

# درمان مواد مخدر و حبسهای منزلی همراه بانظارت الکترونیکی: ارزیابی یکی از تدابیر اجتماعی جایگزین زندان\*

آنت ژولین - برایان استپاک

برگردان: مهرداد رایجیان اصلی

(دانشجوی دکترای حقوق کیفری و جرم‌شناسی)

اشاره:

برنامه فشرده درمان مواد مخدر<sup>(۱)</sup>، ابتکار مهمی درگسترش گزینه‌های محکومیت و مجازات برای بزه‌کاران درگیر با مسایل مواد مخدر معرفی می‌نماید. این برنامه از طریق ترکیب درمان اجباری مواد مخدر با روش نظارت الکترونیکی در حبسهای منزلی، درجهت کاهش جرایم و مصرف مواد مخدر تلاش می‌کند. تحلیل‌های آماری نرخ تکرار جرم و نتایج آزمایش‌های مواد مخدر، از

\* - Jolin (Annett), stipak (Brian), Drug treatment and Electronically monitored Home Confinement: An Evaluating of a Community \_ Based Sentencing Option, in Crime and Delinquency, vol. 38, No.2, April 1992, 158, 168.

کارایی این برنامه حکایت می‌کند. گزینه‌های اجتماعی محکومیت و مجازات که درمان موادمخدر را با روش نظارت الکترونیکی ترکیب می‌کنند، «گزینه‌های بینابین»<sup>(۲)</sup> وسیعی را برای مصرف‌کنندگان موادمخدر، تجویز می‌کنند.

روند فزاینده استفاده از حبس به عنوان یک ضمانت اجرای کیفری، تنش بسیاری در نظام کیفری آمریکا ایجاد نموده است. شمار زندانیان در سال ۱۹۹۰، در ۶۵ سال گذشته بی سابقه بوده است. در طول این سال، بیش از یک میلیون نفر بزهکار بزرگسال در زندانها نگهداری می‌شدند. به‌رغم آمار احداث زندان، در حال حاضر نزدیک به ۴۰ ایالت به منظور کاهش جمعیت زندانهاشان، تحت احکام دادگاهها قرار دارند.

جمعیت کثیر زندانیان، هزینه‌های هنگفت زندانها، ملاحظه‌های انسان‌دوستانه، و این واقعیت که «هیچ راهی برای فرار از وضعیت موجود وجود ندارد»، تحقیق و بررسی درباره جایگزینهای زندان را شدت بخشیده است. چنین به نظر می‌رسد که کارشناسان و جامعه آمریکا در این مورد هم عقیده هستند که زمان گسترش مجموعه‌ای از مجازاتها، از جمله «اخطار و تذکر»،<sup>(۳)</sup> در قالب تدابیر اجتماعی قضازادایی، فرارسیده است. به‌رغم این اتفاق نظر گسترده بر لزوم گسترش مجازاتهای بینابین، «مسیر نیل به این هدف، آشکار نیست». با این وجود، برخی دادگاهها با گسترش گونه‌ای از ضمانت اجراهای اجتماعی بینابین، گامهایی در این زمینه برداشته‌اند.

از میان این ضمانت اجراها، «تعلیق مراقبتی فشرده»<sup>(۴)</sup> در گسترده‌ترین سطح اجرا شده است. هدف این بنیاد، تحمیل مجازاتی است که از زندان، خفیفتر و از «تعلیق مراقبتی ساده»<sup>(۵)</sup> شدیدتر است. بیشتر برنامه‌های تعلیق مراقبتی فشرده، دارای نسبتهای پایین بزهکار / مأمور پرویشن، نظارت نزدیک بر بزهکار و اجرای مطلق مقررات نقض برنامه هستند. شیوه نظارت در این برنامه‌ها، نظارت الکترونیکی را نیز در برمی‌گیرد.

برنامه‌های نظارت الکترونیکی، برای نخستین بار در سالهای ۸۵-۱۹۸۴ در سطح ملی پذیرفته و آغاز شد. از آن تاریخ، برنامه‌های مشابهی در این کشور<sup>(۶)</sup> ایجاد شده‌اند. یافته‌های پژوهشهای اخیر، برنامه‌های نظارت الکترونیکی را به عنوان یک ضمانت اجرای بینابین موفقیت‌آمیز، به اثبات رسانده‌اند. در نظر بزهکاران نیز حبسهای منزلی همراه با نظارت الکترونیکی، دارای بار قهرآمیز بیشتری از پرویشن، و بار قهرآمیز کمتری از زندان است. نرخ فرار از منزل و تکرار جرم، به نسبت، پایین بوده است و شواهد نشان می‌دهد که حبسهای منزلی برای برخی بزهکاران ممکن است کارایی خوبی داشته باشد؛ برای نمونه، در برخی دادگاه‌ها، روش نظارت الکترونیکی به یک ضمانت اجرای مناسب برای رانندگان مست تبدیل شده است. با این حال، محدودیتهای روش شناختی برخی پژوهشها، این مسأله را که آیا پیامدهای مثبت پژوهشها، آثار و نتایج برنامه یا سایر آثار را منعکس می‌نماید یا خیر، مبهم می‌سازد. برای نمونه، نرخ پایین فرار از منزل و تکرار جرم در برنامه‌های نظارت الکترونیکی می‌تواند از انتخاب خطرپذیری پایین بزهکاران برای مشارکت در چنین برنامه‌هایی، ناشی شود.

