



جمعیت پیشگامان پاک آسیا

اگر ندانیم به کجا می رویم ، هیچگاه نخواهیم دانست که چه وقت می رسیم.

**جامع نگرش - واقع بینس - مشارکت جویس - نگرش سیستمس**

## گزارش آماری بشکل توصیفی از پرونده مددجویان مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان

### **Descriptive Statistical Report on Client Files in Residential Drug Treatment and Rehabilitation Centers**

اگر ندانیم کجا ایستاده ایم ، هیچگاه نخواهیم توانست نقشه مسیر را بدرستی ترسیم کنیم.

[jame.eye.pak@gmail.com](mailto:jame.eye.pak@gmail.com)

[jamepak.com](http://jamepak.com)

مهرماه ۱۴۰۴

مدیر مطالعه: نصیر طالبی

ناظران علمی:

- دکتر کیهان حسنی ( پزشک و درمانگر اعتیاد )
- محمدرضا فتاحی ( دانشجوی دکترای روانشناسی و درمانگر اعتیاد )



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

امام علی ع :

قوام العیش حسن التقدير و ملاکہ حسن التدبیر

مایہ زندگانی ، برنامه ریزی درست و ملاکہ آن تدبیر کارشناسانہ است



## Opening Statement:

The state of addiction, the statistics, the diversity of types of narcotic, stimulant, and synthetic drugs, the increasing number of users, the decreasing age of addiction onset, and the tendency of women towards drug use all indicate that the "addiction mafia" has gained the upper hand over the "science of addiction." Furthermore, confrontational policies and addiction control and containment programs have fallen behind the addiction mafia, which controls the world's third most profitable illicit trade. To rescue humanity from this whirlpool, the efforts of statesmen, elites, activists, and all members of society are considered a fundamental and crucial step for this movement. We must all strive to begin this movement; tomorrow is too late



Addiction treatment is a marathon, not a sprint



### World Drug Report ۲۰۲۴

Based on the latest available ۲۰۲۴ **World Drug Report** from the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), the estimated number of global drug users is **۲۹۲ million**.

The table below breaks down this total by substance type based on the report's findings:

<b>Substance</b>	<b>Estimated Number of Users (Millions)</b>
<b>Cannabis</b>	۲۲۸
<b>Opioids</b>	۶۰
<b>Amphetamines</b>	۳۰
<b>Cocaine</b>	۲۳
<b>Ecstasy</b>	



Addiction treatment is a marathon, not a sprint



### World Drug Report ۲۰۲۴

Category	Estimated Figure	Source / Explanation
Number of Direct Addicts	۲,۸ million people	Official statistics announced by Iranian authorities
Affected Population (Families)	۱۰ to ۱۲ million people	Includes the families and dependents of affected individuals
Rank of Addiction in Burden of Disease	Fourth leading factor	After road accidents, heart diseases, and depression



Addiction treatment is a marathon, not a sprint



## Trends and Changes in the Drug Market

Iran's drug market is undergoing rapid transformation, primarily influenced by two factors: a **heroin shortage** resulting from the ban on poppy cultivation in Afghanistan and the **emergence of new industrial drugs**.

- **Transition from Traditional to Industrial Drugs:** With the sharp decline in opium production in Afghanistan and the rising price of heroin, users are turning to cheaper and more accessible synthetic substances such as **methamphetamine (crystal meth)**. Estimates indicate a **۴۰ to ۵۰ percent increase** in methamphetamine consumption in Iran.
- **The Threat of Highly Potent Substances:** A primary concern is the emergence of new industrial synthetic opioids like "**nitazene**," which is reported to be up to **۵۰۰ times more potent than heroin**. The contamination of supplied heroin with these substances drastically increases the risk of overdose and mortality, with reports indicating a **۲۵ to ۳۰ percent growth in deaths** from overdose.
- **Increased Use of Stimulants:** Other stimulant drugs, such as **Captagon**, are also entering the Iranian market through its western borders, and its consumption is showing an increasing trend, particularly in border regions



Addiction treatment is a marathon, not a sprint



## سخن اول:

اعتیاد و آسیب‌های اجتماعی تنها یک "مشکل فردی" یا "بیماری شخصی" نیستند؛ هنگامی که این پدیده‌ها گسترش می‌یابند، به یک "بحران ساختاری" تبدیل می‌شوند که بنیان‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و حتی سیاسی کشور را نشانه می‌روند.

### ۱. تهدید "سرمایه انسانی" و "نیروی کار مولد"

کاهش نیروی کار فعال: معتادان معمولاً یا قادر به کار کردن نیستند یا بهره‌وری بسیار پایینی دارند. این امر مستقیماً بر تولید ناخالص ملی (GDP) تأثیر منفی می‌گذارد.

تحمیل هزینه‌های سنگین درمان و بازتوانی: دولت مجبور است بودجه‌های کلانی را صرف مراکز درمان اعتیاد، بیمارستان‌ها و برنامه‌های کاهش آسیب کنند. این بودجه‌ها می‌توانست در بخش‌های مولدتری مانند آموزش، بهداشت و زیرساخت‌ها هزینه شود. ناتوانی فکری و جسمی نسل جوان: از آنجا که اعتیاد اغلب گریبان‌گیر قشر جوان و فعال جامعه می‌شود، در بلندمدت منجر به "فروپاشی نسلی" می‌شود. یک نسل معتاد، نه تنها نمی‌تواند چرخ‌های اقتصاد را بچرخاند، بلکه توانایی پرورش نسل سالم بعدی را نیز از دست می‌دهد.

### ۲. تهدید "امنیت اجتماعی و نظم عمومی"

افزایش جرائم: اعتیاد به طور مستقیم با جرائمی مانند دزدی، خشونت، قتل، فحشا و قاچاق مواد مخدر ارتباط تنگاتنگ دارد. فرد معتاد برای تأمین هزینه مواد خود، اغلب دست به هر جرمی می‌زند. تضعیف احساس امنیت در جامعه: هنگامی که جرائم مرتبط با مواد مخدر افزایش می‌یابد، شهروندان احساس ناامنی کرده و آرامش روانی جامعه از بین می‌رود. این امر می‌تواند به کاهش سرمایه‌گذاری و کاهش مشارکت اجتماعی بینجامد. افزایش بار کاری نهادهای امنیتی و قضائی: پلیس، دستگاه قضائی و زندان‌ها با حجم عظیمی از پرونده‌های مرتبط با مواد مخدر درگیر می‌شوند که این امر، توان آن‌ها برای مقابله با سایر تهدیدات امنیتی را کاهش می‌دهد.



### ۳. تهدید "بنیان خانواده"

فروپاشی کانون خانواده: اعتیاد یکی از اصلی‌ترین دلایل طلاق، خشونت خانگی و از هم گسیختگی خانواده‌هاست. کودکان بی‌سرپرست یا بدسرپرست: فرزندان چنین خانواده‌هایی، یا به حال خود رها می‌شوند یا در معرض انواع آسیب‌ها از جمله خود اعتیاد قرار می‌گیرند. این کودکان، "نسل آینده" کشور هستند که در معرض خطر جدی قرار دارند. تولد نوزادان معتاد: این امر نه تنها یک فاجعه انسانی است، بلکه بار سنگینی بر سیستم بهداشت و درمان و خدمات اجتماعی وارد می‌کند.

### ۴. تهدید "امنیت اقتصادی"

خروج ارز از کشور: در کشورهایی که مواد مخدر در آن‌ها تولید نمی‌شود، قاچاق مواد مخدر باعث خروج میلیاردها دلار ارز از کشور می‌شود و تراز پرداخت‌ها را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. تخریب اقتصاد سالم: پول شویی و سرمایه‌گذاری در بخش‌های غیرمولد توسط باندهای قاچاق، اقتصاد ملی را بیمار می‌کند. کاهش سرمایه‌گذاری خارجی: هیچ سرمایه‌گذار خارجی تمایل ندارد در کشوری که از ناامنی اجتماعی و نیروی کار ناسالم رنج می‌برد، سرمایه‌گذاری کند.

### ۵. تهدید "امنیت فرهنگی و هویتی"

تضعیف ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی: اعتیاد معمولاً با بی‌بندوباری اخلاقی، دروغ‌گویی، فساد و بی‌اعتمادی همراه است. این امر "سرمایه اجتماعی" (اعتماد و همبستگی بین مردم) را که زیربنای توسعه هر کشوری است، از بین می‌برد. القای یأس و ناامیدی: گسترش اعتیاد، امید به آینده و روحیه تلاش و سازندگی را در جامعه تضعیف می‌کند.



## ۶. تهدید "امنیت سیاسی"

افزایش فساد: باندهای قاچاق مواد مخدر برای گسترش فعالیت‌های خود، سعی در فاسد کردن مقامات دولتی، نظامی و قضائی دارند. این فساد، حاکمیت قانون و مشروعیت نظام سیاسی را تضعیف می‌کند.

دخالت قدرت‌های خارجی: گاهی کشورهای رقیب یا دشمن، از مسئله اعتیاد به عنوان یک "سلاح" برای تضعیف کشور هدف استفاده می‌کنند (نظریه "جنگ نوین"). آن‌ها ممکن است به طور مستقیم یا غیرمستقیم به قاچاق مواد مخدر به یک کشور دامن بزنند تا آن را از درون ضعیف و ناتوان کنند.

تضعیف مشروعیت حکومت: اگر مردم احساس کنند که دولت نتوانسته است امنیت، سلامت و رفاه آن‌ها را در برابر این بلای خانمان‌سوز تأمین کند، اعتماد خود را به حکومت از دست می‌دهند.





## تعریف سرمایه بهبودی:

سرمایه بهبودی (Recovery Capital) یک مفهوم کلیدی در بهبودی پویا و پایدار - Dynamic Recovery Sustainable (DRS) است، که به مجموعه منابع و دارایی‌های درونی و بیرونی اشاره دارد که یک فرد برای آغاز، حفظ و تثبیت بهبودی از اعتیاد در اختیار دارد. این سرمایه، زیربنای ایجاد یک زندگی پایدار و معنادار پس از قطع مصرف مواد است. مفهوم سرمایه بهبودی فراتر از ترک فیزیکی ماده مخدر است و بر ساخت یک زندگی جدید متمرکز است. سرمایه بهبودی مانند یک "سرمایه‌گذاری" در زندگی فرد عمل می‌کند. هرچه این سرمایه بیشتر و متنوع‌تر باشد، احتمال بازگشت به مصرف کمتر و کیفیت زندگی در بهبودی بالاتر خواهد بود. در واقع سرمایه بهبودی را می‌توان به یک "کیف ابزار" (Recovery Toolkit) تشبیه کرد. فردی که از تحت درمان اعتیاد قرار می‌گیرد، برای سفر دشوار بازگشت به زندگی سالم، به یک "کیف ابزار" نیاز دارد. این کیف، حاوی مجموعه‌ای از مهارت‌ها، استراتژی‌ها، منابع و حمایت‌هایی است که فرد در مسیر بهبودی از آن‌ها استفاده می‌کند. کیف ابزار (Recovery Toolkit) به فرد کمک می‌کند تا در برابر وسوسه‌ها - Craving - مقاومت کند، از چاله‌های عود - Return / Relapse - عبور کند و به سوی اهدافش حرکت نماید. هرچه این کیف دارای ابزار بیشتری و محتوای آن غنی‌تر باشد، شانس موفقیت او بیشتر است. به عبارت دیگر سرمایه بهبودی یعنی مجموعه‌ای از دارایی‌های ملموس و ناملموسی است که یک فرد در حال بهبودی، برای ساختن یک زندگی پایدار، معنادار و عاری از مواد به آن نیاز دارد و به تدریج آن را می‌سازد.



## ابعاد اصلی سرمایه بهبودی (Recovery Capital)

سرمایه بهبودی در چهار دسته اصلی دسته‌بندی می‌شود:

### ۱. سرمایه شخصی (Personal Capital)

شامل: سلامت جسمانی، ثبات عاطفی، عزت نفس، مهارت‌های مقابله‌ای، خوش‌بینی و انگیزه برای تغییر است. نقش: این بعد، پایه درونی و روانی فرد برای تحمل چالش‌ها و حفظ انگیزه است.

### ۲. سرمایه اجتماعی (Social Capital)

شامل: شبکه‌های حمایتی مثبت (خانواده، دوستان سالم، حامی)، روابط سالم، احساس تعلق و مسئولیت‌پذیری اجتماعی. نقش: حمایت عاطفی و عملی اطرافیان، قوی‌ترین عامل محافظتی در برابر بازگشت است.

### ۳. سرمایه مالی/مادی (Financial/Material Capital)

شامل: درآمد پایدار، مسکن امن، شغل یا فعالیت معنادار و خانواده. نقش: ثبات و امنیت مادی، استرس‌های عمده زندگی را کاهش می‌دهد و فضایی برای تمرکز بر بهبودی ایجاد می‌کند.

### ۴. سرمایه فرهنگی (Cultural Capital)

شامل: باورها و ارزش‌های مثبت، هویت مثبت (غیر از هویت معتاد)، مشارکت در فعالیتهای معنوی یا فرهنگی، احساس پذیرفته شدن در جامعه.

نقش: به فرد کمک می‌کند معنا و هدفی فراتر از خود در زندگی بیابد و هویت جدیدی بسازد.

## ارتباط سرمایه بهبودی با بهبودی پویا و پایدار (DRS)

در بهبودی پویا و پایدار (DRS)، سرمایه بهبودی هدف غایی و نتیجه نهایی مداخلات موفق است. تمام سطوح بهبودی پویا و پایدار (DRS) (درون فردی، بین فردی و اجتماعی، ساختاری و کارکردی) در راستای افزایش و تقویت سرمایه بهبودی شده‌اند. به عبارت دیگر، موفقیت بهبودی پویا و پایدار (DRS) با میزان رشد سرمایه بهبودی در فرد سنجیده می‌شود.





## تعریف مدل اقامتی بهبودی پرهیزمدار:

مدل اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار تلفیقی از علم، دین و تجربه عملی و مستقیم هزاران تن از معتادان بهبودیافته به زبانی ساده و قابل فهم و پذیرش برای اکثریت معتادان و خانواده های آنان می باشد که بشکل غیرحاد، غیربیمارستانی و غیرتخصصی اجرا می شود. ( اکثر روش های درمانی موجود در کشور بر جنبه های خاص اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی معتادان و بشکل بومی طراحی نشده اند و صرفاً یک الگو برداری خام از مدل های غیر بومی است ). اساس مدل اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار بر پایه خودیاری، فلسفه بهبودی دوازده گام **Twelve Step Programs** - و مبتنی بر نقش فعالانه گروه همتایان - **Peer Group** - و گروه کمک های متقابل - **Mutual help groups** - و بازتوانی مدل اجتماعی - **Social Model** - بنا شده است. در متون و منابع علمی نیز اشاره شده است، در صورتیکه وضعیت جسمانی و پزشکی مراجعان ثابت باشد، می توان آنان را در محیط های غیرپزشکی هم به نحوی موثر درمان کرد و یا ترجیحاً به جای درمان تخصصی به برنامه های خودیاری ارجاع نمود.

یک نکته بسیار مهم و قابل تامل اینکه تا کنون پایش مناسبی از فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین و پیامد های حاصل از آن انجام نپذیرفته است. لازمه رسیدن به این اهداف، وجود ابزارهای نظارت، ارزیابی، ثبت و جمع آوری اطلاعات و تحلیل آنها می باشد. اجرای چنین اقداماتی گذشته از کمک موثر به ارتقاء کیفی سطح خدمات مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین، همچنین پاسخ متقن، علمی و مبتنی بر آمار و ارقام به بعضا انتقادات و البته بی مهری ها نسبت به مدل اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار که تحت نظارت سازمان بهزیستی اجرا می گردد، خواهد بود.



