های مختلف مردمی به ویژه عاملان اثر گذار و صاحب نفوذ و دارای جایگاه را نسبت به مسئله اعتیاد و ابعاد مختلف آن حساس و آگاه کنیم، احتمال مشارکت و همراهی آنها برای صرف هزینه در این حوزه و تقبل مسئولیت پذیری نیز افزایش می‌یابد. هزینه‌ای که صرفاً کمک‌های مالی نبوده و جنبه‌های مختلف حمایتی اعم از مشورتی، تصمیم‌سازی، شغل آفرینی، مهارت‌آموزی و نظایر آن را نیز در بر می‌گیرد.

مدیریت عالمانه و دقیق رسانه‌های ملی و شبکه‌های مجازی برای اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی عموم مردم، تدوین قوانین حمایتی اثربخش، تقویت نهادهای مدنی، ایجاد سامانه‌های مردمی، شفاف‌سازی در عملکرد و پاسخ‌گویی نهادهای متولی، اعتمادسازی سازمان‌های متولی در بین عموم و بهره‌گیری از تجربه‌های جهانی، برخی از توصیه‌های مهم در جهت جلب مشارکت‌های مردمی و تحقق رویکرد اجتماعی شدن مواجهه با مسئله اعتیاد است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان صدا و سیما).

منابع و مأخذ

- [۱] شیخ‌الاسلامی علی، یاقوتی زرگر حسن، محمدی نسیم. (۱۳۹۹). مقایسه شغل (درآمد معین) و مهارت‌های شغلی بهبود یافتگان از اعتیاد با سابقه بازگشت و فقدان بازگشت مجله علوم روان‌شناختی. ۱۹ (۹۶): ۱۶۴۶-۱۶۳۷.
- [۲] عبدی‌زرین سهراب، مهدوی حسین. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه‌کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۲ (۴۹): ۵۶-۳۹.
- [۳] اسلامی بهروز، طالبی محمدعلی، مهدی پور خراسانی ملیحه، ذاکری هامانه راضیه، کاظمی اعظم. (۱۳۹۶). ارزیابی تطبیقی میزان اثربخشی اقدام‌های کلینیک‌ها، کمپ‌ها و گروه‌های معتادین بی‌نام و ارائه مدلی کارآمد در کنترل و کاهش اعتیاد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۱ (۴۲): ۷۰-۵۳.
- [۴] اکبری زینب. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر خویش‌داری سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی ترک اعتیاد (کمپ‌های) شهر تهران. مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت. ۶ (۲): ۷۴-۸۵.
- [۵] کاظمی رضا، حسنی شهریار، دیده روشنی سونیا. (۱۳۹۷). اثربخشی مصاحبه‌انگیزی در تغییر سبک زندگی و کاهش میل به مصرف مواد در معتادان. نشریه طب انتظامی. ۷ (۲): ۷۰-۵۳.
- [۶] حاتمی نصاری، فاطمه، آزاد فلاح، پرویز، ترک، منصور، عیدی بایگی، مجید و قرایی اردکانی، شایسته. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر طرح‌واره‌های ناسازگار افراد دارای سوءمصرف مواد، سلامت جامعه. ۹ (۲): ۱۹-۱۰.
- [۷] عبدی حنانه، فرح بیجاری اعظم، احدی بتول، خدابخش پیرکلانی روشنک. (۱۴۰۳). موانع و تسهیل‌کننده‌های بهبودی در مصرف‌کنندگان تحت درمان اعتیاد: یک مطالعه کیفی مجله علوم روان‌شناختی ۲۳ (۱۳۷): ۳۱۴-۲۸۹.
- [۸] محمدی شیرکوه، نعمتی سارا. (۱۴۰۲). آسیب‌شناسی سازمانی مراکز ترک اعتیاد در پاسخ‌گویی به خواسته‌های محیط بیرونی: تأملی بر دیدگاه‌های ذی‌نفعان. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۷ (۶۹): ۳۵۳-۳۸۰.
- [۹] علی پور اسدآبادی فرشته، نامدار پور فهیمه. (۱۴۰۲). شناسایی عوامل مؤثر در بازگشت مجدد زنان بهبود یافته از اعتیاد به مواد مخدر: یک مطالعه کیفی. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۷ (۶۸): ۶۸-۴۷.
- [۱۰] مرادی، علیرضا و نوری، هادی. (۱۴۰۳). شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر ترک اعتیاد به مواد مخدر در مراکز ترک اعتیاد استان