برنامه‌های اخیر حبسهای منزلی منحصراً به سوی نظارت، جهت یافته است، و بازسازی و توانبخشی در آنها هرگز یک هدف آشکار و صریح نبوده است. با این وجود، برنامه‌های نظارت الکترونیکی، ویژگیهای اصلاحی - تربیتی قطعی و مسلمی نداشته است. این برنامه‌ها بزهکار را در معرض آثار جرم‌شناسانه زندان قرار نمی‌دهند؛ پیوندهای خانوادگی را قطع نمی‌سازند؛ و در اشتغال یا تحصیل بزهکار اختلال ایجاد نمی‌کنند. علاوه بر این، برنامه‌های نظارت الکترونیکی زمینه آموزش، مشاوره و سایر جنبه‌های اصلاحی - تربیتی را فراهم می‌سازد. شواهد اخیر نشان می‌دهد که افزایش تدابیر اصلاحی - تربیتی ممکن است به تغییرات مثبتی در رفتار بزهکار منجر گردد. گزارشهای سه پژوهش تجربی در مورد روش تعلیق مراقبتی فشرده در کالیفرنیا، پترسیلیا<sup>(۷)</sup> و ترنر<sup>(۸)</sup> خاطر نشان می‌سازد که افزایش نظارت بر بزهکار، به تنهایی اثر

کمی در نرخ بازداشت و حبس دارد. با این حال، ترکیب نظارت با مشاوره، اشتغال، اعاده وضع (جبران خسارت)<sup>(۹)</sup> و خدمات اجتماعی، به کاهش نرخ تکرار جرم منتهی می‌گردد.

چنین یافته‌هایی، پیشنهادهایی را به منظور استفاده از برنامه‌های اجتماعی عدالت کیفری برای بزهکاران نیازمند درمان موادمخدر، مطرح می‌سازد. با توجه به ارتباط نزدیک استعمال موادمخدر و جرم، و ناکافی بودن استراتژیهای اجرایی برای کاهش تکرار جرم در جرایم وابسته به موادمخدر، برنامه‌های اصلاحی مبتنی بر تدابیر اجتماعی که نشانگر کاهش رفتار جنایی (بزه) در جرایم وابسته به موادمخدر هستند، از جاذبه قابل توجهی برخوردارند. به عقیده «باومر»<sup>(۱۰)</sup> و مندلسون،<sup>(۱۱)</sup> اثر اصلاحی - تربیتی چنین برنامه‌ای:

«بر توانایی طرح و استفاده از روش نظارت الکترونیکی... به منظور تشویق به یک زندگی غیربزهکارانه، و تسهیل نهادینه کردن چنین تغییراتی به وسیله بزهکاران، متکی است. چنین طرحی، بهبود استفاده از دانش و ابزار، نظارت الکترونیکی و نیز استفاده گسترده از سایر برنامه‌ها، نظیر درمان استعمال موادمخدر، آزمایش موادمخدر/الکل، رژیم آزادی تدریجی،<sup>(۱۲)</sup> و مراقبت فشرده پس از درمان را دربرمی‌گیرد».

بخش کلاکاماس،<sup>(۱۳)</sup> ایالت آرگان<sup>(۱۴)</sup> و «برنامه فشرده درمان سرپایی موادمخدر»،<sup>(۱۵)</sup> برای اجرای دقیق چنین برنامه‌ای تلاش می‌کنند.

### توصیف برنامه فشرده درمان مواد مخدر

هدف برنامه فشرده درمان مواد مخدر، پیشنهاد یک برنامه درمان سرپایی است که درمان فشرده اعتیاد و نظارت فشرده بر مراجعان به این برنامه اجتماعی را فراهم می‌سازد. اهداف این برنامه: کاهش استعمال موادمخدر، تثبیت و استحکام کافی زندگی بزهکاران به منظور تضمین اجرای کامل برنامه و کاهش تکرار جرم است. جمعیت

هدف<sup>(۱۶)</sup> در این برنامه عبارتند از بزهکاران بزرگسالی که اعتیادشان به شکست و ناکامی آنها در برنامه‌های پیشین درمان اعتیاد، یا نقض شرایط تعلیق مراقبتی/آزادی مشروط،<sup>(۱۷)</sup> منتهی گشته است.

این برنامه درصدد است تا دو نیاز اساسی این گروه از بزهکاران را برآورده سازد: (الف) تدارک یک زندگی ساختار یافته به دور از زندان و (ب) رسیدگی به مسایل و مشکلات اعتیاد آنها. شیوه‌های کلی پاسخگویی به این نیازها عبارتند از نظارت الکترونیکی پیوسته، بازدیدهای هفتگی و آزمایش موادمخدر و الکل. مؤلفه‌های خاص این برنامه، «یک نسبت هشت به یک بزهکار / مشاور»،<sup>(۱۸)</sup> نشستهای گروهی درمانی در هر دو هفته یکبار، نشست گروهی هفتگی مربوط به ساختار زندگی بزهکار، حضور در بازدیدهای گروهی خودیاری اجتماعی در هر دو هفته یکبار (برای نمونه، سازمان معتادان گمنام، سازمان الکلیهای گمنام و...) و آزمایش روزانه و زمان-بندی شده موادمخدر و الکل را دربرمی‌گیرد. از این گذشته، شرکت‌کنندگان در این برنامه باید شاغل بوده یا به طور فعالانه‌ای درصدد کاریابی باشند، و نیز باید از طریق پرداخت یک مبلغ روزانه، در برنامه مشارکت داشته باشند.

ارایه این خدمات، تلاش توأمان دو سازمان را در بخش کلکاماس شامل می‌شود: بخش اصلاحات اجتماعی و بخش سلامت روانی. این برنامه شامل ۱۴ هفته نظارت و درمان، و به دنبال آن، ۱۴ هفته مراقب پس از درمان است. در طول ۱۴ هفته نخست، بزهکار از پنج سطح «نظارت/امتیازدهی»،<sup>(۱۹)</sup> و از محدودسازی شدید/بدون کسب امتیاز به محدودسازی حداقل/با بیشترین امتیازدهی، می‌گذرد. در ۱۴ هفته دوم، نظارت الکترونیکی وجود ندارد و شامل حضور پی درپی، گسترده و داوطلبانه در بازدیدهای درمانی می‌شود. نقض شرایط و مقررات، بسته به شدت و ماهیت تخلف، به نتایج مختلفی منجر می‌گردد. این نتایج عبارتند از افزایش سطح نظارت و آزمایشهای پیوسته موادمخدر تا از دست دادن امتیازهای به دست آمده، و در نهایت بازگرداندن بزهکار به زندان.

