

ارزیابی مراکز موضوع ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر (۱): مراکز درمان سرپایی اعتیاد



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره مسلسل: ۲۰۸۲۲
کد موضوعی: ۲۱۰

تاریخ انتشار:
۱۴۰۴/۴/۲۲



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

عنوان گزارش:

ارزیابی مراکز موضوع ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر (۱): مراکز درمان سرپایی اعتیاد

نوع گزارش: طرح و لایحه ، نظارتی ، راهبردی ، پیش‌نویس قانونی

نام دفتر:

مطالعات اجتماعی (گروه آسیب‌های اجتماعی)

تهیه و تدوین:

مرتضی گنجی

مدیر مطالعه:

فاطمه محمدی

اظهار نظرکنندگان:

فرشید خضری (دفتر مطالعات اجتماعی)، سیدمیثم عظیمی (دفتر مطالعات حقوقی)

ناظران علمی:

هادی افراسیابی، محمدرضا مالکی

اظهار نظرکننده خارج از مرکز:

محسن روشن پژوه (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران)

ویراستار ادبی:

زهره عطاردی

گرافیک و صفحه آرایی:

محمد دهقانی شهربابی

واژه‌های کلیدی:

۱. اعتیاد
۲. درمان اعتیاد
۳. کاهش آسیب
۴. درمان نگهدارنده
۵. داروهای آگونیست

تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۳/۰۹/۱۵



فهرست مطالب

چکیده.....	۶
خلاصه مدیریتی.....	۷
۱. مقدمه.....	۸
۲. پیشینه.....	۹
۳. روش پژوهش.....	۱۲
۴. چارچوب قانونی درمان سرپایی اعتیاد.....	۱۲
۵. ترسیم وضعیت مراکز درمان سرپایی در کشور.....	۱۳
۶. ارزیابی وضعیت مراکز درمان سرپایی اعتیاد.....	۱۵
۷. جمع بندی و پیشنهادها.....	۱۸
منابع و مأخذ.....	۲۱

فهرست جداول

جدول ۱. ترتیبات حقوقی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد پس از انقلاب اسلامی.....	۱۱
جدول ۲. تعداد مراکز درمان سرپایی اعتیاد طی بازه ۱۴۰۳-۱۳۹۷.....	۱۴
جدول ۳. پیشنهاد سیاستی.....	۲۱

فهرست شکل

شکل ۱. درصد مصرف داروهای آگونیست در بین مراجعان مراکز.....	۱۴
--	----



ارزیابی مراکز موضوع ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر (۱): مراکز درمان سرپایی اعتیاد

چکیده



اعتیاد در کشور از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. لذا گزارش حاضر، مبتنی بر بند «ج» از ماده (۲) قانون شرح وظایف مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، براساس مشاهدات میدانی، جلسات تخصصی برگزار شده، مصاحبه با متخصصان و ذی‌نفعان، بررسی پژوهش‌های علمی پیشین و... به شناسایی چالش‌های مرتبط با این مراکز پرداخته است. یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد که به‌رغم اثربخشی در حوزه کاهش آسیب و بیماری‌های واگیردار، مراکز مذکور با چالش‌های مختلفی در زمینه کیفیت سیاست‌گذاری و هماهنگی نهادی دستگاه‌های متولی، وضعیت مجوزدهی و گسترش شتاب‌زده کمی، نظارت بر عملکرد و ارزیابی اثربخشی، تدوین و به‌روزرسانی دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های مورد نیاز، وضعیت تأمین شاخص‌ها و استانداردهای زیرساختی و نیروی انسانی و... مواجه هستند.

یکی از سیاست‌های اصلی در زمینه مواجهه با مسئله اعتیاد، سیاست کاهش تقاضاست؛ این سیاست شامل بخش‌های پیشگیری، کاهش آسیب، درمان و بازتوانی است. از جمله اقداماتی که طی سال‌های اخیر به‌منظور درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور انجام گرفته، راه‌اندازی مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد تحت مفاد ماده (۱۵) اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۹) است. مبتنی بر آیین‌نامه اجرایی تبصره یک این ماده، نظام حکمرانی هشت نوع مرکز را برای درمان و کاهش آسیب اعتیاد پیش‌بینی کرده است؛ مراکز درمان سرپایی اعتیاد و مرکز بخش درمان با واحد آگونیسست به‌عنوان دو نوع از هشت نوع مرکز مذکور، با تعداد ۸۰۲۲ مرکز بیشترین تعداد و فراوانی را در بین مراکز درمان اعتیاد در کشور دارند. بر همین اساس، ارزیابی وضعیت و عملکرد این مراکز به‌عنوان بخش مهمی از حوزه درمان



بیان/شرح مسئله

امروزه سلامت اجتماعی یکی از مهم‌ترین ابعاد سلامت بوده که طی سال‌های اخیر سازمان جهانی بهداشت بر ضرورت وجود آن تأکید کرده است. سلامت اجتماعی هنگامی حاصل می‌شود که مسائل و آسیب‌های اجتماعی نرخ شیوع و گسترش بالا و افسارگسیخته‌ای نداشته و در حدود نرمالی نوسان داشته باشند؛ از جمله مسائلی که می‌تواند سلامت اجتماعی جامعه را به مخاطره بیندازد، سوء مصرف مواد مخدر است. مسئله اعتیاد به مواد مخدر طی دو دهه گذشته همواره به‌عنوان یکی از پنج آسیب اجتماعی فراگیر و پراهمیت در کشور تلقی شده و نظام سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای کنترل و کاهش آن تلاش کرده است. از جمله این اقدامات، تدوین ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر در اصلاحیه این قانون در سال ۱۳۸۹ بوده است. براساس آیین‌نامه اجرایی تبصره یک این ماده، هشت نوع مرکز به‌منظور کاهش آسیب و درمان اعتیاد در کشور پیش‌بینی شده است. مرکز درمان سرپایی اعتیاد و مرکز/بخش درمان با داروی آگونست دو نوع از این هشت نوع مرکز هستند که بیشترین فراگیری و تعداد را به خود اختصاص داده‌اند. این مراکز که از آنها به‌عنوان مراکز درمان سرپایی اعتیاد یاد می‌شود، طی سال‌های اخیر با چالش‌های مختلفی مواجه بوده و از جهاتی مورد نقد واقع شده‌اند؛ بر همین اساس، گزارش حاضر تلاش دارد تا ضمن بهره‌گیری از نظرات تخصصی و دانش کارشناسی به شناسایی چالش‌های حوزه درمان اعتیاد در ارتباط با این مراکز بپردازد.

