



جمعیت پیشگامان پاک آسیا

## الگوی پیشنهادی:

تدوین سیاست های درمان و کاهش آسیب اعتیاد

سال ۱۴۰۵

Proposed Model for Developing Addiction Treatment and Harm Reduction Policies  
Year 1405



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

امام علی ع :

قوام العیش حسن التقدير و ملاکة حسن التدبیر

مایه زندگانی ، برنامه ریزی درست و ملاک آن تدبیر کارشناسانه است



شواهد و مستندات نشان می دهد، سازمان بهزیستی پیشگام و طلایه دار در عرصه درمان و کاهش آسیب در کشور می باشد. سازمان بهزیستی با مشارکت اجتماعی و با سیاست گذاری های جامع و اجرای برنامه های متنوع در عرصه درمان و کاهش آسیب نقش منحصر بفردی در درمان معتادان و بازگشت آنان به جامعه در کشور ایفا کرده است. هم اکنون بالغ بر ۹۰٪ از خدمات تخصصی حوزه درمان و بازتوانی و حمایت های اجتماعی و برنامه های کاهش آسیب اعتیاد از طریق سازمان های مردم نهاد در حال ارائه خدمت به طیف متنوعی از گروه های هدف می باشد. از جهت دیگر سازمان بهزیستی نسبت به دیگر نهادها و دستگاههای مرتبط با حوزه مبارزه با مود مخدر در چارچوب قانون "ماده ۲۶" تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و نیز "ماده ۱۵" 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.

Comprehensive Treatment  
with Dignity, Society with  
Well-being and Health



ADDICTION  
TREATMENT  
AND HARM REDUCTION  
POLICY  
YEAR 1405

**(درمان جامع و با کرامت ، جامعه با رفاه و سلامت)**

پیام کلیدی الگوی پیشنهادی سیاست های درمان و کاهش آسیب برای سال ۱۴۰۵  
بر سه محور استوار است:

- جامعیت درمان
- کرامت انسانی
- رفاه و سلامت اجتماعی

## بخش اول: تحلیل وضعیت موجود

### مقدمه:

علی رغم سال ها تلاش و صرف منابع بسیار، اعتیاد و مصرف مواد و جمعیت معتادان هنوز یکی از چالش های اساسی جمهوری اسلامی ایران است که به رشد اقتصادی آسیب می زند، توسعه پایدار را غیرممکن می سازد، پیامدهای اجتماعی و نابسامانی های خانوادگی بسیار به همراه دارد و بار زیادی را بر نظام بهداشتی و درمانی کشور تحمیل می کند. علاوه بر این تبعات، سیستم قضایی کشور نیز با معضل جدی مواجهه با جرائم مرتبط با مصرف مواد رو به رو است. فلسفه وجود عوامل توزیع و قاچاق مواد در کشور به تقاضای مواد برمی گردد. تجربه میدانی مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد در کشور بیانگر غلبه دیدگاه کاهش عرضه است. البته رویکرد کاهش تقاضا در سال های اخیر نسبت به ادوار گذشته گسترش یافته است، لیکن همچنان کمبودهایی، اعم از ضرورت پرداختن به همه گیری شناسی و اقدامات موثر برنامه های پیشگیرانه، درمان جامع و کاهش آسیب کاملاً مشهود است. سیاست های مقابله با مواد مخدر اگر ناکارآمد یا غیرمؤثر باشند، قاچاق مواد مخدر افزایش می یابد. این سیاست ها باید به گونه ای طراحی شوند که هم به کاهش تقاضا و هم به کنترل عرضه مواد مخدر بپردازند. اگر تنها بر جنبه های امنیتی تأکید شود و به پیشگیری و درمان توجه نشود، تأثیرگذار نخواهد بود. بر این اساس ضروری به نظر می رسد که راهبرد کاهش تقاضا باید مورد توجه بیشتر قرار گیرد. وقتی مصرف مواد و مصرف کننده و خریدار مواد وجود دارد، عوامل توزیع و فروش هم که عرضه را انجام می دهند، فعال خواهد بود. اگر اجرای برنامه های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب در کنار برنامه های کاهش عرضه که وجود دارد با تمرکز و گسترش بیشتر و البته بشکل دقیق و صحیح و مبتنی بر شواهد علمی و بهره گیری از تجربیات موفق دیگر کشورها اجرا شود، می توان با افزایش قاچاق مواد مخدر و افزایش معتادان مقابله کرد. در یک معادله ساده اگر از چند میلیون جمعیت معتادان در کشور، پنجاه درصد آنان تحت برنامه های درمان جامع و کاهش آسیب قرار بگیرند، در واقع پنجاه درصد از بار تقاضای مصرف مواد مخدر در کشور کاهش خواهد یافت و در نهایت به طور روشن پنجاه درصد هم از بار قاچاق، دستگیری ها، زندانی ها و محکومان کاهش پیدا خواهد کرد.

## پیشگفتار:

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 خودِ 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.

## جدول وضعیت جمعیت معتادان و بار اعتیاد در کشور

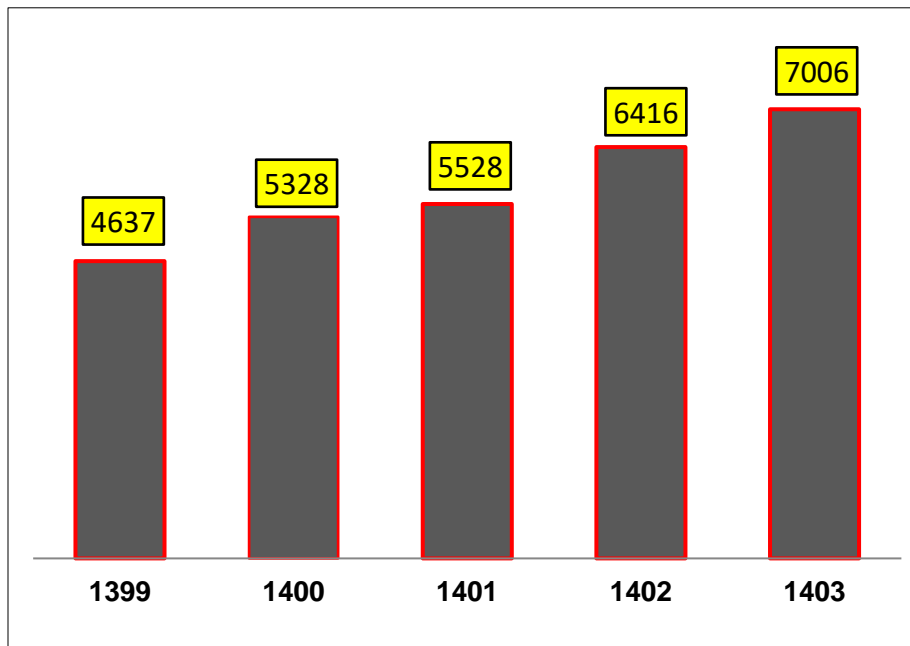
منبع / توضیح	آمار تخمینی	دسته بندی
آمار رسمی اعلام شده در کشور	۲.۸ میلیون نفر	تعداد معتادان مستقیم
شامل خانواده‌ها و وابستگان افراد مبتلا	تا ۱۲ میلیون نفر	جمعیت تحت تأثیر (خانواده‌ها)
پس از تصادفات جاده‌ای، بیماری‌های قلبی و افسردگی	چهارمین عامل	رتبه اعتیاد در بار بیماری‌ها

### روندها و تغییرات بازار مواد در کشور

- بازار مواد مخدر در ایران در حال دگرگونی سریعی است که عمدتاً تحت تأثیر دو عامل است: کمبود تریاک و افزایش قیمت ناشی از ممنوعیت کشت خشخاش در افغانستان و ظهور مواد مخدر صنعتی جدید.
- گذار از مواد سنتی به صنعتی: با کاهش شدید تولید تریاک در افغانستان و افزایش قیمت تریاک و هروئین، مصرف‌کنندگان به سمت مواد مصنوعی ارزان‌تر و در دسترس‌تر مانند متامفتامین (شیشه) روی آورده‌اند. برآوردها حاکی از افزایش ۴۰ تا ۵۰ درصدی مصرف متامفتامین در ایران است.
- تهدید مواد بسیار قوی: نگرانی اصلی، ظهور مواد شبه افیونی صنعتی جدید مانند (NPS و THC سنتزی) است که گفته می‌شود از هروئین قوی‌تر است. آلودگی هروئین‌های عرضه شده به این مواد، خطر overdose و مرگ و میر را به شدت افزایش داده و گزارش‌ها از رشد مرگ ناشی از مصرف بیش از حد خبر می‌دهند.
- افزایش مصرف محرک‌ها: گفته می‌شود مواد محرک دیگری مانند کپتاگون نیز از طریق مرزهای غربی در حال ورود به بازار ایران هستند.

تعداد افراد فوت شده ناشی از اعتیاد به مواد مخدر/ محرک طی سال های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۳

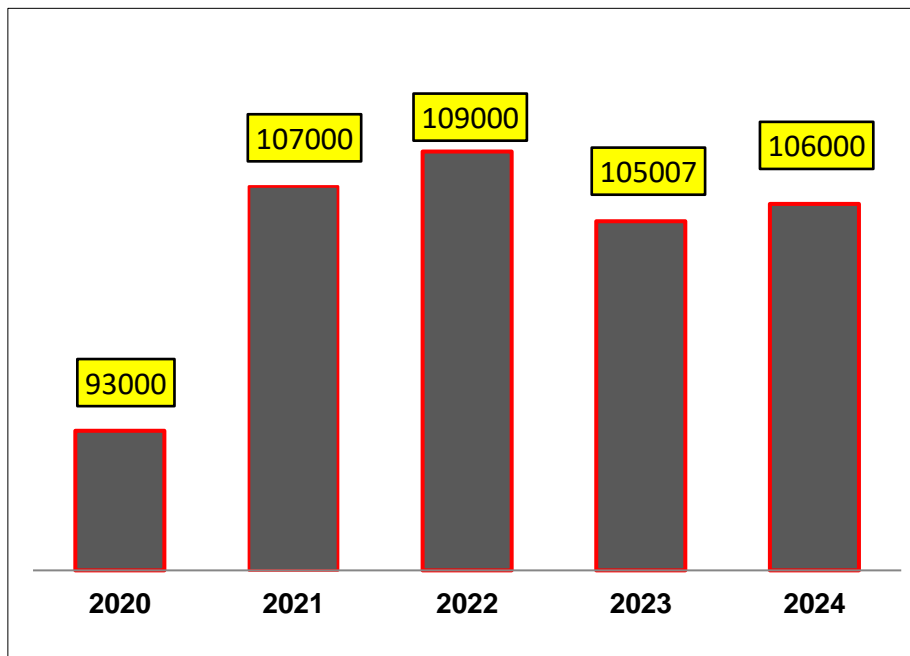
مودار شماره ۱



ماخذ: ستاد مبارزه با مواد مخدر

تعداد افراد فوت شده ناشی از اعتیاد در آمریکا طی سال های ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۴