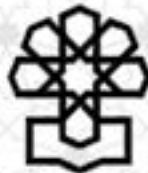


- سیستان و بلوچستان. پژوهش‌های مدیریت عمومی. ۱۷(۶۵): ۲۵۸-۲۳۱.
- [۱۱] احمدی، حبیب، غلامی آبیژ محسن. (۱۳۸۲). بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر اعتیاد: مطالعه موردی معتادان اردوگاه پیربنان شهر شیراز. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی. ۲(۵): ۸۱-۱۰۲.
- [۱۲] محمدی شیر کوه. (۱۴۰۳). مرکز اعتیاد ناب: ترسیم الگوی کارکردی مطلوب سازمانی مراکز ترک اعتیاد در ایران. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی. ۱۸(۷۳): ۱۰۹-۱۳۴.
- [۱۳] صداقت حسین، حیدرآبادی ابوالقاسم، عباسی اسفجیر علی اصغر. (۱۴۰۳). طراحی مدل بازپذیری اجتماعی مردان دارای جرائم مواد مخدر در زندان کرمان. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی. ۱۸(۷۳): ۱۵۵-۱۸۰.
- [۱۴] پورگنجی ابوالفضل، علی نژاد منوچهر. (۱۴۰۳). درک معنایی مصرف‌کنندگان مواد مخدر عضو انجمن معتادان گمنام نسبت به اعتیاد، فرایند و درمان آن. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی. ۱۸(۷۱): ۱۰۳-۱۳۸.
- [۱۵] بخشی جغناپ قدیر، عشایری طاه‌ها، احمدی میلاسی مرضیه. (۱۴۰۲). مرور نظام‌مند و فراترکیب پژوهش‌های مرتبط با عوامل مؤثر بر مصرف مواد مخدر در ایران بین سال ۱۳۸۱ تا ۱۴۰۰. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی. ۱۷(۶۹): ۷-۳۸.
- [۱۶] قره‌داغی شکرالله، یحیی‌زاده پیرسرایبی حسین، ذکابی محمد سعید، آقابخشی حبیب. (۱۴۰۱). فهم و شناخت مسائل و نیازهای نوجوانان وابسته به مواد محرک. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی. ۱۶(۶۶): ۱۹۳-۲۲۲.
- [۱۷] غلامی آبیژ محسن، عنایت حلیمه، خسروی رقیه. (۱۳۹۹). تجربه واقعی زنان از خانواده نابسامان در فرایند اعتیاد. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی. ۱۴(۵۸): ۱۱۳-۱۴۲.
- [۱۸] نیازی محسن، نوروزی میلاد، شریفی احسان، خرمیان رسول. (۱۳۹۷). تحلیل ناکارآمدی برنامه‌های پیشگیری: پژوهش کیفی. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی. ۱۲(۴۷): ۷۳-۹۲.
- [۱۹] خمرنیا محمد، پیوند مصطفی. (۱۳۹۷). علل بازگشت به اعتیاد به مواد مخدر و راهکارهای پیشنهادی در مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۷(۶): ۵۲۳-۵۳۸.
- [۲۰] حیدری اسدالله، محمدی رزگار، بهمنی محمود. (۱۳۹۶). اثربخشی مصاحبه‌انگیزی بر کاهش ولع و عود مصرف در بیماران سوءمصرف مواد تحت درمان با متادون. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی. ۱۱(۴۳): ۸۹-۱۰۴.
- [21] Anjum, W., Mubashir, A. S., Watto, S. A., Habib, S., Ramzan, M., & Mahmood, S. (2022). Challenges of Rehabilitation Among Patients with Substance Use Disorder: Professional Perspectives.
- [22] Waters, A., Ghertner, R., Meyers, K., and Baston, P. (2022). Challenges in Identifying and Supporting Human Services Participants with Substance Use Disorder. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services.
- [23] Muhammad Nadir Shah, & Farhat Ullah. (2025). Challenges Faced by Rehabilitation Workers in Drug Addicts Rehabilitation in District Swat of Khyber Pakhtunkhwa: A Qualitative Study. Journal for Social Science Archives, 3(2), 335-343. <https://doi.org/10.59075/jssa.v3i2.241>
- [24] Lama, A., & Patel, S. (2022). Challenges Faced by The Recovered Youth Drug Addict s in Their Normal Lives: An Exploratory Study in Darjeeling District of West Bengal, India. RESEARCH REVIEW International Journal of Multi-disciplinary, 7(1), 26-36. <https://doi.org/10.31305/rrijm.2022.v07.i01.003>
- [25] kaif, M., & Qurratul Ain Ali. (2024). Challenges in Substance Abuse Rehabilitation centers: Perspectives from the working professionals. South India Journal of Social Sciences, 22(4), 156-165. <https://doi.org/10.62656/SIJSS.v22i4.1135>