نقطه نظرات/یافته‌های کلیدی

بررسی ادبیات پژوهشی مربوط به درمان نگهدارنده با داروهای آگونست نشان می‌دهد که این شیوه از درمان در زمینه کاهش مصرف برخی مواد مخدر، کاهش آسیب و مسمومیت، پیشگیری از برخی بیماری‌های واگیردار و کاهش برخی جرائم تأثیرگذار بوده است؛ اما میزان این اثرگذاری و کمیت آن چندان قابل احصا نبوده و مورد ارزیابی قرار نگرفته است. بر این اساس، هم‌راستا با تجربه موجود در کشور و تجارب سایر کشورها می‌توان آن را به‌عنوان یکی از شیوه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد به رسمیت شناخته و

استمرار بخشید. با این حال، حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد به‌طور عام و وضعیت مراکز درمان سرپایی اعتیاد و نسبتش با آن حوزه به‌طور خاص نیازمند ارزیابی و مطالعات علمی پیوسته است. براساس یافته‌های این بررسی، مراکز درمان سرپایی ارزیابی اثربخشی تاکنون توسط نهادهای ذی‌ربط مورد ارزیابی قرار نگرفته‌اند؛ پروتکل‌های مربوط به درمان با داروهای آگونست در حال توزیع در مراکز، به‌روزرسانی و ابلاغ نشده است؛ درمان در این مراکز بعضاً به تجویز و توزیع داروهای آگونست تقلیل یافته و سایر جنبه‌های روانی و اجتماعی به‌قدر کافی مورد مداخله قرار نمی‌گیرند؛ سامانه‌ها و سازوکارهای هوشمند و پویا به‌منظور ثبت اطلاعات و داده‌های فعالیتی و فراهم شدن امکان نظارت بر مراکز ایجاد یا تکمیل نشده‌اند؛ دستورالعمل تأسیس مراکز درمان سرپایی اختلالات مصرف مواد (DUS) از برخی جهات مورد نقد کارشناسان قرار داشته و نیازمند ویرایش و اصلاح است؛ گسترش کمی مراکز مبتنی بر ارزیابی اثربخشی از یک طرف و نیازسنجی مناسب و نسبت این مراکز با حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد از طرف دیگر صورت نگرفته و صرفاً به‌صورتی مکانیکی و فنی به آن نگاه شده است؛ نظارت کافی و نظام‌مند بر مراکز صورت نگرفته و گاهی استانداردهای زیرساختی یا نیروی انسانی لازم در آنها فراهم نشده است.

پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

براساس بررسی صورت گرفته و چالش‌های شناسایی شده، پیشنهادهای ذیل به‌منظور بهبود وضعیت مراکز درمان سرپایی اعتیاد در کشور قابل ارائه خواهد بود:

■ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان دستگاه متولی و ناظر بر فعالیت مراکز درمان سرپایی اعتیاد، از طریق مرکز ملی مطالعات اعتیاد یا سایر نهادهای پژوهشی ذی‌ربط به ارزیابی عملکرد و اثربخشی مراکز درمان سرپایی و شناسایی چالش‌های موجود به‌صورتی نظام‌مند و در بازه‌های زمانی از پیش تعیین شده بپردازد.

■ ستاد مبارزه با مواد مخدر به‌عنوان نهاد سیاستگذار، ناظر و تنظیم‌گر در حوزه مبارزه با مواد مخدر و درمان و کاهش



استانداردها و سرانه‌ها انجام گرفته و از گسترش شتابزده و بی‌قاعده آنها جلوگیری به عمل آید. در این زمینه، نهاد متولی مجوزها باید بین مجوز مراکز درمان اعتیاد با سایر کسب‌وکارها تمایزی ماهوی قائل شده، و برای همه این گونه‌ها نسخه‌ای واحد و راه‌حلی یکسان پیاده نکند.

■ مراکز درمان سرپایی که طی سال‌های گذشته مجوز فعالیت خود را از سازمان بهزیستی دریافت کرده‌اند، باید هرچه سریع‌تر تعیین تکلیف شده و ضمن تلاش برای ادامه فعالیت قانونمند آنها، استانداردهای لازم نیز در رابطه با آنها احراز گردد. در این زمینه، باید به‌گونه‌ای تدبیر شود که مراجعه‌کنندگان مراکز دچار هیچ‌گونه آسیب یا سردرگمی نشده و نسبت به پیگیری فرایند درمان خود دچار مشکل نشوند. از سوی دیگر، سازوکارهای نظارت بر فعالیت این مراکز، طی دوره انتقال به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید هرچه سریع‌تر تعیین شده و روال کار به‌صورت عادی جریان یابد.

■ ستاد مبارزه با مواد مخدر با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌های ذی‌ربط سازوکارهای لازم برای افزایش نظارت اثربخش بر عملکرد مراکز و نحوه توزیع داروهای آگونیست در آنها را تدبیر کرده و زمینه مقابله با نشت احتمالی دارو را بیش‌ازپیش فراهم کند.

آسیب اعتیاد، به ارزیابی انواع مراکز حوزه درمان و کاهش آسیب پرداخته، مبتنی بر برنامه‌های کلان و چشم‌اندازی بلندمدت و براساس واقعیت میدان درمان اعتیاد و نیازمندی‌های آن به تقویت یا تعدیل روش‌ها و رویکردهای درمانی موجود اقدام نماید. ■ سامانه‌هایی که اطلاعات و داده‌های مراکز درمان سرپایی و مراجعان آنها را ثبت می‌کنند، باید هرچه سریع‌تر به بهره‌برداری رسیده و امکان نظارت هوشمند بر این مراکز و وضعیت آنها فراهم شود. قاعدتاً بخش مهمی از این داده‌ها مربوط به وضعیت فیزیکی و نیروی انسانی مراکز بوده و ملاحظه خاصی درباره آن وجود نخواهد داشت. اما بخش دیگر که مربوط به اطلاعات و مشخصات مراجعه‌کنندگان به مراکز است باید با رعایت همه ملاحظات مربوط به رازداری و حفظ محرمانگی اجرا شده و در این زمینه هیچ‌گونه حساسیت و نگرانی برای دریافت‌کنندگان خدمات ایجاد نکند.

■ بازنگری در فرایند مجوزدهی و گسترش بی‌قاعده مراکز درمان سرپایی اعتیاد در کشور امری ضروری و حیاتی است؛ اگرچه سیاستگذار باید به‌گونه‌ای عمل نماید که خواسته یا ناخواسته رانت یا انحصار ویژه‌ای برای برخی از افراد و گروه‌ها ایجاد نشود، اما از سوی دیگر، حتماً لازم است که تعیین میزان نیاز به این مراکز و پراکندگی جغرافیایی آنها مبتنی بر برخی

۱. مقدمه



براساس گزارش جهانی مواد مخدر (۲۰۲۳) دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد،^۱ مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد بار بیماری ناشی از اعتیاد در جهان در نتیجه بروز مرگومیرها، معلولیت‌های جسمی و روانی و شیوع بیماری‌های مهلک و عفونی و... در سال ۲۰۱۹ موجب از بین رفتن ۳۱ میلیون سال عمر مفید و سالم انسان‌ها شده که با توجه به وجود تعداد ۲/۸ میلیون نفر فرد دچار اعتیاد در کشور [۱]، منطقاً بخشی از این هزینه‌ها نیز معطوف به جامعه ایران خواهد بود. به‌عنوان مثال، براساس گزارش سازمان پزشکی قانونی در سال ۱۳۹۲ روزانه ۸ نفر در اثر اعتیاد جان خود را از دست داده‌اند. همچنین شایع‌ترین راه انتقال عفونت‌های منتقله از راه خون شامل اچ‌آی‌وی و هیپاتیت سی از طریق اعتیاد تزریقی بوده است، به‌طوری‌که بیش از ۶۵ درصد کلیه موارد شناسایی شده عفونت اچ‌آی‌وی مصرف‌کننده تزریقی مواد مخدر بوده‌اند. براساس تخمین‌های موجود در حدود ۲۰۰ هزار نفر افرادی که مواد را تزریق می‌کنند در کشور وجود دارند که در آخرین مطالعه زیستی-رفتاری کشوری انجام شده ۱۴ درصد آنها مبتلا به اچ‌آی‌وی بوده‌اند. همچنین براساس برخی از گزارش‌های موجود، سهم قابل ملاحظه‌ای از برخی مشکلات اجتماعی مانند طلاق، خشونت و فعالیت‌های غیرقانونی مرتبط با اعتیاد است. براساس آمار سازمان زندان‌های کشور، در حدود نیمی از جرائم کشور

