

مرور سیستماتیک اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان

امیر مغنی باشی منصوریه^۱، منصور فتحی^۲، فرید براتی سده^۳، ایوب اسلامیان^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۱/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۰۹

چکیده

هدف: هدف از مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی مداخلات درمان اجباری معتادان بوده است. **روش:** این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی بود و با توجه به روش اجرا، مطالعه مرور سیستماتیک یا مرور نظام مند تلقی می شود. جامعه آماری این مطالعه تمام مقالات، پژوهش ها، طرح ها و گزارش های تحقیقاتی به زبان فارسی و انگلیسی در خصوص ارزیابی و نتایج درمان اجباری معتادان در دوره زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ بود (به شرط چاپ در مجلات معتبر). **یافته ها:** پس از مرور مقالات در پایگاه های اطلاعاتی، تعداد ۱۱ مقاله که معیارهای ورود را دارا بودند وارد مطالعه شدند. میزان ۵۴/۵ درصد مقالات مربوط به کشور آمریکا بودند. تحقیقات نشان دادند که بیماران تحت درمان اجباری شرایط نامناسب تری داشته اند. تعداد اندکی از پژوهش ها بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی و در کل سلامت عمومی را در درمان اجباری گزارش داده اند. **نتیجه گیری:** پژوهش های مورد بررسی قرار گرفته حاکی از آن است که درمان داوطلبانه خروجی بهتری نسبت به درمان اجباری داشته هر چند که برای تصمیم گیری قابل اتکا پیشنهاد می شود تحقیقات بیشتری با روش تحقیق مناسب انجام شود.

کلید واژه ها: درمان اجباری، مرور سیستماتیک، معتادان

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران، پست الکترونیک:

Amir.moghani@yahoo.com

۲. استادیار گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه قرآن و حدیث، قم، ایران

۴. دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

مقدمه

اجبار قانونی روش رایجی برای اعمال نفوذ در درمان مصرف کنندگان مواد که راغب به درمان نیستند، بوده است (پرون و برایت^۱، ۲۰۰۸). در اوایل قرن هجدهم، بسیاری از روان‌پزشکان علائم آسیب به خود^۲ را معیار کافی برای درمان اجباری تشخیص می‌دادند. در قرن نوزدهم، ایده عمومی در خصوص موضوع مواد واضح‌تر شد و روی سیاست‌های سلامت روان تأثیر گذاشت. در آن موقع، دیدگاه غالب ضعف اخلاقی در خصوص اعتیاد به دیوانگی و جنون تغییر یافت. در سال ۱۹۱۴ قانون هاریسون در آمریکا تصویب شد. این قانون ملزم کرد افراد معتاد به هروئین، بازداشت شوند و تحت درمان قرار گیرند. اولین مرکز در راستای اجرای این سیاست در سال ۱۹۳۵ در کنتاکی^۳ تأسیس شد. دومین مرکز به فاصله سه سال بعد در تگزاس راه‌اندازی شد. هدف از این تسهیلات، ارائه یک فرصت به درمان‌گران حرفه‌ای به منظور درمان و بازتوانی مصرف کنندگان مواد بود (سولیوان^۴، ۲۰۰۸).

حدود ۳۰ سال بعد، در اوایل دهه ۱۹۶۰ به دلیل گسترش تعداد مصرف کنندگان هروئین، ایالت کالفرنیا اولین برنامه تعهد مدنی رسمی^۵ را برای افراد معتاد به هروئین در سال ۱۹۶۲ اجرا نمود. فرایند تعهد مدنی اجازه می‌داد معتادانی که تمایل داشتند، به طور داوطلبانه (بدون دخالت سیستم قضایی) برای درمان اقدام کنند و برای معتادانی که تمایلی به درمان نداشتند، رضایت درمانی از خانواده، یا نهادهای رسمی که تأیید می‌کردند خطر آسیب به خود فرد معتاد یا اطرافیانش قریب الوقوع است گرفته می‌شد (سولیوان، ۲۰۰۸). شواهد حاکی از آن است که طی ۲۵ سال اخیر گرایش به درمان اجباری سوءمصرف کنندگان مواد سیر آرام ولی رو به افزایش داشته است (ایسرالسون و گردنر^۶، ۲۰۱۲). رویکردهای درمان اجباری مواد در کشورهای جنوب آسیا (آمون، پیرشوز، کوهن و اسپچلیفر^۷، ۲۰۱۳)، فدراسیون روسیه (اوتیاشوا^۸، ۲۰۰۷)، آمریکای شمالی (رنجیفو و

1. Perron, & Bright
2. self-harm
3. Kentucky
4. Sullivan
5. Formal civil commitment program

6. Israelsson, & Gerdner
7. Amon, Pearsouse, Cohen, & Schleifer
8. Utyasheva

استفن^۱، (۲۰۱۳)، آمریکای لاتین (مالتا و بیرر^۲، ۲۰۱۳)، ایالات متحده و استرالیا (بروداستاک^۳، ۲۰۰۸)، اروپا (جانسون، هسه و فریدل^۴، ۲۰۰۸) و دیگر کشورها (فری، داوولی، پروسی^۵، ۲۰۱۱) اجرا می شوند.

مطالعه بحث‌ها و مشاجرات در خصوص موافقت یا مخالفت با درمان اجباری مصرف کنندگان مواد طی چندین دهه ادامه داشته است (استیونز^۶، ۲۰۰۵). یکی از اصلی ترین موضوعات مخالفت با درمان اجباری، موضوع آزادی مدنی و حقوق انسانی بوده است. برخی نیز اعتقاد دارند نادیده گرفتن رضایت شخص منجر به مقاومت وی در مقابل درمان می شود (مارلو^۷ و همکاران، ۱۹۹۶؛ وایلد، کانینگهام، و ریان^۸، ۲۰۰۶؛ پریچارد^۹ و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین سازمان‌های حرفه‌ای مانند انجمن مددکاران اجتماعی بر اهمیت خودتصمیم‌گیری تأکید دارند (پرون و برایت، ۲۰۰۸). گروهی دیگر مباحثی مبنی بر عدم توانایی افراد دچار بیماری‌های مزمن (مصرف کننده مواد) در خصوص مراقبت از منافع‌شان مطرح می کنند (کاپلان^{۱۰}، ۲۰۰۶؛ گلدسمیت و لاتسا^{۱۱}، ۲۰۰۱). از طرف دیگر اجبار به عنوان یک راه حل قانونی در خصوص مشکل امنیت جامعه مطرح بوده است (کلاگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۵).