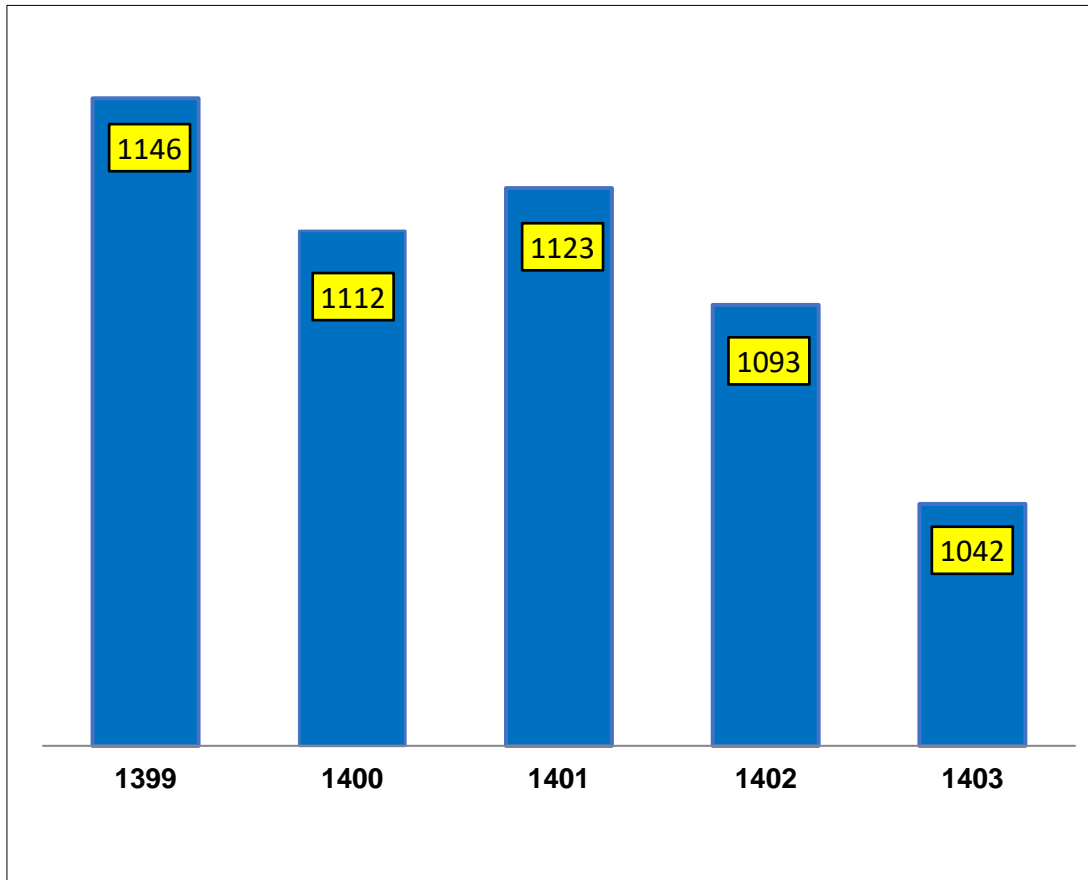
نمودار شماره ۲



ماخذ: مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها در ایالات متحده (CDC) Centers for Disease Control and Prevention

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

### نمودار شماره ۱



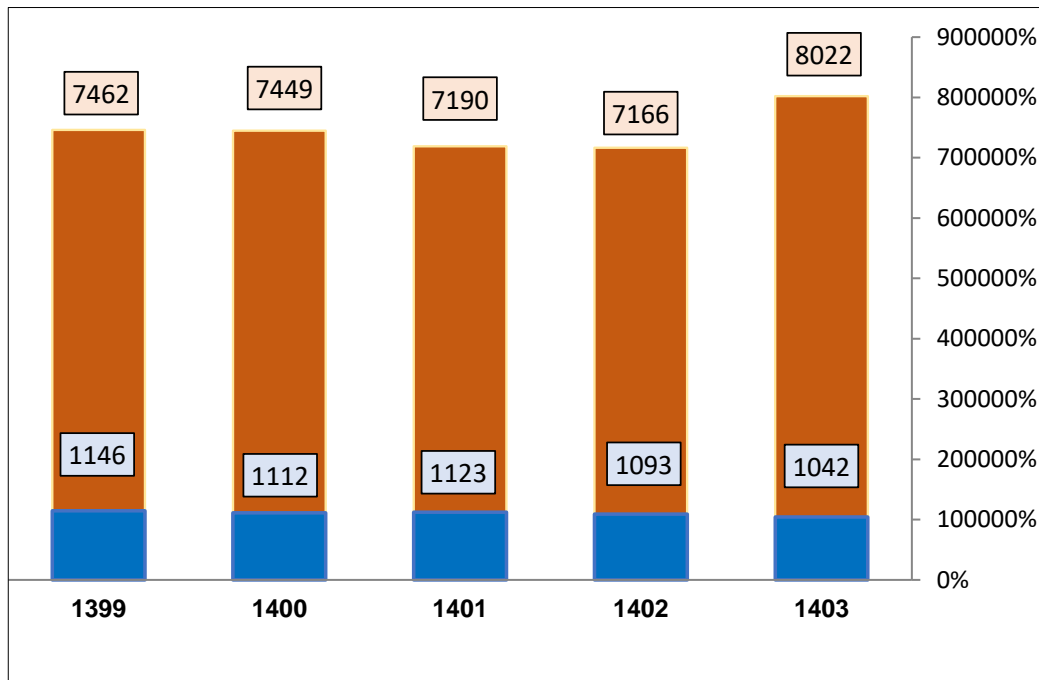
ماخذ: سالنامه آماری ۱۴۰۳ سازمان بهزیستی کشور

### توضیح:

- همانگونه که در نمودار فوق مشاهده می شود، از سال ۱۳۹۹ تعداد مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین موضوع ماده ۱۵ یک روند کاهشی را نشان میدهد. لازم است عوامل و زمینه های این روند کاهشی مورد بررسی قرار گیرد.
- الگوی صدور مجوز مراکز مزبور باید متناسب با پراکندگی جغرافیایی و مبتنی بر سرانه جمعیت و میزان شیوع اعتیاد صورت گیرد.

## مقایسه تعداد مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معتادین با مراکز درمان سرپایی

### نمودار شماره ۲



### توضیح:

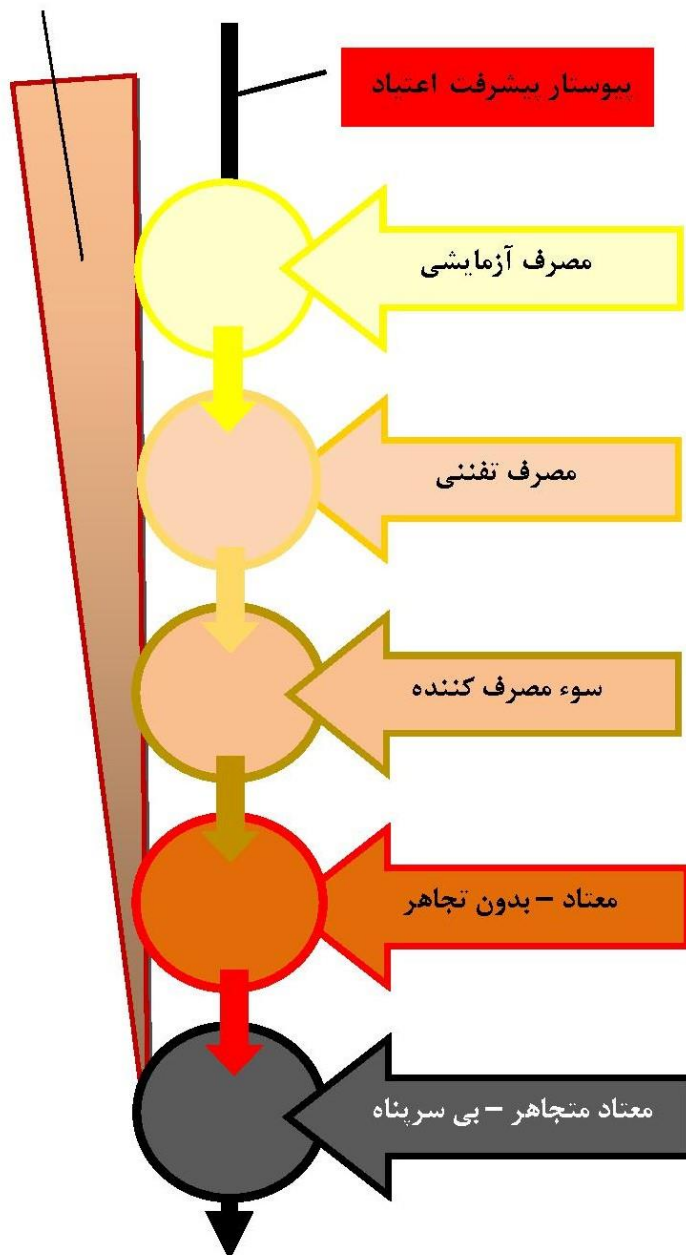
تجارب ادوار گذشته در نظام درمان اعتیاد نشان می دهد، همواره وزن کفه ترازوی برنامه های درمان دارویی و پزشکی به مراتب سنگین تر از برنامه های با رویکرد درمان و بازتوانی پرهیزمدار می باشد. به نظر می رسد، یکی از دلایل ناکامی در درمان اعتیاد در کشور رویکرد غالب به درمان های دارویی و درمان نگهدارنده -Maintenance 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.