## طرح پژوهش

### - مرور کلی

این تحقیق از یک «طرح گروهی سنجشی شبه تجربی»<sup>(۲۰)</sup> و یک «طرح آزمون مقدماتی و آزمون نهایی تک گروهی غیر تجربی»<sup>(۲۱)</sup> استفاده می‌کند. برآوردهای پیامدهای این برنامه، شامل تکرار جرم مراجعان، مصرف موادمخدر، و اجرای کامل برنامه می‌شود.<sup>(۲۲)</sup>

تحلیلهای تکرار جرم و اجرای کامل برنامه، از طرح گروهی سنجشی استفاده می‌کنند، در حالی که تحلیلهای مصرف مواد مخدر، «طرح آزمون مقدماتی و آزمون نهایی» را به کار می‌گیرند. طرح گروهی سنجشی، اعتبار هرچه بیشتر درونی را پیشنهاد می‌کند، بویژه به این دلیل که هماهنگی و کترلهای آماری به مورد توجه دادن «تفاوتهای گروهی از پیش موجود»<sup>(۲۳)</sup> کمک می‌نماید. اعتبار درونی کمتر طرح آزمون مقدماتی و آزمون نهایی از برداشتهای آشکار درباره آثار و نتایج برنامه، جلوگیری می‌کند، ولی طرح مناسبی را برای بررسی تغییرات در مصرف موادمخدر مراجعان برنامه فشرده موادمخدر، پیشنهاد می‌نماید.<sup>(۲۴)</sup>

### منابع داده‌ها

داده‌های تکرار جرم از سیستم داده‌های اجرایی - قانونی ایالت آرگان، به دست آمده است. داده‌های راجع به ویژگیهای جمعیت‌شناسی مراجعان، محکومیتها، وضعیت پایانی، وضعیت شغلی و سایر ویژگیها، از پرونده‌های بایگانی اصلاحات اجتماعی بخش پروبیشن کلاکاماس، ناشی می‌شود. در نهایت، داده‌های مصرف موادمخدر و الکل، از سیستم مدیریت و نظارت مراجعان بخش سلامت روانی ایالت آرگان، سرچشمه می‌گیرد.

## گروههای سنجشی

گروههای سنجشی در تحلیل نرخ تکرار جرم، از دو برنامه مختلف به کار گرفته می‌شوند. این برنامه‌ها، نظیر برنامه فشرده درمان موادمخدر، به وسیله قسمت اصلاحات اجتماعی بخش کلاکاماس، اجرا می‌شوند. نخستین برنامه، به نام نظارت الکترونیکی، همانند برنامه فشرده موادمخدر، حبس در منزل و نظارت الکترونیکی را شامل می‌شود. دومین برنامه، به نام «برنامه معافیت از کار»<sup>#</sup>، مستلزم زندگی مراجعان در یک مرکز اقامتی است و بنابراین مراجعان را بیش از دو برنامه پیشین محدود می‌نماید. هیچ‌یک از برنامه‌های نظارت الکترونیکی و معافیت از کار، برخلاف برنامه فشرده درمان موادمخدر در بردارنده یک مؤلفه درمانی نیست.

به دلیل شمار نسبتاً زیاد مراجعان برنامه‌های نظارت الکترونیکی و معافیت از کار، منابع محدود برای گردآوری داده‌ها، نمونه‌گزینی از گروههای سنجشی را ایجاب می‌نمود. این نمونه‌گزینی با استفاده از یک نمونه متغیر آماری اجرا شد، بدین شکل که هماهنگ با ارزیابیهای میزان خطرات مراجعان، به اجرا درآمد. این نمونه‌گزینی، به انتخاب ۱۰۰ مراجعه‌کننده از هر گروه سنجشی (در برنامه‌های نظارت الکترونیکی و معافیت از کار، در مقایسه با ۷۰ مراجعه‌کننده از گروه درمانی (در برنامه فشرده درمان موادمخدر) منجر گردید.

اگرچه این شیوه هماهنگ، برخی تفاوت‌های میان گروههای درمانی و سنجشی را محدود نمود، ولی تفاوت‌های دیگر همچنان باقی ماند. مراجعان برنامه فشرده درمان موادمخدر، جرایم به نسبت شدیدتری داشتند. ۸۵٪ از مراجعان این برنامه در مقایسه با ۲۴٪ از مراجعان برنامه نظارت الکترونیکی و ۴۹٪ از مراجعان برنامه معافیت از کار، به اتهامهایی از درجه جنایت محکوم شدند. تقریباً نیمی (۴۲٪) از مراجعان برنامه فشرده درمان موادمخدر در مقایسه با ۱۱٪ و ۱۶٪ از مراجعان برنامه‌های نظارت الکترونیکی و معافیت از کار، به جرایم مرتبط با مواد مخدر محکوم گردیدند.

# Work release program (WR).

همچنین، مراجعان برنامه فشرده درمان موادمخدر به طور میانگین، جوانتر؛ بیشترشان مجرد و تمامشان مصرف‌کننده موادمخدر بودند.<sup>(۲۵)</sup>

## نتایج

براساس مدارک و پرونده‌های بخش سلامت روانی، درصد مراجعان برنامه فشرده درمان موادمخدر که موادمخدر مصرف می‌کردند، از ۹۵٪ در هنگام ورود، به ۳۲٪ در پایان برنامه، تنزل پیدا نمود. همچنین، البته با وضوح کمتری، درصد مصرف‌کنندگان الکل، از ۴۶٪ به ۲٪ کاهش پیدا کرد. از میان مصرف‌کنندگان موادمخدر در برنامه فشرده درمانی، ۷۹٪ و ۵۸٪ از مصرف‌کنندگان الکل، دفعات مصرفشان افزایش پیدا کرد. در پایان برنامه، ۵۹٪ از مراجعان برنامه فشرده درمانی، موادمخدر یا الکل را ترک نموده یا از آن، پاک شده بودند.

