

تحلیل محتوای ساختار مراکز درمان اعتیاد در ایران

اسما عسکری کویری^۱، محمد گنجی^۲، اسداله بابایی فرد^۳، علی اصغر شیره‌پز^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۸/۱۰

چکیده

هدف: در این پژوهش، ساختار مراکز درمان اعتیاد در ایران با بررسی دیدگاه صاحب‌نظران در این حوزه مورد بررسی قرار گرفت. **روش:** این مطالعه به روش تحلیل محتوای کیفی جهت‌دار با استفاده از ابزار مصاحبه انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد ساختار کنگره ۶۰ و انجمن معتادان گمنام، به ساختار مأموریت ویژه نزدیک است. به دلیل داشتن تقسیم کار محدود، سلسله‌مراتب ساده و استراتژی ایدئولوژی محور، دارای انعطاف‌پذیری و پویایی است. اما، کمپ، مراکز اجتماع‌درمان‌مدار و متادون‌درمانی دارای ساختار آمیخته هستند. به این معنا که اگرچه ویژگی‌هایی از دیوان‌سالاری حرفه‌ای در آن‌ها دیده می‌شود اما بیش‌تر به دیوان‌سالاری ماشینی شبیه‌اند. **نتیجه‌گیری:** مراکز درمان اعتیاد چون دارای کادر و برنامه‌های تخصصی حرفه‌ای در زمینه‌ی درمان هستند به ساختار حرفه‌ای نزدیکند. اما وجود انبوه مقررات، سیستم اداری گسترده و دقیق آن‌ها را به ساختار دیوان‌سالاری ماشینی شبیه می‌کند.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، مراکز درمان، مأموریت ویژه، دیوان‌سالاری ماشینی، دیوان‌سالاری حرفه‌ای

۱. دانشجوی دکتری رشته بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

۲. نویسنده مسؤل: دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران پست الکترونیکی: m.ganji@kashanu.ac.ir

۳. دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

۴. مدرس دانشگاه، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر از مهم ترین مسائلی است که عوارض آن تهدیدی جدی برای جامعه محسوب می شود (ممتازی، ۱۳۸۱). به عنوان نمونه، هزینه های هنگفتی که در مسیر درمان و بازتوانی بیماران معتاد خرج می شود اما بی نتیجه می ماند (رحمتی و زراعت حرفه، ۱۳۹۴). زیرا عدم شناخت کافی مراکز درمان اعتیاد و برنامه های آن ها، روش های درمان و تجربه درمان های ناموفق منجر به ترک همراه با برگشت سریع و عود مجدد می شود (صادقیه اهری، ۱۳۷۹؛ و استونس^۱ همکاران، ۲۰۱۴). از این رو، شناخت ساختار و برنامه های مراکز درمان اعتیاد جهت کاهش هزینه های درمان، امری لازم و ضروری است (نصیری ولیک بنی و شایگانی منبع، ۱۳۹۵).

تا کنون پژوهش های زیادی پیرامون بررسی اثر بخشی مراکز درمان اعتیاد - پژوهش های بل^۲ (۱۹۹۴) اجتماع درمان مدار؛ لئون^۳ (۲۰۰۰) درمان اعتیاد؛ جین چیل، هاوک، دلئون، و یاگلکا^۴ (۲۰۰۰) اثربخشی مراکز اجتماع درمان مدار بر نوجوانان مصرف کننده؛ سویز، دلئون، بروکارت، و راسل^۵ (۲۰۰۶) اثرات اجتماعی در مراکز اجتماع درمان مدار بلژیک؛ گلن و هانسول^۶ (۲۰۰۴) تأثیر مراکز اجتماع درمان مدار در حل مشکلات روان پزشکی؛ هاروارد^۷ و همکاران (۲۰۰۶) بررسی اثربخشی متادون درمانی بر کاهش افسردگی افراد مصرف کننده هروئین؛ اچسنر^۸ و همکاران (۲۰۱۴) تأثیر حمایت اجتماعی در مراکز درمان اعتیاد انجام شده اما کمتر به بعد تحلیل ساختاری آن ها پرداخته شده است. از این رو، در این نوشتار به بررسی ساختار مراکز درمان اعتیاد بر اساس تحلیل محتوای پروتکل های درمانی آن ها پرداخته شده است.

در سال ۱۹۵۰ میلادی، برای اولین بار واژه «بیمار» برای توصیف افرادی که سوء مصرف مواد مخدر داشتند، استفاده شد (طلوع سبز، ۱۳۹۷). زمان زیادی طول کشید تا افکار عمومی، اعتیاد را به عنوان یک بیماری بپذیرد (راسخون، ۱۳۹۷). از اوایل قرن هجدهم

1. Stevens

2. Bell

3. De leon

4. Jainchill, Hawke, De Leon, &

Yagelka

5. Soyez, De leon, Broekaert, & Rosseel

6. Glen, & Hanson

7. Harvard

8. Ochsner

برای درمان اعتیاد، مراکزی تأسیس شد (نیازی و همکاران ۱۳۹۶؛ مکرری و نوروزی، ۱۳۹۳) که در طول زمان و در دوره‌های مختلف با نام‌های متفاوت به درمان بیماران معتاد پرداختند. در حال حاضر، از مهم‌ترین مراکز درمان اعتیاد در ایران می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود:

اجتماع درمان‌مدار: مرکز اجتماع درمان‌مدار به دنبال اجرای بند ۲۱ ماده ۶۲ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۷۲/۱۱/۰۸، مجلس شورای اسلامی به دو صورت اقامتی یا نیمه اقامتی برای بازتوانی معتادانی که مایلند درمان‌شان را بعد از مرحله سم‌زدایی (ترک جسمی) ادامه دهند ایجاد شده است. مرکز اقامتی به صورت شبانه‌روزی برای اقامت ۴ تا ۶ ماه و ظرفیت ۳۰ الی ۹۰ نفر و مرکز نیمه اقامتی فاقد خدمات اسکان شب، در یکی از دو شیفت ۶ ساعته (۸-۱۴) یا (۱۵-۲۱) با ظرفیت پذیرش حداقل ۱۵ تا ۳۰ نفر مشغول به فعالیت می‌باشند (روشن‌پژوه و صابری، ۱۳۹۷). چارت سازمانی در اساسنامه اجتماع درمان‌مدار شامل: رئیس، مسئول فنی (روان‌شناس، کار درمانگر، مددکار اجتماعی، یاور، روان‌پزشک، پزشک، ارزیاب مرکز، مسئول امور ورزش) و مسئول اداری و خدمات (کارپرداز، راننده، آشپز و نگهبان) می‌باشد که تقسیم کار بین آن‌ها به صورت دقیق مشخص شده است (خزائلی پارسا، ۱۳۸۲). مرکز اجتماع درمان‌مدار مانند یک جامعه کوچک است که هر آن‌چه در درون یک جامعه وجود دارد می‌توان مشابیهی از آن را در مرکز مشاهده کرد (رحمتی و زراعت حرفه، ۱۳۹۴). دوره کامل درمان در مرکز تی سی، ۱۸ تا ۲۴ ماه در نظر گرفته شده در حالی که این مدت در کمپ چون تغییر سبک زندگی معتادان جزء اهداف و برنامه‌های مرکز نیست به ۳۰ تا ۹۰ روز کاهش می‌یابد (دی لئون، ۱۳۸۱).