بدون اغراق و به گواهی شواهد و مستندات می توان ادعا کرد ، سازمان بهزیستی پیشگام و طلایه دار در عرصه درمان و بازتوانی معتادان در کشور می باشد . بوضوح روشن و آشکار است ، سازمان بهزیستی تنها دستگاه دولتی است که همواره با نوآوری و با استفاده از رویکردهای نوین بویژه ، طراحی و اجرای برنامه های متنوع در عرصه درمان و بازتوانی معتادان نقش منحصر بفردی ایفا کرده است ، بطوریکه هم اکنون بالغ بر ۹۰٪ از خدمات تخصصی حوزه درمان و بازتوانی و حمایت های اجتماعی و برنامه های کاهش آسیب اعتیاد را از طریق سازمان های مردم نهاد ارائه می نماید. از جهت دیگر سازمان بهزیستی نسبت به دیگر نهادها و دستگاههای مرتبط با حوزه مبارزه با مواد مخدر در چارچوب قانون " ماده ۲۶ " تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و نیز " ماده ۱۵ و ۱۶ " اصلاحی قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام و مبتنی بر اصول و مبانی علمی و در انطباق با ملاحظات فرهنگی ، اجتماعی و سیاسی کشور سهم قابل ملاحظه ای در کاهش بار اعتیاد و کاهش آسیب های اجتماعی داشته است.



## طرح مسئله

آنچه در نظام درمان اعتیاد در مراکز و جوامع درمانی پزشکی و دارویی در سطح کشور دیده می شود ، فقدان یک زیر بنای مراقبتی و حمایتی مناسب جهت پیگیری درمانی و بازتوانی معتادان بعد از سم زدایی و اقدامات بالینی در مراکز درمانی می باشد. در حال حاضر آنچه در اجرای روش های تخصصی درمان اعتیاد در نظام درمانی و بهداشتی کشور نشان می دهد، غالب بودن درمان های دارویی است. در این میان، درمان های غیر دارویی همواره مورد بی مهری بوده است. این در حالی است که، خوشبختانه اخیرا در پروتکل های درمانی بذل توجهی نه چندان جدی به روش های غیر دارویی شده است، ولی متاسفانه هنوز جای توجه به مباحث نوینی هم چون تدوین برنامه های مداخله قبل از اقدام به درمان و مراقبت های پیگیرانه و حمایتی بعد از درمان خالی است. این نقیصه در وهله اول دسترسی به معتادان را صرفا در مرحله حاد اعتیاد - end-stage - و توام با آسیب های جدی برای اقدام به درمان امکان پذیر می نماید و موجب بسنده کردن معتادان به درمان با حداقل سم زدایی خواهد شد. بخش اعظم معتادان در شرایطی به درمان تمایل پیدا می کنند که، سال هاست از اعتیادشان می گذرد و همین موضوع شانس موفقیت درمان های سرپایی و کوتاه مدت و صرف طبی و دارویی را کاهش و هزینه های درمانی را بعثت عود های مکرر افزایش می دهد. فقدان برنامه های مداخلات پیش درمانی (فرهنگی - اجتماعی - آموزشی - انگیزشی) قبل از اقدام به درمان و برنامه های مراقبتی و حمایتی بعد از درمان (پیگیری درمانی و بازتوانی و بازاجتماعی) موجب بازگشت و عود اعتیاد در معتادانی که درمان می شوند، خواهد شد. بیم آن می رود عود های مکرر باعث افزایش جمعیت معتادان متجاهر و بی سرپناه و خیابانی شود و نیز مرگ و میر را در میان جمعیت معتادان افزایش دهد. عدم ارائه درمان جامع برای معتادان باعث می شود حجم بالایی از آنان از جمله اکثریت غالب گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال برای مدت زمان طولانی پاسخی خوش بینانه به درمان ندهند و یا ممکن است دیگر به سراغ درمان نیایند و یا بر اثر لغزش های مکرر دچار اوردز و مرگ شوند.



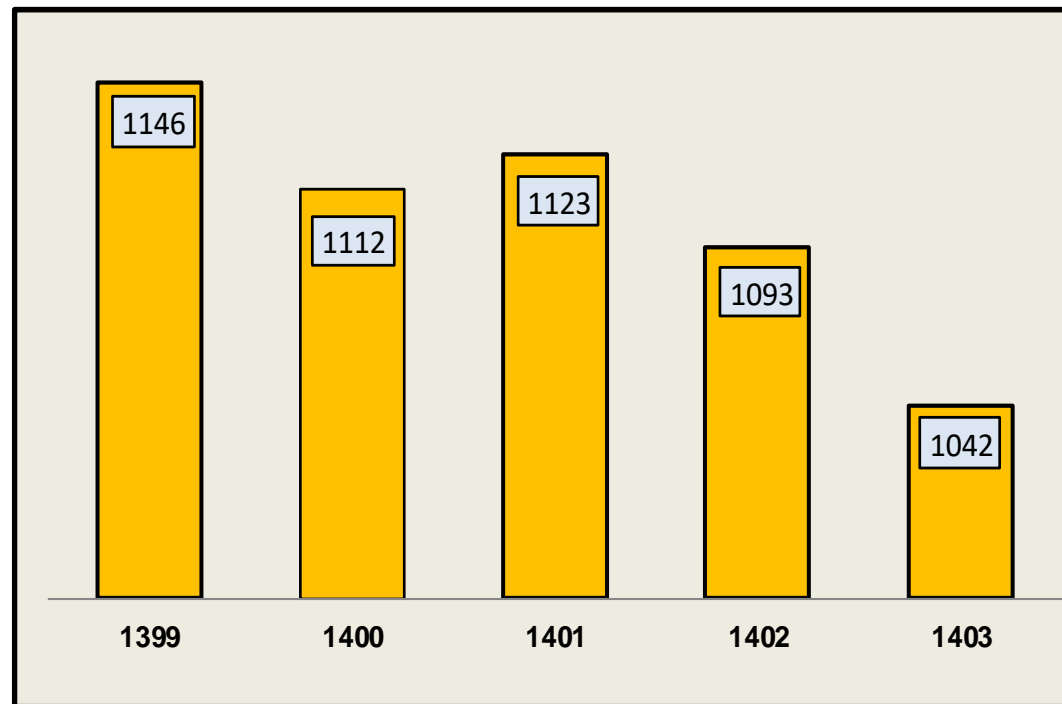
تعداد مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین به تفکیک استان ها

۳۸	سیستان و بلوچستان
۷۱	فارس
۱۸	قزوین
۱۲	قم
۱۶	کردستان
۳۵	کرمان
۲۶	کرمانشاه
۱۷	کهگیلویه و بویراحمد
۲۸	گلستان
۳۷	گیلان
۲۴	لرستان
۴۹	مازندران
۳۴	مرکزی
۲۷	هرمزگان
۳۷	همدان
۱۲	یزد

۱۵	آذربایجان شرقی
۱۸	آذربایجان غربی
۹	اردبیل
۷۷	اصفهان
۵۲	البرز
۱۴	ایلام
۱۵	بوشهر
۱۵۴	تهران
۱۷	چهارمحال و بختیاری
۹	خراسان جنوبی
۸۱	خراسان رضوی
۱۶	خراسان شمالی
۶۱	خوزستان
۱۳	زنجان
۱۰	سمنان

ماخذ: سالنامه آماری ۱۴۰۳ سازمان بهزیستی کشور

### تعداد مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین طی بازه سال ۱۴۰۳ الی ۱۳۹۹



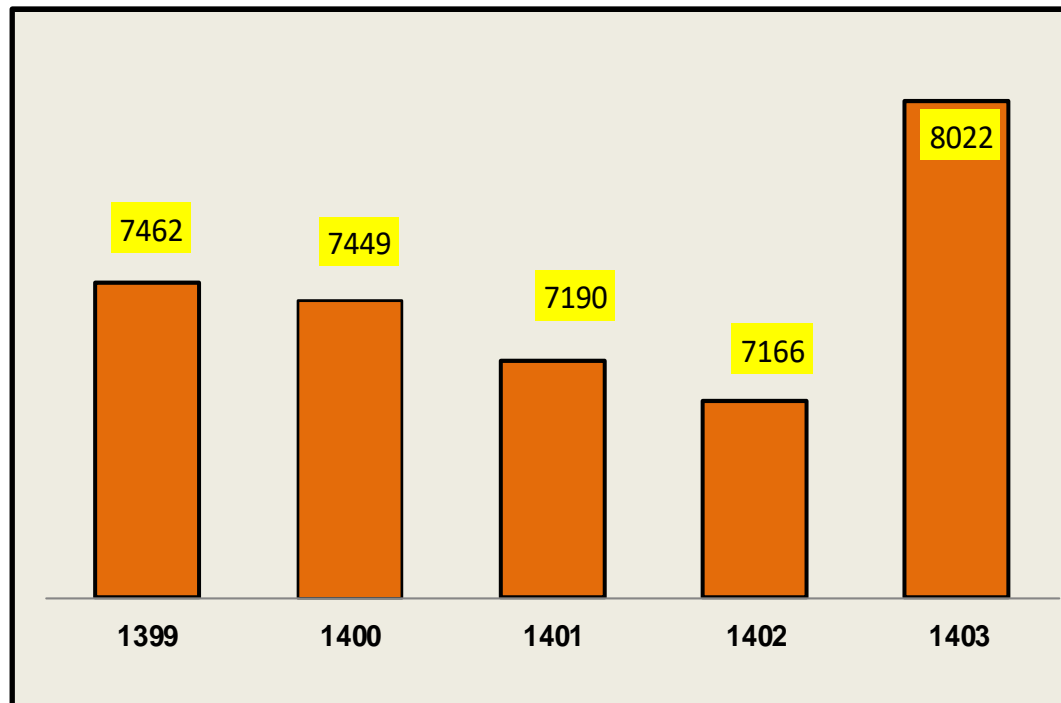
ماخذ: سالنامه آماری ۱۴۰۳ سازمان بهزیستی کشور

#### توضیح:

- ۱) همانگونه که در نمودار فوق مشاهده می شود، از سال ۱۳۹۹ تعداد مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین یک روند کاهشی را نشان میدهد. لازم است عوامل و زمینه های این روند کاهشی مورد بررسی قرار گیرد.
- ۲) الگوی صدور مجوز مراکز مزبور باید متناسب با پراکندگی جغرافیایی و مبتنی بر سرانه جمعیت و میزان شیوع اعتیاد صورت گیرد.



تعداد مراکز درمان سرپایی اعتیاد طی بازه سال ۱۴۰۳ الی ۱۳۹۹

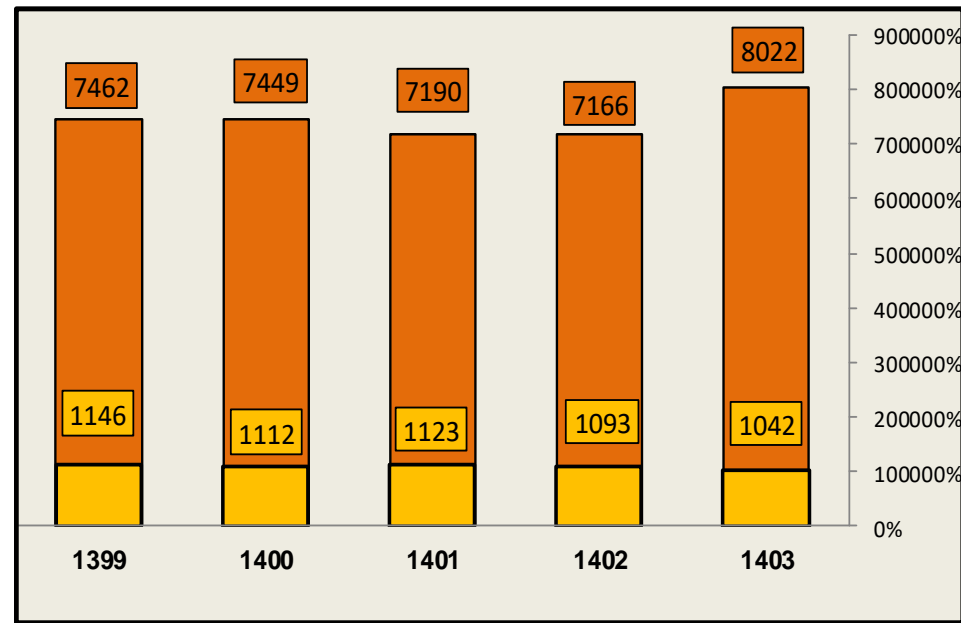


ماخذ: گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر ۱۴۰۳

**توضیح:**

( ۱ ) آیا نیاز واقعی کشور در حوزه درمان دارویی اعتیاد با روش درمان نگهدارنده یک ظرفیت ۸۰۰۰ واحدی از مراکز درمان سرپایی است؟  
( ۲ ) متأسفانه مسئله درمان اعتیاد در کشور بیش از اینکه یک دغدغه اجتماعی و بهداشتی در حوزه سلامت باشد، تبدیل به یک دغدغه اقتصادی و معیشتی شده است.

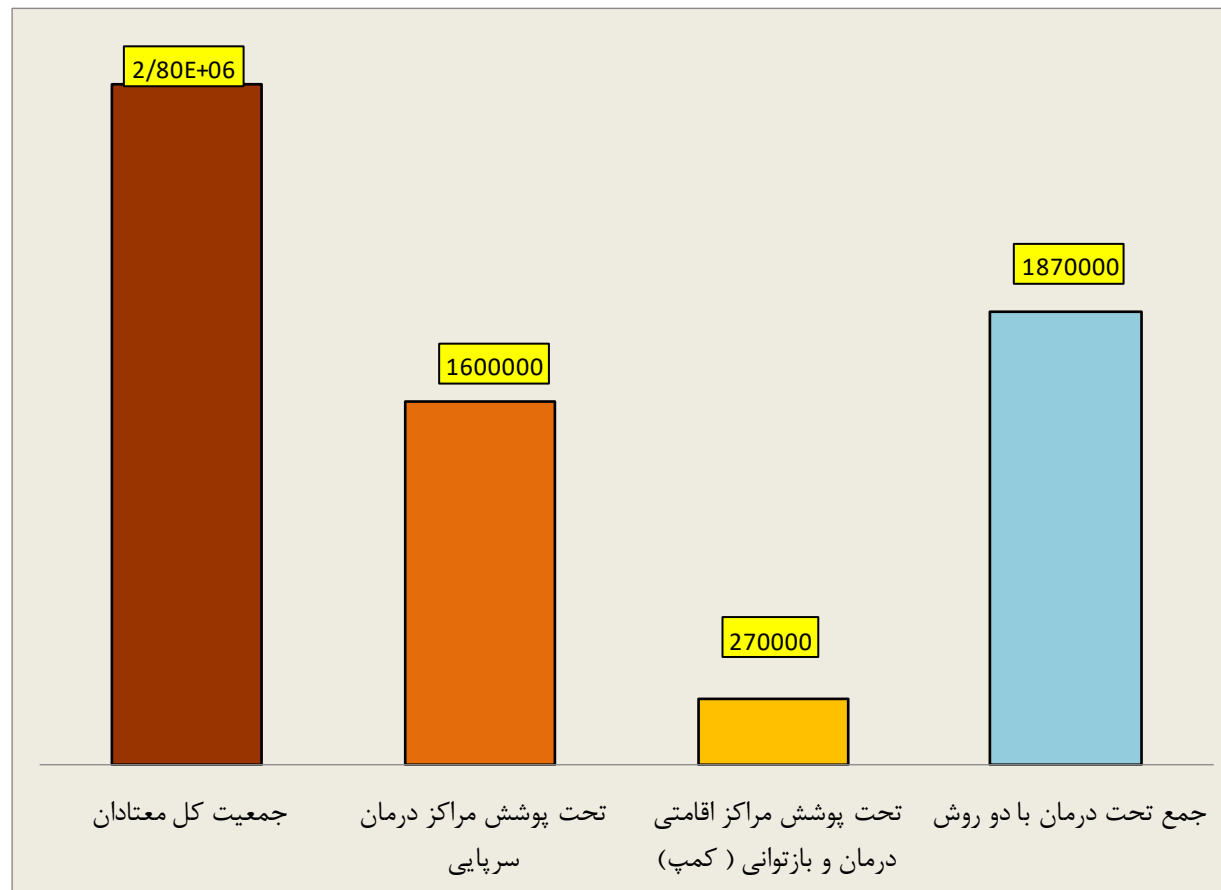
مقایسه فعالیت تعداد مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین با مراکز درمان سرپایی اعتیاد طی بازه سال ۱۴۰۳ الی ۱۳۹۹



**توضیح:** تجارب ادوار گذشته در سیستم درمان اعتیاد نشان می دهد، همواره وزن کفه ترازوی برنامه های درمان دارویی و پزشکی و کلینیکال به مراتب سنگین تر از برنامه های با رویکرد درمان و بازتوانی پرهیزمدار می باشد. به نظر می رسد، یکی از دلایل ناکامی در درمان اعتیاد در کشور رویکرد غالب به درمان های دارویی و درمان نگهدارنده -Maintenance treatment- با داروهای شبه مخدر (آگونیستی) می باشد. "یک نظر سنجی اجمالی از جمع کثیری از صاحب نظران بیانگر آن است که کمبود یا ساماندهی ضعیف مدل های اجتماع درمانی از یک سو و نگرش پزشکی صرف به درمان اعتیاد و کم توجهی به درمان های روانی، اجتماعی از سوی دیگر از جمله نقاط ضعف حوزه درمان محسوب می شوند". امروز ضرورت اتخاذ یک پارادایم نتیجه محور برای رویکردهای درمانی که امکان بازگشت فرد معتاد به خانواده و جامعه -community reintegration/reentry- بدون وابستگی به داروهای شبه مخدر فراهم سازد، بسیار حیاتی است.