از سوی دیگر، برخی از حامیان درمان اجباری استدلال می کنند که دولت‌ها برای رفاه عمومی و بهداشت اجتماعی باید درمان اجباری را به کار گیرند (آبادینسکی، ۱۳۸۴). اداره سیاست کنترل ملی مواد^{۱۳} آمریکا علاوه بر کاهش مصرف مواد، خدمات دیگری از جمله کاهش جنایت، کاهش خشونت خانگی، کاهش خطر عفونت ویروس اچ آی وی، ایجاد تغییرات مثبت در ارزش‌ها و شبکه‌های اجتماعی و افزایش روزهای کاری را برای درمان بر شمرده است (گلانتز و هارتل^{۱۴}، ۱۳۸۶). به اعتقاد موسسه ملی سوء مصرف

1. rengifo, & Stemen
2. Malta, & Beyrer
3. Broadstock
4. Jansson, Hesse, & Fridell
5. Ferri, Davoli, & Perucci
6. Stivens
7. Marlowe
8. Wild, Cunningham, & Ryan

9. Pritchard
10. Caplan
11. Goldsmith & Latessa
12. Klag
13. The office of national drug control policy
14. Glantz, & Hartel

آمریکا^۱ سیستم عدالت کیفری و سیستم‌های درمانی با همکاری یکدیگر می‌توانند منابع را به نفع سلامت، امنیت، و رفاه افراد و جامعه بهینه‌سازی کنند (موسسه ملی سوء مصرف آمریکا، ۲۰۱۴).

در کشور ایران نیز پس از پیروزی انقلاب، رویکرد مبارزه با موادمخدر شدت گرفت. از همان روزهای اول پس از انقلاب به تدریج احکام و فتاوی در زمینه تحریم اعتیاد و سوء مصرف مواد منتشر و حتی ترک اعتیاد به هروئین واجب و مصرف آن حرام شمرده شد (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰). در طی سه دهه گذشته، دستگیری معتادان، تبعید معتادان به جزیره، اجرای طرح‌های مختلف با عناوین متفاوت «درمان پلیس مدار»، «طرح نجات»، «طرح افزایش امنیت اجتماعی با رویکرد جمع‌آوری معتادان پرخطر»، اجرای مقدماتی دادگاه درمان مدار برای معتادان و نگهداری معتادان در مراکز دولتی، گویای آن بوده است که همواره مولفه «اجبار» نقش محوری در سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف درمانی اعتیاد در سطح کشور داشته است (معنی باشی منصوریه، ۱۳۹۴). در ایران با افزایش شیوع سوء مصرف مواد در کشور طی دهه اخیر (نوری و همکاران، ۱۳۸۷) در کنار افت شدید کیفیت زندگی معتادان تحت تأثیر تحریم‌های اقتصادی (دیلمی زاده و اسمی زاده، ۲۰۱۵) موجب شده سیاست‌گذاران، مسئولان و نیروی انتظامی برای مقابله با حجم زیاد معتادان و با ابراز نارضایتی مردم به طور مستمر اقدام به جمع‌آوری معتادان متجاهر از سطح خیابان‌ها و محله‌های آسیب‌خیز شهر نمایند (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۰). بر طبق آمار رسمی تا سال ۹۲ تعداد ۱۸ مرکز درمان اجباری مصرف کنندگان مواد (معروف به ماده ۱۶) در کشور وجود داشته و در طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ قریب به ۵۰ هزار فرد مصرف‌کننده مواد در این مراکز نگهداری شده‌اند (براتی سده، ۱۳۹۳) هرچند که عدم ارائه خدمات حمایت اجتماعی به ویژه خدمات مددکاری اجتماعی به بیماران و خانواده‌هایشان موفقیت این مداخلات را با چالش جدی مواجه کرده است (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۰؛ معنی باشی منصوریه، ۱۳۹۴).

استفاده از زور همیشه با توفیق همراه نبوده اما در تمام جوامع پیچیده از آن استفاده می‌شود (سخاوت، ۱۳۸۵). درمان اجباری مصرف‌کنندگان مواد با این رویکرد که این اقدام می‌تواند سبب کاهش جرائم شود توسط سیستم عدالت کیفری مورد حمایت قرار گرفته است (آنجلین^۱، ۱۹۹۸). در خصوص رابطه بین مواد و جرم سه مدل مطرح شده است: الف) مصرف مواد عامل جرم است. این مدل بیشتر از دو مدل دیگر مورد توجه قرار گرفته است. یکی از رویکردهایی که از این مدل حمایت می‌کنند رویکرد لزوم اقتصادی است. این رویکرد اشاره می‌کند که مصرف‌کنندگان مواد در حقیقت «برده مواد» می‌شوند و در نتیجه مصرف‌کنندگان مواد، انتخابی جز ارتکاب جرم برای به دست آوردن مواد ندارند (هامر سلی^۲ و همکاران، ۱۹۸۹). ب) جرم عامل مصرف مواد است. بر این اساس اعتقاد بر این است که درمان باید معطوف به کاهش جرم باشد و مسئله مواد نیز متعاقباً کاهش خواهد یافت. نظریه‌های خرده فرهنگی در این دسته می‌گنجد. ج) جرم و مصرف مواد سبب شناسی مشترک دارد. در این مدل فرض بر آن است که جرم و مصرف مواد از یک بستر نشأت می‌گیرند. به ویژه تأکید بر سبک زندگی مختل‌کننده با عدم وجود سیستم‌های حمایت اجتماعی، وجود مشکلات در مدرسه، عضویت در گروه‌های منحرف و ... مطرح می‌شود (هامر سلی و همکاران، ۱۹۸۹).

روش‌های مختلفی برای اجبار، تحریک یا هر شکلی که افراد مصرف‌کننده مواد وارد درمان شوند، وجود دارد. وایلد و همکاران (۲۰۰۶) این فشارهای بیرونی یا استراتژی‌های کنترل اجتماعی را بر اساس منبع آن به سه دسته گسترده تقسیم‌بندی می‌کند. دسته اول فشارهای حقوقی هستند شامل تعهد مدنی، درمان به تشخیص دادگاه^۳، و برنامه‌هایی که به جای رویکرد قضایی از رویکرد درمانی استفاده می‌کنند مانند دادگاه‌های درمان مواد^۴. دسته دوم فشارهای رسمی و غیر حقوقی می‌باشند؛ فشارهایی که به وسیله موسسات یا سیستم‌های غیر حقوقی از قبیل ارجاع به درمان اجباری توسط کارفرمایان، مدارس، برنامه‌های حمایت اجتماعی یا کمک به کودکان انجام می‌گیرد. دسته سوم را فشارهای

1. Anglin
2. Hammersley

3. court-ordered treatment
4. drug treatment courts

اجتماعی غیررسمی تشکیل می‌دهند. این فشارها معمولاً به شکل‌های بین فردی انجام می‌شود و به عنوان مثال می‌توان به تهدیدها و یا اولتیماتوم‌هایی از سوی خانواده یا دوستان به فرد مصرف‌کننده مواد اشاره کرد.