کمپ: کمپ مرکزی اقامتی شبانه‌روزی است که در سه نوبت هشت ساعته (صبح، عصر و شب) فعالیت می‌کند و در آن مددجویان (بیمارانی که جهت درمان به مرکز مراجعه می‌کنند) برای ترک به اصطلاح ضربتی (یک‌باره و سریع) اقدام می‌کنند. طبق دستورالعمل کمپ، نیروهای شاغل در مرکز عبارتند از: شورای مرکزی شامل مسئول فنی، مدیر داخلی، کارشناس و مددیار خانواده که وظیفه اتخاذ تصمیم نهایی در خصوص

رسیدگی به برنامه‌ها و مشکلات مرکز را بر عهده دارند؛ تیم بهبود و بازتوانی که مسیر بهبودی مددجویان را تسهیل می‌کند. گروه همسان یا همتا شامل افراد بهبود یافته‌ای که تمایل دارند به صورت داوطلبانه در ارائه خدمات آموزشی و سایر برنامه‌های مرکز مشارکت کنند (روشن پژوه و صابری، ۱۳۹۴). چارت سازمانی مرکز نشان می‌دهد که در کمپ نیز مانند مرکز اجتماع درمان‌مدار، کادر درمانی و اداری مرکز دارای جایگاه‌های مشخص و وظایف از پیش تعیین شده می‌باشند (پروتکل درمانی کمپ، ۱۳۹۴).

متادون درمانی: متادون را برای اولین بار ماکس باکمول و گوستاو ارهارت، محققان آزمایشگاه داروسازی ای. گ. فاربنکونترسم کشور آلمان در سال ۱۹۳۹ ساختند و در سال ۱۹۴۱ آن را ثبت نمودند. در ایران در سال ۱۳۸۱ به دنبال اولین مورد عفونت اچ آی وی در کشور در سال ۱۳۶۵، در یک مصرف‌کننده تزریقی مواد شناسایی شد و تا سال ۱۳۷۴، سالانه ۵ تا ۱۰ مورد جدید اچ آی وی شناسایی شد. در سال ۱۳۷۵، به دلیل انفجار همه‌گیری عفونت در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، تعداد موارد شناسایی شده عفونت ۲۳ برابر افزایش نشان داد. با توجه به کارآیی نسبتاً پایین استفاده از رویکردهای درمانی پرهیزمدار مانند کمپ در کاهش گسترش عفونت اچ آی وی در کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند، رویکرد کاهش آسیب از سال ۱۳۸۱ به منظور کاهش عوارض حاد و نگران‌کننده اعتیاد اتخاذ شد. با استفاده از داروهای قانونی و مجاز به کنترل اعتیاد و درمان آن پرداخته شد (مکری و نوروزی، ۱۳۹۳).

در مراکز اجتماع درمان‌مدار، کمپ‌ها و مراکز متادون درمانی لازم است از همان ابتدا بیمار، مقیم و مددجو، پرونده‌ی اختصاصی تشکیل بدهند تا بتوان میزان پیشرفت آن‌ها را در درمان، بررسی و کنترل نمود. حتی مقیمان در مرکز اجتماع درمان‌مدار، برای این که بتوانند سبک زندگی خود را تغییر دهند و به عبارتی، بار دیگر متولد شوند اسم کوچک خود را عوض می‌کنند و نام‌هایی مانند (محبت، ایمان و غیره) را با توجه به حرف اول اسم کوچک شان) برای خود انتخاب می‌کنند. در برخی مراکز درمان اعتیاد مانند انجمن معتادان گمنام و کنگره ۶۰ نیازی به شناخت هویت، نام و نام خانوادگی رهجو و مسافر نیست.

انجمن معتادان گمنام: به طور کلی سه نوع انجمن گمنام شامل انجمن مواد مصرفی، انجمن رفتاری و انجمن خانواده در کشور وجود دارد. در انجمن معتادان گمنام نیز مانند کمپ و اجتماع درمان مدار که بر مدار پرهیز^۱ متمرکز هستند؛ هرگونه استفاده از دارو یا جایگزین (متادون درمانی)، وابستگی تلقی شده و قابل پذیرش نمی باشد. این مدل درمانی بر پایه سنت های دوازده گانه ای شکل گرفته که اساس برنامه های ان ای^۲ را تشکیل می دهد. ان ای، یک انجمن غیرانتفاعی متشکل از زنان و مردان است که به هیچ سازمانی وابسته نیست (کتاب پایه معتادان گمنام، ۱۳۹۲). در دهه ۱۹۶۰، ان ای، ساختار مختصری داشت تا این که انجمن در سال ۱۹۷۲، در لوس آنجلس، یک دفتر خدمات جهانی دایر کرد. گسترش این انجمن، اتحاد و هدفمندی را که به آن نیاز بود به ارمغان آورد (کتابچه سفید معتادان گمنام، ۱۳۸۳). اصول بهبودی انجمن به عنوان یک ایدئولوژی مشترک در درون همه رهجویان نفوذ می یابد و آن ها با تکیه بر اصل همسانی و امید و به دور از قضاوت، طبقه بندی و داوری اخلاقی در جلسات مشارکت می کنند (دوست، ۲۰۱۳). این جلسات کاملاً، رایگان و داوطلبانه است و تنها شرط عضویت، تمایل به پاک شدن از اعتیاد است. رهنمودهایی که برای حفظ اتحاد در گروه اعمال می شود همان سنت های دوازده گانه یا ایدئولوژی ای است که انجمن را به سمت مقصد به پیش می برد (رونل، گوئا، آبرامسون، کسپی، و آدلسون^۳، ۲۰۱۱). از این رو، می توان گفت که انجمن معتادان گمنام بر خلاف اجتماع درمان مدار، کمپ و متادون درمانی، بیش تر بر اراده و توانایی درونی رهجو تأکید داشته و فرد از روی اجبار قانونی یا خانوادگی نمی تواند در طی مسیری که ایدئولوژی ترسیم کرده، موفق باشد. گویی این ایدئولوژی باید در بین رهجویان درونی شده و آن ها را قلباً و باطناً آماده کند، همان گونه که کنگره ۶۰، مسافران را آماده می کند.

کنگره ۶۰: مانند انجمن معتادان گمنام مبتنی بر ایدئولوژی است و همین ایدئولوژی، چنان وحدت و همدلی درونی بین مسافران ایجاد می کند که آن ها را مانند یک خانواده با

1. Abstinence-based
2. Narcotics Anonymous

3. Ronel, Gueta, Abramssohn, Caspi,
& Adelson

شعار «بیاید این آتش ویران گر را مهار کنیم» دور هم جمع می‌کند. مهندس دژاکام - قبل از ایجاد کنگره ۶۰، برای درمان خود عضو انجمن معتادان گمنام شده است. از نظر دژاکام، کنگره ۶۰، مکمل انجمن معتادان گمنام است. - در سال ۱۳۷۷ به عنوان پدر این خانواده، کنگره ۶۰ را تأسیس نمود. این سازمان مردمی و غیر دولتی، با انتشار دو کتاب عبور از منطقه ۶۰ درجه زیر صفر (توضیح روش^۱ دی اس تی) و عشق، ۱۴ وادی برای درمان (شبه گام‌های انجمن معتادان گمنام) توسط مهندس دژاکام و اخذ مجوز از وزارت کشور توسعه یافت. از زمان تأسیس کنگره تا کنون، ۹۹ درصد بودجه مرکز با سبد پولی (اهدایی)، کمک‌های داوطلبانه اعضا در پایان هر جلسه جمع‌آوری می‌شود. دولت نیز سالانه حدود ۵ تا ۱۰ هزار دلار به مرکز کمک مالی می‌کند و علاوه بر آن، مکان بعضی از شعب را نیز تأمین می‌کند (سایت تخصصی کنگره ۶۰، ۱۳۹۷).