مراجعان برنامه فشرده درمان موادمخدر، کمتر از مراجعان برنامه نظارت الکترونیکی و بیشتر از مراجعان معافیت از کار، برنامه‌شان را با موفقیت به پایان بردند.<sup>(۲۶)</sup> درصد بالاتری از ناکامان برنامه فشرده درمانی (۳۸٪) در مقایسه با ۸٪ در برنامه نظارت الکترونیکی و ۹٪ در برنامه معافیت از کار،<sup>(۲۷)</sup> ناشی از تخلفهای مرتبط با موادمخدر بود. مقایسه این سه برنامه نشان می‌دهد که انواع تخلفهای منتهی به شکست برنامه، تفاوت‌های جمعیت‌های بزهکار را منعکس می‌کند.

بزهکاران درگیر با مسایل موادمخدر (در برنامه فشرده درمانی)، بیشتر تخلفهای مرتبط با موادمخدر را موجب می‌شدند؛ بزهکاران درگیر با مسایل الکل (در برنامه نظارت الکترونیکی) نیز بیشتر، تخلفهای مرتبط با الکل را مرتکب می‌شدند؛ بزهکارانی که مورد محکومیت‌های غیرمرتبط با مصرف موادمخدر قرار گرفتند (در برنامه معافیت از کار) بیشتر، تخلفهای غیرمرتبط با این مواد را سبب گردیدند.



## جدول شماره ۱. آمارهای بازداشت مجدد برای برنامه‌های فشرده

## درمان موادمخدر، نظارت الکترونیکی و معافیت از کار

آمار	IDP*ESP**WR***	آمار	IDP ESP WR
تمام مراجعان شمار		مراجعان موفق	
متوسط بازداشت‌های		شمار متوسط	
جدید	۹۲ ۵۸ ۵۹	بازداشت‌های جدید	۵۳ ۵۷ ۶۷
درصد		درصد بازداشت	
بازداشت‌شده‌های		شده‌های جدید	
جدید	۴۷ ۳۲ ۳۳	درصد	۳۲ ۳۰ ۳۰
درصد		بازداشت‌شده‌های	
بازداشت‌شده‌های		جدید برای استعمال	
جدید استعمال	۲۰ ۱۳ ۱۷	موادمخدر	۹ ۱۱ ۲۱
موادمخدر		درصد	
درصد بازداشت	۲۵ ۵ ۱۶	بازداشت‌شده‌های	۲۱ ۴ ۱۵
شده‌های جدید برای		جدید برای جرائم	
جرائم مالی	۶۴ ۹۸ ۹۶	مالی	۳۴ ۷۴ ۳۳
شمار مراجعان		شمار مراجعان	

\* Intensive Drug Program

\*\* Electronically Surveillance program

\*\*\* Work Release: معافیت از کار

این ارزیابی نشان می‌دهد که کدام دسته از مراجعان برنامه فشرده درمانی موادمخدر، به موفقیت در این برنامه گرایش دارند، و مراجعان مسن‌تر، متأهل و بیکار، از نرخ موفقیت بالاتری برخوردارند. این ارزیابی با یافته‌های سایر پژوهشها، هماهنگ و سازگار

است. همچنین، مراجعان دارای اتهامهای مرتبط با موادمخدر، نسبت به کسانی که دارای اتهامهای مرتبط با الکل یا مصرف موادی غیرمخدر هستند، دارای نرخ موفقیت بالاتری بوده‌اند. شاید تعجب‌آور باشد که حتی مراجعان دارای اتهامهای سنگینتر (جنایتهای درجه ۱ و ۲)، نسبت به مراجعان دارای اتهامهای سبکتر، نرخ موفقیت بالاتری داشته‌اند. این یافته‌ها، نتیجه‌گیریهای برخی پژوهشگران را براساس یک بررسی گسترده از برنامه‌های اصلاحی تأیید می‌کند که «آثار درمان را می‌توان بیشتر در میان موارد دارای خطر بالاتر یافت تا موارد کم‌خطرتر.»

جدول شماره (۱)، آمارهای تکرار جرم این سه برنامه را با یکدیگر مقایسه می‌کند، نخست برای تمام مراجعان برنامه، و سپس تنها برای مراجعانی که برنامه‌شان را با موفقیت به پایان برده‌اند. به طور کلی، مراجعان برنامه فشرده درمانی، دارای نرخ بالاتر و میانگین بیشتری از بازداشت‌های مجدد، نسبت به مراجعان برنامه‌های نظارت الکترونیکی و معافیت از کار هستند، ولی این تفاوت زمانی که تنها روی مراجعانی که برنامه‌شان با موفقیت پایان برده‌اند تمرکز می‌کنیم، دیده نمی‌شود. همین‌طور، نرخ کلی برنامه‌شان از مراجعان مصرف‌کننده موادمخدر، زمانی که بر مراجعانی که برنامه‌شان را با موفقیت سپری نموده‌اند تمرکز کنیم، به چشم نمی‌خورد - و در واقع، برعکس جلوه می‌کند. با این حال، نرخ بازداشت‌های مجدد مراجعان برنامه فشرده درمانی در رابطه با جرایم مالی، بالاتر از گروه‌های سنجشی، باقی می‌ماند. به طور خلاصه، این نتایج به طور چشمگیری نشان می‌دهد که نرخ کلی بالاتر تکرار جرم در برنامه فشرده درمانی، عمده‌ای برای مراجعانی که برنامه‌شان را با موفقیت به پایان برده‌اند، به چشم نمی‌خورد.