فاصله زمانی انتقال

حلقه ها از زرد

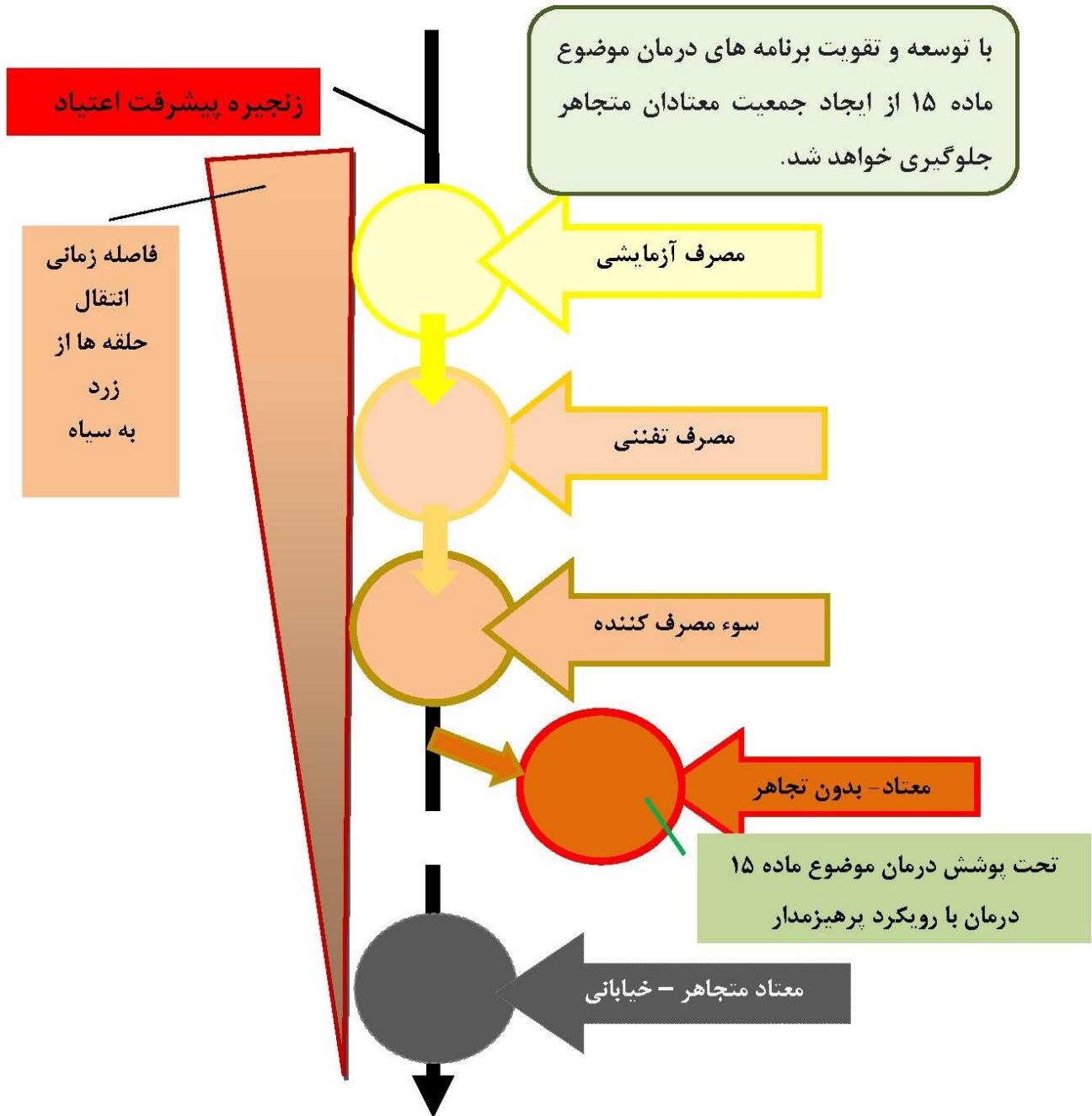
به سیاه

## مدل شماتیک زنجیره شکل گیری معتادان متجاهر و بی سرپناه

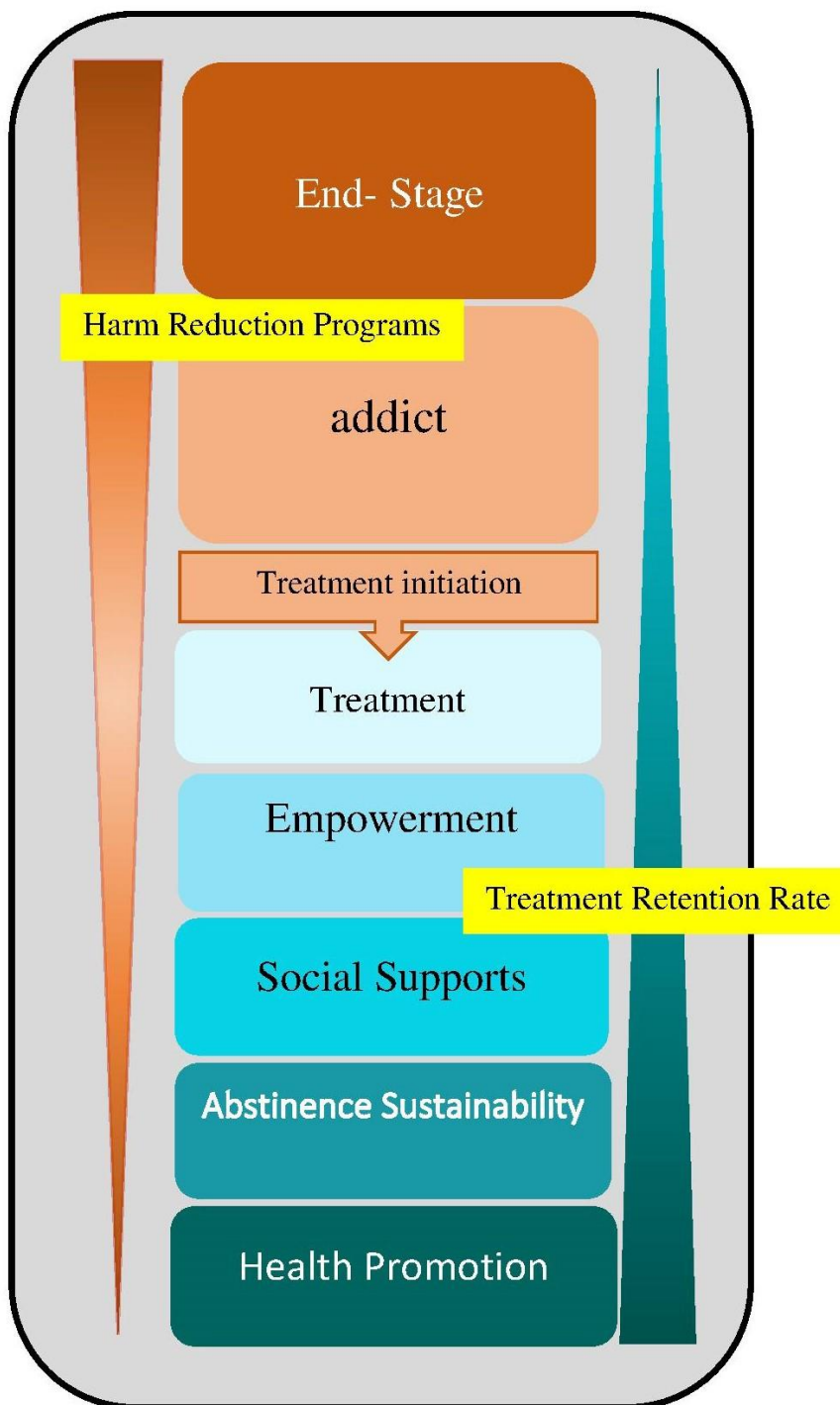


کلیه افراد معتاد متجاهر و بی سرپناه که در حلقه سیاه قرار دارند، این افراد قبلاً در حلقه زرد قرار داشته اند. به عبارتی دیگر و مبتنی بر شواهد و واقعیت های امروز جامعه، افرادی که امروز به عنوان مصرف کننده آزمایشی، مصرف کننده تفننی، سوء مصرف کننده و معتادی که دارای کار و سرپناه می باشند، چنانچه نظام درمان اعتیاد نتواند با سازوکارهای علمی، اجتماعی، فرهنگی و قانونی و برنامه ریزی هدفمند - Targeted - خدمات درمان جامع - Comprehensiveness - در اختیارشان بگذارد، با توجه به ماهیت پیشروندگی - Progressive - بیماری اعتیاد تعداد زیادی از این افراد یک روز در حلقه سیاه جای خواهند گرفت.

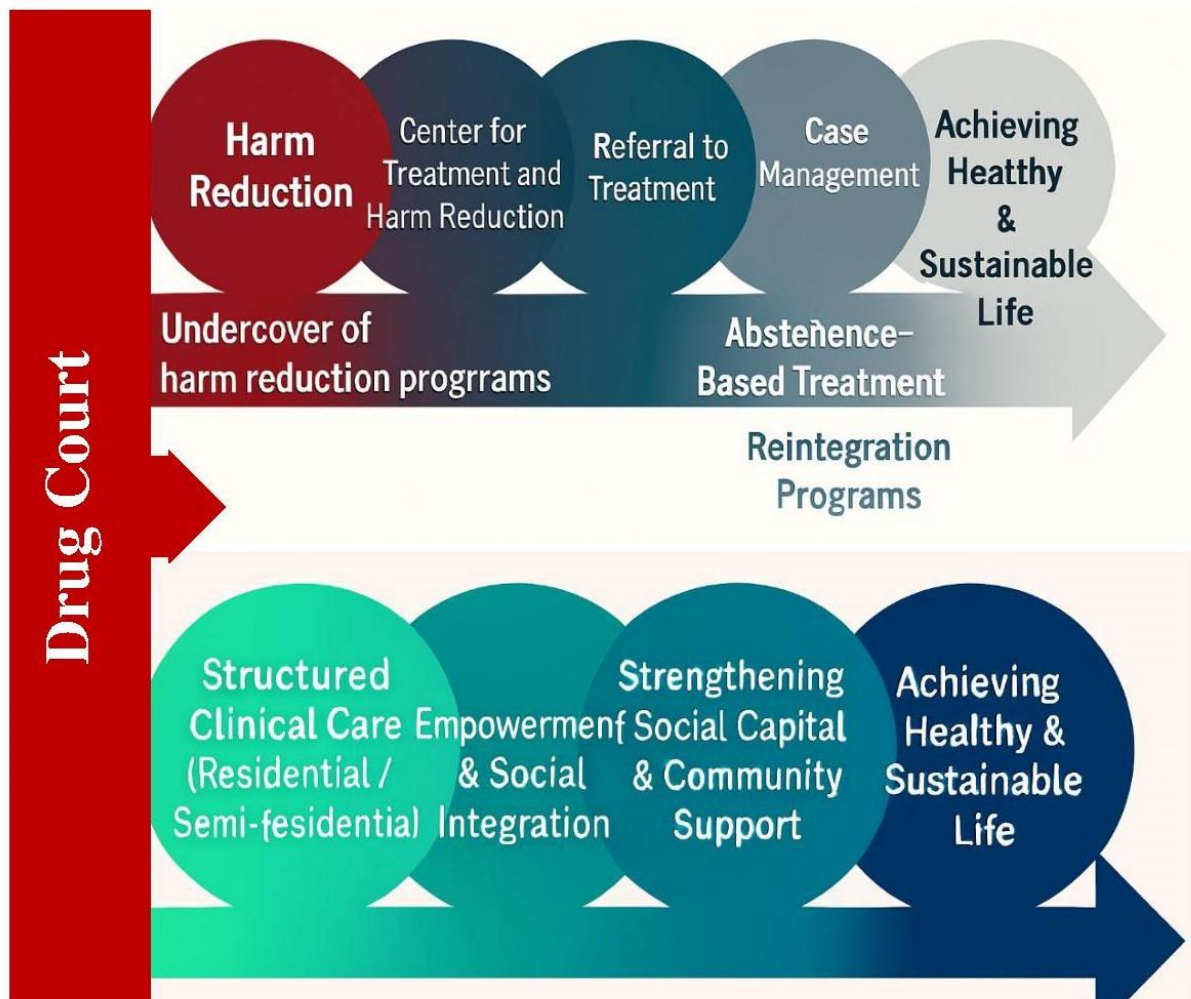
## مدل شماتیک فرآیند قطع زنجیره شکل گیری معتادان متجاهر و بی سرپناه