نظریه خود تعیین‌گری^۱ چگونگی ادراک رویدادهای اجتماعی (حکم دادگاه، دستگیری، فشار والدین، تهدید همسر و...) را مطرح نموده و تأثیر آن‌ها را بر فرایند انگیزه مورد مذاقه قرار می‌دهد. این نظریه، انگیزه را در انجام فعالیت‌های مختلف در پیوستاری مشخص می‌نماید؛ پیوستاری از فعالیت‌هایی که کاملاً توسط اجبارهای اجتماعی بیرونی شروع شده و کنترل می‌شوند تا فعالیت‌هایی که کاملاً به تصمیم خود فرد انجام می‌شوند. طبق این نظریه، استقلال^۲، پیوند^۳ و شایستگی^۴ سه نیاز روانی- اجتماعی اساسی افراد هستند (دسی و رایان^۵، ۲۰۰۲). استقلال نیاز افراد به آزادی عمل برای پرداختن به فعالیت‌های موردنظر و نیز به آرزوی تبحر داشتن در فعالیت‌ها اشاره دارد. شایستگی نیاز افراد به ماهر شدن و اثربخش بودن در تعاملات خود با محیط اطلاق می‌شود و پیوند نیز به تمایل افراد برای داشتن تعاملات بین فردی مطلوب و حس تعلق داشتن به یک زمینه اجتماعی خاص اشاره دارد (کوال و فورتیر^۶، ۱۹۹۹).

۱۴۶

146

بر اساس این نظریه وقتی رویدادهای اجتماعی احساس تحت کنترل و اجبار بودن را افزایش دهند، انگیزه درونی^۷ (مثلاً علاقه و مشغولیت در فعالیت‌ها) کاهش می‌یابد. برعکس، وقتی رویدادهای اجتماعی باعث افزایش احساس حمایت از استقلال و خودمختاری شوند، انگیزه درونی به سوی انجام فعالیت‌ها افزایش می‌یابد (دسی و رایان، ۲۰۰۲). این نظریه انگیزه بیرونی را در ارتباط با اعتقادات فرد تعریف می‌کند بدین گونه که فرد مصرف‌کننده مواد به سمت درمان می‌رود زیرا رویدادهای اجتماعی از وی درخواست کرده‌اند یا او را برای گرفتن کمک مجبور و تحت فشار قرار داده‌اند. همچنین براساس این نظریه، انگیزش درون‌فکنی شده به ناسازگاری‌های (مثلاً احساس مقصر بودن

1. self-determination
2. autonomy
3. relatedness
4. competence

5. Deci, & Ryan
6. Kowal & Fortier
7. intrinsic

و اضطراب) مربوط به تصمیم درمان باز می‌گردد. به علاوه انگیزش هویتی زمانی اتفاق می‌افتد که مراجعان شخصاً اهداف درمان را شناسایی کنند، متعهد به این اهداف شوند، و جستجوی کمک را انتخاب کنند.

در کشور ما در خصوص کارآیی و اثربخشی درمان اجباری مصرف‌کنندگان مواد اندک تحقیقاتی انجام شده اما در سایر کشورها از جمله آمریکا و کشورهای اروپایی بررسی همه جانبه اثربخشی و نقاط ضعف و قوت درمان اجباری مصرف‌کنندگان مواد موضوعی جدی و مهم بوده است (رجین، ۲۰۰۸). به همین منظور و با توجه به استفاده روزافزون از درمان اجباری در کشور، هدف از این مطالعه بررسی درمان اجباری از جنبه‌های گوناگون و گزارش‌های پژوهشی انجام شده در خصوص اثربخشی و کارآیی این روش درمانی است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی است و با توجه به روش اجرا، مطالعه مرور نظام‌مند تلقی می‌شود. مرور تحقیقات گذشته به شیوه‌های مختلفی انجام می‌شود که یکی از شناخته شده‌ترین آن‌ها مرور نظام‌مند است که نوعی مطالعه و تحلیل ثانویه مطالعات پیشین است. به عبارتی، مرور نظام‌مند جستجوی ساخت یافته‌ای است که براساس قوانین و ضوابط از پیش تعیین شده انجام می‌شود. جامعه آماری این مطالعه تمامی مقالات، پژوهش‌ها، طرح‌ها و گزارش‌های تحقیقاتی به زبان فارسی و انگلیسی در خصوص ارزیابی و نتایج درمان اجباری اعتیاد که در دوره زمانی سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ به چاپ رسیده‌اند، می‌باشد. استراتژی‌های به کار رفته عبارت بودند از: الف - استراتژی جستجو در منابع فارسی: کلیدواژه‌های درمان اجباری معتادان، درمان دادگاه‌مدار سوء مصرف‌کنندگان مواد، درمان غیرداوطلبانه معتادان در عنوان چکیده و کلید واژه‌های مقالات در پایگاه‌های علمی Magiran، Google scholar، Sid، Noormags و irandoc

مورد جستجو قرار گرفت. ب- استراتژی جستجو در منابع غیرفارسی: با توجه به این که درمان اجباری با عناوین مختلفی مورد استفاده قرار می‌گیرد کلیدواژه‌های مختلفی از قبیل *Semi-Compulsory, Mandatory treatment, compulsory Drug Treatment in volunteer, obligatory treatment, Coercive Drug treatment, treatment in volunteer, Court base drug treatment, civil commitment base treatment* و پایگاه‌های اطلاعات علمی *PubMed, wiley, sciencedirect, Google scholar, SAMHSA* و *NIDA* مورد جستجو قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به این مطالعه، مقالاتی بوده که در بازه زمانی سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ به ارزیابی نتایج درمان اجباری مصرف‌کنندگان مواد پرداخته‌اند. ملاک خروج عبارت بود از: روش مروری و اسنادی مقالات.

یافته‌ها

اگرچه مطالعات زیادی از منظر جنبه‌های مختلف درمان اجباری اعتیاد منتشر شده بود اما مطالعات اندکی به بررسی اثربخشی این نوع درمان پرداخته بودند. به این ترتیب جستجوی کلیدواژه‌های مرتبط با موضوع مطالعه در منابع علمی در مجموع ۲۹۴ نتیجه در برداشت. پس از مطالعه چکیده، واژگان اصلی مقالات و سال انتشار آن‌ها تعداد ۳۴ مقاله جهت بررسی انتخاب شدند که تعداد دو مقاله مربوط به کشور ایران بودند. پس از مطالعه کامل مقالات، تعداد یازده مطالعه که معیارهای ورود را دارا بودند انتخاب شدند و نتایج آن‌ها وارد مطالعه شد.

مطالعه اول توسط گادیش^۱ (۲۰۰۲) از آمریکا انجام شده بود. تعداد نمونه‌ی مورد مطالعه ۶۱۸ نفر در طرح علی-مقایسه‌ای بود. جامعه مورد مطالعه را دو گروه آزمایش (مشارکت‌کنندگان در درمان دادگاه مواد) و کنترل (غیر مشارکت‌کنندگان) تشکیل می‌دادند. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه از نظر میزان دستگیری مجدد تفاوت معناداری وجود ندارد. مطالعه دوم توسط برجت، آنجلین و دیلان^۲ (۲۰۰۵) در آمریکا انجام شده بود. مطالعه طولی و تعداد نمونه ۳۵۰ نفر بود. جامعه این تحقیق را

1. Guydish

2. Brecht, Anglin, & Dylan

مصرف کنندگان مواد مت‌آمفتامین پذیرش شده در سیستم درمانی بخش عمومی ایالت کالیفرنیا تشکیل داده بودند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام شده بود. نحوه جمع‌آوری اطلاعات مربوط به بیماران با استفاده از مصاحبه تاریخ طبیعی^۱ به دست آمده بود. بین دو گروهی که تحت اجبار و داوطلبانه وارد درمان شده بودند تفاوت معناداری بین متغیرهای تکمیل دوره درمانی، عود تا ۶ ماه، تعداد روزهایی که در دو سال پیگیری مت‌آمفتامین مصرف کرده بودند وجود نداشت.