جدول شماره ۲. تحلیلهای آماری بازداشتهای مجدد با استفاده از تحلیلهای رگرسیون

منطقی: برنامه‌های فشرده درمان موادمخدر، نظارت الکترونیکی و معافیت از کار

مراجعات موفق		تمام مراجعات		
آمارها	ضریب	آمارها	ضریب	
-۰/۵۵	-۱/۰۴	۰/۵۳	۰/۶۱	ثابت
۰/۸۷	۰/۵۵	-۰/۹۳	-۰/۳۹	ESP
۱/۵۷	۱/۱۴	-۰/۶۹	-۰/۳۱	برنامه WR
۱/۲۲	۰/۹۷	۰/۸۵	۰/۴۱	جنایت درجه (۳)
۰/۸۷	۰/۸۹	-۰/۰۹	-۰/۰۶	جنایت درجه (۲)
۰/۴۴	۰/۳۶	۰/۱۲	۰/۰۷	جنایت درجه (۱)
۱/۴۳	-۰/۹۵	-۰/۷۷	-۰/۳۴	جرم مرتبط با موادمخدر
۰/۸۵	-۰/۵۴	-۰/۲۶	-۰/۱۲	جرم مرتبط با الکل
۱/۶۲	۰/۰۲	۱/۰۵	۰/۰۱	میزان ارزیابی خطر
۱/۵۲	۱/۲۴	-۰/۰۵	-۰/۰۲	مصرف کننده ماده مخدر
-۱/۶۱	-۰/۰۵	-۱/۷۱	۰/۰۴	سن
-۰/۳۵	-۰/۱۸	-۰/۳۶	-۰/۲۵	تاهل
۰/۳۳	-۰/۲۹	-۰/۶۹	-۰/۶۴	جنسیت موث
۱/۹۷	-۲/۰۸	-۱/۶۲	-۰/۷۲	شاغل
۲/۵۳	۰/۰۹	۱/۴۷	۰/۰۳	زمان در خطر (ماه‌ها)
۷۲		۶۴		پیش‌بینی درست (%)
۱۳۵		۲۲۱		شمار مراجعات

توجه: ستونهای «ضریب» و «آمار»<sup>۳\*</sup>، ضریب و آمارهای همبسته و مرتبط ناشی از تحلیلهای

رگرسیون منطقی بازداشت مجدد مراجعات را نشان می‌دهد.

\* برای آگاهی بیشتر بنگرید به منبع مندرج در پی‌نوشت شماره ۲۸ م.

به منظور در نظر گرفتن هر چه بهتر تفاوت‌های مراجعان برنامه فشرده درمانی در مقایسه با مراجعان برنامه‌های نظارت الکترونیکی و معافیت از کار در این نوشتار از روش آماری «تحلیلهای رگرسیون منطقی» استفاده شده است.<sup>(۲۸)</sup> متغیر تابع، بازداشت مجدد مراجعه‌کننده است و متغیرهای غیرتابع، ویژگیهای مختلف مراجعه‌کننده و نیز متغیرهایی هستند که مشارکت مراجعه‌کننده در برنامه را نشان می‌دهند. جدول شماره (۲)، نتایج تحلیلهای رگرسیون منطقی را ارائه می‌کند، نخست به منظور ارائه تحلیلی برای تمام مراجعان، و سپس به منظور تحلیلی، تنها برای مراجعانی که برنامه را با موفقیت به پایان برده‌اند. این جدول نشان می‌دهد که تحلیلهای مبتنی بر کلیه مراجعان نشانگر تکرار جرم بالاتر برنامه فشرده درمانی، در مقایسه با برنامه‌های نظارت الکترونیکی و معافیت از کار است: با این حال، تحلیلهای مبتنی بر مراجعان موفق در برنامه، از نرخ پایتتر تکرار جرم در برنامه فشرده درمانی حکایت می‌کند. از میان سایر پیش‌بینیها، آشکارترین یافته‌ها عبارتند از اینکه در خطر بودن بیشتر، فقدان اشتغال در پایان برنامه، و پایین بودن سن، جملگی از تکرار جرم بالاتر حکایت می‌کنند.

جدول شماره ۳. احتمالات تخمینی بازداشت‌های مجدد مبتنی بر تحلیلهای رگرسیون

منطقی: برنامه‌های فشرده درمانی، نظارت الکترونیکی و معافیت از کار

WR	ESP	IDP	
۳۸	۳۶	۴۶	تمام مراجعان
۵۲	۳۷	۲۶	مراجعان موفق

**توجه:** احتمالات محاسبه شده حاصل از نتایج رگرسیون منطقی در جدول شماره (۲) برای مصرف‌کنندگان مواد مخدری که مجرد و مذکر هستند و به جرم مرتبط با مواد مخدر از درجه جنایت (۳) محکوم شده‌اند، در پایان برنامه و با میانگین سنی، محاسبه خطر و زمان در خطر بودن مراجعان برنامه فشرده درمانی، به کار می‌رود.

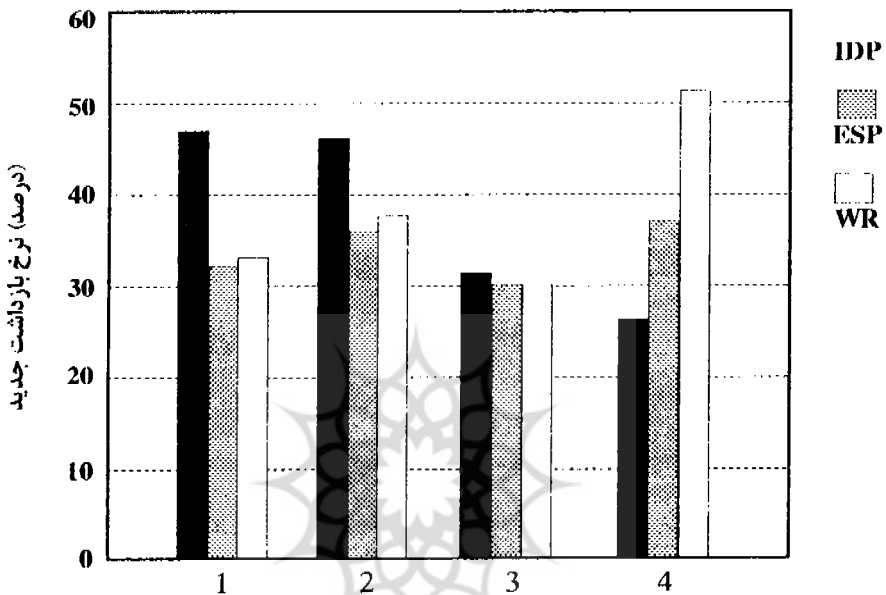
جدول شماره (۳) احتمالات تخمینی و محاسبه شده بازداشت مجدد برای هریک از دسته‌های مراجعان را با استفاده از نتایج جدول (۲)، برای هریک از سه برنامه، مقایسه می‌نماید. با توجه به این مقایسه، مراجعان موفق و ناکام در این برنامه‌ها، احتمالات برآورده شده‌ای از بازداشت مجدد، شامل ۴۳، ۳۶ و ۳۵، برای برنامه‌های فشرده درمانی، نظارت الکترونیکی و معافیت از کار به بار می‌آورند. همچنین، تنها مراجعان موفق، احتمالاتی بین ۲۴، ۳۴ و ۴۲ را رقم می‌زنند.