با توجه به آن چه گفته شد؛ اگر چه هر یک از مراکز درمان اعتیاد دارای ویژگی‌های منحصر به فردی است اما می‌توان با توجه به تفاوت‌ها و شباهت‌های آن‌ها به تعیین نوع ساختار آن‌ها مبنی بر نظریات ساختارشناسی مینتزبرگ^۲ (به عنوان یکی از معروف‌ترین و مهم‌ترین نظریه پردازان رشته مدیریت در زمینه بررسی سازمان‌ها و ساختار آن‌ها) پرداخت. موضوع ساختار سازمانی از سال ۱۹۷۰ مورد توجه محققین و اندیشمندان مختلف قرار گرفت (ریتزر، ۱۳۸۵؛ و زاهدی و خیراندیش، ۱۳۸۶). به عنوان نمونه، بارنی و گریفین^۳، ساختار سازمانی را چارچوب روابط حاکم بر وظایف، سیستم‌ها و فرایندهای عملیاتی برای رسیدن به اهداف سازمان می‌دانند (سراجی و شوقی، ۱۳۹۴) که مفهوم نسبتاً ساده و ملموس آن به شکل نمودار سازمانی، نمایان می‌شود (دانشگاه علوم پزشکی همدان،

۱. روش کنگره ۶۰ DST می‌باشد که به معنی کم کردن میزان مواد الکلی و غیره تا مرحله پاکی است. S: مخفف STEP، به معنی پله می‌باشد. هر ۲۱ روز یک پله طی و در هر پله میزان ثابتی از دارو مصرف می‌شود. T، مخفف TIME، به معنی زمان می‌باشد. طول مدت درمان حداقل ۱۰ ماه و به طور متوسط ۱۱ ماه طول می‌کشد. ضریب D، میزان مواد مصرفی و زمان‌های مصرف در روز، با استفاده از این فرمول مشخص می‌شود. در واقع با استفاده از ضریب D، در هر پله (۲۱ روز) میزان مصرف کم‌تر از پله قبلی می‌شود. این نوع کاهش مصرف، پلکانی همراه با شرکت در جلسات کنگره می‌باشد. در واقع، با کاهش مواد مصرفی بیرونی، بدن شروع به تولید مواد شبه افیونی می‌کند. با آموزش‌های صحیحی که مسافر دریافت می‌کند کم کم به این نقطه می‌رسد که لذت مقطعی مواد با لذت طبیعی دائمی زندگی قابل مقایسه نیست (سایت تخصصی کنگره ۶۰).

2. Henry Mintzberg

3. Barney, & Griffin

۱۳۹۴؛ و بارنی و گریفین، ۱۹۹۲). در بین نظرات صاحب‌نظران کلاسیک حوزه ساختار سازمانی، می‌توان از نظریه مینتزربرگ به عنوان یکی از نظریه‌هایی که مستقیماً به معرفی اجزای ساختار یک سازمان پرداخته، اشاره کرد. وی معتقد است که هر سازمان از پنج بخش اصلی هسته عملیاتی، رأس راهبردی، خط میانی، ستاد تخصصی و ستاد پشتیبانی تشکیل شده است (مینتزربرگ، ۱۳۹۲). میزان سطح اختیار و قدرت هر یک از واحدهای پنج‌گانه منجر به نزدیکی سازمان به یکی از ساختارهای دیوان‌سالاری ماشینی، ساختار ساده، آدهوکرایی و غیره می‌شود (رضایی، آذر، مقبل و دهقان نیری، ۱۳۹۷).

نوع ساختار یک سازمان می‌تواند از جمله عناصر و عوامل تأثیرگذار بر توسعه و پیشرفت یک سازمان به شمار آید. زیرا سازمان‌هایی با نوع ساختار ثابت با سازمان‌های دارای ساختار پویا کاملاً متفاوت از یکدیگر هستند و طراحی ساختار سازمانی متناسب با اهداف سازمان و حفظ پویایی آن، یک نیاز ضروری است (کردنائیج، احمدپور داریانی و شمس، ۱۳۸۴). نکته مهم‌تر این که یک ساختار سازمانی مناسب از دوباره‌کاری، اختلاف، اصطکاک و اتلاف نیروها جلوگیری کرده، ضمن داشتن قابلیت انعطاف، قادر به پاسخ‌گویی به تغییر و تحولات محیط خود است و محرک اولیه تغییر است. دانشمندان مدیریت و سازمان، الگوهای ساختاری متفاوتی را پیشنهاد کرده‌اند که هر کدام دارای مزایا و محدودیت‌هایی هستند (میرکمالی و فرهادی راد، ۱۳۹۲). برای دسته‌بندی انواع ساختار سازمانی، مبانی مختلفی مورد استفاده قرار گرفته که هنری مینتزربرگ یکی از مهم‌ترین انواع ساختار سازمانی را به شرح ذیل می‌داند (مینتزربرگ، ۱۳۷۷).

جدول ۱: استخراج کدها و مقولات ابعاد ساختارها با توجه به نظریه مینتزربرگ

ساختارها	کدگذاری و مقوله‌بندی
ساده	-اندازه: کوچک- استقلال هویتی: عدم گونه‌گونی واحدها - تقسیم کار: عدم تقسیم کار پیچیده -سلسله‌مراتب: نظام ساده، عدم سلسله‌مراتب و ابزارهای رسمی، مقابل ساختار ماشینی - نوع مدیریت: مبتنی بر تصمیمات رئیس تا حدی خودکامه و فرهمند - نوع محیط: محیط ساده، و عدم توانایی کار در محیط پیچیده - نوع ارتباطات: غیررسمی - انعطاف‌پذیری: انعطاف‌پذیر و غیرقابل پیش‌بینی - اهمیت ستاد: ستاد پشتیبانی ضعیف، عدم نیاز به ستاد تخصصی، اهمیت رأس راهبردی - وضعیت تخصص و آموزش: عدم نیاز به برنامه‌ریزی و آموزش.