مطالعه سوم توسط کولپند و ماکسول^۲ (۲۰۰۷) در آمریکا انجام شده بود. مطالعه‌ای گذشته‌نگر که با تعداد ۲۷۱۹۸ نمونه انجام شد. جامعه مطالعه پرونده‌های بالینی مربوط به افرادی بود که در برنامه‌های درمانی شهر تگزاس بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵ به دلیل مشکلات مصرف حشیش مراجعه کرده بودند. نتایج نشان داد احتمال بیشتری برای تکمیل دوره درمان در بین افرادی که به طور اجباری وارد شده بودند نسبت به مراجعانی که بدون اجبار وارد درمان شده بودند، وجود داشت. همچنین افرادی که به طور اجباری وارد درمان شده بودند، تا ۹۰ روز پیگیری پس از درمان نیز مصرف حشیش نداشتند. مطالعه چهارم توسط بوردون^۳ و همکاران (۲۰۰۷) در آمریکا انجام شده بود مطالعه‌ای علی-مقایسه‌ای با ۴۱۶۵ نفر نمونه. جامعه تحت مطالعه رازنان و مردان زندانی مشمول عفو مشروط تشکیل می‌دادند که خدمات درمان اجتماع‌مدار مبتنی بر زندان دریافت کرده بودند و پس از آزادی از زندان فقط از خدمات سرپایی یا اقامتی استفاده کرده بودند. رابطه معناداری بین میزان بازگشت به زندان و نوع درمان اجباری (سرپایی با متادون و درمان اجباری اقامتی) به دست نیامده بود. رابطه معناداری بین میزان مصرف مواد و الکل و نوع درمان اجباری (سرپایی با متادون و درمان اجباری اقامتی) وجود نداشت. هرچند این مورد برای افرادی که در دوره‌ی عفو مشروط تحت درمان سرپایی قرار گرفتند مقداری کمتر بود.

مطالعه پنجم توسط استون، بابوسیو، کارول^۱ (۲۰۰۷) در آمریکا انجام شده بود، کارآزمایی بالینی با ۲۴۳ نمونه. بررسی پیشینه دو گروه که از طریق سیستم قضایی وارد درمان شده بودند و گروهی که به صورت داوطلبانه درمان را انتخاب کرده بودند در این تحقیق نشان داد دو گروه از لحاظ داشتن اختلال شخصیت ضد اجتماعی، سابقه وابستگی به الکل، دفعات دستگیری و سابقه محکومیت دارای تفاوت معناداری بوده و در تمامی این موارد سطح بالاتری از آن گروهی بود که تحت درمان اجباری بودند. سطح تحصیلات، میزان اشتغال نیز به صورت معناداری در این گروه پایین تر بود. تفاوت معناداری در میانگین مصرف مواد، میانگین سنی، نژاد، وضعیت تاهل، جنسیت، میزان مصرف کوکائین، سنوات مصرف منظم مواد، سابقه درمان اعتیاد و بیماری‌های روان‌پزشکی، اختلال افسردگی و اضطراب دو گروه وجود نداشت. در طول دوره درمان بین دو گروه از نظر میزان آمادگی برای درمان تفاوت معناداری وجود داشت. از لحاظ دفعات دستگیری در طول دوره‌ی درمان و مصرف کوکائین و الکل در بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. هیچ‌گونه تفاوت معناداری در بین دو گروه در دوره‌ی درمان از نظر روزهای پاکی، تعداد روزهای مصرف کوکائین و الکل، تعداد روزهای اشتغال، تعداد روزهای پرهیز از مصرف مواد و الکل و میانگین نزاع با خانواده مشاهده نشد. در یک پیگیری یک ساله تفاوت معناداری در میانگین روزهای مصرف مواد، الکل و روزهای سپری شده در زندان وجود نداشت. از نظر دفعات دستگیری تفاوت معنادار بود؛ به گونه‌ای که در بین گروه درمان داوطلبانه پایین تر بود. البته با وارد کردن متغیر شخصیت ضد اجتماعی این تفاوت نیز معناداری خود را از دست می‌داد. به طور کلی می‌توان گفت تفاوت معناداری در فرایند و نتایج درمان مشاهده نمی‌شد.

مطالعه ششم توسط پرون، و برایت^۲ (۲۰۰۸) در آمریکا انجام شده بود مطالعه‌ای مقطعی-توصیفی با ۳۳۰۶ نفر نمونه. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر اجبار قانونی روی خروج پیش از موعد بیماران از درمان بود. برای غلبه بر محدودیت‌های تحقیقات قبلی،

1. Easton, Babuscio, & Carroll

2. Perron, & bright

این مطالعه از داده‌های برگرفته شده از مطالعه ارزیابی بهبود درمان ملی^۱ استفاده کرده بود. تعداد ۹۸۶ نفر درمان اقامتی کوتاه مدت، ۸۸۱ نفر درمان اقامتی بلند مدت و ۱۴۳۹ نفر که درمان سرپایی را دریافت کرده بودند نمونه تحقیق را تشکیل می‌دادند. تفاوت معناداری در میزان مصرف مواد میان گروه درمان اجباری (تحت درمان کوتاه مدت) و درمان داوطلبانه وجود داشت به نحوی که در درمان اجباری پایین تر بود. این تفاوت با درمان اجباری سرپایی معنادار نبود. رابطه معنادار میان درمان اجباری و کاهش خروج از درمان قبل از موعد وجود داشت. این رابطه در درمان کوتاه مدت بیشتر از دو نوع درمان اجباری طولانی مدت (بستری بیش از دو ماه) و سرپایی بود. به صورت معناداری بیشترین میزان خروج از درمان اجباری متعلق به درمان‌های سرپایی بود. رابطه معناداری بین تطابق خدمات و کاهش خروج پیش از موعد از درمان وجود داشت. هرچند از آنجایی که جزئیات بیشتری در دست نیست، تصور رابطه علت و معلولی بین این دو متغیر دشوار است. می‌توان این گونه برداشت کرد که فردی که درمان را پاسخ‌گوی نیازهای خود می‌داند دلیل بیشتری برای ادامه آن خواهد داشت. تفاوت واضح و آشکاری در تاثیرگذاری درمان کوتاه مدت (بستری زیر دو ماه) با سایر روش‌ها (بلند مدت و سرپایی) وجود داشت. احتمالاً دلیل این امر به مدت دوره و تکمیل دوره باز می‌گردد که در درمان کوتاه مدت راحت تر است و در بستری هم احتمالاً دوره کامل نمی‌شود.