تعداد نفرات تحت پوشش درمان با دو روش ( درمان نگهدارنده و درمان اقامتی پرهیزمدار) براساس جمعیت معتادان در کشور





شرح	تعداد (نفر)	درصد از کل معتادان (تقریبی)
جمعیت کل معتادان	۲,۸۰۰,۰۰۰	۱۰۰٪
تحت درمان با روش نگهدارنده / طی ۲۲ سال - از سال ۱۳۸۱ الی ۱۴۰۳	۱,۶۰۰,۰۰۰	۵۷.۱٪
تحت درمان اقامتی و پرهیزمدار / طی یک سال - ۱۴۰۳	۲۷۰,۰۰۰	۹.۶٪
جمع کل افراد تحت درمان	۱,۸۷۰,۰۰۰	۶۶.۸٪

#### نکات و محاسبات:

۱. درصد درمان نگهدارنده:  $(1,600,000 \div 2,800,000) \times 100 \approx 57.14\%$
  ۲. درصد درمان اقامتی پرهیزمدار (کمپ):  $(270,000 \div 2,800,000) \times 100 \approx 9.64\%$  درصد مربوط به مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین براساس سالانه محاسبه شده است
  ۳. جمع افراد تحت درمان:  $1,600,000 + 270,000 = 1,870,000$
  ۴. درصد کل تحت درمان:  $(1,870,000 \div 2,800,000) \times 100 \approx 66.79\%$
- این ارقام نشان می‌دهند که حدود دو سوم (۶۷٪) از معتادان شناسایی شده، تحت پوشش یکی از دو روش درمان نگهدارنده و روش اقامتی درمان پرهیزمدار (موضوع ماده ۱۵) قرار دارند.
۵. تعداد ۱,۶۰۰,۰۰۰ نفر که تحت درمان با روش نگهدارنده در جدول فوق ذکر شده است، این تعداد نفرات مربوط به ۲۲ سال فعالیت مراکز درمان سرپایی و از سال ۱۳۸۱ تا ۱۴۰۳ در مجموع محاسبه شده است.
  ۶. تعداد ۲۷۰,۰۰۰ نفر که تحت درمان اقامتی و پرهیزمدار در جدول فوق ذکر شده است، این تعداد نفرات مربوط به یک سال از فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین محاسبه شده است.



## گزارش آماری بشکل توصیفی



## گزارش آماری بشکل توصیفی از وضعیت درمانی مددجویان مراکز اقامتی بهبودی و بازتوانی معتادان

الف) روش گردآوری اطلاعات در این مطالعه به شرح ذیل بوده است:

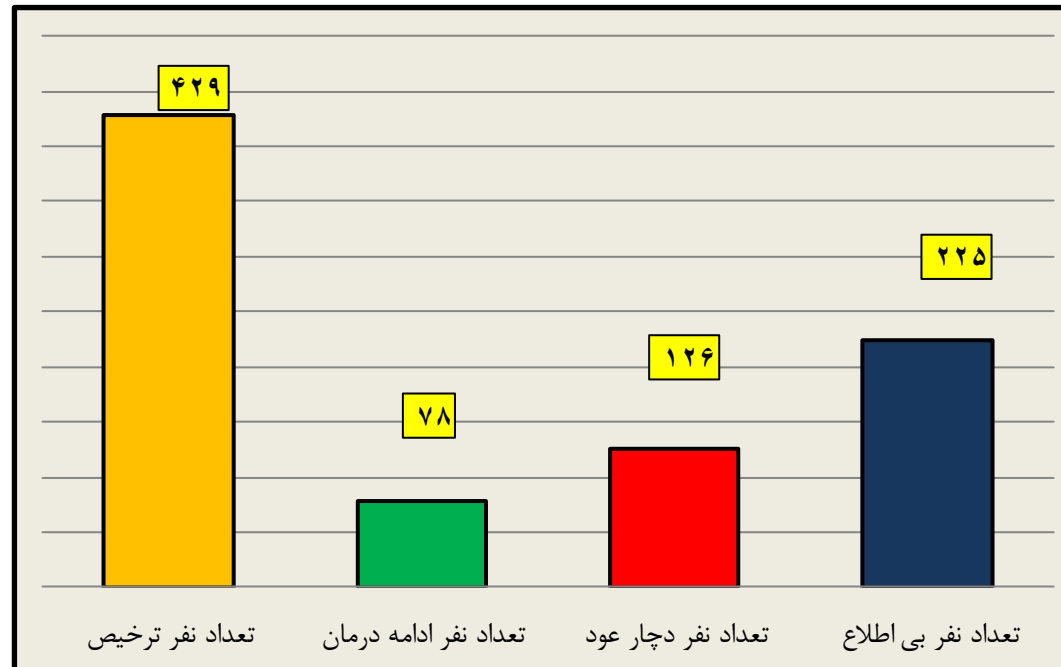
- ۱) ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل تعداد ۵۰۰ پرونده پذیرش مددجویان که از ۲۰ فروردین ماه ۱۴۰۱ الی ۲۰ مهرماه ۱۴۰۱ در مراکز درمان و بازتوانی معتادان ( ۱۰ مرکز) مورد پذیرش و تحت درمان قرار گرفته بودند، بعلاوه مصاحبه کیفی بوده است. پرونده پذیرش مددجویان بشکل تصادفی انتخاب و اطلاعات ثبت شده در فرم‌های مربوط به ارزیابی پزشکی و ارزیابی وضعیت فردی، روانی و اجتماعی مورد مطالعه و ارزیابی قرار گرفته است. ( این مطالعه در مهرماه ۱۴۰۴ انجام گرفته است)
- ۲) تعداد ۴۲ پرونده بعلت عدم تکمیل فرم پذیرش و مخدوش بودن اطلاعات ثبت شده و غیر قابل استناد بودن بدلائل نداشتن آدرس معتبر و شماره تلفن و غیره ، این تعداد پرونده از جامعه آماری جهت مطالعه خارج گردیده است.
- ۳) تعداد ۴۵۸ پرونده مورد مطالعه و ارزیابی قرار گرفته است.
- ۴) با تعدادی از مددجویان مصاحبه کیفی بشکل تلفنی و حضوری انجام پذیرفته است

ب) شیوه اطلاع از وضعیت ادامه درمان مددجویان بعد از ترخیص از مراکز مزبور به طریق ذیل انجام پذیرفته است:

- ۱) حضور مستقیم و منظم مددجو در جلسات بهبودی و گروه‌های خودیار ۱۲ گام
- ۲) مراجعه منظم مددجو به مراکز اقامتی درمان و بازتوانی و شرکت در جلسات بهبودی (پیگیری )
- ۳) ارتباط تلفنی با مددجو و خانواده وی جهت کسب اطلاع از وضعیت ادامه درمان مددجو
- ۴) اعلام لغزش و عود مجدد توسط مددجو بشکل مستقیم و یا از طریق ارتباط تلفنی با خانواده‌های آنان
- ۵) مراجعه مددجو جهت اقدام مجدد برای پذیرش در مراکز
- ۶) عدم دسترسی به مددجو جهت بررسی و پیگیری وضعیت ادامه درمان
- ۷) عدم پاسخگویی خانواده‌ها نسبت به وضعیت ادامه درمان مددجو



توزیع فراوانی % ترخیص - ادامه درمان - عود - بی اطلاع از وضعیت درمانجویان

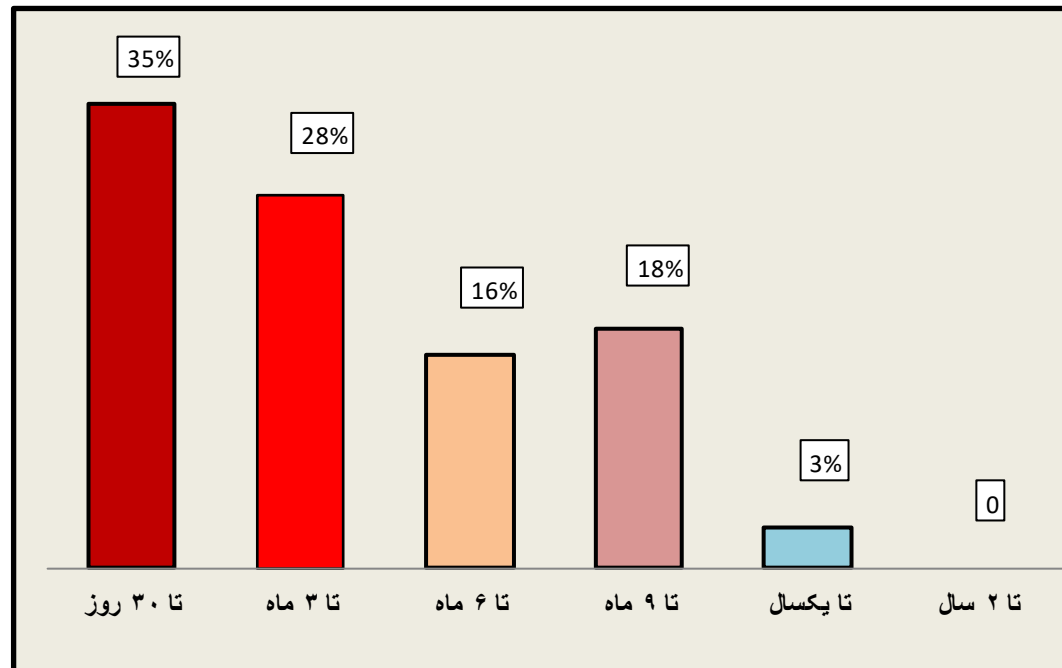


**توضیح:**

- (۱) بخش اعظم معتادان در شرایطی به درمان تمایل پیدا می کنند که، سال هاست از اعتیادشان می گذرد و همین موضوع شانس موفقیت درمان را کاهش می دهد و نرخ عود افزایش می یابد.
- (۲) فقدان برنامه های مداخلات پیش درمانی (فرهنگی - اجتماعی - آموزشی - انگیزشی) قبل از اقدام به درمان و برنامه های مراقبتی و حمایتی بعد از درمان (پیگیری درمانی و حمایت های اجتماعی) موجب بازگشت و عود اعتیاد می شود.
- (۳) عود های مکرر می تواند باعث افزایش جمعیت معتادان متجاهر شود.



توزیع فراوانی % مدت زمان ادامه درمان / پرهیز از مصرف تا عود و بازگشت مجدد به درمان



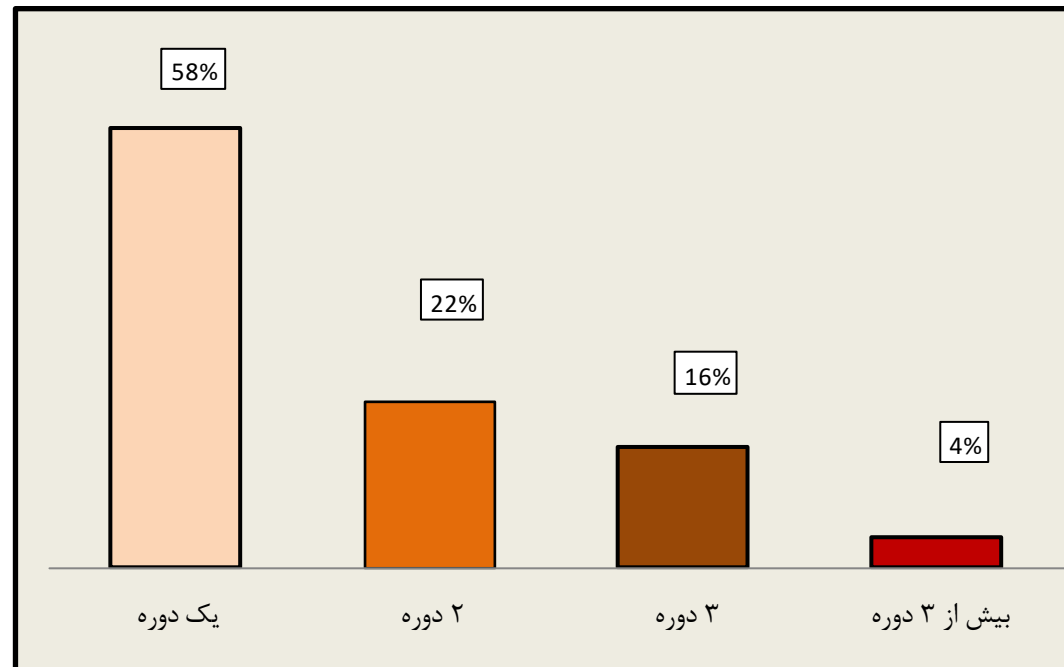
توضیح:

- (۱) بیشترین فراوانی عود طی ۳ ماه اول بعد از ترخیص از مراکز مربوط به افرادی با الگوی چند مصرفی مواد (گل و هروئین) و (شیشه و هروئین) بوده است.
- (۲) بیشترین فراوانی عود طی ۳ ماه اول بعد از ترخیص از مراکز مربوط به افرادی بوده است که اکثریت آنان یک دوره ۳۰ روزه در مرکز اقامت داشته اند.
- (۳) موسسه ملی سوءمصرف مواد مخدر آمریکا (NIDA) تاکید میکند که برای دستیابی به نتایج مطلوب، هرچه مدت زمان در برنامه درمانی بیشتر باشد، نتایج بهتری حاصل میشود.