- [26] Ghuloom, I. (2021). Social Barriers Impeding the Re-integration of Rehabilitated Male Drug Users into The Society and Suggested Remedial Approaches: A Qualitative Focus Group Study. A Dissertation Submitted to Dubai Medical college In Partial Fulfilment of the requirement for the degree of MSc Addiction Sciences.
- [27] Martinelli, T. F., Nagelhout, G. E., Bellaert, L., Best, D., Vanderplasschen, W., & van de Mheen, D. (2020). Comparing three stages of addiction recovery: long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 27(5), 387-396. <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1779182>.
- [28] Martinelli TF, Roeg DPK, Bellaert L, Van de Mheen D, Nagelhout GE. (2023). Understanding the Process of Drug Addiction Recovery Through First-Hand Experiences: A Qualitative Study in the Netherlands Using Lifeline Interviews. *Qualitative Health Research*. 2023;33(10):857-870. doi:10.1177/10497323231174161.
- [29] Rolová, G., Lukavská, K., Ghaisová Tibenská, A., Skorkovský, T., Miovský, M., Vevera, J., & Gabrhelik, R. (2023). Factors associated with abstinence in addiction inpatient treatment cohort: a five-year follow-up. *Journal of Substance Use*, 30(1), 10–16. <https://doi.org/10.1080/14659891.2023.2226204>.
- [۳۰] اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر، مصوب ۱۳۸۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام.
- [۳۱] گنجی، مرتضی. (۱۴۰۳)، ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر، ماهنامه گزارش‌های کارشناسی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دوره ۳۲، شماره ۱۰.
- [۳۲] محمدی، فاطمه و درویشی فرد، علی اصغر (۱۴۰۴). ارزیابی عملکرد مرکز نگهداری از زنان متجاهر در کشور، ماهنامه گزارش‌های کارشناسی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دوره ۳۳، شماره ۳.
- [۳۳] سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۴). دستورالعمل تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد (معتادین)، اصلاحیه.
- [۳۴] کامپتون، بیولا رابرتز و گالاوی، بارت (۱۳۸۸). فرایندهای مددکاری اجتماعی، جلد دوم، ترجمه جلال‌الدین صدرالسادات و فرهاد کریمی. تهران: انتشارات سمت.

گزیده سیاستی

با توجه به اختیاری بودن درمان در مراکز ماده (۱۵) اگر شیوه مداخلات و درمان فردمحور باشد و مسیر توانمندسازی به درستی طی شود بی شک این مراکز می‌توانند در ترک اعتیاد اثربخش باشند.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی بازارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ • صندوق پستی: ۵۸۵۵-۱۵۸۷۵ • پست الکترونیک: mrc@majes.ir

وبسایت: rc.majles.ir