ساختارها	کد گذاری و مقوله بندی
ماشینی	<p>- اندازه ساختار: بزرگ - استقلال هویتی: واحدهای نیمه مستقل - آموزش: عدم نیاز به مهارت و آموزش - انعطاف پذیری: انعطاف ناپذیر - تقسیم کار: دقیق - سلسله مراتب: کامل و روشن - ارتباطات: رسمی - نوع مدیریت: تا اندازه ای متمرکز - نوع محیط: ایستا و منظم - بروکراسی: عقلانیت کاری، وظایف کاملاً تعریف شده، انبوه مقررات - نوع ستاد: هسته عملیاتی گسترده (کارگران ناماهر)، نیاز به ستاد تخصصی آموزش دیده.</p>
داوطلبانه	<p>- نوع مدیریت: متمرکز - دارای ایدئولوژی نیرومند - نوع محیط: ساده - سلسله مراتب: ساده - استقلال هویتی: واحدهایی با هویت نیمه مستقل (نزدیک به ساختار بخشی) که باهم همکاری (نزدیک به ساختار آدهو کراسی) دارند. - انعطاف پذیری: انعطاف پذیر - ستاد: اهمیت ستاد عملیاتی - ارتباطات: غیررسمی - تقسیم کار: ساده - اندازه: کوچک.</p>
مأموریت ویژه	<p>ایدئولوژی پر رنگ (شبه ساختار داوطلبانه) - وضعیت آموزش: عدم نیاز به تخصص و آموزش - اهمیت ستاد: فاقد ستاد تخصصی - سلسله مراتب: محدود - تقسیم کار: سست - نوع ارتباطات: غیررسمی، مبتنی بر اعتماد و وفاداری به یکدیگر (شبه ساختار مردم سالارانه) - استقلال هویتی: واحدهای کوچک - نوع مدیریت: رهبری توانمند، عدم نیاز به نظارت از بالا به پایین - بروکراسی: عدم استاندارد سازی و قوانین سخت، مقابل ساختار ماشینی.</p>
آدهو کراسی	<p>- اندازه: بزرگ - استقلال هویتی: واحدهای کار کوچک - نوع مدیریت: عدم تمرکز و وحدت - نوع ستاد: تخصصی - نوع محیط: پویا، پیچیده، نامتمرکز، جوان، زنده، پیشرفته و خود کار - انعطاف پذیری: انعطاف پذیر - تقسیم کار: عدم تقسیم کار آشکار، گروه بندی بر اساس نوع پروژه محوله - بروکراسی: عدم پافشاری بر نظام نظارت، شباهت زیاد به ساختار حرفه ای و شباهت کمتر به ماشینی - وضعیت سلسله مراتب: محدود - اهمیت ستاد: ستاد پشتیبانی و تخصصی (رفیعی و قربان پرست، ۱۳۹۳).</p>
حرفه ای	<p>نوع مدیریت: نامتمرکز - نوع محیط: پیچیده - ارتباطات: رسمی - تقسیم کار: عدم تقسیم کار آشکار - نوع ستاد: دارای متخصصان کاملاً آموزش دیده (اهمیت ستاد تخصصی و پشتیبانی) - استقلال هویتی: عدم گوناگونی گسترده واحدها - نوع ستاد: عملیاتی، پشتیبانی و تخصصی - آموزش: تیز به تخصص و آموزش - سلسله مراتب: محدود - استراتژی: چتری (لانه کبوتری).</p>
بخشی	<p>- نوع محیط: یکنواخت، کهنه و پیچیده - انعطاف پذیری: عدم انعطاف پذیری - مدیریت: اهمیت بخش مرکزی و تخصصی - نوع ستاد: کادر مجرب - سلسله مراتب: گسترده - استقلال هویتی: گونه گونی واحدهای مستقل - تقسیم کار: پیچیده - ارتباطات: رسمی (دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۳۹۴).</p>
کار آفرینانه	<p>- اندازه: کوچک - سلسله مراتب: محدود و مستقل - نوع محیط: پیچیده - مدیریت: رهبری مقتدر - تقسیم کار: ساده - انعطاف پذیری: انعطاف پذیر و کار آفرین - ستاد: تخصصی - ارتباطات: غیر رسمی - استراتژی ایدئولوژی محور - آموزش: دارای تخصص و آموزش (کردنایج و همکاران، ۱۳۸۴).</p>

با توجه به جدول فوق، می توان گونه‌های ایده آل ساختاری را از نظر مینتزرگ بر اساس اندازه، نوع مدیریت و رهبری، میزان انعطاف‌پذیری، میزان توجه به آموزش و تخصص در کادر اداری و مسئولیتی، نوع رسمی و غیررسمی ارتباطات، اهمیت نوع ستاد مربوطه (از جمله تخصصی، پشتیبانی، عملیاتی)، نوع استراتژی (از جمله ایدئولوژی محور، چتری)، میزان انعطاف‌پذیری و نوآوری، میزان بروکراسی اداری، تقسیم کار ساده یا پیچیده، نوع محیط و سلسله مراتب آن‌ها دسته‌بندی نمود. در این تقسیم‌بندی، می توان ساختار ماشینی را از نظر داشتن بیشترین میزان بروکراسی اداری، ارتباطات رسمی، تقسیم کار پیچیده، انعطاف‌ناپذیری، قانونمندی و قوانین سخت و سلسله مراتب مشخص و مدیریت متمرکز در یک سو و ساختار داوطلبانه و مأموریت ویژه را از نظر ارتباطات غیررسمی، ایدئولوژی قوی مبتنی بر اعتماد و وفاداری، تقسیم کار ساده، انعطاف‌پذیری و کمترین میزان بروکراسی اداری در سوی دیگر و نقطه مقابل ساختار ماشینی قرار داد.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

در این تحقیق، اساسنامه‌های مهم‌ترین مراکز درمان اعتیاد (کمپ، اجتماع درمان‌مدار، کنگره ۶۰، انجمن معتادان گمنام و مراکز متادون درمانی) از اداره بهزیستی، به عنوان نمونه انتخاب شده است. برای بررسی ساختار این مراکز، از روش تحلیل محتوای کیفی جهت دار مبتنی بر نظریه ساختارشناسی مینتزرگ استفاده شده است (بحرانی، ۱۳۹۰). رهیافت جهت‌دار را معمولاً، براساس روش قیاسی متکی بر نظریه طبقه‌بندی می‌کنند چون تمایز آن با دیگر روش‌ها براساس نقش نظریه در آن است (طالب، یوسفوند، و یوسفوند، ۱۳۹۱؛ ایمان و نوشادی، ۱۳۹۰، فوزی و قربانی، ۱۳۹۳). همچنین، با توجه به هدف پژوهش (ساختارشناسی مراکز درمان اعتیاد)، کدهای مربوط به هر یک از گونه‌های ایده‌آلی ساختاری مینتزرگ، استخراج و مقوله‌بندی شده است (جدول ۱). سپس، به تطبیق زیر مقولات (یک مقوله اغلب دربردارنده شماری از زیرمقوله‌ها است که سطوح متفاوتی از ایجاز را دارند) و مقولات استخراج شده با مهم‌ترین شاخص‌های مراکز درمان اعتیاد پرداخته (جدول ۲) و بر اساس فراوانی مطابقت‌ها و نظر کارشناسان مراکز درمان اعتیاد

(جدول ۳ و ۴)، نتیجه نهایی تحلیلی شده است (جدول ۵). در ادامه، جهت کسب اعتبار و روایی، پس از استخراج نهایی کدها، زیر مقولات و مقولات توسط اساتید حوزه مدیریت و جامعه‌شناسی بررسی و تأیید شده است. سپس با ۳۰ نفر از کارشناسان مراکز درمان اعتیاد مصاحبه بسته (همراه با پرسش‌نامه) انجام شده که از بین آن‌ها ۲۰ مصاحبه، غربالگری و مورد تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها

در این قسمت ابتدا به استخراج کدها و مقولات گونه‌های ایده‌آل ساختاری پرداخته شده است. سپس با تطبیق و مقایسه شاخص‌های مراکز درمان اعتیاد با زیر مقولات ساختارها، تحلیل نهایی ساختارشناسی این مراکز انجام شده است.