Addiction treatment is a marathon, not a sprint



توزیع فراوانی % بیماران که دوره اقامت یکماهه آنان در مراکز تمدید شده است

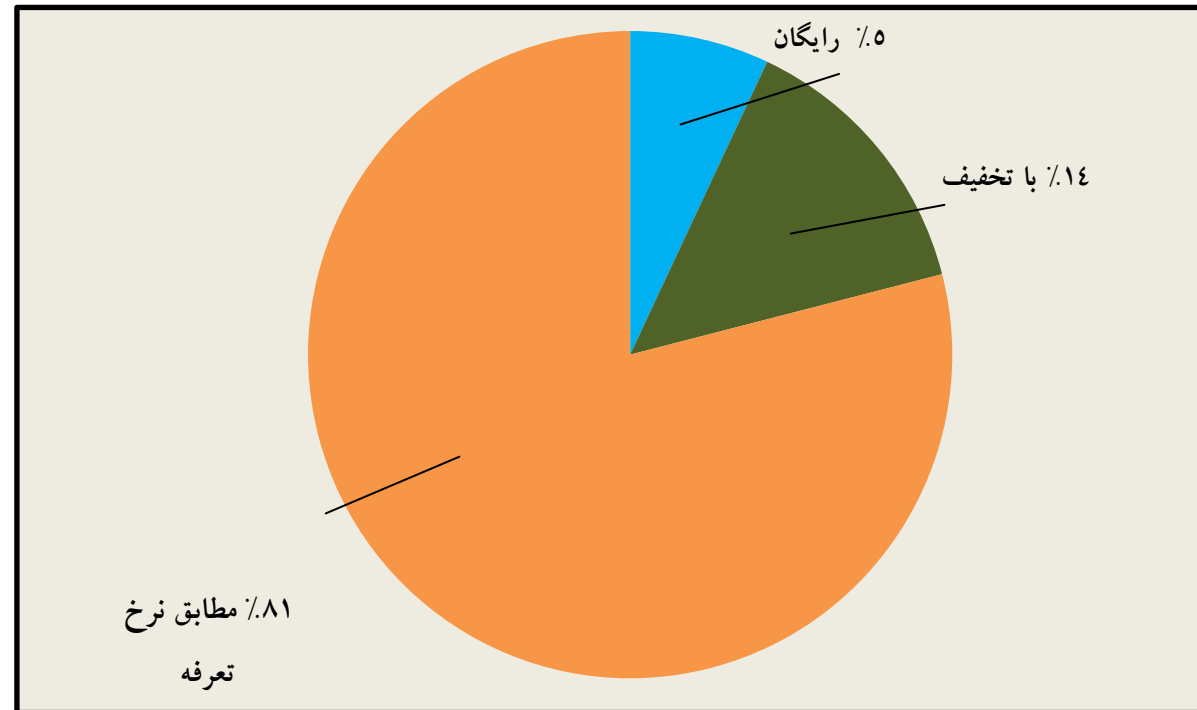


توضیح:

موسسه ملی سوءمصرف مواد مخدر آمریکا (NIDA) تاکید میکند که برای دستیابی به نتایج مطلوب، هرچه مدت زمان در برنامه درمانی بیشتر باشد، نتایج بهتری حاصل میشود.



### توزیع فراوانی % پذیرش مددجویان بر حسب میزان پرداخت تعرفه

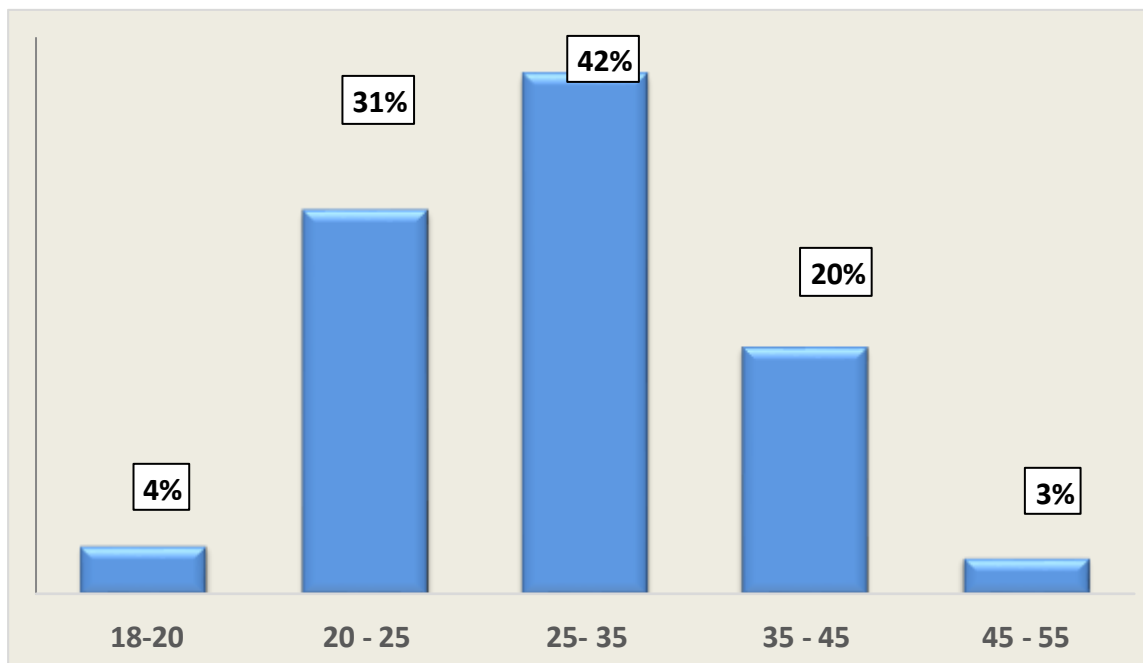


#### توضیح:

- (۱) شواهد نشان می دهد، درصدی از معتادان داوطلب درمان قادر به تامین هزینه درمان خود نیستند، هزینه های درمان نباید به مانعی برای درمان تبدیل شود.
- (۲) منطق عدالت ایجاب می کند، برای معتادانی که داوطلب درمان هستند، این امکان توسط دولت فراهم گردد. اجرای تبصره ۲ ذیل ماده ۱۵ قانون مبارزه با موادمخدر راهکاری برای درمان معتادان کم بضاعت و بی بضاعت است.



### توزیع فراوانی % مددجویان پذیرش شده به تفکیک سن



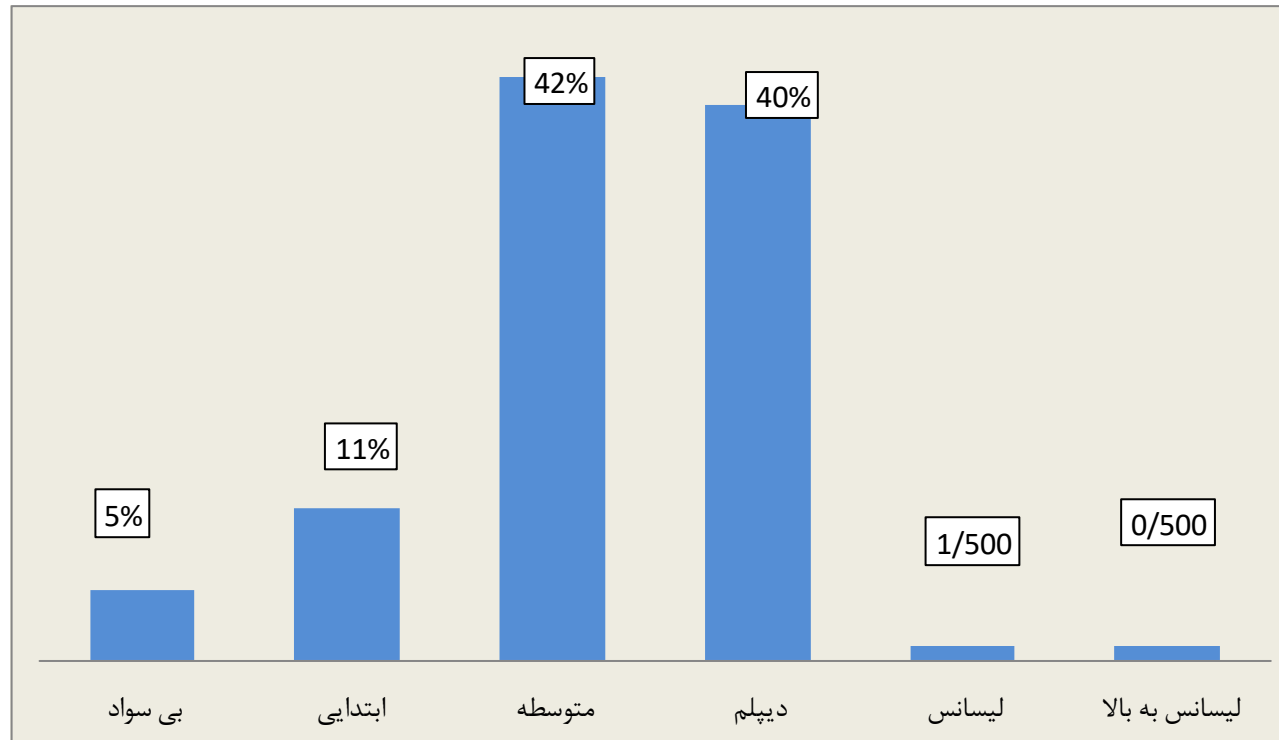
#### توضیح:

( ۱ ) میانگین سنی اعتیاد در ایران بر اساس آخرین اعلام رسمی در سال ۱۴۰۱، حدود ۲۴ سال گزارش شده است، برخی مطالعات محدود در کشور، بین شروع مصرف مواد و تصمیم به درمان، این مدت زمان از چند سال تا بیش از یک دهه متغیر می باشد. مشاهدات بالینی نیز به طور متوسط ۱۰ سال را نشان می دهد.

( ۲ ) در نمودار فوق نیز بیشترین فراوانی سنی افراد که اقدام به درمان کرده اند، بین شروع مصرف و تصمیم به درمان براساس میانگین سنی اعتیاد ۲۴ سال، به طور متوسط ۱۰ سال را نشان میدهد.



### توزیع فراوانی % مددجویان پذیرش شده به تفکیک سطح تحصیلات

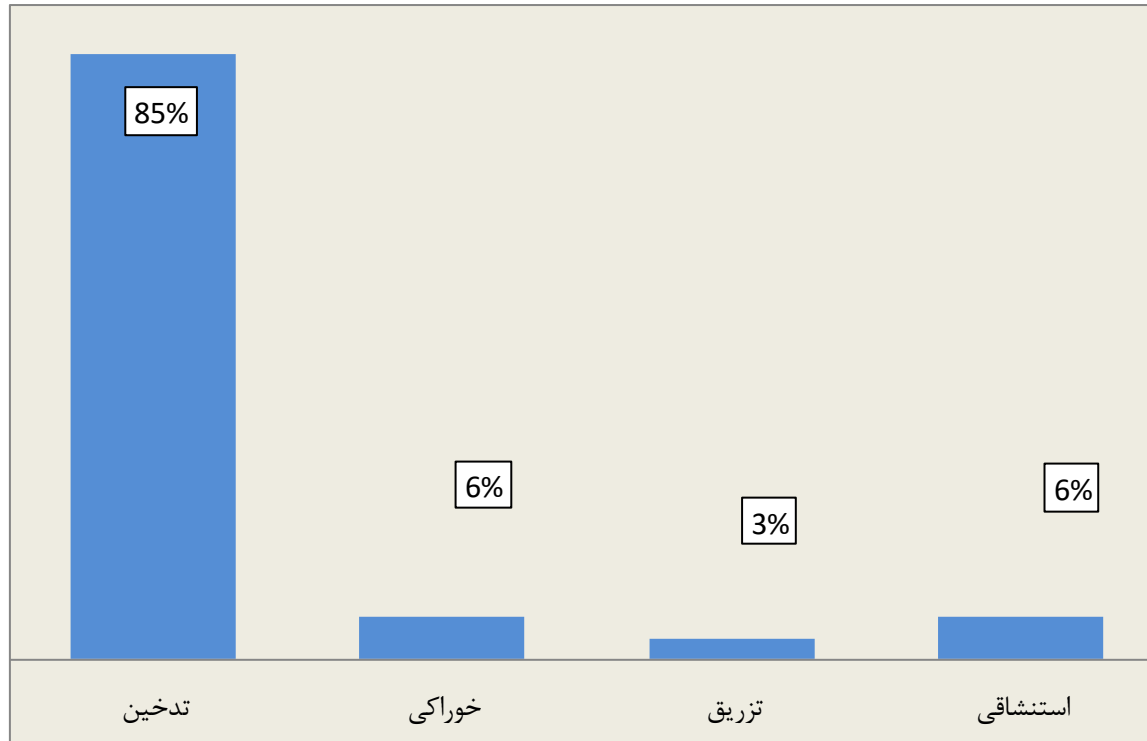


#### توضیح:

(۱) تحصیلات به خودی خود یک عامل تعیین کننده قطعی در موفقیت درمان اعتیاد نیست، اما به عنوان یک منبع محافظتی و تسهیل گر عمل می کند.  
(۲) منابع معتبر نشان می دهند تحصیلات با درمان رابطه مستقیم خطی وجود ندارد، بلکه تحصیلات به عنوان یکی از عوامل در شبکه پیچیده ای از متغیرها عمل می کند.



توزیع فراوانی % مددجویان پذیرش شده به تفکیک نوع الگوی مصرف

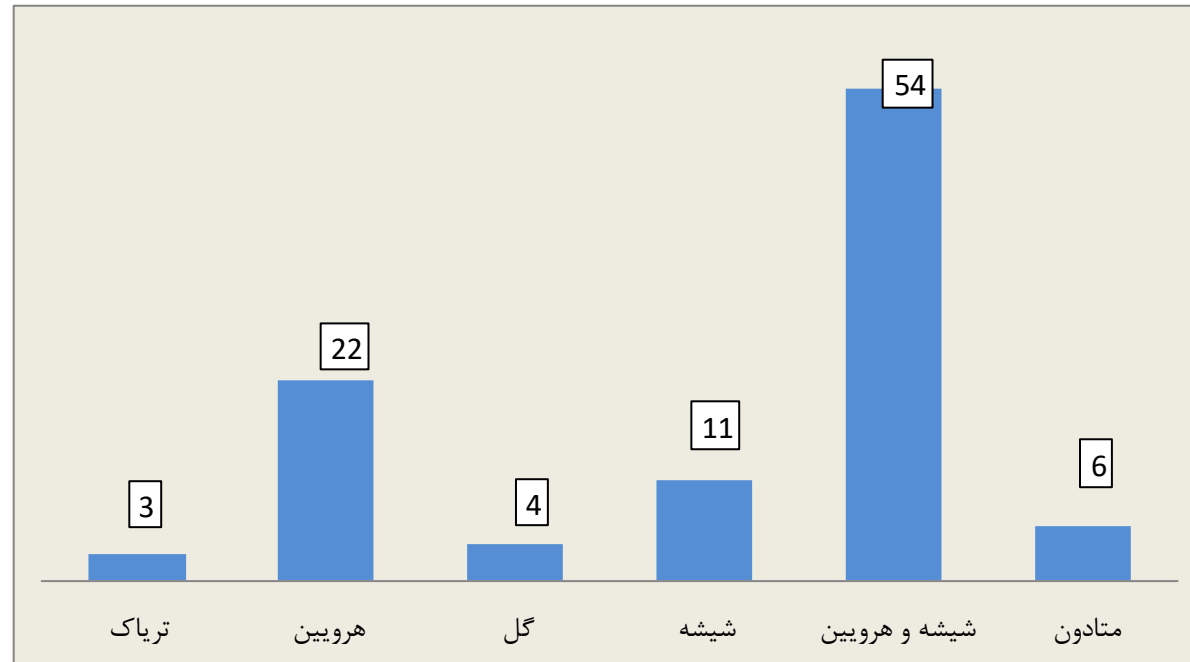


**توضیح:**

( ۱ ) در حال حاضر، سهم مصرف کنندگان تزریقی در ایران طبق اعلام رسمی به حدود ۲ درصد از کل جمعیت معتادان رسیده است.  
( ۲ ) دشواری در جمع آوری آمار دقیق و پنهان کردن رفتار تزریق، ۲ درصد یک برآورد است.  
( ۳ ) روند کاهشی الگوی مصرف تزریق نسبت به گذشته، نشان دهنده تغییر در الگوی مصرف و احتمالاً تأثیر مداخلات درمانی است.