این نتایج (جدولهای ۲ و ۳) با در نظر گرفتن تمام مراجعان، برنامه فشرده درمانی را نسبت به برنامه‌های دیگر، بدتر جلوه می‌دهند، ولی اگر تنها روی مراجعانی که برنامه را با موفقیت به پایان برده‌اند، تمرکز کنیم، برنامه فشرده درمانی را بهتر نشان می‌دهند.

تصویر شماره (۱)، یافته‌های به دست آمده از تحلیلهای مختلف نرخ تکرار جرم را خلاصه می‌کند. حرکت از سمت چپ تصویر به سمت راست آن نشان می‌دهد همانطور که تفاوت‌های ویژگیهای مراجعان در نظر گرفته می‌شوند، و تحلیلهای بر روی مراجعانی متمرکزند که برنامه‌شان را با موفقیت به پایان رسانده‌اند، برنامه فشرده درمانی پیوسته، مقایسه بهتری به عمل می‌آورد. از آنجا که این طرح تحقیقی، گروه‌های از پیش موجود را با تفاوت‌های از پیش موجود به کار می‌برد، کنترل‌های آماری به وضوح به عنوان جزئی از جبران فقدان یا کمبود کنترل‌های تجربی، مورد توجه قرار می‌گیرند. به این ترتیب، برخی از تفاوت‌های آشکار برنامه، در تصویر (۱)، تفاوت‌های از پیش موجود مراجعان را منعکس می‌کند؛ از این رو، مقایسه (۲) با توجه به داشتن ارزش و اعتبار درونی هرچه بیشتر، ترجیح داده می‌شود. همین‌طور، مقایسه (۴) بر مقایسه (۳) ترجیح داده می‌شود.

پرسش تفسیری دشوارتر، به استفاده یا عدم استفاده از کلیه مراجعان یا تنها، تمرکز بر مراجعان موفق، مربوط می‌شود - یعنی به کارگیری یا عدم به کارگیری مقایسه (۲) (تصویر ۱) یا مقیاسه (۴). در مورد استفاده از هر دوی این راه‌ها، اظهاراتی می‌توان بیان داشت. از منظر یک طرح تحقیقی، تمرکز بر مراجعان موفق می‌تواند تفاوت‌هایی را میان

گروه درمانی و گروههای سنجشی، احتمالاً با بی ارزش ساختن این مقایسه‌ها، ایجاد کند. ولی از یک منظر برنامه‌پردازانه، تأثیر ارزیابی برنامه ممکن است تمرکز بر مراجعانی که برنامه درمانی کاملی دریافت داشته‌اند را ایجاب نماید.



### روشهای مقایسه

۱. نرخهای تمام مراجعان (جدول ۱). (پوششگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی)

۲. تخمینهای منطقی برای تمام مراجعان (جدول ۳).

۳. نرخهای مراجعان موفق (جدول ۱).

۴. تخمینهای منطقی برای مراجعان موفق (جدول ۳).

تصویر (۱). مقایسه نرخهای بازداشت مجدد برنامه‌های فشرده درمانی، نظارت الکترونیکی و معافیت ازکار با استفاده از چهار روش مختلف آماری.

ما احساس می‌کنیم در این تحقیق، ملاحظه‌های برنامه‌پردازانه و روش شناختی، تمرکز بر مراجعانی که برنامه را با موفقیت به پایان برده‌اند توجیه می‌کند. نخست، با

فرض مؤلفه درمانی برنامه فشرده درمانی، تأثیر برنامه از جهت نظری، تنها برای مراجعانی که برنامه را با موفقیت سپری کرده‌اند، انتظار می‌رود. دوم، در این مورد به نظر می‌رسد که کژدینسیها به وسیله تمرکز برای مراجعان موفق که نتایج به دست آمده را تشکیل داده‌اند، ارایه شده‌اند.

نرخ موفقیت برنامه فشرده درمانی، پایتتر از برنامه نظارت الکترونیکی و بالاتر از برنامه معافیت از کار بوده است که نشان می‌دهد هر یک از کژدینسیهای ایجاد شده در مقایسه‌های برنامه‌های نظارت الکترونیکی / برنامه فشرده درمانی؛ معافیت از کار / برنامه فشرده درمانی، به جهت‌گیریهای متضادی منتهی خواهد شد. با این حال، تمرکز بر مراجعان موفق، برنامه فشرده درمانی را نسبت به برنامه‌های نظارت الکترونیکی و معافیت از کار، بهتر جلوه می‌دهد. به طور کلی، ما احساس می‌کنیم این نتایج، دلایلی را مطرح می‌سازند مبنی بر اینکه اگر بزهکاران برنامه فشرده درمانی را با دقت بیشتری از برنامه‌های نظارت الکترونیکی یا معافیت از کار انجام دهند، نرخ پایتتری از بازداشت مجدد خواهند داشت.