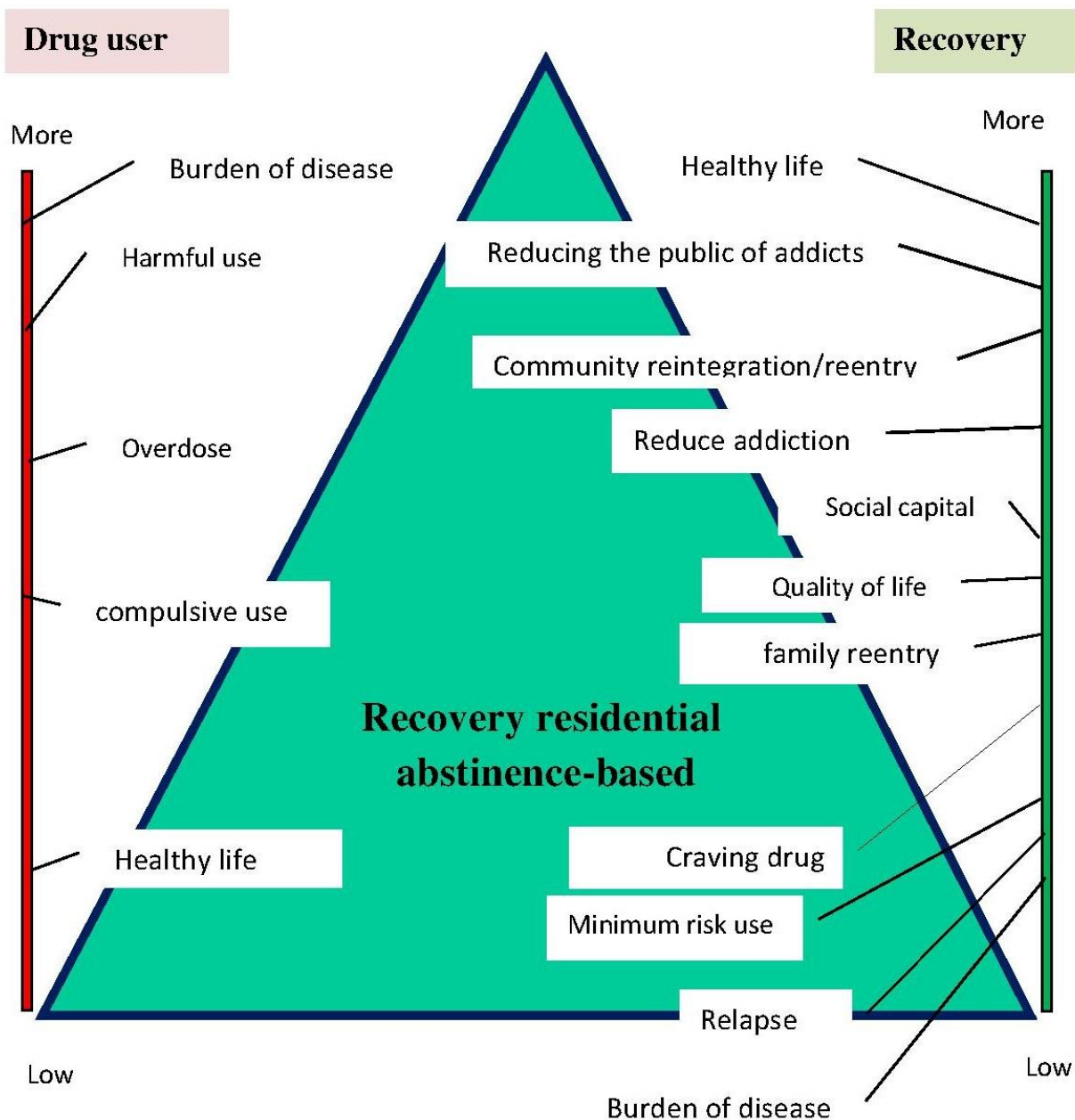
مدل مفهومی سلسه مراتب مداخلات و میزان سطح نیاز خدمات درمان و کاهش آسیب



# Drug Use Management Policy (Treatment and Harm Reduction) Based on Drug Court



## مزیت های نسبی درمان موضوع ماده ۱۵ (درمان پرهیزمدار)



## بخش دوم: سیاست ها و راهبردها

### مقدمه:

آسیب شناسی از راهبردها و تاکتیک های بکار گرفته شده در ادوار گذشته در خصوص نوع اقدامات درمان برای طیف متنوع جمعیت معتادان را می توان بر روی یک پیوستار بدین شکل ترسیم نمود، در نقطه ابتدایی پیوستار افرادی مستعد برای تجربه مصرف مواد وجود دارند و در نقطه انتهای پیوستار افرادی تحت عنوان معتادان متجاهر و سخت در دسترس و بی سرپناه قرار دارند. شواهد عینی مبین این واقعیت قابل تامل است که، امروز رویکرد و سیاست غالب در مواجهه با این پیوستار متمایل و متمرکز بر روی نقاط انتهایی است. به عبارتی تحلیل آسیب شناسی از روند اقدامات صورت گرفته بیانگر این مسئله است، افرادی که امروز بر روی نقاط ابتدایی پیوستار اعتیاد به عنوان سوء مصرف کننده نام گذاری شده اند، چنانچه نظام درمان اعتیاد نتواند با سازوکارهای جذاب و علمی آنان را در چرخه درمان قرار دهد و خدمات درمان مناسب و جامع و جذاب در اختیارشان بگذارد، این افراد فردا به نقطه انتهای پیوستار خواهند رسید و آنوقت با صرف هزینه های گزاف و بعنوان معتادان متجاهر و خیابانی و با رفتارهای پرخطر باید به آنان در پاتوق ها سوزن، سرنگ، پدالکی و ..... توزیع کرد و یا توسط پلیس دستگیر و باحکم قضایی برای مدتی از جامعه جدا و در مراکز موضوع "ماده ۱۶" نگهداری کرد، "به استناد تحلیل فوق می توان چنین نتیجه گیری کرد؛ خدمات درمان اعتیاد در کشور بشکل ناتمام، تک بعدی و بدون تداوم و استمرار است، یا به عبارت دیگر، پیوستار درمان اعتیاد بشکل جامع اجرا نمی شود."

## مستندات قانونی مرتبط با سیاست های پیشنهادی

- فرازهایی از قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که سلامت را حق مسلم ملت دانسته است.
  - بند ۴ سیاست های کلی مبارزه با مواد مخدر ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری
  - قانون مبارزه با موادمخدر مصوب ۱۳۶۷ با الحاقات و اصلاحات بعدی؛ به ویژه ماده ۱۵ قانون
  - قانون مبارزه با موادمخدر مصوب ۱۳۸۵ ابلاغی مقام معظم رهبری (مدظله العالی) بخصوص بندهای (۷، ۶، ۵)
  - جز ۲ بند چ ماده ۸۵ قانون برنامه پنجساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران.
  - بند ۱۸ سیاست های کلی برنامه هفتم پیشرفت کشور ابلاغی مقام معظم رهبری (مدظله العالی)
  - سند چشم انداز ۲۰ ساله در مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان ها
  - سند جامع حمایت های اجتماعی و درمان اعتیاد مصوب ستاد مبارزه با موادمخدر
  - آیین نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب موضوع ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر.
  - ماده ۲۶ تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب سال ۱۳۸۰ مجلس شورای اسلامی
-

## الگوی پیشنهادی سیاست گذاری در حوزه درمان و کاهش آسیب سال ۱۴۰۵

الگوی پیشنهادی یک چارچوب سیاستی جامع و مبتنی بر نیازسنجی میدانی است که می‌تواند برنامه‌های اجرایی حوزه معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی را برای سال ۱۴۰۵ در مدیریت درمان و کاهش آسیب ناشی از اعتیاد در راستای کمک به تحقق اهداف برنامه هفتم پیشرفت ( جزء ۲ بند چ ماده ۸۵ ) به منظور کاهش ۱٪ از جمعیت کنونی معتادان یاری نماید:

### اهداف کلان – Objectives

- ۱) ساماندهی و توسعه کمی و کیفی خدمات درمان و کاهش آسیب اعتیاد
- ۲) کاهش نرخ بازگشت به مصرف در میان افراد تحت درمان
- ۳) افزایش دسترسی به خدمات درمانی و کاهش آسیب در سراسر کشور
- ۴) توانمندسازی سازمان‌های مردم‌نهاد در فرآیند درمان و بازتوانی و کاهش آسیب اعتیاد
- ۵) توسعه و تقویت مشارکت تشکل‌ها و بخش غیردولتی در برنامه‌های درمان، بازتوانی و کاهش آسیب
- ۶) تقویت نظارت سازمانی ( ستاد – استان – شهرستان )
- ۷) هماهنگی جهت تسهیل دسترسی به منابع مورد نیاز برای اجرای برنامه
- ۸) هماهنگی‌های لازم بین بخشی با نهادها و دستگاه‌های ذیربط در اجرای برنامه
- ۹) ایجاد نظام پایش و ارزیابی برای سنجش اثربخشی سیاست‌ها

### محورهای سیاستی – Policy Axes

#### ۱ – درمان – Treatment

۱. استانداردسازی و هماهنگ سازی فعالیت مراکز درمان و بازتوانی
۲. ارتقای کیفی خدمات مراکز درمان
۳. توسعه و گسترش کمی و کیفی خدمات درمان ویژه زنان و نوجوانان
۴. بازنگری و اصلاح پروتکل‌ها، دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌های مربوط به مراکز درمان و بازتوانی
۵. آموزش و توانمندسازی کادر درمانی مراکز

## ۲ - کاهش آسیب - Harm Reduction

- ۱) گسترش و تقویت برنامه‌های کاهش آسیب با پوشش جغرافیایی متوازن
- ۲) تقویت برنامه های کاهش آسیب با رویکرد کاهش رفتارهای پرخطر و کاهش جمعیت معتادان متجاهر
- ۳) راه‌اندازی مراکز سیار کاهش آسیب برای مناطق پرخطر
- ۴) ارتقای کیفی خدمات مراکز
- ۵) بازنگری و اصلاح پروتکل ها، دستورالعمل ها و شیوه نامه های مربوط به مراکز کاهش آسیب