### توزیع فراوانی % مددجویان پذیرش شده به تفکیک نوع مواد مصرفی

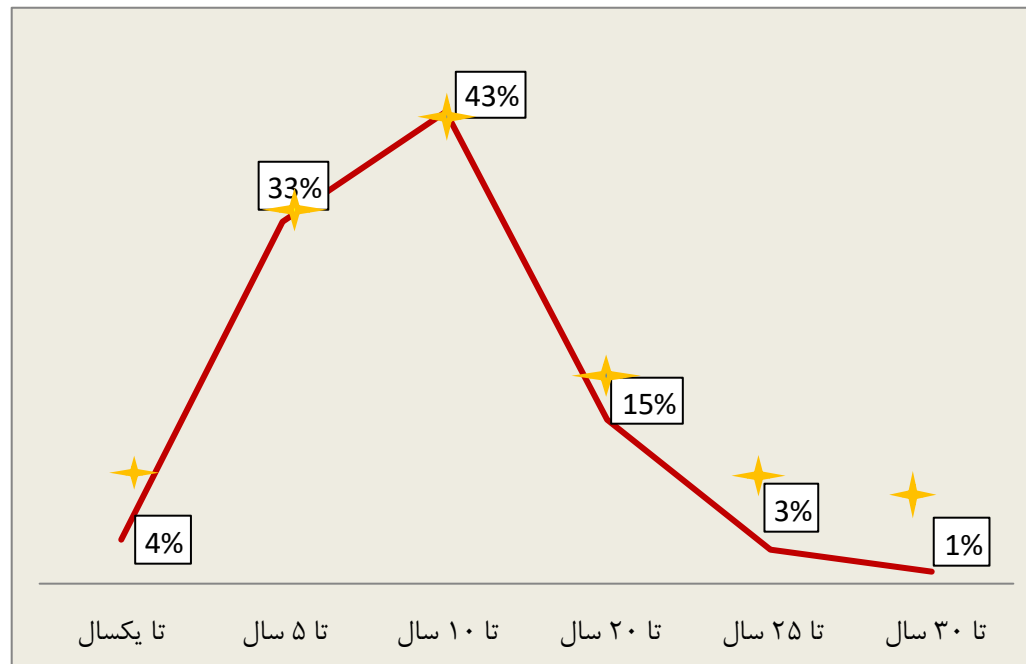


#### توضیح :

- 1) نوع هروئین که در حال حاضر مورد سوء مصرف قرار می گیرد با نام (سورچه) است که نوعی هروئین فرآوری شده (صنعتی) و بسیار قوی تر از هروئین است.
- 2) درصدی از مددجویان الگوی مصرف خود را بشکل چندمصرفی اعلام کرده اند (Poly Drug) و متادون نیز مورد سوء مصرف قرار داشته است.
- 3) براساس گزارش مددجویان و ثبت در پرونده پذیرش آنان، از علل افزایش مصرف متادون در بین معتادان، افزایش قیمت مواد هروئین و شیشه بوده است.



### توزیع فراوانی % مددجویان پذیرش شده به تفکیک مدت اعتیاد

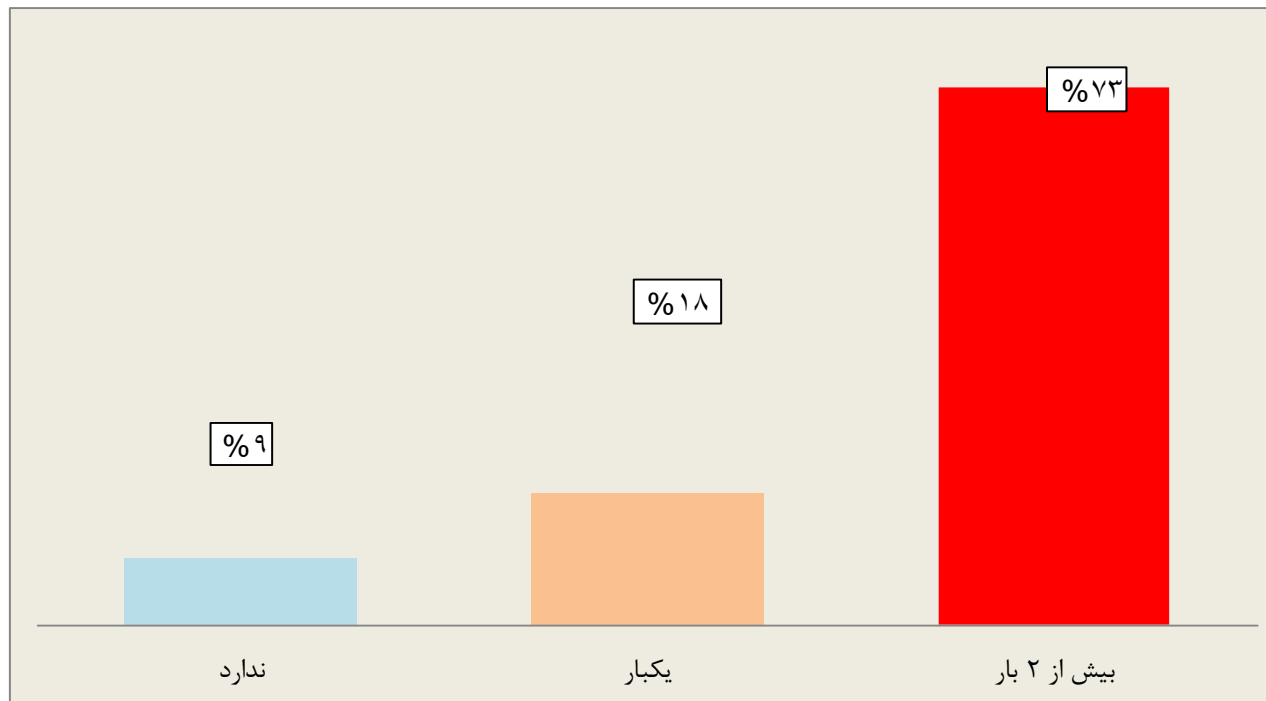


#### توضیح:

- برخی مطالعات محدود در کشور، بین شروع مصرف مواد و تصمیم به درمان، این مدت زمان از چند سال تا بیش از یک دهه متغیر می باشد.
- در نمودار فوق نیز بیشترین فراوانی مدت زمان اعتیاد افراد که اقدام به درمان کرده اند، به طور متوسط ۱۰ سال را نشان میدهد.



### توزیع فراوانی % ترک های قبلی مددجویان پذیرش شده

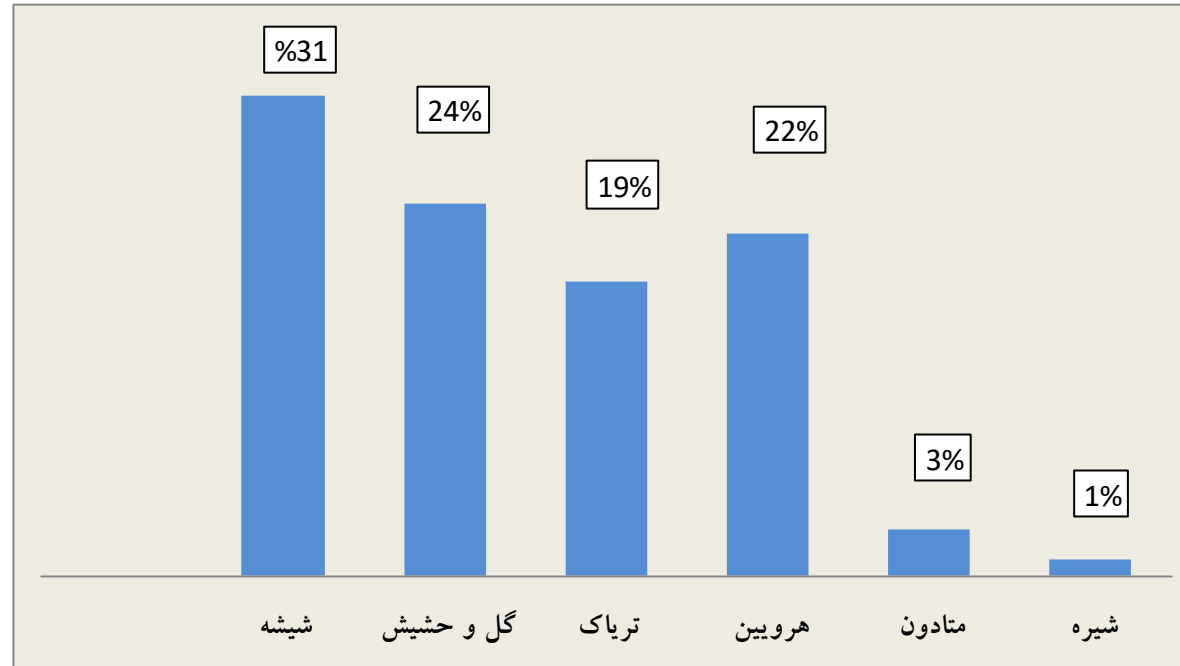


#### توضیح:

شیوه ترک های قبلی مددجویان با بیشترین فراوانی بشکل خوددرمانی - مراکز اجباری ماده ۱۶ - مراکز اقامتی درمان و بازتوانی ماده ۱۵ - مراکز درمان سرپایی با داروهای آگونیستی ( متادون - شربت تریاک ) و زندان بوده است.



توزیع فراوانی % اولین ماده مورد سوء مصرف در میان مددجویان پذیرش شده

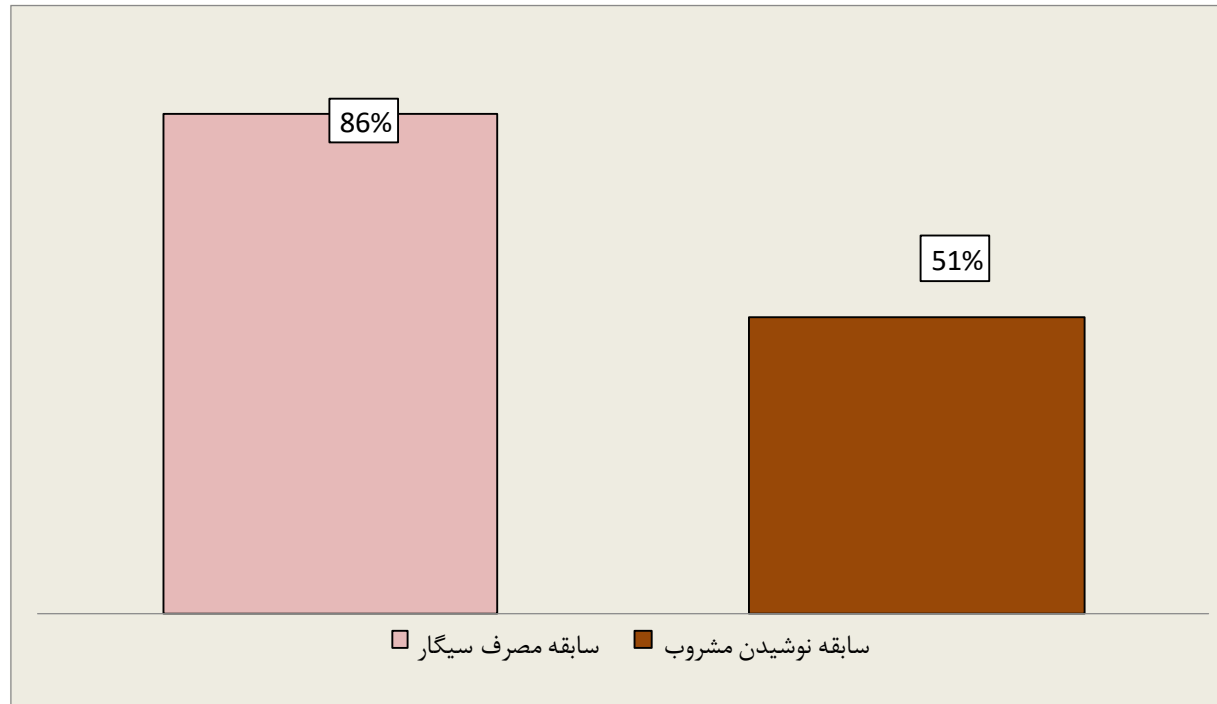


توضیح:

- 1) نوع ماده مخدر هروئین که در حال حاضر مورد سوء مصرف قرار می گیرد با نام "سورچه" بین معنادران مصطلح است که نوعی هروئین فرآوری شده (صنعتی) و بسیار قوی تر از ماده مخدر هروئین معمولی است.
- 2) در پرونده پذیرش مددجویان و در خصوص ماده مورد مصرف آنان از این عناوین نام برده شده است: (سورچه - دستمال - بونزای - کمیکال - کمیک - گل - ماریجوآنا - قارچ)
- 3) بجز ماده سورچه که نوعی ماده مخدر هروئین صنعتی است، بقیه عناوین مربوط به مواد محرک از خانواده (THC سنتزی) و (NPS) می باشد.



توزیع فراوانی % سابقه مصرف سیگار و نوشیدن مشروبات الکلی قبل از اعتیاد به مواد در میان مددجویان پذیرش شده



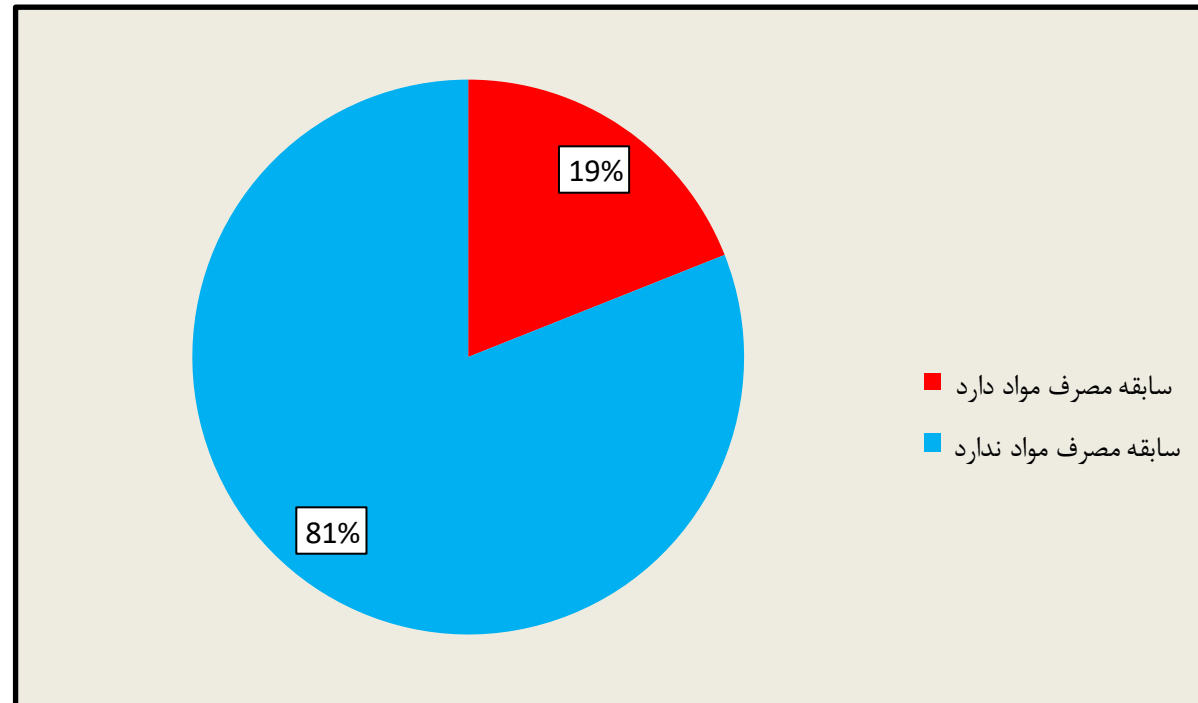
**توضیح:**

۱) داده‌های موجود نشان می‌دهد که مصرف نیکوتین و الکل اغلب در معتادان شایع است. مطالعات مختلف شیوع ۸۰-۹۰ درصدی برای سیگار و ۶۰-۷۰ درصدی برای الکل را گزارش می‌دهند.