مطالعه هفتم توسط اسچاب^۲ و همکاران (۲۰۰۹) در بریتانیا، ایتالیا، استرالیا، آلمان و سوئیس انجام شده بود، مطالعه‌ی روند با ۸۴۵ نمونه. جامعه این تحقیق را دو گروه افرادی که به طور داوطلبانه تحت درمان قرار گرفته بودند (گروه کنترل) و گروهی که درمان اجباری دریافت کرده بودند (گروه آزمایش) تشکیل می‌دادند. برای جمع‌آوری اطلاعات از نسخه اصلاح شده شاخص شدت اعتیاد اروپا^۳ استفاده شده بود. قبل از ورود به درمان به صورت معناداری میزان تحصیلات، دریافت مراقبت‌های پزشکی و مصرف بیش از اندازه الکل در گروه درمان اجباری پایین تر بود. به صورت معناداری میزان بی‌خانمانی، جرائم

1. National Treatment Improvement
Evaluation Study (NTIES)
2. Schaub

3. the European Addiction Severity
Index

خشن، سنوات مصرف کراک، مدت زمان تحت درمان سرپایی و سنوات بیکاری در گروه درمان اجباری نسبت به گروه مقایسه بالاتر بود. بعد از انجام مداخلات درمانی کاهش معناداری در مصرف مواد دو گروه مشاهده شد. لازم به ذکر است این میزان کاهش در گروه درمان اجباری اندکی بالاتر بود. همچنین بیشترین کاهش مصرف مواد به شش ماه اول درمان مربوط می‌شد. کاهش ارتکاب جرم در هر دو گروه معنادار بود. در این گزینه میزان کاهش بالاتری در گروه درمان اجباری مشاهده شد. بهبود نسبی در وضعیت سلامت عمومی مشارکت‌کنندگان هر دو گروه به وجود آمد. بهبود وضعیت سلامت عمومی گروه اجباری بالاتر بود. تفاوت معناداری در اشتغال، احساس خودکارآمدی و سلامت روان دو گروه نسبت به شروع دوره ایجاد نشد. تفاوت معناداری در دستگیری دو گروه مشاهده می‌شد. افرادی که به صورت داوطلبانه وارد درمان شده بودند کمتر دستگیر شده بودند. این مسئله به نوع درمان ارتباطی ندارد و به سابقه ارتکاب جرم و پیشینه‌ی افراد بازمی‌گشت. میزان ماندگاری در درمان دو گروه تفاوت معناداری با هم نداشت.

مطالعه هشتم توسط دکر، ابرین و اسمیت^۱ (۲۰۱۰) در استرالیا انجام شده بود، کار آزمایشی بالینی با ۱۰۶ نمونه. جامعه تحقیق را مجرمانی که طی آگوست سال ۲۰۰۶ تا ۳۱ جولای ۲۰۰۹ به دادگاه مواد ارجاع داده شده بودند تشکیل می‌دادند. بهبود قابل توجه در سلامت روانی و سلامت جسمی افراد گزارش شده بود. وضعیت سلامت روان افرادی که تحت درمان اجباری قرار گرفته بودند تفاوت معناداری نسبت به ابتدای ورود به درمان داشت. پس از گذشت یک سال از درمان این تفاوت معنادار نبود اما در اتمام دوره‌ی پیگیری (حدود ۳ سال) بهبود معناداری در سلامت روان شرکت‌کنندگان مشاهده شد. بهبود قابل توجه و معناداری در سلامت جسمی شرکت‌کنندگان در درمان اجباری ایجاد شده بود. این تغییرات هم در اتمام فاز اول و هم در انتهای پیگیری همچنان معنادار بود. واکنش مثبت نسبت به مشارکت در درمان در دوره حبس و ابتدای درمان تفاوت معناداری داشت. این تفاوت در انتهای یک سال اول درمان نیز به قوت خود باقی بود. اما در پیگیری که در آخر دوره شد تفاوت معناداری مشاهده نشد. تفاوت معناداری در آمادگی برای

درمان مشارکت کنندگان قبل و بعد از درمان دیده می‌شد. آمادگی آن‌ها برای درمان افزایش یافته بود. هرچند به واسطه اجباری بودن درمان در ابتدای ورود به درمان امکان طرح رضایتمندی نبود. اما در انتهای فاز اول (۱ سال اول درمان) و انتهای پیگیری (حدود ۳ سال) تفاوت معناداری در میزان رضایت درمان مشاهده نشد. هرچند افزایش قابل توجهی در جواب‌های مثبت نسبت به سوال "به نظر شما این درمان (اجباری) به شما کمکی خواهد کرد؟" دیده می‌شد اما به لحاظ آماری تغییرات معنادار نبود. میزان پاسخ‌های مثبت به سوال "آیا برای مراقبت در مقابل گرایش مجدد به مصرف مواد نیازمند کمک و مراقبت هستید؟" به میزان قابل توجه و معناداری افزایش پیدا کرد. کاهش معناداری (در سطح ۱٪) در پاسخ به سوال "آیا برای پیشگیری از ارتکاب رفتارها و اقدامات بزهکارانه نیازمند کمک هستید؟" وجود داشت. در انتهای فاز اول و دوم به ترتیب ۸۳ و ۷۹ درصد از مشارکت کنندگان از اتمام مرحله مزبور احساس رضایت داشتند. به ترتیب ۷۷ و ۸۴ درصد از مشارکت کنندگان در انتهای فاز اول و دوم اظهار داشتند به خوبی می‌توانند با اجتماع اطراف خود کنار بیایند.

۱۵۳

153

مطالعه نهم توسط لارنی، توسون، دولان^۱ (۲۰۱۲) در استرالیا انجام شده بود، مطالعه‌ای طولی با ۳۷۵ نفر نمونه. جامعه این پژوهش عبارت بودند از: مردان مصرف کننده هرئین طی سال‌های ۷-۱۹۹۶ در زندان‌های ایالت ولز جدید جنوبی^۲ استرالیا. ارتباط معناداری میان قرار گرفتن تحت درمان اجباری به روش درمان جایگزین اپیوئیدها و زمان آزادی، خطر دستگیری و حبس مجدد وجود نداشت. با این وجود ماندن در درمان پس از آزادی خطر حبس مجدد را تا ۲۰٪ کاهش می‌داد. ۹۰٪ زندانیانی که تحت درمان اجباری (به روش درمان جایگزین اپیوئیدها) قرار گرفته بودند، سابقه بازگشت به زندان را داشتند.