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2023

مرتبط با مواد بوده و بیش از نیمی از جمعیت ورودی زندان‌ها مصرف‌کننده مواد هستند [۲]. مبتنی بر مطالعات و بررسی‌های انجام شده، اعتیاد فراگیرترین و اولویت‌دارترین آسیب اجتماعی در کشور است که جامعه و نظام سیاستگذاری بر اهمیت و اولویت آن توافق دارند؛ بر همین اساس طی بیش از چهار دهه پس از وقوع انقلاب اسلامی برنامه‌ریزی، ساختارسازی و سیاستگذاری‌های مختلفی برای کنترل و کاهش این مسئله انجام گرفته است. از جمله اصلی‌ترین این اقدامات، تصویب قانون مبارزه با مواد مخدر توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۶۷ بوده است. این قانون که تاکنون چندمرتبه مورد اصلاح و بازنگری قرار گرفته، مبنای همه اقدامات در زمینه مبارزه با واردات، تولید، توزیع و مصرف مواد مخدر و روان‌گردان و سازوکارهای مواجهه با افراد درگیر با اعتیاد است. قانونگذار در ماده (۱۵) قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر (مصوب ۱۳۸۹)، اعتیاد را جرم‌انگاری نموده و معتادان را مکلف به مراجعه به مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب کرده است. انواع مراکز مجاز موضوع این ماده، در قالب آیین‌نامه‌ای با عنوان «آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، مصوب ۱۳۹۱» به تأیید وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزیر کشور و دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر رسیده و سپس در جلسه ۱۲۷ ستاد مبارزه با مواد مخدر به تصویب رسیده و برای اجرا ابلاغ شده است. ماده (۱) آیین‌نامه مذکور، به‌منظور ارائه خدمات درمان و کاهش آسیب هشت نوع مرکز را پیش‌بینی کرده است. بررسی وضعیت و شرایط این مراکز در دستور کار گروه آسیب‌های اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس قرار داشته و با توجه به اینکه هریک از این مراکز اقتضانات و شرایط خاص و ویژه‌ای دارند، در گزارش حاضر از بین مراکز مذکور، دو مورد اول و ششم شامل «مراکز درمان سرپایی وابستگی به مواد» و «مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست» که از نظر ماهیت و کارکرد مشابهت زیادی با یکدیگر دارند، مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته‌اند.



۲-۱. سوابق مطالعاتی در مرکز

خرد منجر شده است [۳]. گزارش دیگری با عنوان «ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد» توسط دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌ها منتشر شده است. این گزارش، ضمن ارزیابی اقدامات انجام شده در چهار حوزه «پیشگیری از اعتیاد»، «درمان و کاهش آسیب»، «توانمندسازی و صیانت اجتماعی» و «کاهش عرضه مواد مخدر» نشان داده که به‌رغم پیشرفت‌های حاصل شده، عمده تلاش‌های دستگاه‌های متولی در زمینه کاهش عرضه مواد مخدر بوده است و در حوزه‌های دیگر مانند پیشگیری از اعتیاد و توانمندسازی و صیانت اجتماعی نیاز به بازنگری برنامه‌ها و سیاستگذاری‌ها وجود دارد. این گزارش، همچنین ضمن ارزیابی اجمالی وضعیت درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور، روند موجود در زمینه تمرکز بیش از حد بر درمان اجباری و غفلت از رویکردهای کاهش آسیب و درمان‌های داوطلبانه مبتنی بر مراکز ماده (۱۵) قانون را نقد می‌کند [۴].

بررسی وضعیت آسیب اجتماعی اعتیاد در دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌ها سابقه‌ای نسبتاً طولانی دارد؛ از جمله آخرین گزارش‌های منتشر شده در این زمینه می‌توان به گزارشی با عنوان «ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر» اشاره کرد. این بررسی نشان داده است که فرایند جمع‌آوری، غربالگری، نگهداری، بازتوانی و مراقبت‌های پس از خروج افراد دارای تجاهر به اعتیاد در مراکز ماده (۱۶) دارای نواقص و اشکالاتی اساسی بوده که امکان اثربخشی این مراکز را به شدت کاهش داده است. مواجهه مقطعی و ناپایدار با افراد دارای تجاهر به اعتیاد و دنبال کردن اهدافی غیر از درمان و بازتوانی، منجر به شکل‌گیری چرخه‌ای معیوب از جمع‌آوری، نگهداری، آزادسازی و جمع‌آوری مجدد شده است. به‌نحوی که در بهترین حالت، این مراکز صرفاً به دور شدن این افراد از فضاها و دید عمومی، پاک‌سازی مبلمان شهری و کاهش برخی از جرائم



۲-۲. سوابق مطالعاتی خارجی

فولرتون و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان «درمان به کمک دارو با متادون: ارزیابی شواهد»؛ فراتحلیل‌ها، مرورهای نظام‌مند و مطالعات فردی درمان نگهدارنده با متادون را از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۲ مرور کرده‌اند. این پژوهش شامل بررسی هفت کارآزمایی تصادفی‌سازی و کنترل شده و دو مطالعه نیمه تجربی درمان نگهدارنده با متادون بوده که نشان‌دهنده سطح بالایی از شواهد برای تأثیر مثبت درمان نگهدارنده با متادون بر حفظ درمان و کاهش مصرف غیرقانونی مواد افیونی بوده است. شواهد همچنین حاکی از تأثیرات مثبت بر رفتارهای خطرآفرین اچ‌آی‌وی مرتبط با مواد مخدر، مرگ‌ومیر و جرم بوده است. به‌طور کلی، شواهد بالایی برای اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون در بهبود حفظ درمان و کاهش مصرف غیرقانونی مواد افیونی وجود داشته است. یافته‌های تحقیقاتی در مورد تأثیر درمان نگهدارنده با متادون بر بسیاری از پیامدهای ثانویه، مانند مرگ‌ومیر، رفتارهای خطرآفرین اچ‌آی‌وی مرتبط با مواد مخدر و فعالیت‌های مجرمانه، قطعی نیستند، اما روندهای مثبتی را نشان می‌دهند. درنهایت، تحقیقات به‌طور قطعی تأثیرات مثبتی بر رفتارهای خطر اچ‌آی‌وی مرتبط با رفتارهای جنسی، مصرف غیرقانونی مواد مخدر یا الکل یا سایر پیامدهای اجتماعی نشان نداده است. این پژوهش توصیه کرده است که ارائه‌دهندگان خدمات درمان نگهدارنده، مصرف‌کنندگان و اعضای خانواده آنها باید در مورد مزایای درمان نگهدارنده با متادون در کمک به افراد در مدیریت اختلالات مصرف مواد افیونی و راه‌های مناسب برای جلوگیری از عوارض جانبی قابل‌توجهی که می‌تواند با متادون رخ دهد، آموزش ببینند. ارائه‌دهندگان و مصرف‌کنندگان همچنین باید در مورد دوزهای مناسب برای بهبود اثربخشی و شروع مناسب برای به حداقل رساندن عوارض جانبی آموزش ببینند [۵].

بینگ‌فئی و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون و بهبود کیفیت زندگی پس از یک دهه اجرا»، اشاره کرده‌اند که درمان نگهدارنده با متادون یک درمان مؤثر در کاهش آسیب برای اختلال مصرف مواد افیونی است.