۲) دخانیات و الکل اغلب به عنوان "مواد دروازه‌ای" در نظر گرفته می‌شوند. این بدان معناست که مصرف این مواد، فرد را از نظر روانی و اجتماعی برای تجربه مواد قوی‌تر آماده می‌کند.



توزیع فراوانی % سابقه مصرف مواد در میان اعضای درجه یک خانواده مددجویان پذیرش شده

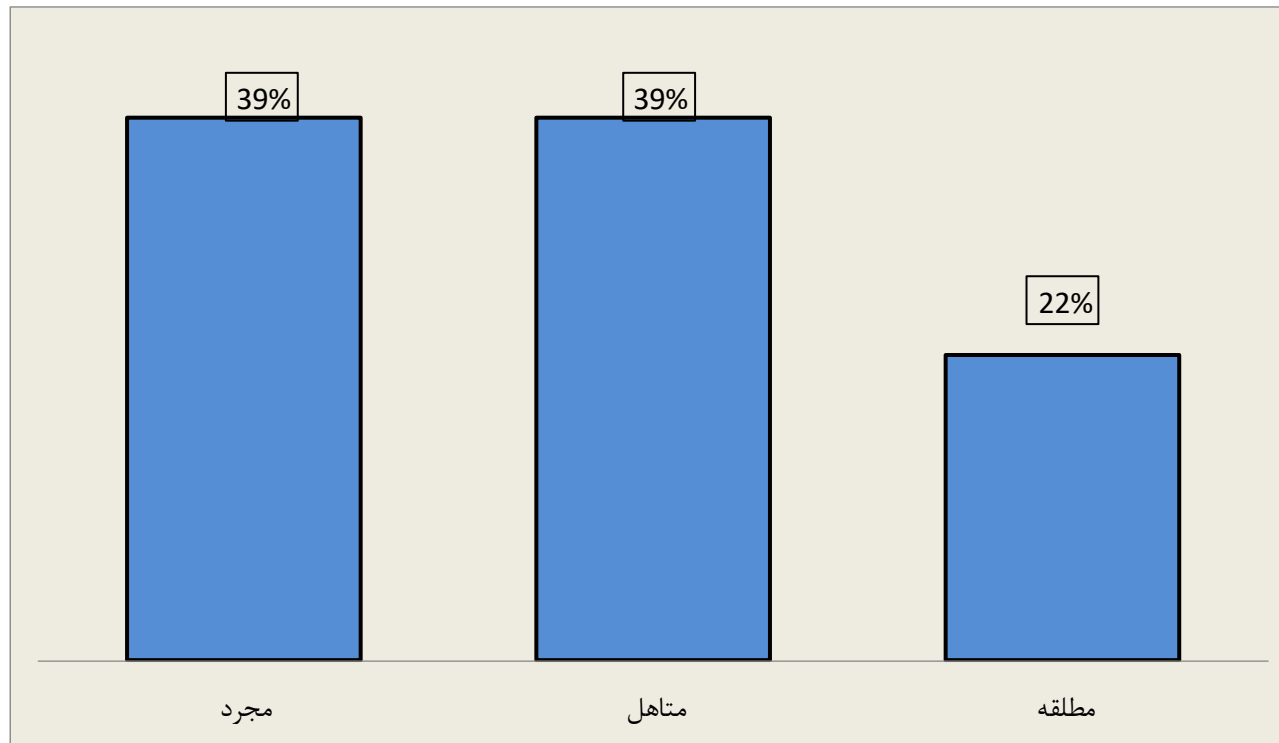


**توضیح:**

- ۱) سابقه مصرف مواد در میان اعضای خانواده مددجویان پذیرش شده در استان های شرقی، مرکزی و غربی نسبت به دیگر استان ها افزایش دارد.
- ۲) یک تحلیل علمی بین المللی تأیید می کند که فرزندان افراد معتاد تا ۸ برابر بیشتر از دیگران در معرض خطر ابتلا به اعتیاد قرار دارند.
- ۳) سابقه مصرف مواد در خانواده یکی از مهم ترین و قوی ترین عوامل خطر برای اعتیاد دیگر افراد خانواده محسوب می شود.
- ۴) اعتیاد در خانواده یکی از اصلی ترین دلایل طلاق، خشونت خانگی و از هم گسیختگی خانواده است.



توزیع فراوانی % معتادان پذیرش شده بر حسب وضعیت تاهل



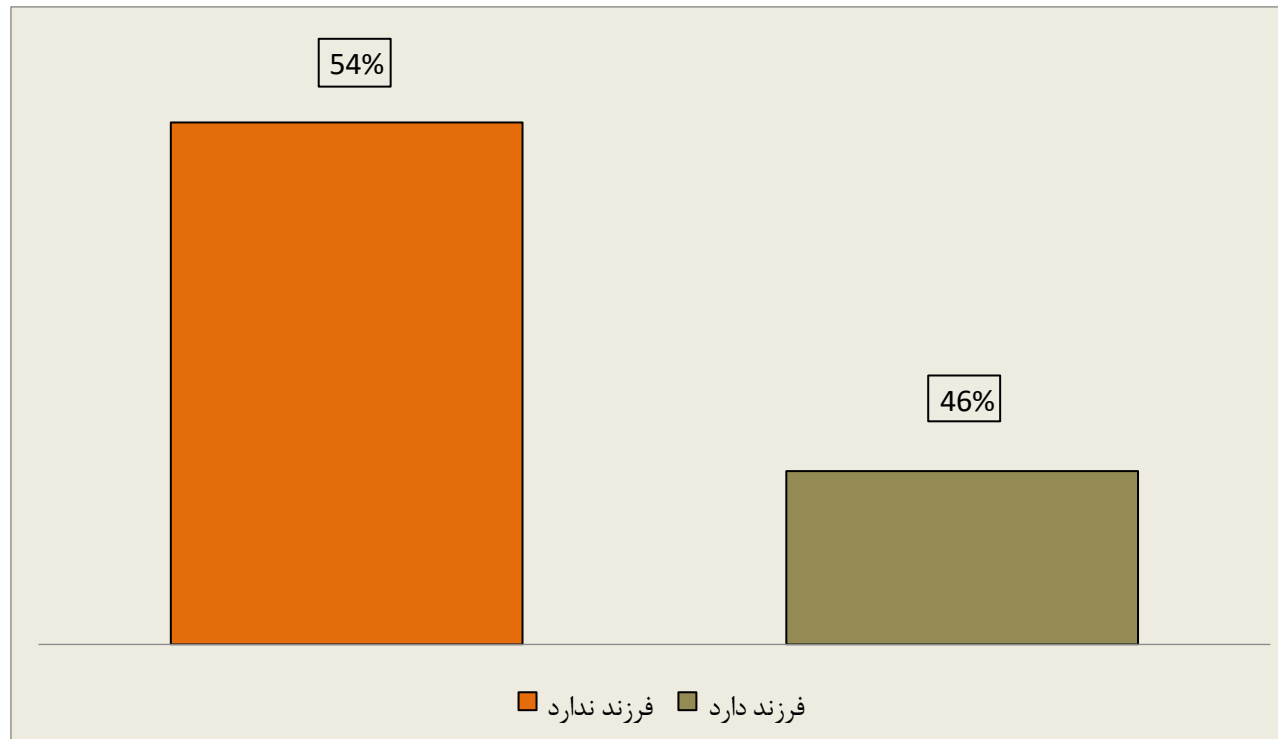
**توضیح:**

۱) وضعیت تاهل فرد معتاد، یک عامل اجتماعی پیچیده و دوگانه در فرآیند درمان است. از یک سو می تواند منبع قوی حمایت و مسئولیت پذیری باشد و از سوی دیگر، می تواند مرکز تنش و فشار باشد. کیفیت رابطه در خانواده، تعیین کننده اصلی جهت تأثیر بر درمان است.

۲) تحقیقات نشان می دهد آنچه تعیین کننده نهایی است، کیفیت رابطه و سطح عملکرد خانواده است، نه صرفاً تاهل. یک فرد مجرد با شبکه حمایتی قوی از دوستان یا خانواده اصلی، ممکن است شرایط بهتری نسبت به یک فرد متأهل برای درمان داشته باشد.



### توزیع فراوانی % معنادان پذیرش شده بر حسب وضعیت فرزند

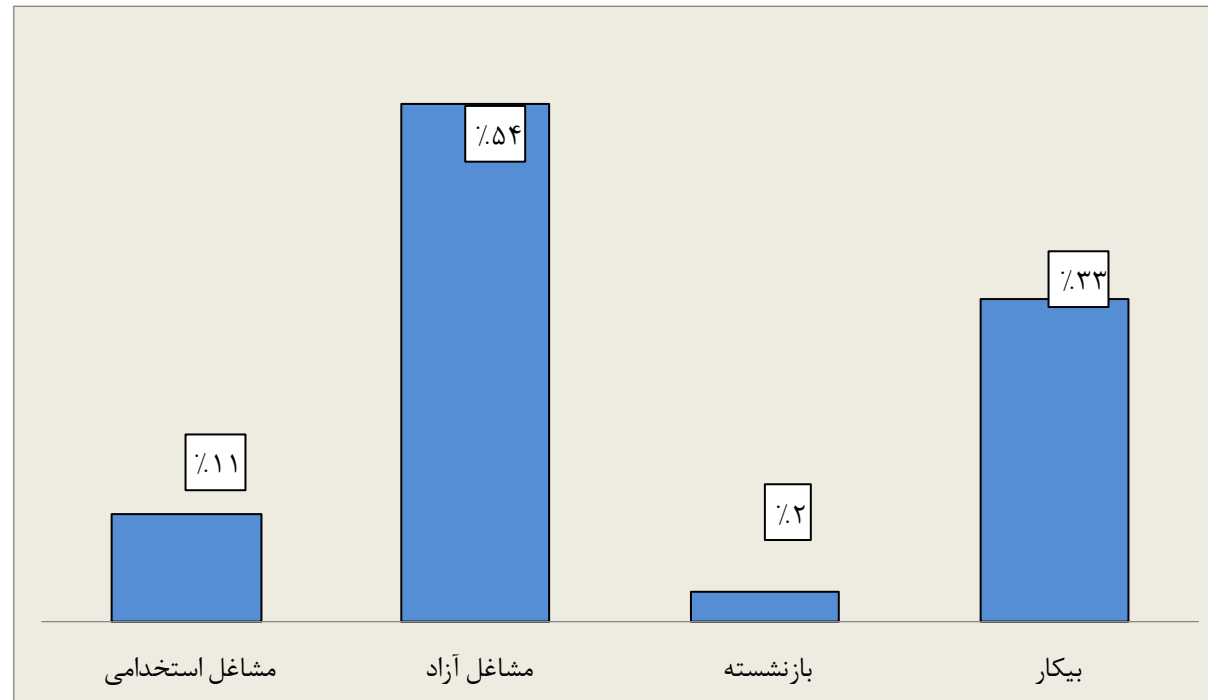


#### توضیح:

- (۱) پژوهش‌ها نشان می‌دهد در خانواده‌هایی که یکی یا هر دو والد معتاد هستند، در حدود ۱۴ تا ۲۰ درصد موارد، فرزندان نیز به مصرف مواد مخدر گرایش پیدا می‌کنند. این امر بر اهمیت توجه ویژه به این کودکان تأکید دارد.
- (۲) فرزندان می‌توانند عاملی برای افزایش تعهد والدین به درمان باشند.



### توزیع فراوانی % معنادان پذیرش شده به تفکیک وضعیت اشتغال



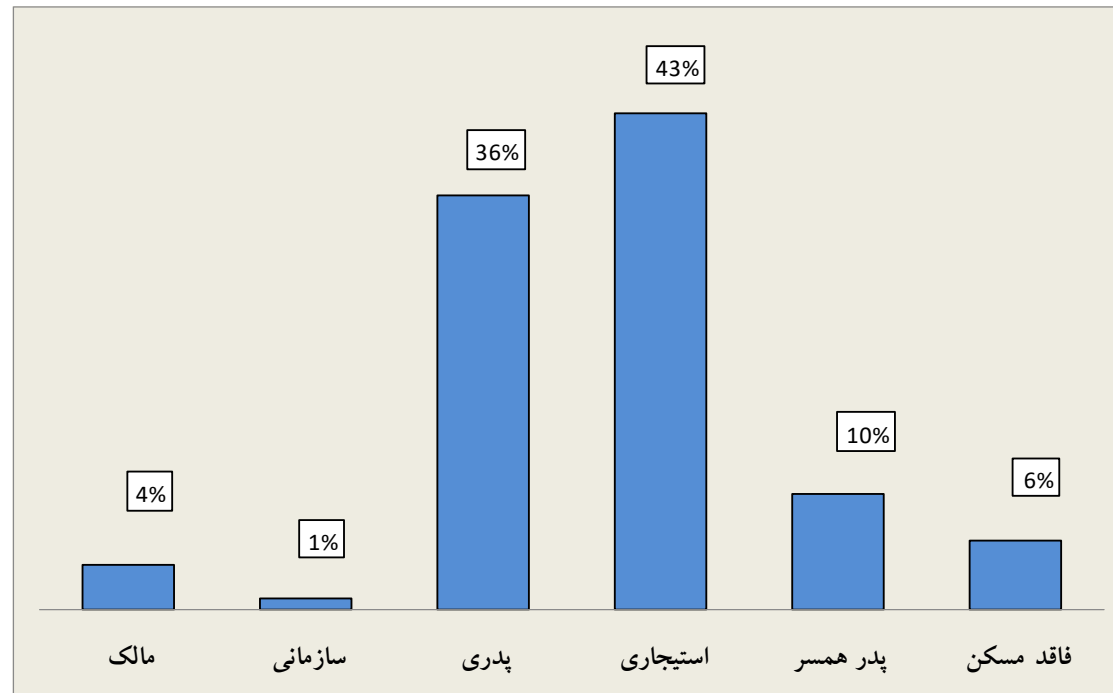
#### توضیح:

۱) شغل به عنوان یک متغیر مهم، نقش دوگانه‌ای در درمان اعتیاد ایفا می‌کند. یک شغل مناسب می‌تواند یک عامل محافظتی قدرتمند برای درمان باشد و هم عامل بازدارنده از عود و تسهیل‌گر بازگشت به جامعه باشد. در مقابل، بیکاری، محیط کار پراسترس یا فاقد حمایت می‌تواند درمان را با چالش مواجه کند.

۲) درآمد حاصل از کار، هزینه‌های زندگی و درمان را پوشش داده و نیاز به تامین مالی از راه‌های نامشروع یا خطرناک را کاهش می‌دهد.