جدول ۲: مقایسه زیر مقولات ساختارها با توجه به شاخص‌های مراکز مهم درمان اعتیاد

مقولات	زیر مقولات	TC	کمپ	متادون	NA	کنگره	نوع ساختار
مدیریت	نوع					*	ساده، ماشینی، داوطلبانه، مأموریت‌ویژه، بخشی، کارآفرین
	قدرت نامتمرکز	*	*	*	*		آدهو کراسی، حرفه‌ای
استقلال‌هو	واحدهای مستقل				*	*	ساده، بخشی، کارآفرین
	واحدهای نیمه‌مست	*	*	*			ماشینی، داوطلبانه، مأموریت ویژه، آدهو کراسی، حرفه‌ای
سلسله	قل						ماشینی، بخشی، حرفه‌ای
	سلسله مراتب پیچیده	*	*	*			داوطلبانه، مأموریت ویژه، آدهو کراسی، حرفه‌ای، کارآفرین
مراتب	سلسله مراتب ساده				*	*	ساده
	فاقد سلسله مراتب						ساده، داوطلبانه، مأموریت ویژه، آدهو کراسی، کارآفرین
تقسیم کار	ساده				*	*	ساده، داوطلبانه، مأموریت ویژه، آدهو کراسی، کارآفرین
	پیچیده	*	*	*			ماشینی، بخشی، حرفه‌ای
انعطاف	دارد				*	*	ساده، داوطلبانه، مأموریت ویژه، آدهو کراسی، کارآفرین
	ندارد	*	*	*			ماشینی، بخشی، حرفه‌ای

مقولات	زیر مقولات	TC	کمپ	متادون	NA	کنگره	نوع ساختار
اندازه	کوچک			*	*	*	ساده، داوطلبانه، مأموریت ویژه، بخشی، کارآفرین
	بزرگ	*	*				ماشینی، آدهو کراسی، حرفه‌ای
نوع محیط	ساده			*	*	*	ساده، داوطلبانه، مأموریت ویژه ماشینی، آدهو کراسی، حرفه‌ای، بخشی، کارآفرین
	پیچیده	*	*	*			ماشینی، آدهو کراسی، حرفه‌ای، بخشی
	رسمی	*	*	*			ماشینی، آدهو کراسی، حرفه‌ای، بخشی
ارتباطات	غیر رسمی			*	*	*	ساده، داوطلبانه، مأموریت ویژه، کارآفرین
	تخصص محور	*		*			ماشینی، حرفه‌ای، بخشی، کارآفرین آدهو کراسی، حرفه‌ای
نوع ستاد	پشتیبان محور						ماشینی، داوطلبانه، مأموریت ویژه، حرفه‌ای
	عملیات محور	*	*		*	*	داوطلبانه، مأموریت ویژه، کارآفرین
نگرش	ایدئولوژی محور			*	*	*	ساده، ماشینی، آدهو کراسی، حرفه- ای، بخشی
	استراتژی محور	*	*	*			ماشینی، آدهو کراسی، حرفه‌ای، بخشی، کارآفرین
آموزش	دارای آموزش	*	*	*			ساده، داوطلبانه، مأموریت ویژه ماشینی، حرفه‌ای، بخشی
	فاقد آموزش	*	*	*			ساده، داوطلبانه، مأموریت ویژه، آدهو کراسی، کارآفرین
بروکراسی	ضعیف			*	*	*	

یافته‌ها نشان می‌دهد که اکثر مراکز درمان اعتیاد در کشور از نظر اندازه، کوچک و از نظر نوع مدیریت دارای قدرت نامتمرکز و واحدهای نیمه مستقل هستند. میزان انعطاف‌پذیری آن‌ها محدود و دارای تقسیم کار، سلسله مراتب و محیط پیچیده‌ای می‌باشند که بروکراسی قدرتمندی دارند. کادر درمان آن‌ها نیروهای متخصص و آموزش دیده

هستند که نشان دهنده ساختار دیوان سالاری ماشینی و حرفه‌ای آن‌ها است. همچنین، می‌توان مراکز درمان اعتیاد را از نظر زیر مقولات دسته بندی کرد و در ساختاری که دارای ویژگی مربوطه هست قرار داد. با شمارش فراوانی ساختارهایی که می‌تواند به شاخص‌های هر یک از مراکز درمان اعتیاد نزدیک باشد نوع ساختار مرکز درمانی مورد نظر تعیین شد. جدول ۳، نشان دهنده تعداد ویژگی‌های هر یک از ساختارها در هر یک از مراکز درمان اعتیاد می‌باشد که در نهایت هر یک از ساختارها در هر مرکز درمانی که بیش‌ترین فراوانی را داشته به عنوان ساختار غالب مرکز تعیین شده است.

جدول ۳: مطابقت فراوانی زیر مقولات هر یک از ساختارهای مورد نظر مینتزیبرگ با مراکز درمان اعتیاد (بر اساس نتایج تحلیل محتوای دستورالعمل‌های مراکز)

نام	اجتماع درمان‌مدار	کمپ	متادون درمانی	معتادان گمنام	کنگره ۶۰
ساده	۱	۱	۲	۸	۹
ماشینی	۱۱	۱۱	۱۰	۱	۲
مأموریت ویژه	۱	۲	۲	۱۰	۱۱
داوطلبانه	۱	۲	۲	۱۰	۱۱
حرفه‌ای	۹	۸	۱۰	۲	۳
کارآفرین	۳	۲	۴	۶	۹
آدهوکراسی	۷	۷	۶	۳	۴
بخشی	۸	۸	۹	۵	۵

بر اساس جدول فوق، اگر چه ویژگی‌های ساختارهای متفاوت را می‌توان در هر یک از مراکز درمان اعتیاد مشاهده نمود و به گفته مینتزیبرگ کمتر می‌توان یک نوع سازمان با ساختاری یک‌دست را در محیط واقعی مشاهده نمود. اما می‌توان با توجه به ویژگی‌ها و شاخص‌های غالب یک نوع ساختار در مرکز درمانی مورد نظر، نوع ساختار آن را تعیین نمود. همچنین برای تطبیق نتایج تحلیل محتوای انجام شده با مصاحبه‌های کارشناسان مراکز درمان اعتیاد، نظر آن‌ها در مورد ویژگی‌های هر یک از این مراکز جمع‌آوری شده و در نهایت بر اساس بیش‌ترین فراوانی نظرات پاسخ‌گویان در مورد هر یک از مقولات ساختاری، نوع ساختار تعیین شده است (جدول ۴).