باین‌حال، شواهدی مبنی بر مزایای آن در مدت زمان طولانی‌تر درمان محدود است، زیرا بیشتر مطالعات بر روی فواید کوتاه‌مدت آن تمرکز دارند. این مطالعه یک دهه بعد از آغاز درمان نگهدارنده با متادون در مالزی انجام شده و به‌دنبال بررسی اثربخشی درمان با متادون، تغییر کیفیت زندگی در بیماران از زمان ورود به درمان با متادون و همچنین عوامل پیش‌بینی‌کننده میزان تغییر در کیفیت زندگی آنها بوده است. این مطالعه نشان داده است که درمان نگهدارنده با متادون در کاهش مصرف هروئین، اقدامات تریقی و جرم‌وجنایت و در بهبود عملکرد اجتماعی و علائم فیزیکی مؤثر بوده است، اما در کاهش رفتارهای خطرآفرین اچ‌آی‌وی مرتبط با جنسیت مؤثر نبوده است [۶].

خلید و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای با عنوان «درمان نگهدارنده متادون برای افراد وابسته به مواد افیونی: یک مطالعه گذشته‌نگر»، در مجموع ۸۷ بیمار (میانگین سنی ۴۳/۹ سال) را مورد مطالعه قرار داده‌اند. میانگین مدت درگیری این افراد در درمان نگهدارنده ۷/۸ سال بوده است. بیشترین ماده مخدر مصرفی هروئین (۸۸/۵ درصد) و پس از آن کراتوم (۵۱/۷ درصد) بوده و بین سال‌های ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۱، ۶۱ نفر (۷۰٪) مصرف مواد افیونی را متوقف کرده‌بودند، اما ۵۱ بیمار (۵۸٫۶٪) به استفاده از هر یک از داروهای غیرقانونی ادامه داده‌اند. این پژوهش نتیجه گرفته است که در بین بیماران مورد مطالعه، درمان نگهدارنده با متادون برای افراد وابسته به مواد افیونی نمی‌تواند به‌اندازه کافی مصرف مواد غیرقانونی را مهار کند و به‌سمت سوءمصرف مواد محرک تغییر جهت می‌دهد [۷].

۲-۳. سوابق تقنینی به‌همراه آسیب‌شناسی

بررسی سابقه قانونی موجود در زمینه پدیده اعتیاد و مبارزه با مواد مخدر حکایت از آن دارد که علاوه بر قوانین برنامه‌های توسعه، طی سال‌های پس از انقلاب اسلامی در عناوین قانونی مختلف به موضوع اعتیاد اشاره شده است. روند تغییر وضعیت تقنینی در این زمینه با تأکید بر احکام سیاستی مربوط به حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در جدول ذیل نشان داده شده است.

جدول ۱. ترتیب حقوقی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد پس از انقلاب اسلامی

عنوان قانون	تاریخ / مرجع تصویب	رویکرد
لایحه قانونی تشدید مجازات مرتکبین جرائم مواد مخدر و اقدامات تأمینی و درمانی بهم منظور مداوا و اشتغال بهکار معتادین	۱۳۵۹/۰۳/۱۹ - شورای انقلاب	بر اساس این لایحه، اردوگاه‌های نگهداری معتادین با عنوان «مراکز بازپروری» و «اردوگاه‌های کار» زیر نظر سازمان زندان‌ها با مدیریت کمیته انقلاب اسلامی تأسیس شدند. همچنین مهلتی شش‌ماهه به افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد برای ترک اعطا می‌شد و در صورتی‌که افراد پس از مهلت شش‌ماهه اقدام به ترک نمی‌کردند، به اردوگاه‌ها ارجاع می‌شدند.
قانون مبارزه با مواد مخدر	۱۳۶۷/۰۸/۰۳ - مجمع تشخیص مصلحت نظام	طبق این قانون مجازات‌های شدیدی برای تولید، نگهداری و قاچاق مواد مخدر در نظر گرفته شد، مصرف مواد جرم تلقی گردید و برای ترک معتادان مهلتی چندماهه داده شد. در این قانون به لزوم فراهم ساختن امکان ترک اعتیاد به‌طور درازمدت و همچنین اقدامات پیشگیرانه توجهی نشده و طبقه‌بندی علمی مواد اعتیادآور نیز رعایت نگردیده بود [۸].
قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاق موادی به آن	۱۳۷۶/۰۸/۱۷ - مجمع تشخیص مصلحت نظام	طبق این اصلاحیه، اگرچه اعتیاد همچنان به‌عنوان جرم تلقی می‌شد، اما به معتادان اجازه داده شد که به مراکز مجازی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص می‌شد، مراجعه و نسبت به درمان خود اقدام نمایند.
اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶	۱۳۸۹/۰۵/۰۹ - مجمع تشخیص مصلحت نظام	در این اصلاحیه، برخی از مواد قانون نسخ شده و تغییرات نسبتاً قابل‌توجهی در احکام حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد ایجاد می‌شود. الزام افراد دارای اعتیاد به اخذ گواهی تحت درمان و تعیین سازوکار ماده (۱۶) برای مواجهه با افراد دارای تظاهر به اعتیاد در این نسخه از قانون مورد نظر واقع شده است.
آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها؛ موضوع تبصره یک ماده (۱۵) اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۹)	۱۳۹۱/۰۲/۱۷ جلسه ۱۲۷ ستاد مبارزه با مواد مخدر	این آیین‌نامه به تعیین و تعریف انواع مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور، متولی اعطای مجوز برای انواع مراکز مذکور، سازوکار نظارت بر حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد، شیوه تأمین اعتبارات مالی، شرایط و وظایف ارکان مراکز درمان و کاهش آسیب و ... پرداخته است. از جمله مهم‌ترین نکات این آیین‌نامه، اشاره به سازوکار تهیه و ابلاغ دستورالعمل مربوط به هرکدام از مراکز و مرجع تصویب‌کننده پروتکل‌های درمانی بوده است.
دستورالعمل نحوه تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب معتادان	۱۳۹۱/۰۵/۰۴ مصوب جلسه‌های ۳۳ و ۳۴ کمیته درمان ستاد و ابلاغ توسط دبیر ستاد	این دستورالعمل شرایط و ضوابط اختصاصی مربوط به هر یک از مراکز چندگانه درمان و کاهش آسیب تعیین شده ذیل آیین‌نامه اجرایی مراکز ماده (۱۵) را تشریح کرده و مبنای تأسیس، راه‌اندازی و بهره‌برداری از هرکدام از این مراکز قرار گرفته است. در این دستورالعمل، شرح وظایف هر یک از ارکان مراکز، استانداردهای زیرساختی و نیروی انسانی، سازوکارهای نظارتی و ... بیان شده است.
قانون الحاق یک ماده به قانون مبارزه با مواد مخدر	۱۳۹۶/۰۷/۱۲ - مجلس شورای اسلامی	مهم‌ترین رویکرد این تغییر، تعدیل موارد مجازات اعدام از طریق تغییر مقادیر و اوزان مندرج در قانون مبارزه با مواد مخدر و بالا بردن ضریب حتمیت و قطعیت مجازات حبس برای محکومین به جرائم موضوع مواد مخدر است.
دستورالعمل تأسیس و راه‌اندازی و بهره‌برداری مراکز موضوع بندهای «۱» و «۶» ماده (۱) آیین‌نامه اجرایی تبصره «۱» ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر (مراکز درمان سرپایی اختلالات مصرف مواد (SUD))	۱۴۰۳/۰۲/۰۱ مصوب جلسه ۱۴۸ ستاد مبارزه با مواد مخدر	بنابر آنچه در ابتدای این سند ذکر شده است؛ این دستورالعمل با هدف افزایش شفافیت روند صدور پروانه بهره‌برداری مراکز درمان سرپایی اختلال مصرف مواد، رفع چالش‌های موجود مراکز فعال، تسهیل ورود متقاضیان در فرایند تأسیس، یکپارچه‌سازی ضوابط و حذف مقررات زائد، ارتقای کیفیت ارائه خدمات به بیماران و سهولت امکان نظارت توسط وزارت بهداشت/ دانشگاه/ دانشکده تدوین شده است. به‌رغم این تلاش‌ها، به‌نظر می‌رسد که هم در فرایند تدوین و هم در محتوای مصوب نهایی، این اهداف آن‌گونه که باید محقق نشده است.