### توزیع فراوانی % وضعیت مسکن معتادان پذیرش شده

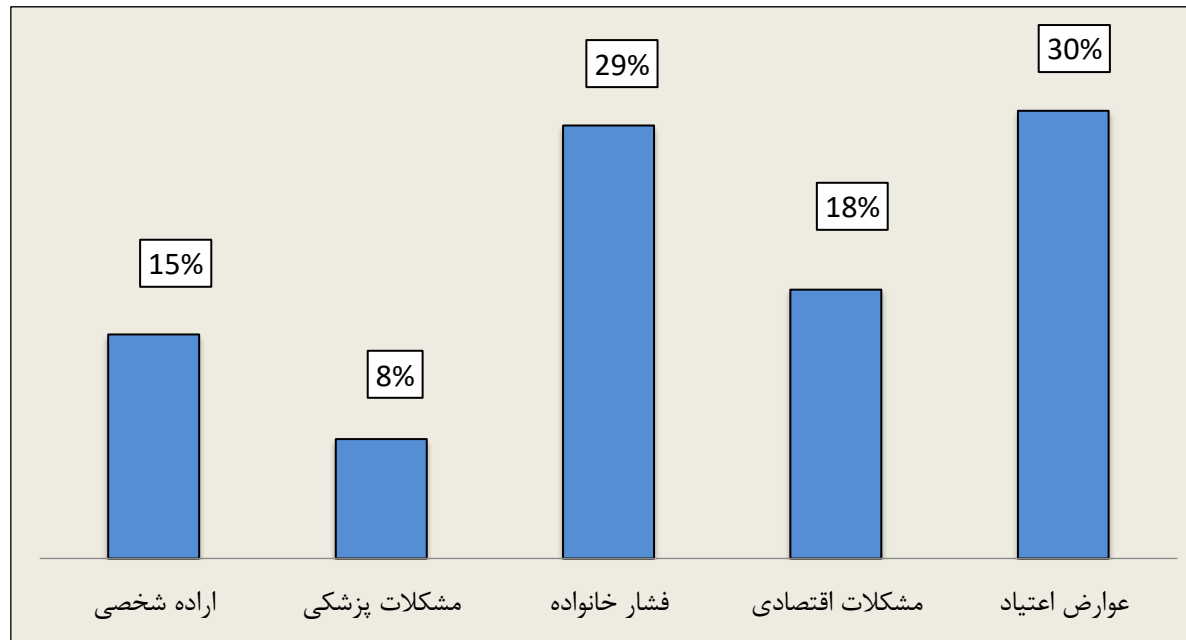


#### توضیح:

تحقیقات نشان می‌دهند، بهبودیافتگانی که پس از ترک، سرپناه پایدار پیدا می‌کنند، نرخ عود بسیار کمتری نسبت به کسانی دارند که به محیط ناپایدار یا قبلی بازمی‌گردند. سازمان‌های جهانی مانند WHO، مسکن را یک «عامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت» می‌دانند. بی‌خانگی یا ناامنی مسکن مستقیم با نتایج ضعیف‌تر سلامت روان، افزایش مرگ و میر و شکست درمان مرتبط است.



### توزیع فراوانی % علت و انگیزه فرد معتاد جهت مراجعه به مراکز و اقدام به درمان

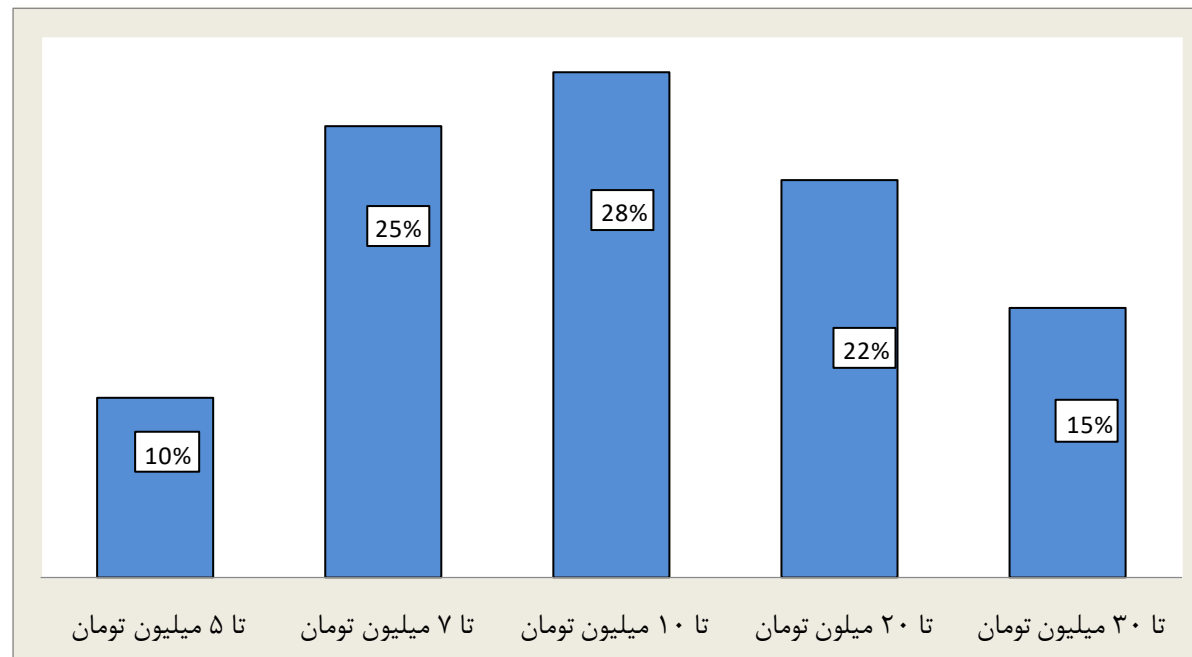


#### توضیح:

- هیچ عامل واحدی به تنهایی باعث اقدام به درمان نمی‌شود. معمولاً ترکیبی از فشارهای بیرونی و درونی است که در یک لحظه بحرانی "Trigger Event" منجر به تصمیم‌گیری فرد می‌شود.
- نقش خانواده، دوستان و مشاوران و هم‌تایان این است که لحظه بحرانی را بعنوان "Golden opportunity" به موقع تشخیص داده و فرد را جهت شروع به درمان تشویق و مورد حمایت قرار دهند.
- انگیزه واقعی زمانی پدید می‌آید که فرد "امید" به امکان تغییر و "اعتماد" به فرآیند درمان پیدا کند. انگیزه ثابت نیست، مانند موج می‌آید و می‌رود، نقش تیم درمان مراکز در کمک به بیمار برای پایداری و تثبیت انگیزه بسیار اساسی است.



### توزیع فراوانی % متوسط مخارج هزینه ماهانه تامین مواد در میان معتادان پذیرش شده

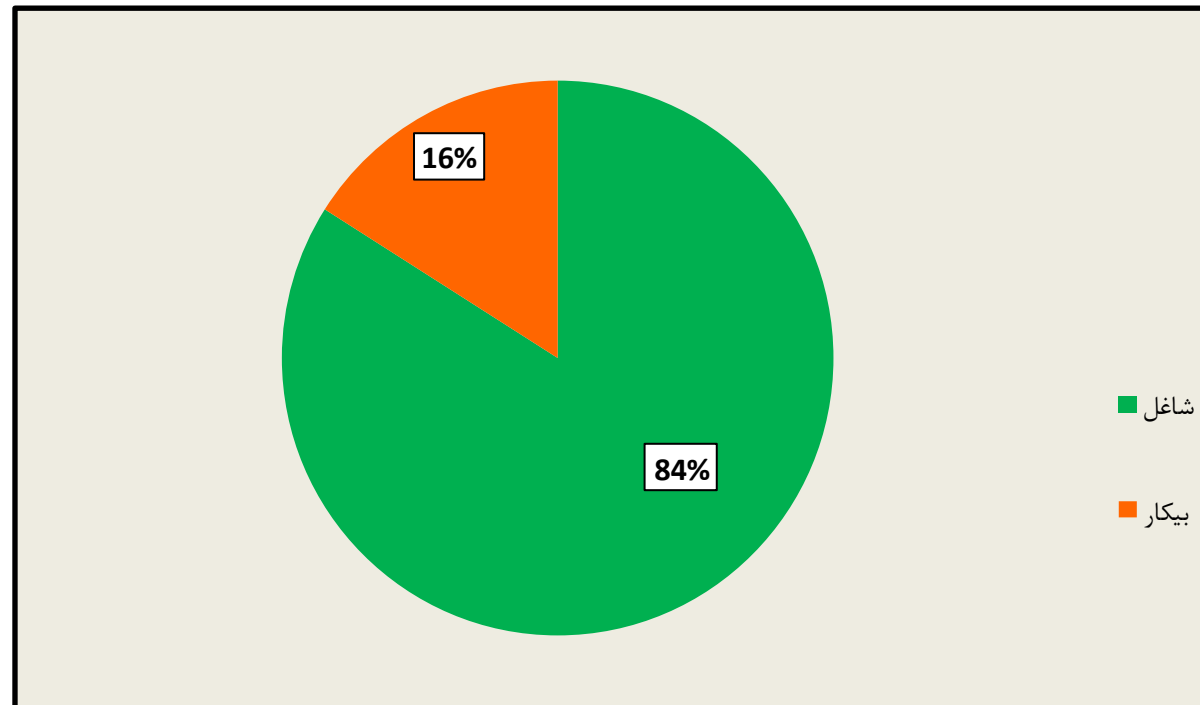


#### توضیح:

با توجه به جمعیت دو میلیون و ۸۰۰ هزار معتاد در کشور، اگر روزانه و به طور میانگین یک گرم مصرف انواع مواد (مخدرها، روان گردان یا محرک) داشته باشند، روزانه تقریباً ۱۵۰ هزار تومان برای خرید ماده مصرفی خود باید پول بدهند، در این صورت، روزانه یک مبلغ حدود ۴۲۰ میلیارد تومان می شود که با ضرب این عدد در ۳۶۵ روز سال؛ بیش از ۱۵۳ هزار میلیارد تومان هزینه دو میلیون و ۸۰۰ هزار معتاد در کشور است که سالانه برای خرید حداقل یک گرم از انواع مواد مصرفی خود می پردازند. (این عدد، یک رقم حداقل و با خوش بینانه ترین فرض است)



### توزیع فراوانی % وضعیت اشتغال افراد بهبودیافته با ۲ سال پاکی پس از ترخیص از مراکز

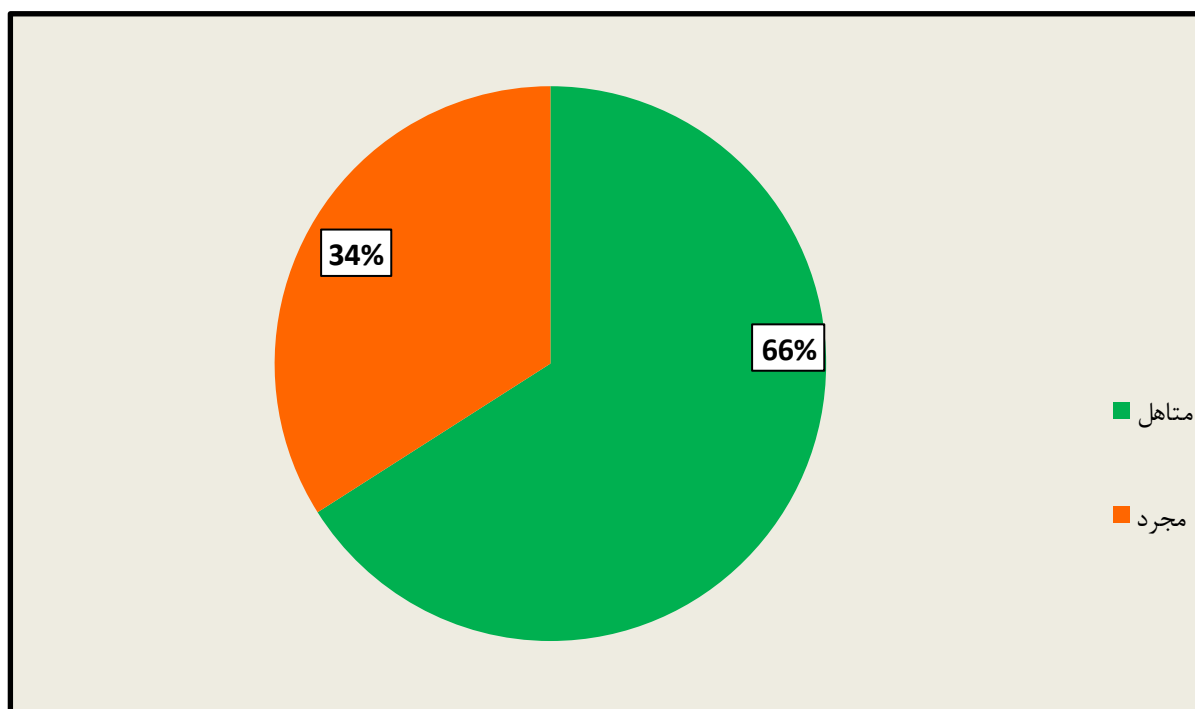


#### توضیح:

- ۱) اشتغال یک عامل تعیین کننده و حیاتی برای موفقیت در بهبودی بلندمدت است. بیکاری یکی از ریسک فاکتورهای اصلی برای عود محسوب می شود.
- ۲) مطالعات فراوانی نشان می دهند که اشتغال یکی از قوی ترین عوامل محافظتی در برابر عود است. کار کردن نه تنها درآمدزایی دارد، بلکه به فرد حس هویت، ساختار روزانه، عزت نفس و شبکه اجتماعی سالم می بخشد.
- ۳) پاکی به معنای پرهیز کامل و دائمی از هرگونه ماده اعتیادآور است. حتی یک بار مصرف هم به معنای از دست دادن پاکی است.



توزیع فراوانی % وضعیت تاهل افراد بهبودیافته با ۲ سال پاکي پس از ترخیص از مراکز

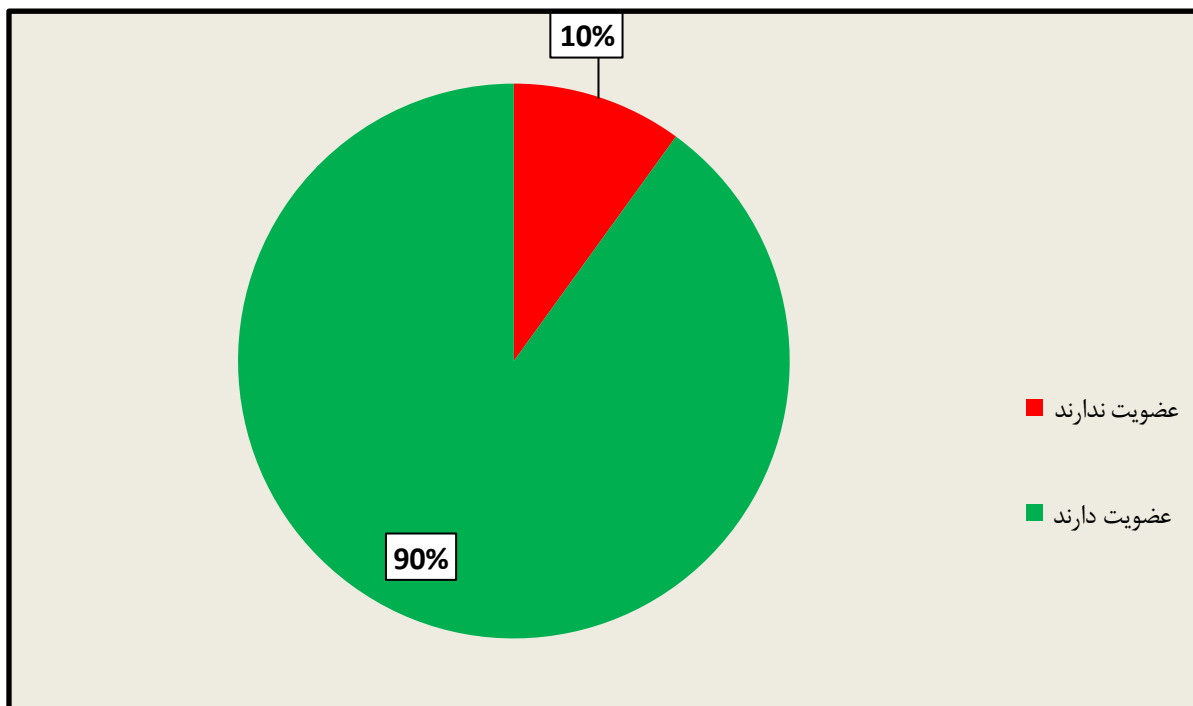


**توضیح:**

(۱) ازدواج و روابط پایدار عاطفی معمولاً به عنوان یک عامل محافظتی قوی در نظر گرفته می‌شوند.  
(۲) شغل و ازدواج این دو عامل با هم تعامل دارند. شغل می‌تواند شرایط را برای تشکیل خانواده فراهم کند و از طرفی، حمایت خانواده می‌تواند در حفظ شغل و تحمل فشارهای زندگی کمک‌کننده باشد.