جدول ۴: مطابقت فراوانی زیر مقولات هر یک از ساختارهای مورد نظر مینتروبرگ با مراکز درمان اعتیاد (بر اساس نظر کارشناسان مراکز)

مقولات	ریزمقولات	TC		کمپ		متادون درمانی		NA		کنگره ۶۰	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
نوع	رهبری متمرکز	-	-	۳	۱۵	۲	۱۰	۳	۱۵	۱۰	۵۰
مدیریت	قدرت نامتمرکز	۱۵	۷۵	۱۴	۷۰	۱۸	۹۰	۱۲	۶۰	۶	۳۰
	واحدهای مستقل	۲	۱۰	۱	۰/۰۵	-	-	۱۴	۷۰	۱۷	۸۵
رسمیت	واحدهای نیمه مستقل	۱۳	۶۵	۱۶	۸۰	۲۰	۱۰۰	-	-	-	-
	سلسله مراتب پیچیده	۱۵	۷۵	۱۴	۷۰	۱۶	۸۰	-	-	۵	۲۵
سلسله مراتب	سلسله مراتب ساده	۲	۱۰	۳	۱۵	۴	۲۰	۱۱	۵۵	۱۴	۷۰
	فاقد سلسله مراتب	-	-	-	-	-	-	۴	۲۰	-	-
تقسیم کار	ساده	۲	۱۰	۴	۲۰	۶	۳۰	۱۴	۷۰	۱۵	۷۵
	پیچیده	۱۵	۷۵	۱۴	۷۰	۱۴	۷۰	-	-	۲	۱۰
انعطاف	دارد	۲	۱۰	۸	۴۰	۴	۲۰	۱۳	۶۵	۱۵	۷۵
پذیری	ندارد	۱۵	۷۵	۱۲	۶۰	۱۴	۷۰	-	-	-	-
اندازه	کوچک	۴	۲۰	۲	۱۰	۲	۱۰	۱۲	۶۰	۱۵	۷۵
	بزرگ	۱۳	۶۵	۱۲	۶۰	۱۲	۶۰	۵	۲۵	۴	۲۰
نوع محیط	ساده	-	-	۲	۱۰	۵	۲۵	۱۴	۷۰	۱۵	۷۵
	پیچیده	۱۴	۷۰	۱۵	۷۵	۱۵	۷۵	-	-	-	-
ارتباطات	رسمی	۱۲	۶۰	۱۲	۶۰	۲۰	۱۰۰	۱	۰/۰۵	۱	۰/۰۵
	غیر رسمی	۲	۱۰	۵	۲۵	-	-	۱۴	۷۰	۱۶	۸۰
	تخصص محور	۱۲	۶۰	-	-	۱۸	۹۰	-	-	-	-
نوع ستاد	پشتیبان محور	۳	۱۵	۲	۱۰	-	-	-	-	-	-
	عملیات محور	۵	۳۵	۱۴	۷۰	۲	۱۰	۱۵	۷۵	۱۴	۷۰
نگرش	ایدئولوژی محور	-	-	۲	۱۰	۲	۱۰	۱۴	۷۰	۱۷	۸۵
سازمانی	استراتژی محور	۱۴	۷۰	۱۳	۶۵	۱۷	۸۵	۳	۱۵	۲	۱۰
اهمیت	دارای تخصص	۱۵	۷۵	۱۱	۵۵	۲۰	۱۰۰	-	-	۲	۱۰
آموزش	فاقد تخصص	-	-	۴	۲۰	-	-	۱۷	۸۵	۱۴	۷۰
بوروکراسی	قوی	۱۳	۶۵	۱۵	۷۵	۱۶	۸۰	۱	۰/۰۵	۳	۱۵
	ضعیف	۳	۱۵	۴	۲۰	۴	۲۰	۱۴	۷۰	۱۴	۷۰

نتایج نشان می دهد که مراکز درمان کنگره ۶۰ و انجمن معتادان گمنام به دلیل داشتن بیشترین فراوانی در زیر مقولات ساختارهای داوطلبانه و مأموریت ویژه (با توجه به این

که کدها و زیر مقولات آن‌ها به هم نزدیک هستند) در این دو نوع ساختار قرار می‌گیرند. سلسله مراتب نامشخص و محدود، ایدئولوژی قوی، تقسیم کار جزئی، ساختار ساده و رهبری فرهمند همراه با هویت مستقل سازمانی از مهم‌ترین ویژگی‌های ساختار داوطلبانه و مأموریت ویژه است که در مراکز انجمن معتادان گمنام و کنگره ۶۰ می‌توان مشاهده نمود. مراکز اجتماع درمان‌مدار، کمپ و متادون درمانی را باید در ساختار آمیخته (ساختار ماشینی و حرفه‌ای) با نقش پررنگ‌تر دیوان‌سالاری ماشینی قرار داد که بیش‌ترین فراوانی را دارد. در این مراکز، به دلیل پروتکل درمانی مشخص و معین زیر نظر سازمان بهزیستی و معاونت بهداشت و درمان، برنامه روزانه هدفمند، ساختارهای اداری گسترده، تقسیم کار پیچیده، قدرت از بالا به پایین، سیستم کنترل رسمی، عدم انعطاف‌پذیری و نوآوری و سلسله‌مراتب مشخصی که دارند به دیوان‌سالاری ماشینی مورد نظر میتزبرگ نزدیک می‌شوند و به دلیل تیم کارشناسان که در این مراکز خدمت می‌کنند به دیوان‌سالاری حرفه‌ای نیز شباهت پیدا می‌کنند.

همچنین، باید توجه داشت که متغیرهای ساختاری بیان‌گر ویژگی‌های درونی یک سازمان و مبنایی برای مقایسه هستند. می‌توان بدان وسیله سازمان‌ها از جمله مراکز درمان اعتیاد را با هم مقایسه نمود. پیچیدگی، رسمیت، تمرکز و تخصص‌گرایی ابعاد اساسی تحلیل ساختارها را تشکیل می‌دهند. پیچیدگی؛ تعیین‌کننده فرآیندهای (سلسله‌مراتب) تفکیک شده و متمایز یک سازمان است. رسمیت نیز حدی است که یک سازمان برای جهت‌دهی رفتار کارکنانش به قوانین و رویه‌ها متکی می‌باشد. تمرکز نیز به عنوان یکی دیگر از ابعاد تحلیل ساختارها، به تمرکز در تصمیم‌گیری‌های سازمان مربوط است. به صورتی که در برخی از سازمان‌ها، تصمیم‌گیری به شدت، متمرکز و در برخی به صورت پراکنده انجام می‌شود (علوم پزشکی همدان، ۱۳۹۴). بر این مبنا در جدول ۵، با توجه به ابعاد اساسی تحلیل ساختاری به مقایسه ساختارهای مراکز درمان اعتیاد پرداخته می‌شود.