مأخذ: یافته‌های پژوهش.



آن است که مبتنی بر سیر تحولات اجتماعی- فرهنگی در جامعه و برجسته شدن رویکردهای جدید در حوزه‌های علوم اجتماعی و دانش پزشکی، مواجهه با افراد دچار اعتیاد از حالت سخت و تنبیهی به طرف مواجهه‌ای ترمیمی و مبتنی بر تلاش برای کاهش آسیب، درمان، بهبود و بازتوانی این قشر حرکت کرده است.

اشاره به پیشینه قانونی مرتبط با موضوع اعتیاد می‌تواند چشم‌اندازی از وضعیت حقوقی مربوط به این آسیب اجتماعی ارائه کرده و زمینه و آمادگی ذهنی لازم برای تمرکز بر وضعیت مراکز درمان سرپایی و کاهش آسیب را برای مخاطبان ایجاد کند. بررسی روند تغییر محتوا و نگارش حقوقی احکام ذیل ماده‌های (۱۵) و (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر نشان دهنده

۳. روش پژوهش



پژوهش اسنادی به منظور مرور پیشینه مطالعات حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد و ویژگی‌های آن بهره گرفته شده است. بخش دیگر پژوهش حاضر، مرحله بازبینی و مصاحبه‌های میدانی است؛ در این مرحله، جهت جمع‌آوری اطلاعات از تکنیک مصاحبه نیمه ساختاریافته و تعاملی و جلسات گروه کانونی استفاده شده است.

پژوهش حاضر متناسب با امکانات و دسترسی‌های نهادی و ساختاری، با استفاده از روش مشاهده و مصاحبه با متخصصان و ذی‌نفعان، همچنین تحلیل اسنادی منابع و گزارش‌های علمی پیشین و گزارش عملکرد دستگاه‌های متولی در رابطه با وضعیت و عملکرد مراکز درمان سرپایی ذیل ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر انجام گرفته است. به عبارت دیگر، در این پژوهش از مطالعه کتابخانه‌ای به عنوان یکی از گونه‌های

۴. چارچوب قانونی درمان سرپایی اعتیاد



افراد همچنان به متادون وابسته هستند، درمان نگهدارنده با متادون یک درمان پرهیزمدار در نظر گرفته نمی‌شود و مدت زمان درمان با متادون نامحدود است. اهداف درمان با متادون کاهش یا حذف مصرف غیرقانونی مواد افیونی و در نتیجه کاهش پیامدهای منفی مرتبط با آن است [۵]. در ایران نیز با توجه به کارایی نسبتاً پایین سایر رویکردهای درمانی در کاهش گسترش عفونت اچ‌آی‌وی در افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند، رویکرد کاهش آسیب از سال ۱۳۸۱ به منظور مدیریت و کاهش عوارض حاد و نگران‌کننده اعتیاد در پیش گرفته شده و درمان نگهدارنده با متادون یکی از اصلی‌ترین اجزای این برنامه محسوب شده است [۲].

مبتنی بر ماده (۱) آیین‌نامه اجرایی موضوع تبصره یک ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر، به منظور ارائه خدمات درمان

مرور تاریخچه شکل‌گیری مراکز درمان نگهدارنده با متادون در جهان نشان می‌دهد که این مراکز به عنوان سنجی رایج از مراکز درمان سرپایی اعتیاد، از سال ۱۹۶۴ در دسترس قرار گرفته است. به عنوان نمونه در ایالات متحده، درمان نگهدارنده با متادون از طریق برنامه‌های درمانی تخصصی ارائه می‌شود که حمایت روانی-اجتماعی و همچنین نظارت دقیق بر بیمار را ارائه می‌دهد. به طور معمول، دوزهای متادون روزانه در مرکز درمان متادون توزیع می‌شود تا خطرات انحراف در مصرف به حداقل برسد. با این حال، افراد ممکن است بر اساس حضور مناسب در کلینیک، نبود مشکلات رفتاری یا سوءمصرف اخیر مواد مخدر، فقدان فعالیت مجرمانه شناخته شده، و شواهدی مبنی بر وجود یک خانه ثابت با قابلیت ذخیره متادون به صورت ایمن، واجد شرایط دریافت دوزهای مصرفی در منزل شوند. از آنجا که

ضوابط و سازوکارهای راه‌اندازی و بهره‌برداری از مراکز درمان سرپایی و مراکز درمان با داروهای آگونیسست طی مصوبه‌ای با عنوان «دستورالعمل تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز دولتی، غیردولتی، خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد درمان و کاهش آسیب معتادان» در جلسه‌های ۳۳ و ۳۴ کمیته درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر بررسی و نهایی شده و در تاریخ ۱۳۹۱/۰۵/۰۴ توسط دبیر کل ستاد مبارزه با مواد مخدر ابلاغ شده است. طی سال‌های بعد بارها بر ضرورت بازنگری و اصلاح این دستورالعمل تأکید شده و اجرای آن نیز تا مرحله پیش‌رفته، اما بازنگری کلی و اساسی در آن تاکنون به سرانجام نرسیده است. در این زمینه، صرفاً دستورالعمل مربوط به دو نوع از هشت مرکز قید شده در آیین‌نامه اجرایی تبصره یک ماده (۱۵) مورد بازنگری قرار گرفته و با عنوان «دستورالعمل تأسیس و راه‌اندازی و بهره‌برداری مراکز موضوع بندهای «۱» و «۶» ماده (۱) آیین‌نامه اجرایی تبصره «۱» ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر (مراکز درمان سرپایی اختلالات مصرف مواد (SUD))» طی جلسه ۱۴۸ ستاد مبارزه با مواد مخدر به تصویب رسیده است. البته فرایند تدوین و سازوکار ابلاغ این دستورالعمل از جهاتی مورد نقد کارشناسان و برخی ذی‌نفعان قرار داشته و سبب‌ساز برخی اختلافات بین دستگاه‌های ذی‌ربط شده است.

و کاهش آسیب افرادی که به‌نحوی دچار اعتیاد به مواد مخدر و یا روان‌گردان گردیده‌اند، هشت نوع مرکز به‌عنوان مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب تعیین شده‌اند؛ دو نوع از این هشت مرکز، با عنوان مراکز درمان سرپایی اعتیاد نام‌گذاری شده و در آیین‌نامه مذکور به‌صورت ذیل تعریف شده‌اند:

■ **مرکز درمان سرپایی وابستگی به مواد:** به مرکزی اطلاق می‌شود که امکانات ارائه خدمات درمان دارویی و غیردارویی برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر و یا روان‌گردان را داشته باشد.