مطالعه دهم توسط فیریرن^۳ و همکاران (۲۰۱۵) در تایلند انجام شده بود، مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی با ۴۲۲ نفر نمونه. جامعه این تحقیق را افراد تزریق کننده مواد در سال ۲۰۱۱ در بانکوک تایلند بودند. حبس؛ درمان داوطلبانه مواد؛ تزریق میدازولام؛^۴ اولین بار

1. Jarney, Toson, & Dolan
2. New South Wales

3. Fairbairn
4. midazolam

تزریق، به طور معناداری با دوره توقف تزریق بیش از یک سال ارتباط داشتند. در معرض درمان اجباری قرار گرفتن ارتباط مثبت و متادون درمانی ارتباط منفی با توقف کوتاه مدت تزریق داشت.

مطالعه یازدهم توسط رحیمی موقر و همکاران (۲۰۱۱) انجام شده بود، مطالعه‌ای کمی-کیفی با ۷۹ نمونه. نتایج پیگیری دو ماهه نشان داد از ۷۹ نفر معتاد، یک نفر فوت کرده و یک نفر به بیمارستان فرستاده شده و بازنگشته بود. تعداد ۱۶ نفر هنوز در مرکز شفقت اقامت داشتند. از سرنوشت ۱۰ نفر پس از ترخیص اطلاعی به دست نیامد. تعداد ۵۱ نفر باقیمانده به هشت مرکز متادون درمانی دولتی ارجاع داده شدند. نتایج پیگیری شش ماهه نشان داد ۲۳/۵ درصد از ۵۱ نفر تحت درمان متادون، به درمان خود ادامه می‌دادند. از ۱۶ نفر مقیم مرکز شفقت ۱۲ نفر هنوز در مرکز بودند. از ۴ نفر ترخیص شده ۲ نفر تحت درمان متادون بودند.

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه‌ای بین‌المللی مشخص شد که از بین ۱۰۹ کشور، ۶۹ درصد مجوز قانونی درمان اجباری معتادان در قانون آن‌ها دیده شده است (ایسرالسون و گردنر، ۲۰۱۲). پرداختن به موضوع درمان اجباری معتادان به دلیل تداخل با جنبه‌های اخلاقی، درمانی، حقوق شهروندی و مدیریت شهری همچنین کاربری رو به افزایش آن طی دهه‌ی گذشته در کشورهای جنوب غرب آسیا و به ویژه در کشور ایران، از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار بوده است. برخی مطالعات پژوهشی، زمینه درمان اجباری را امکان‌پذیر و همراه با چالش‌های سیاسی می‌دانند و به همین منظور مذاکره بین علم و سیاست را ضروری قلمداد می‌کنند (وونگ، ۲۰۱۷). پژوهش‌های مورد بررسی در این مطالعه طیف گسترده‌ای از متغیرها را شامل می‌شد. برخی از مطالعات در خصوص متغیرهای جمعیت‌شناختی بیماران مباحثی را مطرح کرده‌اند. پژوهش استون و همکارانش (۲۰۰۷) نشان می‌داد بین دو گروه تحت درمان داوطلبانه و اجباری از لحاظ داشتن اختلال شخصیت ضداجتماعی، سابقه

وابستگی به الکل، دفعات دستگیری و سابقه محکومیت تفاوت معناداری وجود داشته و در همه این موارد سطح بالاتر مربوط به بیماران تحت درمان اجباری بوده است. همچنین در این مطالعه عنوان شده که تفاوت معناداری در میانگین مصرف مواد، میانگین سنی، نژاد، وضعیت تاهل، جنسیت، میزان مصرف کوکائین، سنوات مصرف منظم مواد، سابقه درمان اعتیاد و بیماری‌های روان‌پزشکی، اختلال افسردگی و اضطراب دو گروه وجود نداشت. در مطالعه رحیمی موقر و همکاران (۱۳۹۰a) نیز به پرخطر بودن افراد مورد مطالعه از نظر بیماری‌های عفونی ایدز و هیپاتیت اشاره شده است.

در مطالعه‌ای دیگر به طور معناداری میزان تحصیلات، دریافت مراقبت‌های پزشکی و مصرف بیش از اندازه الکل در گروه درمان اجباری پایین تر بود. همچنین به طور معناداری میزان بی‌خانمانی، میزان تحصیلات، جرائم خشن، سنوات مصرف کراک، مدت زمان تحت درمان سرپایی و سنوات بیکاری در گروه درمان اجباری نسبت به گروه مقایسه بالاتر بوده است (اسپچاب و همکاران، ۲۰۰۹). در مجموع شواهد نشان دهنده آن است که بیماران تحت درمان اجباری شرایط نامناسب تری داشته‌اند. با توجه به مطالعات بررسی شده، تعداد اندکی بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی و در کل سلامت عمومی را در درمان اجباری گزارش داده بودند (دکر، و همکاران، ۲۰۱۰؛ اسپچاب و همکاران، ۲۰۱۰). تعدادی از مطالعات عدم تفاوت معنادار بین خروج از درمان قبل از اتمام دوره درمانی با نوع درمان (اجباری یا داوطلبانه) را گزارش داده بودند (برچت، و همکاران، ۲۰۰۵؛ اسپچاب و همکاران، ۲۰۱۰). البته در یکی از مطالعات، به صورت معناداری بیشترین میزان خروج از درمان قبل از موعد مقرر، مربوط به درمان اجباری سرپایی گزارش شده بود (پرون و برایت، ۲۰۰۸).

در بین مطالعات انجام شده ۳ مطالعه متغیر بازگشت به مصرف مواد^۱ را مورد سنجش قرار داده بودند. در بررسی برچت، و همکاران (۲۰۰۵) تفاوت معناداری در میزان عود تا ۶ ماه پس از خروج از درمان بین افرادی که داوطلبانه تحت درمان قرار گرفته و بیمارانی که به اجبار وارد درمان شده بودند مشاهده نشده بود. این امر در مطالعه استون و همکارانش

(۲۰۰۷) و اسپچاپ و همکارانش (۲۰۱۰) نیز گزارش شده و به نظر می‌رسد که متغیرهای دیگری در میزان عود تأثیر دارند و آن‌ها می‌توانند حتی با وجود درمان اجباری موثر واقع شوند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه مروری ورب^۱ و همکارانش (۲۰۱۶) در یک راستا است. متغیر دیگری که تعدادی از مطالعات به آن پرداخته بودند بر محور دستگیری مجدد معنادار پس از درمان بوده است. تنها یک مطالعه در پیگیری یک‌ساله کاهش معنادار دستگیری مجدد در افراد درمان داوطلبانه گزارش شده بود (استون، و همکاران، ۲۰۰۷). هر چند که در همین گزارش هم با اضافه شدن متغیر شخصیت ضد اجتماعی به تحلیل، این تفاوت غیر معنادار بوده است. در سایر مطالعات ارتباط معناداری بین نوع درمان و دستگیری مجدد منتشر نشده بود (گادیش، ۲۰۰۲؛ بوردون و همکارانش، ۲۰۰۷؛ لارنی، و همکاران، ۲۰۱۲). بدین ترتیب به نظر می‌رسد دستگیری مجدد نیز مانند عود صرفاً به نوع درمان (داوطلبانه یا اجباری) ارتباط ندارد و عوامل دیگری را برای این امر باید جستجو نمود. آمادگی برای درمان نیز متغیر دیگری بوده که مورد توجه پژوهش‌ها قرار گرفته است. آمادگی برای درمان به عنوان تعهد، دلیل و هدف بیمار تلقی می‌شود که به انجام رفتارهای خاص مرتبط با درمان منجر می‌شود و باعث نگهداری بیمار در درمان و دستیابی به اهداف درمانی می‌شود (رپ^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). در یک مطالعه آمادگی برای درمان به صورت معناداری در دو گروه اجباری و داوطلبانه تفاوت داشت به طوری که در گروهی که داوطلبانه وارد درمان شده بودند، میزان بالاتری داشت (دکر، و همکاران، ۲۰۱۰). در مطالعه استون و همکاران (۲۰۰۷) نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در آمادگی برای درمان مشارکت‌کنندگان (دو گروه داوطلبانه و اجباری) قبل و بعد از درمان دیده می‌شود و آمادگی آن‌ها برای درمان افزایش یافته است.