جدول ۵: تحلیل ساختارهای مراکز درمان اعتیاد مبتنی بر ابعاد اساسی تحلیل ساختاری

ابعاد	مؤلفه‌ها	نام ساختار	ماشینی و حرفه‌ای
		مأموریت ویژه و داوطلبانه	قانونمندی سفت و سخت،
		آزادی عمل زیاد، عدم قانونمندی	قانونمندی سفت و سخت،
رسمیت	قانونمندی	گسترده، نظم‌ناپذیری مشخص، دارای	دستورالعمل‌های مشخص، بروکراسی
		ایدئولوژی قوی، عدم استاندارد سازی،	گسترده، فاقد انعطاف پذیری و
		انعطاف‌پذیری	خلاقیت
		ارتباطات غیر رسمی	ارتباطات رسمی
پیچیدگی	تقسیم کار	تقسیم کار سست	تقسیم کار پیچیده
		وظایف محدود و تا حدودی نامشخص	وظایف کاملاً تعیین شده
		تمرکز	*تصمیم‌گیری متمرکز
تمرکز	عدم تمرکز	-	-
		-	مدیران آموزش دیده و متخصص
		تخصص‌گرایی	-

طبق نتایج، ساختار ماشینی و حرفه‌ای به دلیل رسمیت زیاد، تخصص‌گرایی، تمرکز زیاد و پیچیدگی دارای نقاط قوت زیادی می‌باشد که شامل کارآیی زیاد و فعالیت منظم، رسیدن به اهداف مشخص و پیش‌بینی‌پذیر، حد و مرز کاملاً تعیین شده، جلوگیری از تداخل فعالیت‌ها و بی‌نظمی در عمل، برنامه‌های از قبل تعیین شده و هدف معین می‌باشد. اما بروکراسی گسترده، عدم انعطاف‌پذیری، عدم پویایی و خلاقیت، احساس خودبیگانگی در کارها، احساس یکنواختی و عدم آزادی عمل در فعالیت‌ها از مهم‌ترین نقاط ضعف ساختار ماشینی و حرفه‌ای می‌باشد. در حالی که ساختار داوطلبانه و مأموریت ویژه را می‌توان از نظر ابعاد ساختاری نام برده شده، نقطه مقابل ساختار ماشینی و حرفه‌ای دانست. چرا که خلاقیت و پویایی، آزادی عمل در فعالیت‌ها، نوآوری، تلاش برای انتخاب بهترین مسیر رسیدن به هدف (پیش‌بینی‌ناپذیری)، فرد را مقدم بر فعالیت‌های سازمان دانستن از مهم‌ترین نقاط قوت ساختار داوطلبانه و مأموریت ویژه می‌باشد. در حالی که نظم‌ناپذیری، مشخص نبودن برنامه‌ها و عملکردهای سازمان، عدم رسمیت و اجبار لازم برای تعهد داشتن به فعالیت‌های سازمان و تغییرات گسترده از مهم‌ترین نقاط ضعف این نوع ساختار می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

اساسنامه‌ها و پروتکل‌های مراکز درمان اعتیاد یکی از مهم‌ترین منابع موجود جهت شناخت ویژگی‌ها و ساختارهای آن‌ها است. تحلیل محتوای این اساسنامه‌ها می‌تواند در جهت مقایسه این مراکز و شناخت نقاط قوت و ضعف آن‌ها بسیار راهگشا باشد. از این رو، در این نوشتار به تحلیل ساختاری مراکز درمان اعتیاد در ایران پرداخته شده است. نتایج تحلیل‌ها نشان می‌دهد که برنامه‌ها و دستورالعمل‌های مراکز درمان کنگره ۶۰ و انجمن معتادان گمنام بیش‌تر بر اراده، ذهن و روان فرد معتاد تأکید دارند. این را می‌توان از داشتن ایدئولوژی آن‌ها و اهمیتی که به جهان‌بینی و درونیات فرد می‌دهند (انواع سفرها در کنگره ۶۰ یا انواع قدم‌ها و سنت‌ها در انجمن معتادان گمنام) دریافت. همچنین با توجه به داوطلبانه و خودجوش بودن این مراکز، فرد باید خودش به این نتیجه برسد که به آخر خط رسیده و لازم است برای ترک اقدام کند (عدم اجبار بیرونی و رسمیت قانونی). فرد معتاد در کنگره، مسافر و در انجمن، رهجو نامیده می‌شود و به کمک راهنما که روزی خود نیز این مسیر را پیموده می‌تواند از این راه پر تلاطم عبور کند. فرد می‌تواند در گام دوازدهم (انجمن) یا سفر سوم (کنگره) به سعادت دست یابد. سادگی، اعتماد، ارتباطات غیر رسمی و رو در رو، تقسیم کار ساده فقط با هدف خدمت به یکدیگر برای عملی ساختن شعار پیش به سوی رهایی، ایدئولوژی روشن و مشخص که مایه وحدت اعضا می‌شود، اصل گمنامی و رازداری برای حفظ شخصیت و هویت فرد، تعیین اهداف روزانه با خواندن دعای راه یا قدم، خدمات رایگان با کمک‌های مالی داوطلبانه و شعبه‌هایی با هویت مستقل این مراکز را به ساختار داوطلبانه و به خصوص مأموریت ویژه مورد نظر مینتزبرگ نزدیک می‌سازد.

در مقابل این مراکز، مراکز اجتماع درمان‌مدار و کمپ‌ها زیر نظر بهزیستی و متادون درمانی‌ها زیر نظر معاونت بهداشت و درمان با داشتن پروتکل‌های درمانی بسیار سازمان یافته، سلسله مراتب مشخص، تقسیم کار دقیق، داشتن قوانین و قواعد سخت حتی برای برنامه‌های روزانه، نظافت شخصی، نوع تغذیه و غیره، مدیریت قوی و قدرت از بالا به پایین، تعیین هویت دقیق مصرف کننده و علت اعتیاد وی، ساختار اداری گسترده و

تیم‌های درمانی مشخص به ساختار دیوان‌سالاری ماشینی می‌گرایند. رسمیت و پیچیدگی گسترده همراه با تخصص‌گرایی و تمرکز از مهم‌ترین نقاط قوت این مراکز می‌باشد. در مقابل، بروکراسی بیش از حد، چارچوب‌ها و قانونمندی‌های سفت و سخت، عدم آزادی عمل و سلب خلاقیت و نوآوری از مهم‌ترین نقاط ضعف این مراکز می‌باشد.

بنابراین از یک سو، قانونمندی و چارچوب‌های از قبل تدوین شده در مراکز کمپ، متادون درمانی و اجتماع درمان‌مدار می‌تواند اجبار بیرونی لازم را برای درمان یک فرد معتاد به همراه داشته باشد اما چگونه می‌تواند حس تنوع‌طلبی، هیجان‌خواهی و آزادی که یک بیمار معتاد با مصرف مواد مخدر به دنبال تأمین آن بوده و هست را فراهم نماید؟ و از سوی دیگر، آیا انگیزه درونی و پویا -مانند انجمن معتادان گمنام و کنگره ۶۰- می‌تواند اجبار بیرونی لازم را برای درمان بیمار فراهم نماید؟ این امر، از یک سو، توجه به ویژگی‌های شخصیتی بیماران معتاد (میزان نظم‌پذیری، هیجان‌خواهی و غیره) را برای درمان و معرفی آن‌ها به مرکز درمانی مورد نظر می‌طلبد و از سوی دیگر، نتایج تحقیقات آینده را برای ادغام ویژگی‌های ساختاری این مراکز تعیین می‌کند.

منابع

ایمان، محمد تقی؛ و نوشادی، محمود رضا (۱۳۹۰). تحلیل محتوای کیفی. فصلنامه پژوهش، ۲(۳)، ۴۶-۱۵.

بحرانی، محمود (۱۳۹۰). مروری بر شیوه تحلیل محتوا با تأکید بر کاربرد آن در روانشناسی و علوم تربیتی. کنفرانس دانش و فناوری روانشناسی، علوم تربیتی و جامعه‌شناسی ایران. ۲۶-۱.

خزائلی پارسا، فاطمه (۱۳۸۲). نقش کارشناسان در برنامه‌های با محوریت اجتماع. مجموعه مقالات پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد. تهران: سازمان بهزیستی کشور.