### بحث و بررسی

برنامه فشرده درمان سرپایی موادمخدر، نشان‌دهنده یک نوآوری مهم در گسترش گزینه‌های محکومیت برای بزهکاران درگیر با مسایل مصرف مواد است. این برنامه، به طور فوق‌العاده‌ای، حبسهای منزلی همراه با نظارت الکترونیکی را با درمان مصرف موادمخدر ترکیب می‌کند. اگرچه در واقع، یافته‌های نسبتاً تجربی حاصل از این بررسی، دلایل و شواهدی مبنی بر کارایی این روی-کرد، تدارک می‌بیند. بنابراین، گزینه‌های محکومیت اجتماعی که روش نظارت الکترونیکی را با درمان موادمخدر ترکیب می‌کنند، بررسی بیشتری را به عنوان گزینه‌های محکومیت بینابین برای مصرف‌کنندگان مواد، تجویز می‌نمایند.

برنامه فشرده درمانی، براساس این نظریه که کاهش تقاضا برای موادمخدر، اعمال مجرمانه را افزایش خواهد داد، درمان موادمخدر را برای بزهکارانی که عمل مجرمانه‌شان به مصرف مواد مربوط است فراهم می‌سازد. یافته‌های ما نشان می‌دهد که سه چهارم مراجعان، مصرفشان در طول برنامه کاهش پیدا کرده، و از دوسوم آنها هیچ گزارشی در مورد مصرف موادمخدر در پایان برنامه گزارش نشده است. این مطلب با سایر بررسیها، هماهنگ و سازگار است و از آنجا که آزمایش ادرار موادمخدر، بخشی از برنامه فشرده درمانی را تشکیل می‌دهد، زیاد تعجب‌آور نیست. در برنامه فشرده درمانی، مراجعانی که برنامه را با موفقیت به پایان برده‌اند، دارای نرخ تکرار جرمِ برابری با گروههای سنجشی بوده‌اند؛ حتی زمانی که مراجعان برنامه از بزهکاران خطرناک‌تر و مصرف‌کنندگان مواد مخدر بوده‌اند.<sup>(۳۹)</sup> کنترل آمار و ویژگیهای بزهکار، احتمالات پایبندی از بازداشت مجدد را برای برنامه فشرده درمانی، به نسبت سایر برنامه‌ها نشان می‌دهد از آنجا که برنامه‌های مقایسه‌ای، شامل یک مؤلفه درمانی نبوده‌اند این یافته‌ها بیان می‌دارند که تکرار جرم ممکن است در شرایط زیر کاهش یابد:

الف) چنانچه بزهکاران، برنامه درمانی ویژه‌ای را برای مسأله مصرف خود، به عنوان بخشی از محکومیتشان، دریافت داشته باشند.

ب) در صورتی که تا پایان در این برنامه باقی بمانند.

پژوهش دیگری حاکی است که برنامه‌های بلندمدت درمانی، پیامدهای مثبتی را برای برنامه‌هایی که بزهکاران وابسته به موادمخدر را زیر پوشش قرار می‌دهند، پیش‌بینی می‌کنند. این یافته آماری می‌تواند به سادگی منعکس‌کننده مجموعه‌یی از خطاهای آماری ناشی از فرسایش مراجعان در چنین برنامه‌هایی باشد. با این حال، در این پژوهش، می‌توان اثر مثبت برنامه را برای برنامه فشرده درمانی، براساس مقایسه‌های آماری میان مراجعان موفق این برنامه با مراجعان موفق سایر برنامه‌ها، مشاهده کرد. این مقایسه‌ها دلایلی مبنی بر اینکه جنبه بی‌نظیر برنامه فشرده درمانی -



یعنی ترکیب روش نظارتی الکترونیکی با درمان مواد مخدر - می تواند نرخ پایینتری از تکرار جرم را سبب شود، فراهم می سازند. با این وجود، همان گونه که «آنگلین»<sup>(۳۰)</sup> و «هسر»<sup>(۳۱)</sup> در مورد مسایل موادمخدر به طور کلی، خاطر نشان ساخته اند، نرخهای فسخ برنامه، بالاست؛ نزدیک به نیمی از مراجعان برنامه فشرده درمانی در به پایان رساندن برنامه، ناکام می مانند. بنابراین، نرخهای پایین تکرار جرم برای مراجعانی که برنامه را به پایان می رسانند، تنها بخشی از مسأله را تشکیل می دهد. بخش دیگر این مسأله، افزایش انجام برنامه را ایجاب می کند. دو روی -کرد افزایش انجام برنامه عبارتند از:

الف) گزینش بزهکاران براساس ویژگیهایی که انجام موفقیت آمیز برنامه را پیش بینی می کند.

ب) بهبود شکل برنامه برای حفظ بزهکاران در آن.

این بررسی، نرخهای بالای انجام برنامه را برای مراجعان دارای اتهامهای مهم جنایی، مراجعان در معرض خطر بسیار بالا، و مراجعانی که بیش از جرایم وابسته به الكل یا مصرف موادمخدر، با جرایم وابسته به موادمخدر درگیرند، نشان می دهد. علاوه بر این، تا آنجا که درمان برای مراجعان در معرض خطر کارآیی دارد، همان طور که به وسیله برخی پژوهشگران نیز گزارش شده است، ارتباط مثبت میان خطر و تکرار جرم، کاهش خواهد یافت. این بررسیها نشان می دهند که گزینش بزهکار از فرضیه های پیشین درباره خطر، دشوارتر است و تکرار جرم، ما را به این باور می رساند. قرار دادن بزهکار در برنامه های درمان اجتماعی، بر خطرات بسیاریها مبتنی است. شدت و خطرناکی جرم نیز می تواند آن دسته از بزهکارانی را که ممکن است برنامه را به طور موفقیت آمیزی انجام دهند و از آن، متفع گردند محدود سازد.