■ **مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیسست:** مرکزی مستقل و یا واحدی از مراکز موضوع این ماده است که در آن براساس پروتکل‌های ابلاغی، درمانگر در اجرای ماده (۴۱) قانون اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ مجاز به استفاده از داروهای آگونیسست مواد مخدر (افیونی) برای درمان وابستگی به مواد مخدر است. تبصره یک ماده (۳) این آیین‌نامه اشاره کرده است که: «دستورالعمل تأسیس و راه‌اندازی و بهره‌برداری هرکدام از مراکز توسط کارگروهی مرکب از نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر تهیه و پس از تصویب در کمیته درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر از سوی دبیرکل ستاد ابلاغ می‌گردد». مبتنی بر این تبصره،

۵. ترسیم وضعیت مراکز درمان سرپایی در کشور



درمانی) مجاز دانسته است. بر همین اساس، تا ابتدای سال ۱۴۰۳ هر دو این دستگاه‌ها مجوزهایی را در این زمینه صادر کرده و مراکزی تحت نظارت آنها فعالیت می‌کردند. از اردیبهشت‌ماه ۱۴۰۳ و مبتنی بر مصوبات جلسه ۱۴۸ ستاد مبارزه با مواد مخدر، قرار بر این شده است که مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی به وزارت بهداشت واگذار شوند. جدول زیر وضعیت و روند تغییر تعداد مراکز مربوطه را طی یک بازه زمانی هفت‌ساله نشان می‌دهد.

تبصره «۲» ماده (۳) آیین‌نامه اجرایی تبصره یک ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر، صدور مجوز برای «مرکز درمان سرپایی وابستگی به مواد» را از طریق سازمان بهزیستی کشور و یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی) و صدور مجوز برای «مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیسست» را صرفاً توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و



جدول ۲. تعداد مراکز درمان سرپایی اعتیاد طی بازه ۱۴۰۳-۱۳۹۷

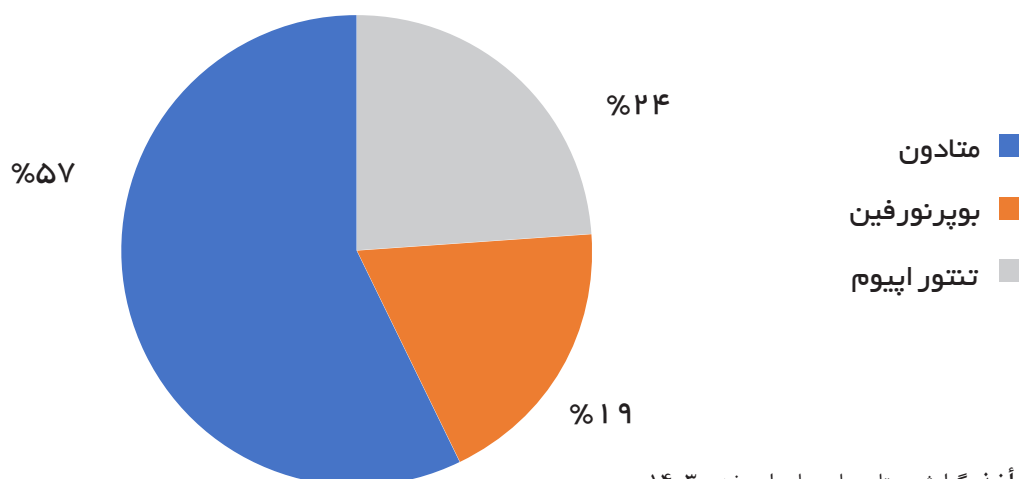
افراد پذیرش شده	جمع کل			سازمان زندان‌ها	با مجوز بهزیستی			با مجوز وزارت بهداشت			مراکز سال
	جمع	غیردولتی	دولتی	دولتی	جمع	غیردولتی	دولتی	جمع	غیردولتی	دولتی	
۱۱۱۱۵۹۱	۷۴۷۳	۷۱۱۲	۳۶۱	۱۶۸	۱۰۹۵	۱۰۸۸	۷	۶۲۱۰	۶۰۲۴	۱۸۶	۱۳۹۷
۹۶۹۰۹۶	۷۳۳۷	۶۹۸۱	۳۵۶	۱۶۸	۱۱۲۴	۱۱۱۸	۶	۶۰۴۵	۵۸۶۳	۱۸۲	۱۳۹۸
۱۱۰۳۶۴۶	۷۴۶۲	۷۱۰۰	۳۶۲	۱۶۸	۱۰۹۲	۱۰۸۷	۵	۶۲۰۲	۶۰۱۳	۱۸۹	۱۳۹۹
۱۱۷۲۵۶۶	۷۴۴۹	۷۰۶۵	۳۸۴	۱۶۸	۱۰۹۳	۱۰۸۷	۶	۶۱۸۸	۵۹۷۸	۲۱۰	۱۴۰۰
۱۲۲۷۵۹۶	۷۱۹۰	۶۷۸۱	۴۰۹	۱۷۳	۱۰۴۵	۱۰۳۹	۶	۵۹۷۲	۵۷۴۲	۲۳۰	۱۴۰۱
۱۲۴۶۵۳۰	۷۱۶۶	۶۷۵۷	۴۰۹	۱۷۳	۱۰۲۱	۱۰۱۵	۶	۵۹۷۲	۵۷۴۲	۲۳۰	۱۴۰۲
۱۴۶۷۸۳۲	۸۰۲۲	۷۷۵۲	۲۷۰	-	-	-	-	-	-	-	۱۴۰۳

مأخذ: گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۴۰۳.

مراکز درمان سرپایی انواعی از داروهای آگونیست را با اهدافی از جمله اصلاح اختلالات حاصل از مصرف مواد، پیشگیری از عود، بهبود عملکرد و در نهایت قطع مصرف مواد مخدر توسط مراجعه‌کنندگان ارائه می‌دهند که عمده‌ترین آن متادون، بوپرنورفین و تنتور اپیوم (شربت تریاک) هستند. از بین این موارد، متادون بیشترین میزان مصرف را داشته و در سال ۱۴۰۳ بالغ بر ۸۳۱ هزار نفر با این دارو تحت درمان قرار داشته‌اند؛ تنتور اپیوم و بوپرنورفین نیز با ۳۵۴ هزار و ۲۸۲ هزار نفر در بین نوع داروی ارائه شده به مراجعان به ترتیب در جایگاه‌های بعد قرار داشته‌اند.

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، در سال ۱۴۰۳، تعداد ۸۰۲۲ مرکز درمان سرپایی اعتیاد فعال در کشور وجود دارد که این مراکز در مجموع حدود یک میلیون و پانصد هزار مراجع را تحت پوشش گرفته است. بررسی وضعیت بازه زمانی ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۲ نشان‌دهنده روندی ناپایدار و نوسانی در تعداد مراکز است که عوامل و زمینه‌های این تغییرات چندان واضح و قابل درک نیست. در هر صورت هم‌اکنون بیش از ۸ هزار مرکز فعال درمان سرپایی اعتیاد در کشور وجود داشته و بنابر گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی ۱۰ ماه ابتدایی سال ۱۴۰۳ نیز ۵۴۶۸ موافقت اصولی و ۱۸۴۴ پروانه بهره‌برداری برای مراکز جدید صادر شده است.

شکل ۱. درصد مصرف داروهای آگونیست در بین مراجعان مراکز



مأخذ: گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۴۰۳.



گذشته بیش از پیش تشدید شده است.