دانشگاه علوم پزشکی همدان با همکاری وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴). طراحی ساختارهای سازمانی، دوره‌های بعد از انتصاب مدیران میانی: طراحی ساختارهای سازمانی. ۴۹-۱.

دی لئون، جرج (۱۳۸۱). اجتماع درمان‌مدار: نظریه، مدل و روش جدیدترین رویکرد درمان اعتیاد. ترجمه علی اکبر ابراهیمی. معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی استان اصفهان.

- رحمتی، عباس و فهیمه زراعت حرفه (۱۳۹۴). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی در ترک اعتیاد موفق و ناموفق معتادان. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۸(۲)، ۲۲-۹.
- رضایی، زینب؛ آذر، عادل؛ مقبل با عرض، عباس و دهقان نیری، محمود (۱۳۹۷). عارضه‌یابی ساختار سازمانی مبتنی بر مدل سیستم‌های مانا. *فصلنامه پژوهش‌های نوین در تصمیم‌گیری*، ۱(۳)، ۱۸۷-۲۱۶.
- رفیعی، مجتبی و قربان پرست، سعید (۱۳۹۳). طراحی ساختار سازمانی تحت محیط فازی تصمیم‌گیری گروهی (مطالعه موردی: یکی از مراکز تحقیقاتی صنعت هوایی). *فصلنامه پژوهش‌های مدیریت عمومی*، ۲۵(۷)، ۱۶۵-۱۴۱.
- روشن پژوه، محسن و صابری، زهرا (۱۳۹۴). بهبود و بازتوانی اختلال مصرف مواد. سازمان بهزیستی کشور، ۶۴-۱.
- روشن پژوه، محسن و صابری، زهرا (۱۳۹۴). *دستورالعمل اختصاصی کمپ*. سازمان بهزیستی کشور، ۲۶-۱.
- روشن پژوه، محسن و صابری، زهرا (۱۳۹۷). *پروتکل اختصاصی اجتماع درمان مدار*، ویرایش دوم. ریتزر، جورج (۱۳۸۵). *نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر*. ترجمه محسن ثلاثی. تهران: انتشارات علمی.
- زاهدی، شمس‌السادات و خیراندیش، مهدی (۱۳۸۶). تبیین عوامل ساختاری در اقتصاد دانش محور، یک مطالعه موردی. *فصلنامه علوم مدیریت ایران*، ۶(۲)، ۶۸-۴۹.
- سراجی، رضا و شوقی، محمد (۱۳۹۴). بررسی رابطه ساختار سازمانی با توسعه تفکر راهبردی مدیران بانک انصار. *فصلنامه توسعه مدیریت پولی و بانکی*، ۷(۳)، ۱۱۷-۹۵.
- صادقیه اهری، سعید (۱۳۷۹). *بررسی علل بازگشت مجدد اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز خود معرف وابسته به بهزیستی تهران*. رساله دکتری تخصصی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- طالب، مهدی؛ یوسفوند، سامان و یوسفوند، علی (۱۳۹۱). تحلیل محتوای کیفی شعارهای تبلیغاتی نامزدهای نهمین دوره انتخابات مجلس شورای اسلامی در شهر خرم آباد از منظر رویکردهای توسعه محور. *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۶۰، ۷۸-۴۳.
- فوزی، یحیی و قربانی، فاطمه (۱۳۹۳). تحلیل محتوای کمی و کیفی مصاحبه‌ها و پیام‌های امام خمینی (ره) بر اساس صحیفه سجادیه. *فصلنامه اندیشه سیاسی در اسلام*، ۳(۲)، ۱۰۲-۷۵.

کردناٹیج، اسدالله؛ احمدپور داریانی، محمود و شمس، شهاب‌الدین (۱۳۸۴). طراحی ساختار سازمانی مراکز و آموزشگاه‌های کارآفرینی در کشور. فصلنامه مدرس علوم انسانی، ۲(۹)، ۱۱۹-۱۵۶.

کمیته نشریه خدمات جهانی (ان-ای) (۱۳۹۲). معنادان گمنام، کتاب پایه، دوازده قدم (برنامه‌های خودیاری). ترجمه کمیته ترجمه. تهران: نشر کیمیا اثر، چاپ اول.

مکری، آذرخش و علیرضا نوروزی (۱۳۹۳). پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون. اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد. تهران: ویرایش سوم.

ممتازی، سعید (۱۳۸۱). خانواده و اعتیاد. زنجان: انتشارات مهدیس.

میرکمالی، سید محمد و فرهادی‌راد، حمید (۱۳۹۲). کنکاشی در ساختارهای سازمانی دانشگاه به منظور ارائه یک مدل تلفیقی. فصلنامه تحقیقات مدیریت آموزشی، ۱(۱۷)، ۷۵-۱۰۰.

مینتز برگ، هنری (۱۳۷۷). سازماندهی: پنج الگوی کارساز. ترجمه ابوالحسن فقیهی و حسین وزیری سابقی. تهران: مرکز آموزش مدیریت دولتی.

مینتز برگ، هنری (۱۳۹۲). ردگیری استراتژی به سمت یک تئوری عمومی در مورد شکل‌گیری استراتژی. ترجمه: علی بابایی و مهدی حق با علی. تهران: سازمان مدیریت صنعتی.

نصیری ولیک بنی، فخرالسادات و شایگانی منبع، سمیرا (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین ساختار سازمانی و توسعه سازمانی. مجله مدیریت توسعه و تحول، ۲۶، ۴۵-۵۱.

نیازی، محسن؛ نوروزی، میلاد و عسکری، اسما (۱۳۹۶). مطالعه و بررسی عوامل مؤثر بر بهبودی و بازتوانی بیماران معتاد. طرح پژوهشی ستاد مبارزه با مواد مخدر استان اصفهان.

References

- Barney, J. B., & Griffin, R. W. (1992). *The management of organizations: Strategy, structure, behavior*. Houghton Mifflin College Div.
- Bell, D.C. (1994). Connection in therapeutic community. *Journal of Addiction*, 29(4), 525-527.
- De Leon, G. (2000). Therapeutic community for addictions: *A theoretical Drugs*, 81-94.
- Dossett, W. (2013). Addiction, spirituality and 12-step programs. *International Social Work*, 56(3), 369-383.
- Glen, R. (2004). *Hanson, therapeutic community*. National institute on drug abuse, research report series.

- Havard, A., Teesson, M., Darke, S., & Ross, J. (2006). Depression among heroin users: 12-Month outcomes from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(4), 355-362.
- Jainchill, N., Hawke, J., De Leon, G., & Yagelka, J. (2000). Adolescents in therapeutic communities: One-year post treatment outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(1), 81-94.
- Ochsner, S., Knoll, N., Stadler, G., Luszczynska, A., Hornung, R., & Scholz, U. (2014). Interacting effects of receiving social control and social support during smoking cessation. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(1), 141-146.
- Ronel, N., Gueta, K., Abramsohn, Y., Caspi, N., & Adelson, M. (2011). Can a 12-step program work in methadone maintenance treatment? *International journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(7), 1135-1153.
- Soyez, V., De Leon, G., Broekaert, E., & Rosseel, Y. (2006). The impact of a social network intervention on retention in Belgian therapeutic communities: A quasi-experimental study. *Addiction*, 101(7), 1027-1034.
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: a review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 58-72.