## ۳ - بازتوانی اجتماعی - Social Reintegration

- ۱) ایجاد کارگاه‌های مهارت‌آموزی و اشتغال حمایتی برای افراد در حال بهبودی
- ۲) توسعه و تقویت مراکز توانمندسازی و صیانت با پوشش جغرافیایی متوازن
- ۳) توسعه و تقویت سیستم مدیریت مورد با پوشش جغرافیایی متوازن
- ۴) استانداردسازی و هماهنگ سازی فعالیت مراکز بازتوانی اجتماعی با مراکز درمان

## ۴ - نظام پایش و ارزیابی - Monitoring & Evaluation

- ۱) تدوین شاخص‌های کمی (تعداد افراد تحت درمان، نرخ بازگشت، میزان پوشش خدمات)
- ۲) گزارش‌های فصلی از عملکرد مراکز درمان و کاهش آسیب
- ۳) ایجاد بانک اطلاعاتی ملی برای رصد روندها و تصمیم‌گیری مبتنی بر داده

## ۵ - مشارکت سازمان های مردم نهاد و بخش غیردولتی - Civil Society Participation

- ۱) حمایت مالی و آموزشی از سازمان‌های مردم نهاد فعال در درمان و کاهش آسیب
- ۲) مشارکت سمن‌ها در طراحی و اجرای برنامه‌های ملی و استانی
- ۳) مشارکت سمن‌ها در تدوین و بازنگری پروتکل ها ، دستورالعمل ها و شیوه نامه ها
- ۴) ایجاد شبکه سازی سمن‌های حوزه اعتیاد
- ۵) تدوین و اجرای نظارت صنفی سازمان های مردم نهاد
- ۶) تشکیل کارگروه تخصصی تشکل های حوزه درمان و کاهش آسیب

این سیاست گذاری کلی می‌تواند برنامه های عملیاتی بهزیستی ( **معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد** ) را **در سال ۱۴۰۵** به سمت **کاهش پایدار آسیب‌ها و ارتقای کیفیت درمان** هدایت کند. یک سیاست جامع و بودجه بندی صحیح و مبتنی بر تشخیص و تعیین الویت ها می‌تواند تا جزئی‌ترین مسائل اثرگذار باشد.

## اهداف راهبردی:

- ۱) ساماندهی و توسعه و تقویت خدمات درمان و کاهش آسیب
- ۲) نظارت و ارتقا بخشی کمی و کیفی خدمات درمان و کاهش آسیب

### اهداف کمی راهبرد ۱

- بازنگری و اصلاح پروتکل های درمانی
- بازنگری و اصلاح دستورالعمل های اجرایی
- تاسیس و راه اندازی مراکز جدید
- افزایش مراکز ارائه خدمات موجود
- شبکه سازی مراکز
- تشکیل کارگروه تخصصی مراکز

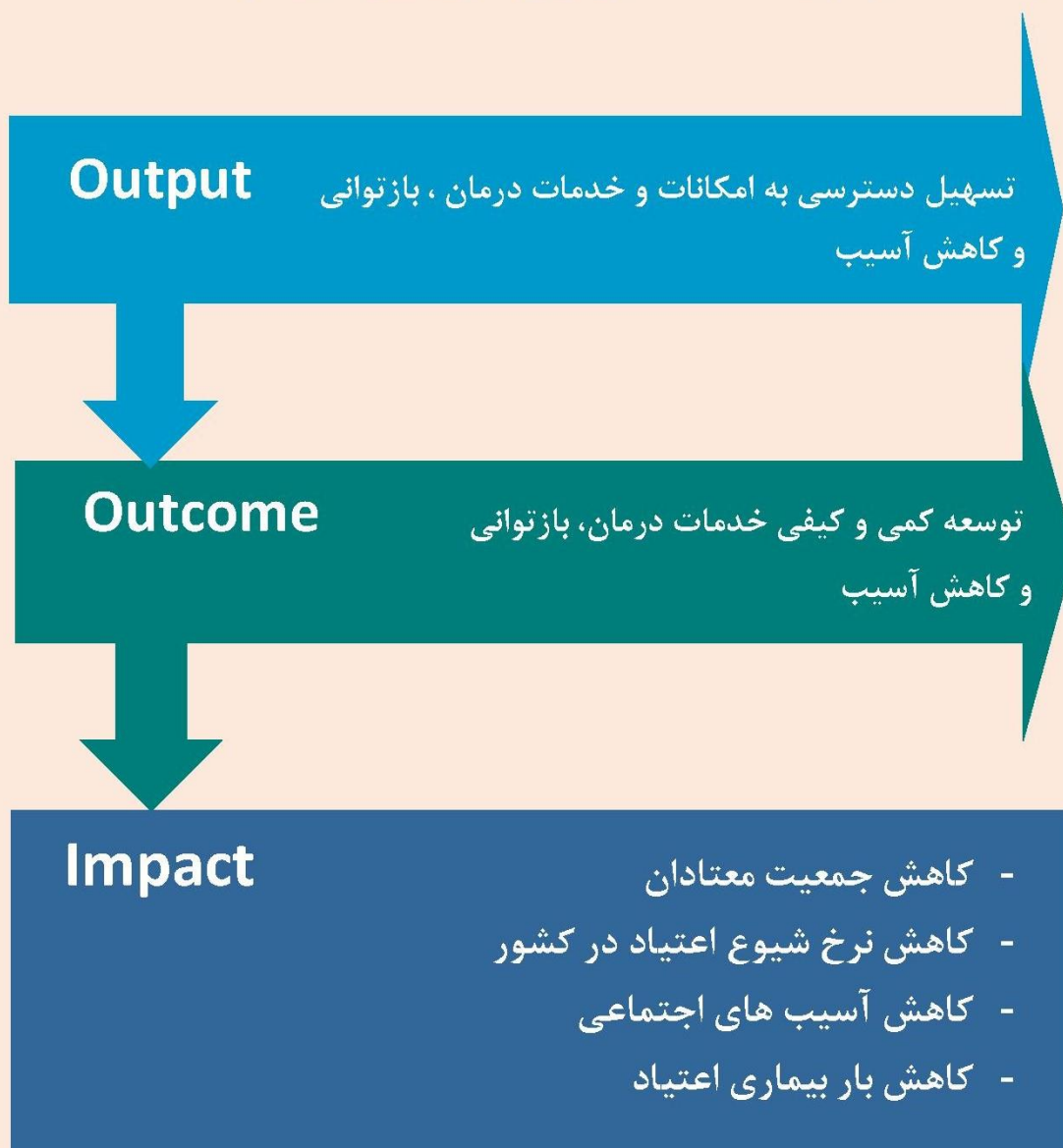
### اهداف کمی راهبرد ۲

- بازنگری و اصلاح برنامه نظارت برنامه ها
- بازنگری و اصلاح دستور العمل سطح بندی و ارتقا مراکز
- انجام پژوهش های کاربردی
- ارزیابی نظام مند و منظم اثربخشی مراکز درمان و کاهش آسیب
- تشکیل بانک اطلاعات مراکز
- تدوین برنامه استانداردارد آموزشی و بازآموزی ویژه مراکز

# "دستاوردها"

## Output / Outcome / Impact

به مهمترين دستاوردهای کمی و کیفی حاصل از عملیاتی شدن سیاست ها و اهداف راهبردی پیشنهاد شده می توان به موارد زیر اشاره نمود:



## جدول دسته‌بندی اهداف راهبردی و اهداف کمی درمان و کاهش آسیب اعتیاد

هدف راهبردی	اهداف کمی	توضیح و پیامدها
سازماندهی و توسعه خدمات درمان و کاهش آسیب	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تدوین پروتکل‌های درمانی</li> <li>- تدوین دستورالعمل‌های اجرایی</li> <li>- تأسیس و راه‌اندازی مراکز جدید.</li> <li>- افزایش مراکز ارائه خدمات موجود.</li> <li>- شبکه‌سازی مراکز</li> <li>- تشکیل کارگروه تخصصی مراکز</li> </ul>	<p>این محور بر ایجاد زیرساخت‌های استاندارد و توسعه ظرفیت درمانی تمرکز دارد.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تدوین پروتکل و دستورالعمل‌ها موجب یکپارچگی و کیفیت خدمات می‌شود.</li> <li>- افزایش و تأسیس مراکز جدید پوشش درمانی را گسترش می‌دهد.</li> <li>- شبکه‌سازی و کارگروه‌های تخصصی نیز هماهنگی و تبادل دانش میان مراکز و تعامل موثر با بخش دولتی را تقویت می‌کند.</li> </ul>
نظارت و ارتقا بخشی خدمات درمان و کاهش آسیب	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تدوین برنامه نظارت بر برنامه‌ها.</li> <li>- تدوین دستورالعمل سطح‌بندی و ارتقا مراکز.</li> <li>- انجام پژوهش‌های کاربردی.</li> <li>- ارزیابی نظام‌مند و منظم اثربخشی مراکز.</li> <li>- تشکیل بانک اطلاعات مراکز.</li> <li>- تدوین برنامه استاندارد آموزشی و بازآموزی ویژه مراکز و ناظرین</li> </ul>	<p>این محور بر پایش، ارتقا و تضمین کیفیت خدمات تمرکز دارد.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- نظارت و سطح‌بندی مراکز باعث شفافیت و افزایش کیفی خدمات می‌شود.</li> <li>- پژوهش‌های کاربردی و ارزیابی نظام‌مند اثربخشی، سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد را امکان‌پذیر می‌کند.</li> <li>- بانک اطلاعاتی مراکز و برنامه‌های آموزشی نیز به روزآمدی و توانمندسازی نیروی انسانی و به افزایش رضایت مندی خدمت‌گیرنده کمک می‌کند.</li> </ul>