■ **ضعف در به روز رسانی و کیفیت محتوایی دستورالعمل‌ها و پروتکل‌ها:** به دلایل مختلفی از جمله رویه‌های دست‌وپاگیر دیوان‌سالاری در کشور و اقتضائات خاص هماهنگی بین‌بخشی، سرعت تدوین و تصویب دستورالعمل‌ها و پروتکل‌ها و نیز بازنگری و اصلاح آیین‌نامه‌های موجود به شدت کند بوده و تناسبی با کمیت و کیفیت تغییر مسئله اعتیاد در کشور ندارد. به‌عنوان نمونه، به‌رغم تأکید متخصصان بر ضرورت بازنگری و اصلاح در آیین‌نامه اجرایی مراکز ماده (۱۵) و تأیید این دستور کار در کمیته درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر، این مهم تاکنون محقق نشده است. ضمن آنکه به‌نظر می‌رسد برنامه‌ریزی منسجم و زمان‌بندی دقیقی نیز برای مقوله اصلاح آیین‌نامه و دستورالعمل‌ها در نظر گرفته نشده است؛ چراکه تاکنون ارزیابی علمی نظام‌مندی از نقاط ضعف و قوت آیین‌نامه مذکور و چالش‌ها و فرصت‌های مرتبط با هریک از مراکز هشت‌گانه ذکر شده در آن انجام نگرفته است تا مبتنی بر آن، آسیب‌شناسی قابل‌اتکایی از وضعیت موجود صورت گرفته و براساس آن برای بهبود وضعیت کنونی اقدام شود. البته لازم به یادآوری است که هرگونه به‌روزرسانی در این زمینه بایستی مبتنی بر ملاحظات خاص جامعه ایران و مبتنی بر شواهد باشد.

■ **فقدان ارزیابی اثربخشی:** یکی از مهم‌ترین چالش‌های حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور، کم‌توجهی به ارزیابی نظام‌مند و منظم اثربخشی شیوه‌ها و مراکز درمانی مختلف است؛ این وضعیت به فضایی ابهام‌آمیز منجر شده که امکان هرگونه اصلاح و بهینه‌سازی روندها را منتفی کرده است. این در شرایطی است که بیش از دوازده سال از ابلاغ آیین‌نامه اجرایی تبصره یک ماده (۱۵) و دستورالعمل مربوط به آن سپری شده و تاکنون چشم‌انداز واضحی از میزان موفقیت هریک از مراکز درمان و کاهش آسیب و چالش‌های گوناگون رویاروی آنها ارائه نشده است. در رابطه با مراکز درمان سرپایی اعتیاد نیز، وضعیت به همین منوال بوده و بررسی‌های این گزارش حاکی از آن است که تاکنون چنین ارزیابی توسط

مطالعات فراتحلیل انجام شده در سطح بین‌المللی نشان داده است که درمان نگهدارنده با متادون، به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین داروهای نگهدارنده‌ای که در مراکز درمان سرپایی اعتیاد مورد استفاده واقع می‌شود، می‌تواند به‌صورت مؤثری شاخص‌های مرگ‌ومیر مرتبط با مواد افیونی، مصرف مواد افیونی، تزریق و تزریق مشترک، جرائم مرتبط با مواد مخدر، تن‌فروشی برای تهیه پول یا مواد مخدر را کاهش داده و کارکردهای اجتماعی را در زندگی فرد بهبود بخشد [۲]. بر همین اساس، بسیار مهم است که چالش‌هایی که این مراکز با آن دست‌به‌گریبان هستند مورد شناسایی قرار گرفته و برای حذف و رفع آنها اقدام شود. در همین زمینه، پژوهش حاضر ضمن اذعان به اهمیت و ضرورت وجودی مراکز درمان سرپایی اعتیاد در کشور، با هدف شناسایی و صورت‌بندی چالش‌های این مراکز به‌منظور زمینه‌سازی برای ارتقای هرچه بیشتر آنها انجام گرفته است. مبتنی بر بررسی‌های انجام گرفته در این مطالعه، مراکز درمان سرپایی اعتیاد با چالش‌های مختلفی از جمله در زمینه موارد ذیل مواجه هستند:

■ **ناهماهنگی نهادی - ساختاری:** براساس شواهد موجود، طی چند سال اخیر در زمینه تدوین، ابلاغ و اجرای برخی از دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌های مربوط به حوزه درمان و کاهش آسیب، بین دستگاه‌های ذی‌ربط مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ناهماهنگی و اختلالاتی وجود داشته است که منجر به بلا تکلیفی وضعیت ذی‌نفعان و بهره‌برداران و درنهایت کاهش اثربخشی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور شده است. طبق آیین‌نامه اجرایی تبصره یک ماده (۱۵) و سایر رویه‌های حقوقی موجود، ستاد مبارزه با مواد مخدر متولی راهبری و نظارت بر فرایند مبارزه با مواد مخدر و درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور است؛ با این وجود، در برخی موارد سایر دستگاه‌ها نسبت به رویه‌های حقوقی موجود کم‌توجه بوده و جایگاه ستاد مبارزه با مواد مخدر و دبیرخانه آن را نادیده انگاشته‌اند. بنابر اذعان کارشناسان و صاحب‌نظران، این وضعیت به‌ویژه طی چند سال



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و شیوه تعامل آن با سایر نهادهای ذی‌ربط از جمله دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر است. در این زمینه، تصویب و ابلاغ آیین‌نامه تأسیس و بهره‌برداری مرکز درمان سرپایی اختلالات مصرف مواد (SUD) در سال ۱۴۰۱ بدون هماهنگی کافی با ستاد مبارزه با مواد مخدر منجر به نوعی آشفتگی در وضعیت مراکز شده و چالش‌هایی را ایجاد کرده است. ساختار کمیته‌های ذیل دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر به گونه‌ای پیش‌بینی شده که همه دستگاه‌های مرتبط در آن حضور داشته و ریاست آن به دستگاه اصلی واگذار شده است. این سازوکار باعث می‌شود که امکان طرح و شنیده شدن دیدگاه‌های همه ذی‌نفعان حاکمیتی فراهم شود. با این وجود، ترتیبات حقوقی موجود، مصوبات کمیته‌ها را پس از ابلاغ توسط دبیر ستاد دارای اعتبار قانونی محسوب می‌کند. لذا لازم است که همه دستگاه‌های عضو کمیته‌ها پیش‌ازپیش به این ضرورت توجه کرده و تلاش کنند که از سازوکارهای قانونی برای اصلاح و بهبود وضعیت موجود استفاده کنند.

■ **تقلیل درمان به حوزه پزشکی:** آسیب اجتماعی اعتیاد مقوله‌ای جسمی، روانی، اجتماعی است که هرگونه مداخله اثربخش در رابطه با آن مستلزم توجه هم‌زمان به همه این ابعاد است. بررسی‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که، اقدامات مراکز درمان سرپایی عمدتاً معطوف به تجویز و توزیع داروهای آگونیسست بوده و سایر جنبه‌های روانی و اجتماعی مربوط به مسئله اعتیاد غالباً مورد کم‌توجهی واقع شده‌اند. به‌ویژه آنکه، مطابق با آنچه در پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون [۲] آمده است، مرحله چهارم در زمینه درمان نگهدارنده با متادون، تلاش برای جدا شدن تدریجی از داروهای نگهدارنده و ختم درمان است. حال آنکه به نظر می‌رسد این مقوله چندان در دستور کار مراکز قرار نداشته و با منافع مالی آنها نیز سازگار نیست.

■ **شائبه نشت دارو:** یکی از چالش‌هایی که همواره در حوزه درمان نگهدارنده اعتیاد مطرح بوده، نشت دارو از مراکز به بازار غیررسمی بوده است؛ این ابهام در شرایطی که سازوکارهای رصد و پایش داروهای توزیع شده به درستی تعریف و اجرا

نهادهای ذی‌ربط از جمله ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام نگرفته است.