در مطالعه اسپچاب و همکارانش (۲۰۰۹) به تأثیر درمان اجباری و داوطلبانه در میزان اشتغال، احساس خود کارآمدی و سلامت روان بیماران نیز اشاره شده که بنا به نتایج این پژوهش تفاوت معناداری در این متغیرها در دو گروه نسبت به شروع دوره ایجاد نگردیده است. متغیر اشتغال در مطالعه استون و همکاران (۲۰۰۷) نیز تفاوت معناداری نداشته است.

گزارش دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل^۱ چهار فاکتور (۱) بی نتیجه بودن (۲) نایمن برای مراجعان (۳) هزینه بر بودن (۴) عدم برخورداری مراکز از شایستگی‌ها و صلاحیت‌های کافی را در تحلیل وضعیت^۲ مراکز درمان اجباری بیان کرده است (دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل، ۲۰۱۵). به علاوه نتایج یک مطالعه مروری نیز عدم اثربخشی درمان اجباری را تأیید می‌کند (ورب و همکاران، ۲۰۱۶) که با یافته‌های این تحقیق مبنی بر پایین بودن اثربخشی درمان اجباری همسو است.

پژوهش‌های مورد بررسی قرار گرفته در این مطالعه با برخی محدودیت‌ها از قبیل تأکید بر خود گزارشی بودن اطلاعات، نبود خدمات استاندارد و تفاوت در کیفیت و مدیریت مراکز مختلف و استفاده از اطلاعات دسته دومی دیگر پژوهش‌ها مواجه بودند. اما آنچه از یافته‌ها و نتایج پژوهش‌های مورد بررسی قرار گرفته حاصل می‌شود حاکی از آن است که درمان داوطلبانه خروجی بهتری نسبت به درمان اجباری داشته است. راه‌اندازی دادگاه‌های درمان‌مدار^۳ در دنیا تجربه ارزشمندی است که به نظر می‌رسد می‌تواند از نقاط ضعف درمان اجباری کاسته و از سوی دیگر موجب افزایش اثربخشی خدمات درمانی شود. با توجه به تأکید شواهد مبنی بر عدم اثربخشی درمان اجباری، سیاست‌گذاران باید به دنبال پیاده‌سازی برنامه‌های درمانی داوطلبانه، مبتنی بر شواهد به منظور کاهش آسیب‌های مصرف مواد باشند (دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل، ۲۰۱۵؛ ورب و همکاران، ۲۰۱۶). موضوع درمان اجباری در کشورهای مختلف، قوانین متفاوت، مفاهیم مختلف و شیوه اجرای متفاوتی دارد. در این مقاله مطالعاتی که مورد بررسی قرار گرفتند دارای حجم نمونه، مداخلات و روش تحقیق متفاوت بودند به همین دلیل در مقایسه مطالعات باید این ملاحظات را مدنظر قرار داد. با توجه به کاربرد روز افزون درمان اجباری در کشور ما و عدم وجود پژوهش‌ها در خصوص هزینه اثربخشی این نوع درمان، پیشنهاد می‌شود در این خصوص پژوهش‌هایی براساس داده‌های دسته اول صورت گیرد.

منابع

آبادینسکی، هوارد (۲۰۰۴). *موادمخدر، نگاه اجمالی*. ترجمه جلیل کریمی، مهدی دهقانی کاظمی، محمدعلی زکریایی، علی قراخانی (۱۳۸۴). تهران: دفتر تحقیقات، مطالعات و آموزش ستاد مبارزه با موادمخدر.

براتی سده، فرید (۱۳۹۳). *توصیف درمان اجباری اعتیاد در ایران*. هشتمین کنگره بین المللی دانش اعتیاد، تهران.

رحیمی موقر، آفرین؛ خستو، گل آرا؛ رزاقی، عمران؛ صابری زفرقندی، محمدباقر؛ نوروزی، علیرضا؛ و جارسپاه، رضا (۱۳۹۰b). *درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده، در مرکز اقامتی: ارزیابی نتایج مداخلات*. فصلنامه پایش، ۱۰(۴)، ۴۹۳-۵۹۲.

رحیمی موقر، آفرین؛ خستو، گل آرا؛ رزاقی، عمران؛ صابری زفرقندی، محمدباقر؛ نوروزی، علیرضا؛ جارسپاه، رضا (۱۳۹۰a). *درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده، در مرکز اقامتی: ارزیابی نتایج در پیگیری دو و شش ماهه*. فصلنامه پایش، ۱۰(۴)، ۵۱۲-۵۰۳.

سقاوت، جعفر (۱۳۸۵). *جامعه شناسی انحرافات اجتماعی*. تهران، دانشگاه پیام نور.

گلانتز، میردی؛ هارتل، کریستین آر (۲۰۰۲). *سوء مصرف مواد: خاستگاه‌ها و مداخلات*. ترجمه مسعود محمدی، محسن راه نجات، نسرين پارسا، مجید قربانی، الهه میرزایی، فرشاد نعمتی، فرزانه نجاریان، قاسم نظیری (۱۳۸۶). تهران: مرکز پژوهش، مطالعات و آموزش ستاد مبارزه با موادمخدر.

مدنی، سعید (۱۳۹۰). *اعتیاد در ایران*. تهران: نشر ثالث.

مغنی باشی منصوریه، امیر (۱۳۹۴). *طراحی شیوه‌نامه (پروتکل) مداخله مددکاری اجتماعی در درمان و بازتوانی سوء مصرف کنندگان مواد در مراکز درمان اجباری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

نوری، رویا؛ صدیقیان، آمنه؛ رفیعی، حسن؛ نارنجی‌ها، هومان؛ صرامی، حمید و باغستانی، احمد (۱۳۸۷). *تحلیل روند اعتیاد در طی دو دهه اخیر (روند پدیده‌های مرتبط با اعتیاد در طی سال‌های اجرای برنامه اول تا چهارم توسعه)*. مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

Amon, J., Pearshouse, R., Cohen, J., & Schleifer, R. (2013). Compulsory drug detention centers in China, Cambodia, Vietnam, and Laos: health and human rights abuses. *Health Human Rights*, 15(2), 124-37.