### جدول زمان بندی اهداف کمی درمان و کاهش آسیب اعتیاد

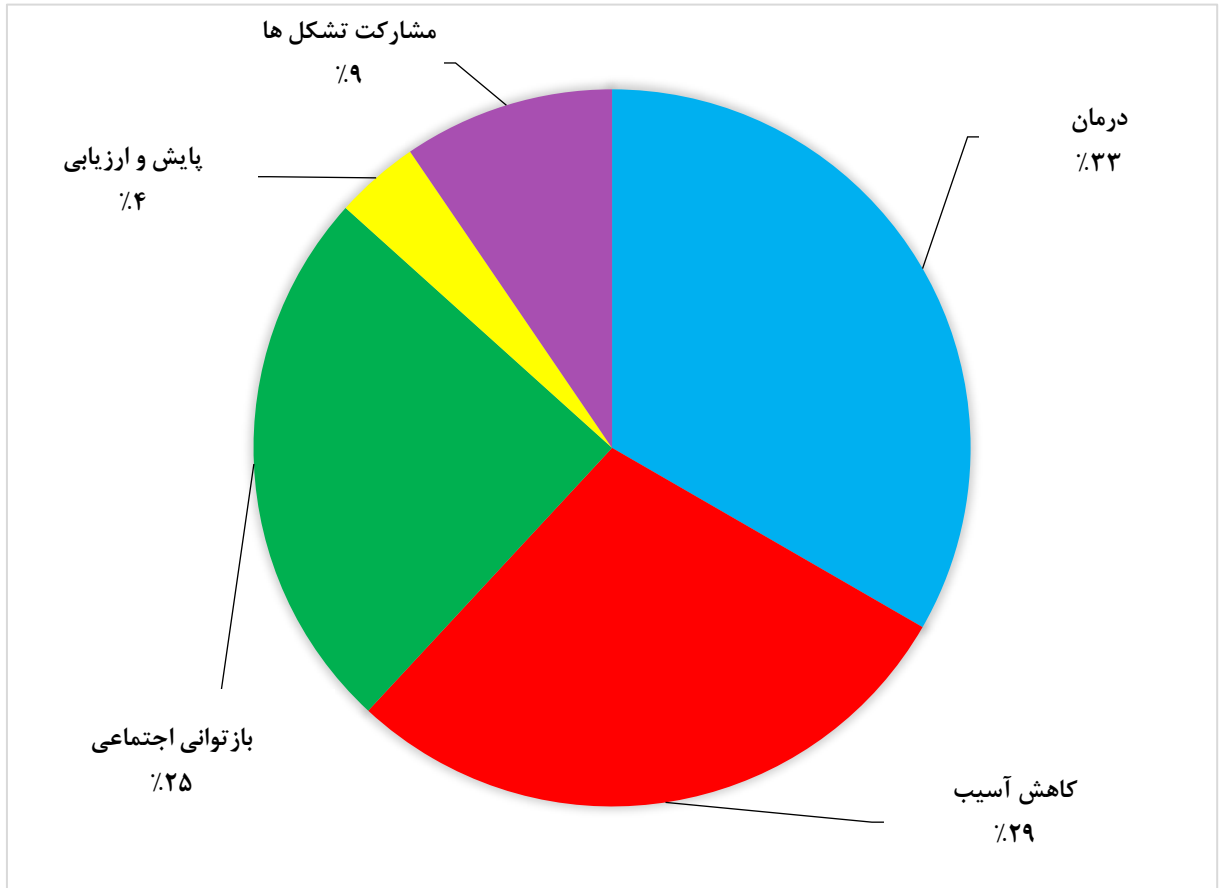
ردیف	فعالیت	بازه زمانی اجرا (ماه)
۱	تشکیل کارگروه های تخصصی	ماه ۱ تا ماه ۳
۲	شبکه سازی مراکز	ماه ۱ تا ماه ۳
۳	تدوین پروتکل های درمانی	ماه ۳ تا ماه ۹
۴	تدوین دستورالعمل های اجرایی	ماه ۳ تا ماه ۹
۵	تأسیس و راه اندازی مراکز جدید	ماه ۳ تا ماه ۱۲
۶	گسترش مراکز ارائه خدمات موجود	ماه ۳ تا ۱۲

### جدول زمان بندی اهداف کمی نظارت و ارتقاء خدمات درمان و کاهش آسیب

ردیف	فعالیت	بازه زمانی اجرا (ماه)
۱	تدوین برنامه نظارت بر برنامه ها	ماه ۳ تا ماه ۶
۲	تدوین دستورالعمل سطح بندی و ارتقاء مراکز	ماه ۳ تا ماه ۶
۳	تدوین برنامه استاندارد آموزشی و بازآموزی ویژه مراکز و ناظرین	ماه ۳ تا ماه ۶
۴	ارزیابی نظام مند اثربخشی مراکز	ماه ۳ تا ماه ۱۲
۵	تشکیل بانک اطلاعات مراکز	ماه ۳ تا ماه ۱۲
۶	انجام پژوهش های کاربردی	ماه ۳ تا ماه ۱۲

مدل پیشنهادی برای نحوه تخصیص بودجه بندی (Budgeting) سال ۱۴۰۵ با هدف کاهش ۱٪ جمعیت معتادان تحت پوشش درمان و کاهش آسیب برنامه های سازمان بهزیستی (معاونت پیشگیری و درمان اعتیاد)

نمودار شماره ۳



**توضیح:** این نمودار به وضوح نشان می‌دهد که تمرکز اصلی باید روی درمان و کاهش آسیب اعتیاد باشد، اما سرمایه‌گذاری در بازتوانی و حمایت های اجتماعی اثر بلندمدت بر بازگشت پایدار افراد به جامعه خواهد داشت. بودجه بندی عملکردی و مبتنی بر تشخیص و تعیین الویت ها می‌تواند تا جزئی ترین مسائل اثرگذار باشد.

## جدول توزیع جمعیت معتادان تحت درمان پرهیزمدار و بهبودیافتگان

جمع کل: 2,800,000 نفر

مقدار	شاخص
۲,۸۰۰,۰۰۰ نفر	کل جمعیت معتادان کشور
۲۵۰,۰۰۰ نفر	تحت درمان در کمپ و (TC)
۲۵,۰۰۰ نفر	با در نظر گرفتن (۱۰٪) نرخ مانایی فعلی
۳۲,۵۰۰ نفر	با هدف گذاری افزایش به (۱۳٪) نرخ مانایی در سال ۱۴۰۵
۷,۵۰۰ نفر	افزایش بهبودیافتگان با نرخ مانایی (۱۳٪) در سال ۱۴۰۵

### هدف گذاری افزایش مانایی درمان از ۱۰٪ به ۱۳٪ در سال ۱۴۰۵

برای افزایش مانایی درمان اعتیاد از ۱۰٪ به ۱۳٪ (افزایش ۳ واحد درصدی)، باید همزمان روی اثربخشی درمان، تداوم مراقبت و پیگیری درمان پس از ترخیص از مرکز و حذف موانع دسترسی کار شود. این هدف به صورت تقریبی معادل افزایش نسبی ۳۰٪ در مانایی موجود است:

$$\text{افزایش نسبی} = \frac{13-10}{10} = 0.3 = 30\%$$

## جدول توزیع نسبی جمعیت معتادان تحت درمان پرهیزمدار و بهبودیافتگان

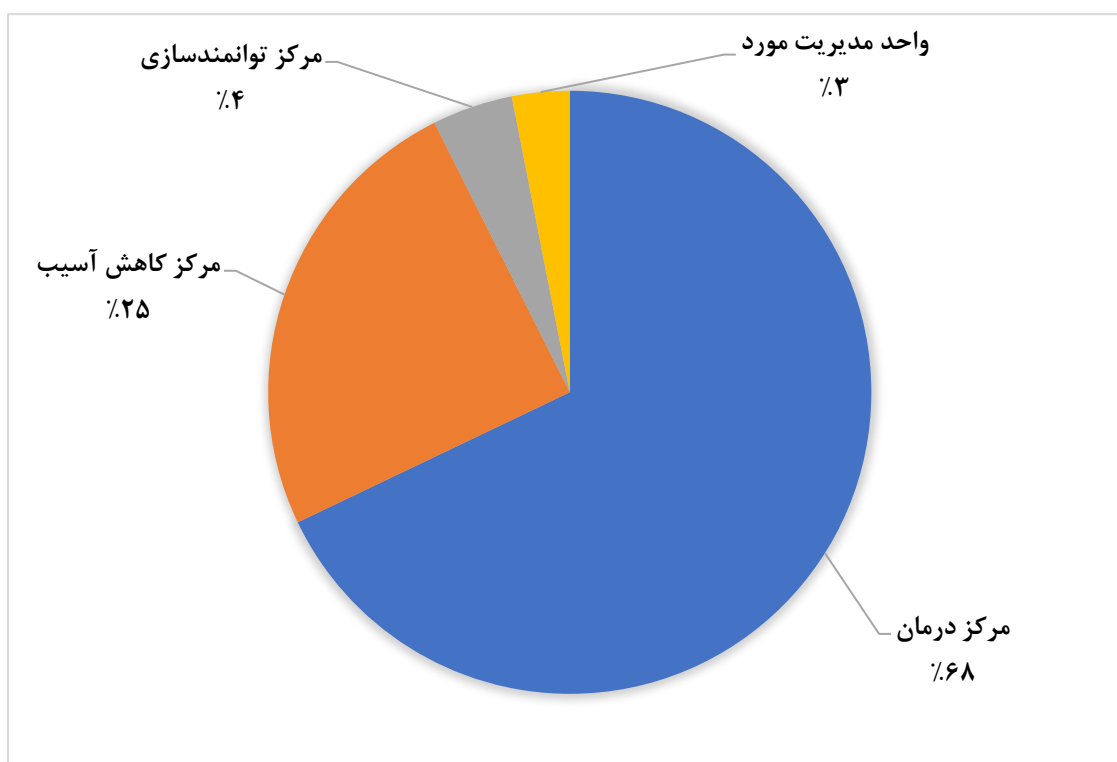
جمع کل: 2,800,000 نفر

وضعیت افراد مرتبط با اعتیاد	تعداد (نفر)	درصد از کل جمعیت معتادان
بدون درمان	۲,۵۱۲,۵۰۰	۸۹.۷٪
تحت درمان	۲۵۰,۰۰۰	۸.۹٪
بهبودیافته	۳۷,۵۰۰	۱.۳٪

**توضیح:** جداول فوق به وضوح نشان می‌دهند که بخش عمده‌ای از جمعیت معتادان هنوز خارج از چرخه درمان با رویکرد پرهیزمدار قرار دارند، و تنها درصد بسیار کمی بهبودیافته‌اند.