توزیع فراوانی % عضویت و مشارکت افراد بهبودیافته با ۲ سال پاکی در گروه های خودیاری پس از ترخیص از مراکز

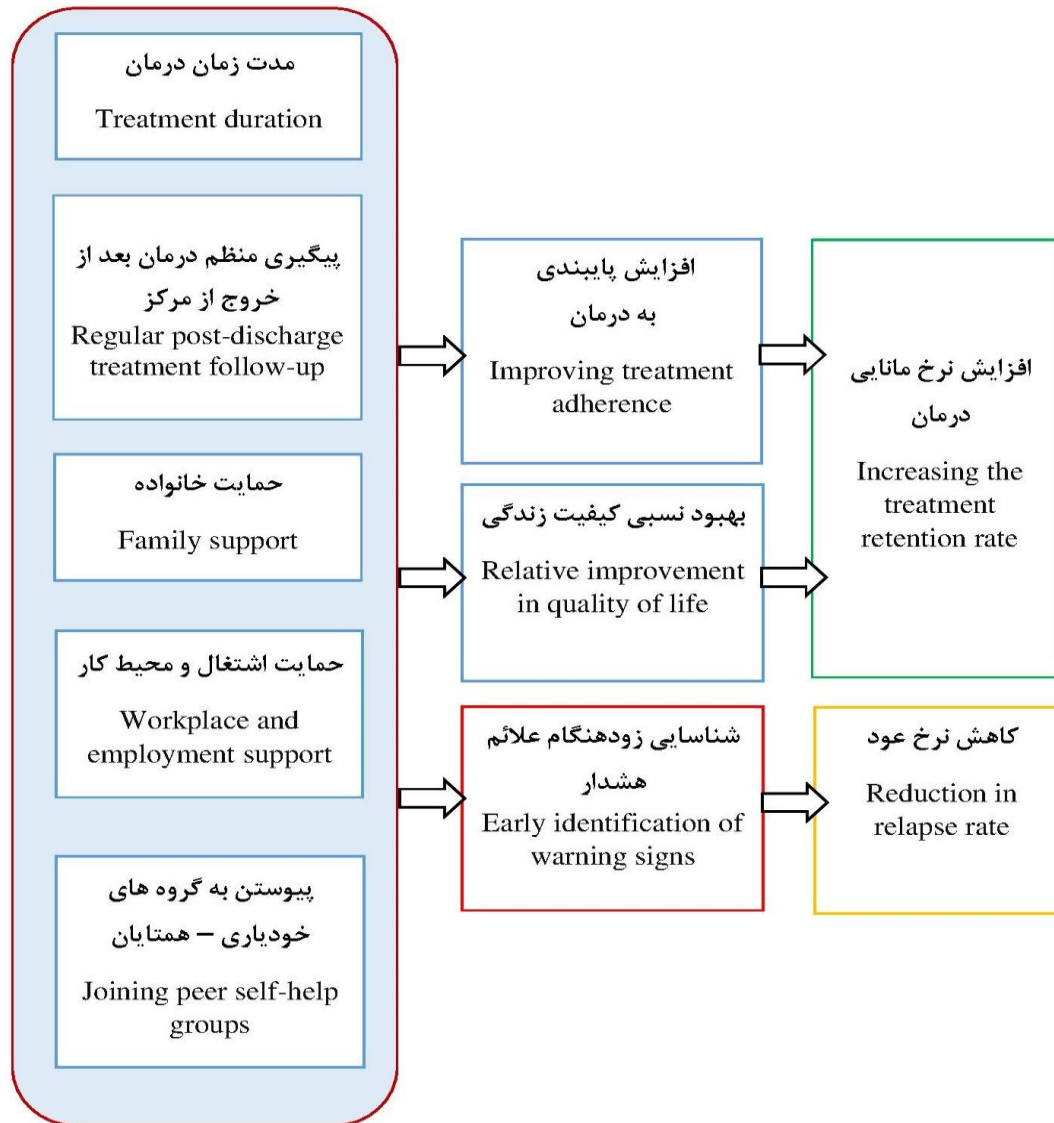


**توضیح:**

۱) در کنار عوامل اشتغال ، ازدواج ، حمایت خانواده و دوستان سالم، مشارکت در گروه های خودیاری مانند (NA) در پایداری و تثبیت درمان و پرهیز از مصرف مواد بسیار نقش تعیین کننده ای دارد.



مدل مفهومی تأثیر عوامل کلیدی بر موفقیت درمان



توضیح:

تفسیر و تحلیل داده های توصیفی در نمودارها نشان می دهد، موفقیت درمان با رویکرد اقامتی و پرهیزمدار به تعامل چند متغیر مهم از جمله: ( مدت زمان درمان - پیگیری منظم درمان بعد از خروج بیمار از مرکز - حمایت خانواده - اشتغال - عضویت در گروه های خودیاری ) وابسته است

Addiction treatment is a marathon, not a sprint



**توجیه "هزینه - فایده" فعالیت مراکز اقامتی  
درمان و بازتوانی پرهیزمدار**



میزان خسارتی که هر فرد معتاد سالانه به کشور وارد می کند بالغ بر **۸۰۰ میلیون ریال** گزارش شده است (ستاد مبارزه با مواد مخدر ۱۳۹۵). براساس این گزارش روزانه هر فرد معتاد حدود **۲۲۰ هزار تومان** هزینه برای دولت تحمیل می کند. ( این مبلغ بدون تردید امروز به مراتب بسیار بیشتر از سال ۱۳۹۵ می باشد)

طبق گزارش دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر **حدود ۱۱.۷ درصد** تولید ناخالص ملی (GDP) کشور برای خسارات ناشی از مواد مخدر هزینه می شود.

ظرفیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان تحت نظارت سازمان بهزیستی برای پوشش درمان معتادان حدود **۵۰ هزار نفر تخت** است. با استناد به **۵۰ هزار نفر معتاد** مقیم در مراکز مذکور و با احتساب **۲۲۰ هزار تومان** روزانه هزینه خسارت هر نفر از معتادان به کشور، براین اساس روزانه یک ارزش افزوده **معادل ۱۱ میلیارد تومان و سالانه بیش از ۴۰۰۰ هزار میلیارد تومان** برای دولت ایجاد می کند. البته هنگامی که ارتقاء سلامت و بهداشت، کاهش جرم و جنایت و خروج معتادان از بازار تقاضای مصرف مواد و سیستم عرضه و توزیع مواد مورد محاسبه قرار بگیرد، توجیهات "**هزینه - فایده**" فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان کفه ترازو را شدیداً به سود خود سنگین می کند.

با احتساب میانگین تعداد **۴۰ نفر معتاد** مقیم در هر مرکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان و باتوجه به اقامت **۳۰ روزه** به عنوان یک دوره درمان، براین اساس روزانه تعداد **۱/۶ نفر** معتاد در هر مرکز پذیرش می شود. با در نظر گرفتن فعالیت حدود **۱۱۰۰ مرکز** در سطح کشور، روزانه تعداد **۱۶۰۰ نفر** از معتادان در مراکز مزبور مورد پذیرش و تحت درمان قرار می گیرند.



## پیشنہادها و راهکارها



## راهکارهای پیشنهادی :

براساس بررسی صورت گرفته و چالش های شناسایی شده، پیشنهادهای ذیل به منظور بهبود وضعیت مراکز قابل ارائه خواهد بود:

۱) ایجاد یک سیستم نظارتی مؤثر: لازم است از نظارت های صرفاً بازرسی گونه فاصله گرفت. هدف اصلی باید توانمندسازی، ارتقاء کیفیت خدمات و اطمینان از انطباق با اهداف تعیین شده باشد. برای اجرای این راهکارها الزام به تغییر نگرش از **"نظارت برای کنترل"** به **"نظارت برای توانمندسازی و هدایت"** است. این رویکرد نه تنها به بهبود عملکرد مراکز کمک می کند، بلکه اطمینان می دهد که خدمات ارائه شده به جامعه، با کیفیت بالا و اثربخش باشد.

۲) تدوین دستورالعمل ها و استانداردهای عملیاتی شفاف: تهیه و ابلاغ دستورالعمل ها، پروتکل ها و استانداردهای کیفی مشخص برای مراکز به عنوان یک نقشه راه و برای دستیابی به کیفیت مطلوب.

۳) اجرای بازدیدهای ارزیابی و نظارتی دوره ای: به جای بازدیدهای صرفاً بازرسی گونه، تیم های ارزیابی با حضور کارشناسان خبره (که دانش کافی در حوزه فعالیت مراکز دارند)، به صورت دوره ای از مراکز بازدید کرده و علاوه بر ارزیابی انطباق با استانداردها، نقاط قوت را برجسته و در مورد چالش ها و زمینه های بهبود، مشاوره و راهنمایی ارائه دهند. تمرکز بر **"چگونه بهبود یابد"** به جای **"چه خطایی کرده است"**.

۴) طراحی سیستم ارزیابی عملکرد مبتنی بر نتایج: به جای تمرکز صرف بر رعایت فرآیندها، ارزیابی عملکرد مراکز بر اساس میزان دستیابی به نتایج مشخص و قابل اندازه گیری صورت گیرد.

۵) ایجاد پلتفرم تبادل تجربیات و شبکه سازی: ایجاد فضایی (آنلاین یا حضوری) برای مراکز فراهم شود تا بتوانند تجربیات موفق و چالش های خود را با یکدیگر به اشتراک بگذارند، از تجربیات هم بیاموزند و با ایجاد شبکه های همکاری، هم افزایی ایجاد کنند.



۶ بازخوردگیری مستمر از مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان: ایجاد یک سازوکار مشخص برای دریافت بازخورد از مراکز در مورد فرآیندهای نظارتی، میزان اثربخشی نظارت و نیازهای واقعی آنها. این بازخوردها باید در اصلاح و بهبود رویکردهای نظارتی مورد استفاده قرار گیرند.

۷ تقدیر و تشویق مراکز برتر: شناسایی و معرفی مراکز که در اجرای برنامه‌ها، دستیابی به نتایج مطلوب، و نوآوری موفق عمل کرده‌اند. این تقدیر می‌تواند شامل جوایز، لوح سپاس، یا اولویت در دریافت حمایت‌های بیشتر باشد.

۸ ایجاد سامانه ثبت اطلاعات و داده‌های مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان: با ایجاد سامانه ثبت اطلاعات و داده‌ها امکان نظارت هوشمند بر فعالیت مراکز و رصد و پایش روند درمان مددجویان از پذیرش تا ترخیص و پیگیری آنها فراهم خواهد شد. طراحی و توسعه یک پلتفرم دیجیتال امن برای ورود داده‌ها، تعریف شاخص‌های کلیدی عملکرد و تولید داشبورد مدیریتی برای تحلیل روندها.

۹ توسعه و تقویت الگوی مدیریت مورد: با عنایت به بیش از **دو دهه** تجارب میدانی از اجرای فراگیر الگوی اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار و نیم رخ نسبتا جامع که از بیماران مستعد دریافت خدمات از این الگوی درمان اقامتی بدست آمده است، براین اساس و با هدف ارتقای کیفی سطح خدمات و کمک به افزایش نرخ مانایی درمان و کاهش خطر عود "**استفاده از الگوی مدیریت مورد و توسعه و تقویت این ابزار مهم درمانی برای جمعیت تحت درمان در مراکز اقامتی درمان معتادان است.**" پیشنهاد می‌شود، هر فرد معتاد داوطلب درمان که به مراکز اقامتی درمان معتادان مراجعه و تحت درمان قرار می‌گیرد، فرآیند درمان مددجو از بدو پذیرش و اقامت در مرکز و بعد از ترخیص حداقل به مدت **یکسال** توسط تیم مدیریت مورد، پایش و پیگیری شود.



۱۰ ارزیابی نظام مند و منظم اثربخشی مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین: یکی از مهمترین اقدامات در حوزه درمان و بازتوانی معتادین موضوع ماده ۱۵، ضرورت و اهمیت ارزیابی نظام مند و منظم اثربخشی مراکز است؛ این وضعیت به فضایی ابهام آمیز منجر شده و تاکنون چشم انداز واضحی از میزان موفقیت مراکز و چالش های گوناگون رویاروی آنها ارائه نشده است. این در شرایطی است که بیش از دو دهه از فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین در کشور سپری شده است.

۱۱) تدوین برنامه استاندارد آموزشی و بازآموزی: از اقدامات اساسی که می تواند رابطه مستقیم با افزایش نرخ مانایی درمان و افزایش رضایت مندی مراجعین و کاهش و کنترل آسیب های احتمالی ناشی از فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین از جمله مرگ و میر و بروز حوادث داشته باشد، طراحی، تدوین و اجرای یک برنامه استاندارد آموزشی و بازآموزی مبتنی بر نیازسنجی و بهره گیری از تجارب گذشته برای کلیه کارکنان شاغل در مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین است. به منظور ایجاد انگیزش و ملزم کردن صاحبان امتیاز و کارکنان مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین جهت شرکت در کارگاه های آموزشی و بازآموزی پیشنهاد می شود: **"تمدید پروانه فعالیت مراکز مزبور منوط به کسب امتیاز شرکت در کارگاه های آموزشی و بازآموزی قرار بگیرد"**.

۱۲ شبکه سازی مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان : از چالش های جدی در خصوص فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان ، فقدان ساختار شبکه است. فعالیت بیش از ۱۱۰۰ مرکز را می توان از طریق اقدام به شبکه سازی موجب همگرایی و هم افزایی و همکاری تاکتیکی آنان با یکدیگر شد، بدیهی است، عملکرد مراکز مزبور در یک ساختار شبکه ای، ظرفیت مناسب و کارآمدی را به وجود خواهد آورد.



۱۳ تشکیل کارگروه تخصصی مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان: یکی از راهکارهای موثر که می تواند موجب در تدوین استراتژی ها ، سیاست ها و کمک به اجرای برنامه ها و تحقق اهداف بسیار تاثیرگذار و حائز اهمیت باشد. تشکیل کارگروه تخصصی مراکز با عضویت تعدادی از تشکل های فعال در حوزه درمان و بازتوانی و کارشناسان حوزه اعتیاد از استان ها و با مدیریت معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور می باشد.

۱۴ بازنگری و اصلاح شیوه محاسبات تعیین تعرفه مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان : از آنجا که تنها منبع درآمدی مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان از محل پذیرش معتادان داوطلب درمان طبق تعرفه ابلاغی تامین می شود، متأسفانه عدم تطابق تعرفه ابلاغی با واقعیت های موجود اقتصادی (گرانی اقلام خوراکی و مواد غذایی، افزایش حقوق و دستمزد پزشک - روانشناس و مددیاران، افزایش بی رویه اجاره بها، افزایش هزینه های آب، برق، گاز که بشکل تجاری محاسبه می شود، همچنین بیمه پرسنلی، بیمه مرکز، مالیات و استهلاک) موجب اختلال در ارایه خدمات مناسب و استاندارد به معتادان و از جهت دیگر زمینه ساز وقوع حوادث و همچنین باعث کاهش نرخ مانایی درمان معتادان شده است.

۱۵ تقویت و توسعه و ارتقای نقش و جایگاه حقوقی و قانونی مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان: امروز مهم ترین اقدام موثر در خصوص فعالیت مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادان، نگاه و رویکرد حمایتی و توسعه ای و ایجاد زیرساخت های لازم حقوقی و قانونی و در جهت تقویت، توسعه و تثبیت نقش و جایگاه مدل اقامتی درمان و بازتوانی پرهیزمدار در نظام درمان اعتیاد کشور و در راستای کمک به تحقق اهداف برنامه هفتم توسعه در کاهش جمعیت معتادان است.

## **Descriptive Statistical Report on Client Files in Residential Drug Treatment and Rehabilitation Centers**



**[jame.eye.pak@gmail.com](mailto:jame.eye.pak@gmail.com)**  
**[jamepak.com](http://jamepak.com)**

Addiction treatment is a marathon, not a sprint