Anglin, M. D., Prendergast, M., & Farabee, D. (1998). *The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders*. In Office of National Drug Control Policy's Conference of Scholars and Policy Makers, Washington, DC. 23-25.

Broadstock, M., Brinson, D., & Weston, A. (2008). *The effectiveness of compulsory, residential treatment of chronic alcohol or drug addiction in non-offenders*. New Zealand: Health Services Assessment Collaboration (HSAC), University of Canterbury.

Burdon, W. M., Dang, J., Prendergast, M. L., Messina, N. P., & Farabee, D. (2007). Differential effectiveness of residential versus outpatient aftercare for parolees

- from prison-based therapeutic community treatment programs. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2(1), 16-26. DOI: 10.1186/1747-597X-2-16.
- Caplan, A. L. (2006). Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 117-120.
- Copeland, J., & Maxwell, J. C. (2007). Cannabis treatment outcomes among legally coerced and non-coerced adults. *BMC Public Health*, 7(1), 111-121. DOI: 10.1186/1471-2458-7-111.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Deilamizade, A., & Esmizade, S. (2015). Economic sanctions against Iran, and drug use in Tehran, Iran: a 2013 pilot study. *Substance use & misuse*, 50(7), 859-868.
- Dekker, J., O'Brien, K., & Smith, N. (2010). *An evaluation of the compulsory drug treatment*. NSW Bureau of Crime Statistics and Research.
- Easton, C. J., Babuscio, T., & Carroll, K. M. (2007). Treatment Retention and Outcome among Cocaine-Dependent Patients with and Without Active Criminal Justice Involvement. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 35(1), 83-91.
- Fairbairn, N., Hayashi, K., Ti, L., Kaplan, K., Suwannawong, P., Wood, E. and Kerr, T. (2015). Compulsory drug detention and injection drug use cessation and relapse in Bangkok, Thailand. *Drug and Alcohol Review*, 34, 74-81.
- Ferri, M., Davoli, M., & Perucci, C. A. (2011). *Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals*. The Cochrane Library.
- Goldsmith, R. J. & Latessa, E. (2001). Coerced treatment of addictions in the criminal justice system. *Psychiatric Annals*, 31(11), 657-63.
- Guydish, J. R. (2002). A Drug Court Outcome Evaluation Comparing Arrests in a Two Year Follow-up Period. *Journal of Drug Issues*, 32(4), 1155-1172.
- Hammersley, R., Forsyth, A., Morrison, V., & Davies, J. B. (1989). The relationship between crime and opioid use. *Addiction*, 84(9), 1029-1043.
- Israelsson, M., & Gerdner, A. (2012). Compulsory commitment to care of substance misusers: international trends during 25 years. *European addiction research*, 18(6), 302-321.
- Jansson, I., Hesse, M., & Fridell, M. (2008). Influence of personality disorder features on social functioning in substance-abusing women five years after compulsive residential treatment. *European addiction research*, 15(1), 25-31.
- Klag, S., O'Callaghan, F., & Creed, P. (2005). The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: An overview and critical analysis of thirty years of research. *Substance use & misuse*, 40(12), 1777-1795.
- Kowal, J., & Fortier, M. S. (1999). Motivational determinants of flow: Contributions from self-determination theory. *The Journal of Social Psychology*, 139(3), 355-368.
- Larney, S., Toson, B., Burns, L., & Dolan, K. (2012). Effect of prison-based opioid substitution treatment and post-release retention in treatment on risk of re-incarceration. *Addiction*, 107(2), 372-380.
- Malta, M., & Beyrer, C. (2013). The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. *Journal of the International AIDS Society*, 16(1), 1-3. DOI: 10.7448/IAS.16.1.18817.
- Marlowe, D. B., Kirby, K. C., Bonieskie, L. M., Glass, D. J., Dodds, L. D., Husband, S. D., ... Festinger, D. S. (1996). Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment, *Drug and Alcohol Dependence*, 42, 77-84.

- Moghanibashi-Mansourieh, A., Deylamizade, A. (2014). the state of data collection on addiction in Iran. *Addiction*, 109(5), 854-855.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (Revised April 2014). *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations - A Research-Based Guide* (Featured Publication).
- Perron, B. E., & Bright, C. L. (2008). The Influence of Legal Coercion on Dropout from Substance Abuse Treatment: Results from a National Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1-3), 123-131.
- Pritchard, E., Mugavin, J., & Swan, A. (2007). *Compulsory treatment in Australia: A discussion paper on the compulsory treatment of individuals dependent on alcohol and/or other drugs*. Australian National Council on Drugs, Canberra.
- Rapp, R. C., Xu, J., Carr, C. A., Timothy Lane, D., Redko, C., Wang, J., & Carlson, R. G. (2007). Understanding Treatment Readiness in Recently Assessed, Pre-Treatment Substance Abusers. *Substance Abuse*, 28(1), 11-23. DOI: 10.1300/J465v28n01_03.
- Regine, I. P. (2008). Mandatory treatment and perceptions of treatment effectiveness: A Queensland study of non-custodial offenders with drug and/or alcohol abuse problems. *Crime and Misconduct Commission*, 7, 1-22.
- Rengifo, A. F., & Stemen, D. (2013). The impact of drug treatment on recidivism: Do mandatory programs make a difference? Evidence from Kansas's Senate Bill 123. *Crime & Delinquency*, 59(6), 930-950.
- Schaub, M., Stevens, A., Berto, D., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T., & Werdenich, W. (2009). Comparing outcomes of 'voluntary' and 'quasi-compulsory' treatment of substance dependence in Europe. *European addiction research*, 16(1), 53-60.
- Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kersch, V., Oeuvray, K., van Ooyen, M., ... Uchtenhagen, A. (2005). Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review. *Substance Use and Misuse*, 40, 267-283.
- Sullivan, M. A., Birkmayer, F., Boyarsky, B. K., Frances, R. J., Fromson, J. A., Galanter, M., ... & Westermeyer, J. (2008). Uses of Coercion in Addiction Treatment: Clinical Aspects. *The American Journal on Addictions*, 17, 36-47.
- Thomson, N. (2010). *Detention as treatment: Detention of methamphetamine users in Cambodia, Laos, and Thailand*. Open Societies Foundation.
- UNODC. (2015). *transition from compulsory centers for drug users to voluntary community-based treatment and services*. The United Nations Office on Drugs and Crime.
- Utyasheva, L. (2007). Russian Federation: inhumane conditions in drug treatment facilities lead to tragedy. *HIV/AIDS policy & law review*, 12(1), 32-33.
- Vuong, T., Nguyen, N., Le, G., Shanahan, M., Ali, R., & Ritter, A. (2017). The political and scientific challenges in evaluating compulsory drug treatment centers in Southeast Asia. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 2-9. DOI: 10.1186/s12954-016-0130-1.
- Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A., & Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 28, 1-9.
- Wild, T. C., Cunningham, J. A. & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31, 1858-1872.