مسایل بسیار مهم درباره چگونگی تأثیر روال برنامه بر نرخهای اجرای آن، به موارد نقض مقررات برنامه، مربوط می شود. بزهکارانی که در به پایان رساندن برنامه، ناکام بوده اند، تقریباً همیشه به خاطر نقض مقررات آن برنامه - نه به علت ارتکاب جرایم

جدید - با ناکامی مواجه شده‌اند. برای برنامه‌ای نظیر برنامه فشرده درمانی که مؤلفه‌های قهرآمیز و درمانی - اصلاحی را با هم تلفیق می‌کند، تنش همواره در چگونگی اجرای دقیق مقررات آن، وجود دارد. رکن تنبیهی این برنامه ممکن است اجرای دقیق و کامل آن را ایجاب نماید، ولی اجرای نسبتاً کامل برنامه می‌تواند به حصول نتایج بهتر، کمک کند. پژوهشگران موافق‌اند که تدارکِ درمان در یک زمینه تنبیهی، حفظ و نگهداشتن بزهکاران و مراجعان را در آن برنامه، تسهیل می‌نماید، که این به نوبه خود، به تکرار جرم مربوط می‌شود؛ ولی اجرای کامل برنامه، ممکن است تأثیر معکوسی بر نگهداری مراجعان در آن داشته باشد، و به این ترتیب از بُعد منفی روی تکرار جرم تأثیر گذارد. بنابراین، برقراری یک توازن دقیق میان جنبه‌های قهرآمیز و درمانی، مسأله رَوشمند مهمی برای برنامه‌هایی است که درمان را در یک زمینه اصلاحی، پیشنهاد می‌کنند.

«ویلسون»<sup>(۳۲)</sup> دست‌کم نگرفتن مشکلات و مسایل کاهش مصرف موادمخدر را به ما گوشزد می‌کند، نه شیوه‌هایی که ما به کار می‌بریم. بزهکاران وابسته به موادمخدر، علاوه بر داشتن مشکلات مربوط به اعتیاد و نظام عدالت کیفری، عموماً با مسایل زیادی دست و پنجه نرم می‌کنند. با این حال، گزینه‌های اجتماعی محکومیت و مجازات که درمان موادمخدر را با نظارت الکترونیکی ترکیب می‌کنند، ممکن است راهکارهایی را برای تعدیل این مشکلات، پیشنهاد کنند.

پی‌نوشتها:

- 1- The intensive drug program(IDP).
- 2- Intermediate sentencing options.
- 3- Warning.
- 4- Intensive probation.
- 5- Routine probation.

## ۶- ایالات متحده آمریکا

7- Petersilia.

8- Turner.

9- Restitution.

10- Baumer.

11- Mendelsohn.

۱۲- در رژیم تدریجی، زندانی مراحل مختلفی را که در هر یک، فشار از مرحله قبلی کمتر است (برای نمونه از زندان انفرادی تا نیمه آزادی)، هم به عنوان پاداش رفتار شایسته و هم به منظور آماده شدن برای زندگی در خارج از زندان طی می‌کند. این رژیم، موفقیت شایانی در قرن بیستم به دست آورده است. در فرانسه نیز در جریان اصلاح زندانها در سال ۱۹۴۵ رژیم مذکور توصیه شده بود، سپس قانون ۱۹۸۵ آن را پذیرفت و سرانجام قانون اصلاح زندانهای سال ۱۹۷۵ با پذیرش نظام دیگری - عبارت از تقسیم زندانیان در موسسات تخصصی سازمان زندانها- ست آن را ملغی کرده است. این رژیم «تدریجی» تا حدّ زیادی مربوط به سیاستی به نام «پیشگیری از بزهکاری و اصلاح بزهکاران» می‌شد و الغای آن انتقادهایی را دربرداشته است. (مارک آنسل، دفاع اجتماعی، ترجمه دکتر محمد آشوری و دکتر علی حسین نجفی ابرندآبادی، انتشارات

دانشگاه تهران، چاپ سوم، ۱۳۷۵، ص ۹۷). م. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

13- clackamas.

14- oregon.

15- Intensive Out-patient Drug program.

16- Target group.

17- parole.

18- Offender/Counselor.

19- Supervision/Privilegcs.

20- A quasi-experimental Comparation group design.

### 21- A nonexperimental one-group pretest posttest design.

برای آگاهی بیشتر از این طرحها بنگرید به نادری (دکتر عزت‌الله)، سیف نراقی (دکتر مریم)، روشهای تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی، دفتر تحقیقات و انتشارات بدر، ۱۳۷۵، فصل ششم، ص ۱۳۱ و بعد. م.

۲۲- با اجرای موفقیت‌آمیز برنامه ما قصد داریم تا مراجعه‌کننده‌ای که ۱۴ هفته نخست برنامه را سپری نموده است، در رژیم نظارت الکترونیکی و درمان اجباری موادمخدر قرار گیرد.

### 23- Preexisting group differences.

۲۲- داده‌های قابل مقایسه موادمخدر برای گروههای سنجشی قابل استفاده نبوده‌اند.  
۲۵- تنها ۸۷٪ و ۷۷٪ از مراجعان برنامه‌های نظارت الکترونیکی و معافیت از کار، به عنوان مصرف‌کننده موادمخدر مشخص شدند. افزون بر این، بیشتر مصرف‌کنندگان برنامه‌های نظارت الکترونیکی و معافیت از کار در مقایسه با مراجعان برنامه فشرده درمانی، مصرف‌کننده الکل بودند تا موادمخدر.

۲۶- تفاوت میان مراجعان برنامه فشرده درمانی (۵۴٪) و برنامه نظارت الکترونیکی (۷۶٪) از نظر آماری بسیار حایز اهمیت است. ولی تفاوت میان مراجعان برنامه فشرده درمانی (۵۴٪) و برنامه معافیت از کار (۴۷٪) از نظر آماری مهم نیست.

۲۷- این اختلافها از نظر آماری بسیار حایز اهمیت است.

۲۸- برای آگاهی بیشتر از روش رگرسیون منطقی بنگرید به شریفی - نجفی‌زند، روشهای آماری «آمارهای توصیفی و استنباطی»، - نشر اشاره، ۱۳۷۱، فصل هشتم، ص ۲۴۵ و بعد. م.  
۲۹- محدودیتهای داده‌های موجود به ما اجازه بررسی مستقیم تأثیر کاهش عمده مصرف موادمخدر در نرخهای پایین تکرار جرم را نمی‌دهد.

30- Anglin

31- Hser.

32- Wilson.