## نمودار توزیع سهم نسبی مراکز درمان ، بازتوانی و کاهش آسیب

### نمودار شماره ۴



### توضیحات نمودار

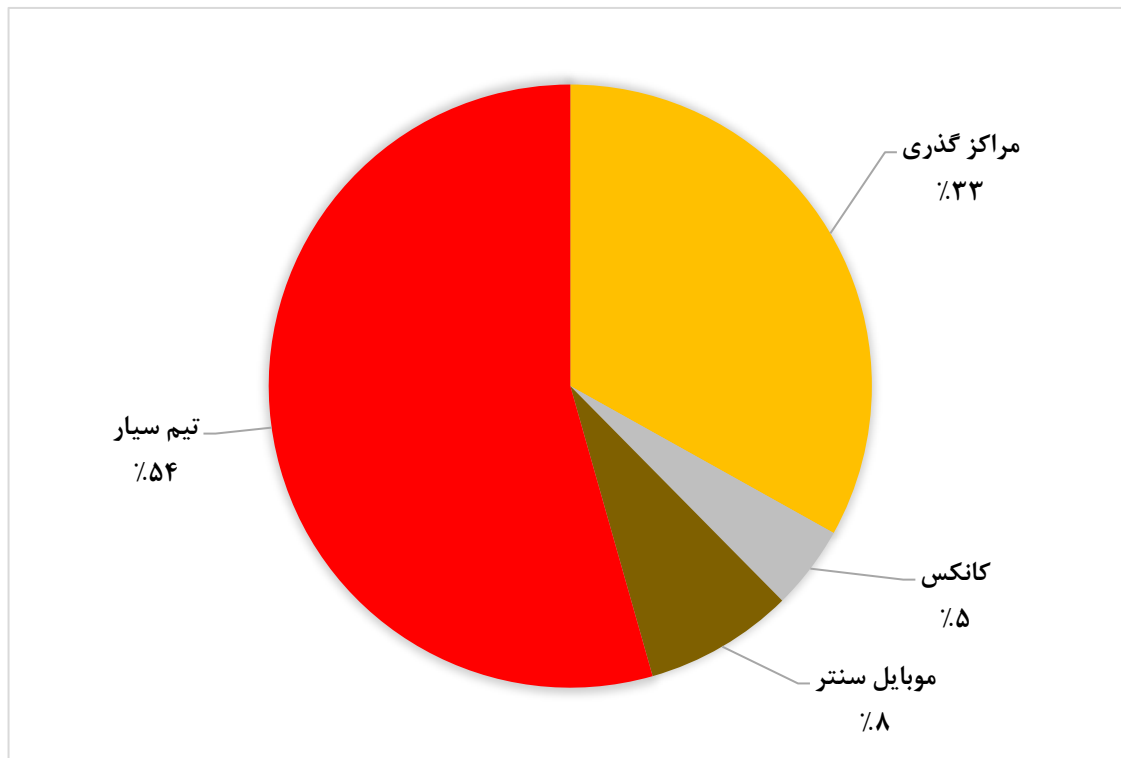
- مرکز اقامتی درمان و بازتوانی: ۱۱۰۰ مرکز
- مرکز کاهش آسیب: ۵۷۷ مرکز ، تیم و کانکس
- ۱۹۱ مرکز گذری.
- ۳۱۴ تیم سیار.
- ۴۶ مرکز سیار (ون‌های موبایل) و ۲۶ کانکس.

**توضیح: مراکز کاهش آسیب حدود ۳۵ هزار نفر را تحت پوشش دارند.**

- مرکز توانمندسازی و صیانت: ۷۰ مرکز
- واحد مدیریت مورد: ۵۰ واحد

## نمودار توزیع سهم نسبی مراکز کاهش آسیب

نمودار شماره ۵



### توضیحات نمودار:

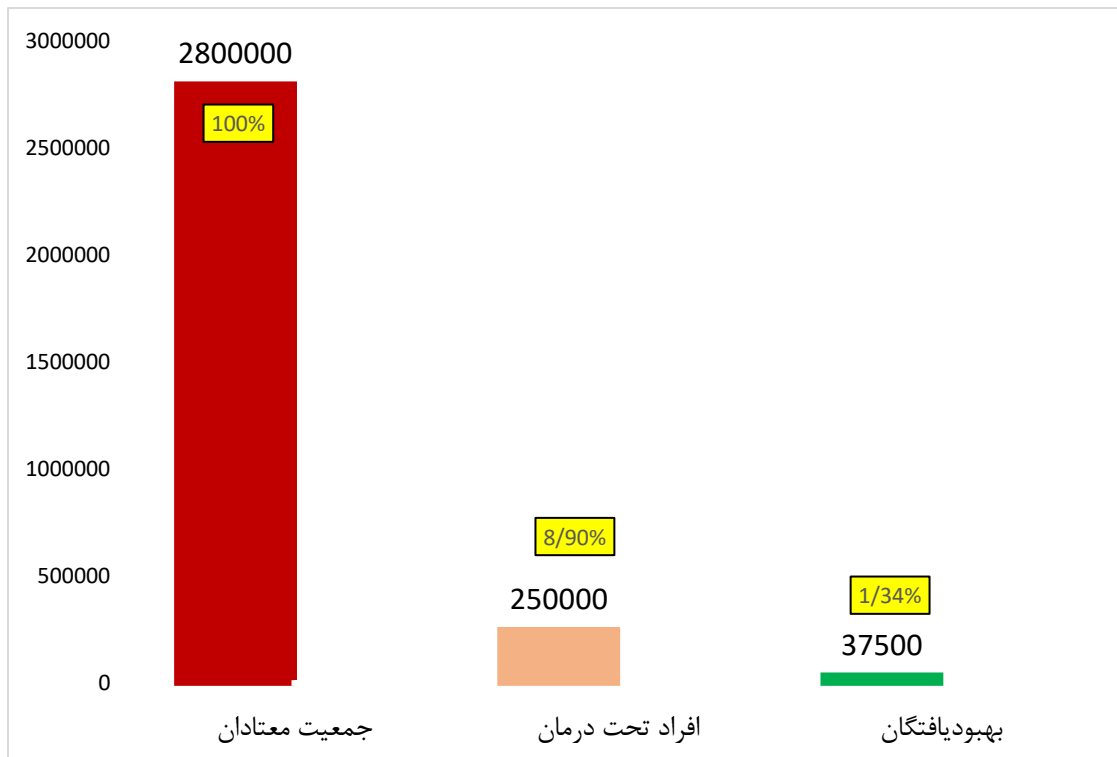
نمودارهای شماره ۳ و ۴ نشان می‌دهند که بیشترین تمرکز بر مراکز درمان و بازتوانی و کاهش آسیب بوده است، در حالی که مراکز توانمندسازی و صیانت و واحدهای مدیریت مورد سهم بسیار کوچکتري دارند. چنین تصویری می‌تواند برای تحلیل سیاست‌گذاری و تخصیص بودجه در حوزه درمان و کاهش آسیب بسیار مفید باشد.

### نکته تحلیلی

- اختلاف چشمگیر بین تعداد مراکز درمان و بازتوانی و سایر شاخص‌ها نشان‌دهنده تمرکز سیاست‌ها بر درمان مستقیم است.
- تعداد نسبتاً پایین مراکز توانمندسازی و صیانت و مدیریت مورد می‌تواند بیانگر نیاز به تقویت بخش‌های حمایتی و اجتماعی باشد تا چرخه درمان و بازتوانی کامل‌تر شود.

## نمودار توزیع جمعیت معتادان تحت درمان پرهیزمدار و تعداد بهبودیافتگان نسبت به جمعیت معتادان کشور ( طی یکسال )

### نمودار شماره ۶



### جزئیات نمودار

- تعداد کل معتادان : ۲,۸۰۰,۰۰۰ نفر
- تعداد بهبودیافتگان : ۳۷,۵۰۰ نفر
- نسبت بهبودیافتگان به کل جمعیت معتادان (۰.۳۱٪)
- تعداد تحت درمان : ۲۵۰,۰۰۰ نفر
- تعداد بهبودیافتگان : ۳۷,۵۰۰ نفر
- نسبت بهبودیافتگان به افراد تحت پوشش درمان ( ۱۵٪ )

این نمودار نشان می‌دهد که اگرچه تنها درصد کمی از کل معتادان بهبودیافته‌اند، اما در میان کسانی که وارد چرخه درمان شده‌اند، نرخ موفقیت قابل توجه‌تری دارد. این شاخص می‌تواند مبنایی برای تقویت سیاست‌های درمانی و افزایش پوشش خدمات باشد.

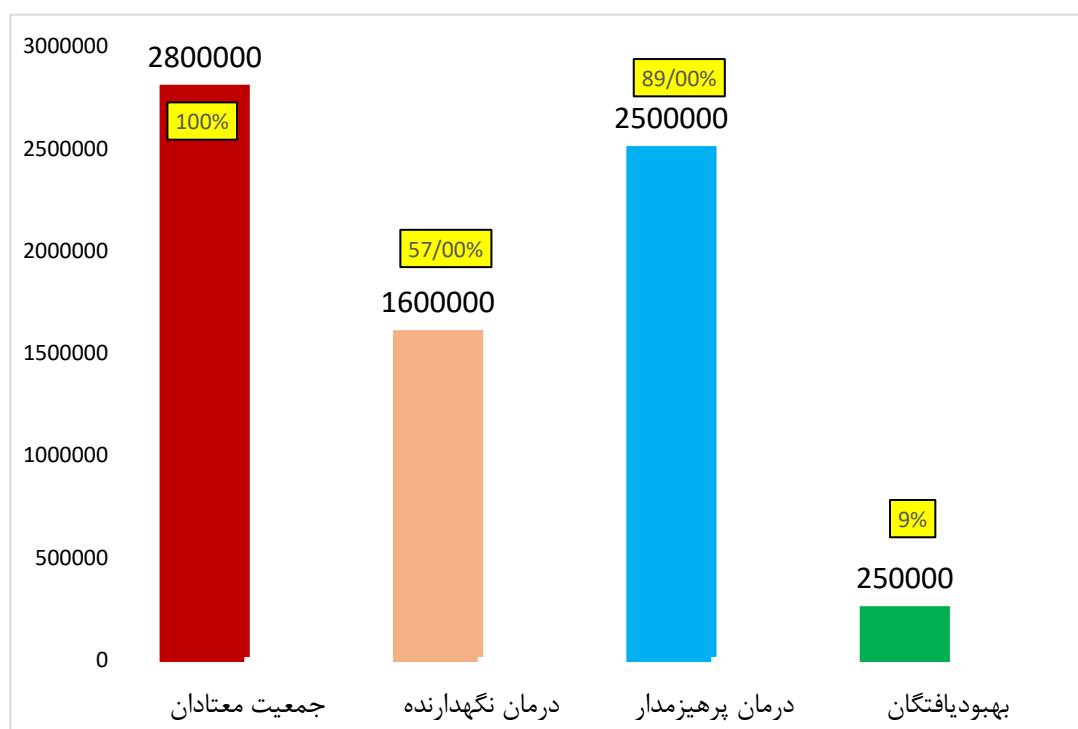
## محاسبه شاخص‌ها

- درمان نگهدارنده: ۱,۶۰۰,۰۰۰ نفر از سال ۱۳۸۱ تا ۱۴۰۴ تحت پوشش قرار دارند.
- درمان پرهیزمدار طی ۱۰ سال (از ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۴) ۲,۵۰۰,۰۰۰ نفر (هر سال ۲۵۰,۰۰۰ نفر)
- تعداد بهبودیافتگان با نرخ مانایی (۱۰٪) طی ۱۰ سال (از ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۴) = ۲۵۰,۰۰۰ نفر

## جدول مقایسه‌ای

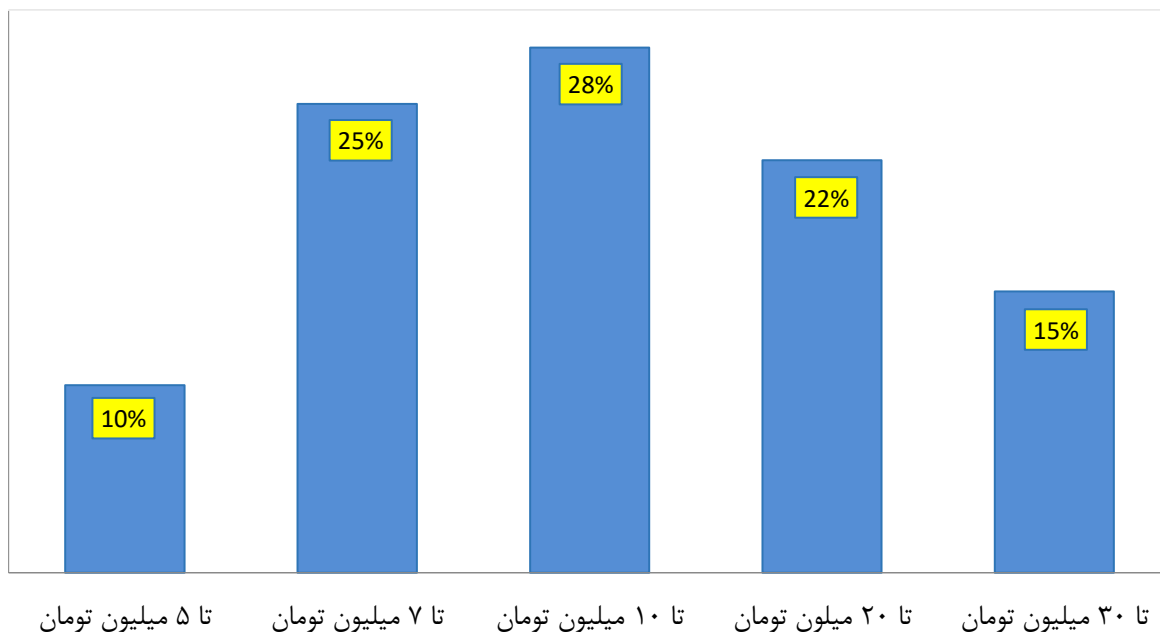
نوع درمان	مدت زمان	تعداد افراد	درصد از کل معنادان ۲,۸۰۰,۰۰۰
درمان نگهدارنده	از سال ۱۳۸۱	۱,۶۰۰,۰۰۰	۵۷٪
درمان پرهیزمدار	از سال ۱۳۹۵	۲,۵۰۰,۰۰۰	۸۹٪
تعداد بهبودیافتگان / با نرخ مانایی ۱۰٪	طی ۱۰ سال	۲۵۰,۰۰۰	۹٪

## نمودار مقایسه ای افراد تحت درمان با روش درمان نگهدارنده و روش پرهیزمدار و افراد بهبودیافته نمودار شماره ۷



## متوسط مخارج هزینه ماهانه تامین مواد در میان معنادران پذیرش شده در مراکز اقامتی درمان و بازتوانی

نمودار شماره ۸



### توضیحات:

- حدود ۱۰۴۲ مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معنادران در سطح کشور در حال فعالیت و ارائه خدمت به گروه هدف هستند.
- ظرفیت پذیرش و نگهداری افراد داوطلب درمان در تعداد ۱۰۴۲ مرکز با میانگین هر مرکز ۵۰ نفر تخت، براین اساس بطور روزانه حدود ۵۰,۰۰۰ نفر از افراد معتاد در مراکز مزبور تحت درمان قرار دارند.
- اگر روزانه و به طور میانگین هر نفر معتاد تقریباً ۲۰۰ هزار تومان برای خرید ماده مصرفی خود هزینه کند، در این صورت، روزانه یک مبلغ حدود ۱۰ میلیارد تومان و در سال حدود ۳ هزار و ۶۵۰ میلیارد تومان هزینه مصرف مواد ۵۰,۰۰۰ نفر معتاد در کشور می باشد.
- بر اساس محاسبات فوق یک ارزش افزوده معادل ۱۰ میلیارد تومان روزانه و سالانه بیش از ۳ هزار و ۶۵۰ میلیارد تومان صرفه جویی اقتصادی ناشی از نگهداری و تحت درمان قراردادن افراد داوطلب درمان در مراکز اقامتی درمان و بازتوانی معنادران "موضوع ماده ۱۵" ایجاد می شود. البته ارتقاء سلامت و بهداشت، کاهش جرم و جنایت و خروج معنادران از بازار تقاضای مصرف مواد و سیستم عرضه و توزیع مواد را نیز باید مورد محاسبه قرارداد.

## جدول شاخص ها و مقادیر محاسبه هزینه - فایده

شاخص	مقدار ( مرکز / نفر / تومان
تعداد مراکز اقامتی فعال	۱۰۴۲ مرکز
میانگین ظرفیت هر مرکز	۵۰ نفر تخت
ظرفیت کل روزانه درمان اقامتی	۵۰,۰۰۰ نفر
صرفه جویی اقتصادی روزانه (عدم خرید ماده توسط ۵۰,۰۰۰ نفر)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ تومان
صرفه جویی اقتصادی سالانه	۳,۶۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ تومان
ارزش افزوده روزانه ناشی از تحت درمان بودن	۱۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ تومان
ارزش افزوده سالانه ناشی از تحت درمان بودن	۳,۶۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ تومان

### توضیحات:

- افزایش ظرفیت: با در نظر گرفتن ۱۰۴۲ مرکز موجود و ۵۰ نفر تخت در هر مرکز، هر ۱٪ افزایش افزایش ظرفیت، به طور تقریبی روزانه ۱ میلیارد ریال ارزش جلوگیری از مصرف را تقویت می کند.
- مانایی درمان پرهیزمدار (۱۰٪ فعلی): اگر مانایی از ۱۰٪ به ۱۳٪ برسد، در سال ۱۴۰۵ ارزش افزوده پایدار تقریباً ۳۰٪ رشد نسبی خواهد داشت.
- منافع غیرمستقیم: کاهش هزینه های نظام سلامت، پلیس و قضایی، افزایش بهره وری شغلی، و کاهش بار اعتیاد و .....

## چند شاخص در خصوص ارزیابی برنامه های درمان ، بازتوانی و کاهش آسیب

دسته شاخص	شاخص کلان	توضیحات
دسترسی و پوشش خدمات	نرخ دسترسی به خدمات درمان اعتیاد در سطح ملی	این شاخص نشان می دهد که چه درصدی از افراد نیازمند درمان (بر اساس تخمین های ملی از شیوع اعتیاد) به خدمات دسترسی دارند. افزایش آن نشان دهنده موفقیت در گسترش زیرساخت ها و سیاست های دسترسی است.
دسترسی و پوشش خدمات	نسبت مراکز کاهش آسیب به تعداد افراد در معرض خطر	این شاخص نشان دهنده پوشش خدمات کاهش آسیب نسبت به جمعیت هدف است. هرچه این نسبت بالاتر باشد، سیاست های کاهش آسیب موثرتر بوده اند.
اثر بخشی درمان و بازتوانی	نرخ عود در میان افراد تحت درمان	یک شاخص حیاتی برای ارزیابی پایداری و کیفیت برنامه های درمانی. کاهش نرخ عود به معنای برنامه های درمانی موثرتر و جامع تر است.
اثر بخشی درمان و بازتوانی	میانگین زمان ماندگاری در درمان ( Treatment Retention Time)	افزایش این شاخص نشان دهنده اثر بخشی و جذابیت برنامه های درمانی است، زیرا مدت زمان کافی در درمان، شانس بهبودی را افزایش می دهد.
کاهش آسیب و پیامدهای منفی	میزان کاهش موارد جدید عفونت های مرتبط با تزریق مواد (HIV، هپاتیت C)	یک شاخص مستقیم و قدرتمند برای ارزیابی موفقیت برنامه های کاهش آسیب در کنترل بیماری های عفونی و ارتقاء سلامت عمومی.
کاهش آسیب و پیامدهای منفی	نرخ مرگ و میر ناشی از اوردوز مواد مخدر	کاهش این نرخ نشان دهنده اثر بخشی سیاست های کاهش آسیب، است.
توانمندسازی و ارتقای کیفیت زندگی	نرخ اشتغال پایدار در میان بهبودیافتگان	افزایش این شاخص نشان دهنده موفقیت برنامه های بازتوانی و حمایت اجتماعی در ادغام مجدد بهبودیافتگان در جامعه و توانمندسازی اقتصادی آنهاست.
توانمندسازی و ارتقای کیفیت زندگی	کاهش تعداد افراد بی خانمان در اثر اعتیاد	نشان دهنده موفقیت سیاست های حمایت اجتماعی و تأمین مسکن برای افراد درگیر با اعتیاد و در حال بهبودی است
توانمندسازی و ارتقای کیفیت زندگی	میانگین امتیاز کیفیت زندگی (QoL) در میان بهبودیافتگان	با استفاده از ابزارهای استاندارد اندازه گیری QoL، می توان بهبود رفاه کلی، سلامت روانی و رضایت از زندگی بهبودیافتگان را رصد کرد.

## تولید دانش بومی عملیاتی در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد:

تولید دانش در حوزه اعتیاد در کشور ما یک ضرورت اجتماعی و علمی ، اقتصادی و انسانی است که با رویکردی یکپارچه و شواهدمحور می‌تواند به کاهش بار اعتیاد در جامعه کمک کند. هدف اصلی از تولید دانش در حوزه اعتیاد این است که بدانیم "چه اقداماتی، برای چه گروه‌هایی، در چه شرایطی، و با چه هزینه‌ای مؤثر واقع می‌شود". در واقع تولید دانش کاربردی یک فرآیند چرخه‌ای است که از ارزیابی دقیق عملکرد فعلی شروع می‌شود، به شناسایی شکاف‌ها و نوآوری می‌رسد و در نهایت با اجرا و بازخوردگیری، دانش جدیدی خلق می‌کند.

فراموش نکنیم برای تولید دانش بومی کاربردی در حوزه درمان و بازتوانی و کاهش آسیب اعتیاد که متناسب با نیازهای کشور ما باشد، فقط یک ابزار وجود دارد و آن هم پژوهش است.

### گام‌های اصلی و مراحل تولید دانش عملیاتی



# Proposed Model for Developing Addiction Treatment and Harm Reduction Policies

Year 1405

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