■ **ضعف در نظارت و پایش مؤثر عملکرد مراکز:** طبق دستورالعمل (۱۳۹۱ و ۱۴۰۳) تأسیس و راه‌اندازی و بهره‌برداری از مراکز درمان و کاهش آسیب، مراکز درمان سرپایی اعتیاد باید علاوه بر توزیع محدود و قانونی برخی داروهای آگونیسست، به ارائه خدمات مشاوره‌ای و مددکاری اجتماعی، گروه درمانی، خانواده درمانی و ... نیز بپردازند. این درحالی است که در وضعیت کنونی، به نظر می‌رسد که برخی از این مراکز صرفاً به توزیع متادون و دیگر داروهای آگونیسست مورد تأیید متمرکز بوده و سایر اقدامات لازم در آنها چندان محلی از اعراب ندارد. درواقع، بررسی وضعیت کیفی مراکز نیازمند نظارت نظام‌مند و هوشمندی است که به صورت جاری صورت گرفته یا در طول سال چندین مرتبه تکرار شود؛ بازدید نظارتی سالیانه یا در نهایت شش‌ماهه از مراکز، کمک چندان به ارتقای کیفی آن و بهبود وضعیت خدمات ارائه شده به مراجعان نخواهد داشت.

■ **ضعف در اجرای شیوه‌نامه‌ها:** استانداردهای مربوط به زیرساخت‌های فیزیکی و نیروی انسانی مراکز به صورت کامل مورد اجرا واقع نشده و سازوکارهایی برای اعمال دقیق آنها پیش‌بینی نشده است. اگرچه برخی ذی‌نفعان بخش‌هایی از این استانداردها مانند سرانه فیزیکی بنا و ... را سخت‌گیرانه توصیف کرده و نسبت به ضرورت تعیین آنها نقد دارند، اما در هر صورت مراکز ارائه خدمات درمانی اساساً مبتنی بر پروتکل‌های خاصی راه‌اندازی شده و مورد نظارت و ارزیابی قرار می‌گیرند و نمی‌توان ضرورت احراز و کارکرد چنین استانداردهایی را مورد تردید قرار داد. در این زمینه، کارشناسان امر معتقدند که مشکل اصلی در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد، نداشتن سند، سیاست و برنامه نیست؛ بلکه نداشتن تعهد سیاسی به اجرا و استقرار اسناد و برنامه‌ها و ناپایداری و بی‌ثباتی رویکردی و عملکردی است.

■ **عدم اجرای ضوابط قانونی موجود:** اگرچه کارشناسان امر نقدهایی به رویکرد و عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر طی سال‌های اخیر وارد کرده‌اند، اما به نظر می‌رسد بخشی از وضعیت مربوط به مراکز درمان سرپایی اعتیاد ناشی از اقدامات

بالغ بر ۵۴۶۸ موافقت اصولی و ۱۸۴۴ پروانه بهره‌برداری برای مراکز جدید صادر شده است. اگرچه توقف صدور مجوزها طی سال‌های گذشته منجر به شکل‌گیری انواعی از زدوبندها و اقدامات مفسده‌آمیز در این حوزه شده بود، اما به نظر می‌رسد که این نوع از واگذاری مجوز با این سرعت و حجم انبوه طی مدتی کوتاه نیز آثار و پیامدهای گسترده‌ای در برداشته باشد. بخشی از این پیامدها بهره‌برداران مراکز را تحت تأثیر قرار داده و کم‌وکیف خدمات‌رسانی به آنها را تغییر می‌دهد، بخش مهم‌تر این موضوع نیز مراجعان و مددجویان را با چالش و سردرگمی مواجه خواهد کرد.

■ **بلا تکلیفی مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی:** بخش قابل توجهی از مراکز درمان سرپایی اعتیاد، طبق تبصره «۱» ماده (۲) آیین‌نامه اجرایی تبصره یک ماده (۱۵) قانون مبارزه با مواد مخدر، مجوز فعالیت خود را از سازمان بهزیستی دریافت کرده‌اند. این مراکز، طی توافق صورت گرفته بین سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، از ابتدای سال ۱۴۰۳ به این وزارتخانه منتقل شده و قرار بر این بوده است که طی بازه زمانی سه‌ساله شرایط خود را با استانداردهای دستورالعمل جدید ابلاغ شده (دستورالعمل مراکز درمان سرپایی (SUD) هماهنگ کنند. این وضعیت باعث شده که مراکز مذکور، طی ماه‌های اخیر بدون متولی مشخص بین بهزیستی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به حال خود رها شده و سازوکارهای مشخصی برای تعیین تکلیف یا نظارت بر آنها وجود نداشته است.

نشده، همچنان به قوت خود باقی است. برخی متخصصان و البته ذی‌نفعان، بیان می‌کنند که میزان داروهای غیرمجاز موجود در بازارهای غیررسمی بسیار بیش از آن چیزی است که ممکن است به صورت جزئی از مراکز نشت پیدا کند و ادعا می‌کنند که در این زمینه نشت به صورت سیستماتیک و انبوه توسط سایر اجزای شبکه تولید تا توزیع اتفاق می‌افتد. در هر صورت، ستاد مبارزه با مواد مخدر به‌عنوان متولی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان مجری، مکلف‌اند که در اسرع وقت سامانه‌های نظارتی پیش‌بینی شده را، ضمن توجه به مقوله رازداری و حفظ اسرار و هویت مراجعان، عملیاتی کرده و مورد بهره‌برداری قرار دهند. همچنین در این زمینه ادعا می‌شود که بخشی از توزیع داروهای غیرمجاز توسط عطاری‌ها صورت می‌گیرد، بر همین اساس لازم است که دستگاه‌های نظارتی مانند سازمان تعزیرات تدابیر دقیق‌تری برای نظارت بر این مراکز و مقابله با اقدامات احتمالی غیرقانونی صورت دهند.

■ **مجوزهای انبوه و گسترش شتابزده مراکز:** مراکز مربوط به حوزه درمان به‌طور عام و درمان اعتیاد به‌طور خاص ماهیتاً و از نظر کارکردی متفاوت از سایر کسب‌وکارها محسوب می‌شوند. بر همین اساس، لازم است که ترتیبات قانونی و سازوکارهای واگذاری مجوز، سرانه مراکز نسبت به جمعیت هدف و جمعیت کل و ... با ملاحظات خاص مربوط به موضوع مورد نظر تعیین گردد. طی سال‌های اخیر، مستند بر ماده (۱) قانون تسهیل صدور مجوزهای کسب‌وکار (۱۴۰۱)، وزارت اقتصاد اقدام به صدور انبوه مجوز برای مراکز درمان سرپایی اعتیاد کرده است؛ به‌صورتی که بنابر گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی ده‌ماهه نخست سال ۱۴۰۳



۷. جمع‌بندی و پیشنهادات



نشده و مورد بهره‌برداری قرار نگرفته است. از طرفی به نظر می‌رسد که نظارت‌های دوره‌ای و مرسوم نیز به میزان کافی انجام نگرفته یا کیفیت لازم را برای جلوگیری از انحراف در عملکرد برخی از مراکز نداشته است. ثالثاً هماهنگی نهادی و همکاری بین‌بخشی در زمینه ارتقای کم‌وکیف مراکز درمان و کاهش آسیب از جمله مراکز درمان سرپایی به میزان قابل قبول بین دستگاه‌های ذی‌ربط صورت نگرفته است. بخشی از این وضعیت ناشی از چالش‌های بنیادی نظام بوروکراتیک در ایران بوده، بخشی متأثر از نحوه سیاستگذاری و تنظیم‌گری نهادهای متولی مانند ستاد مبارزه با مواد مخدر است؛ و بخشی نیز ناشی از ابهامات یا خلأهای قانونی در زمینه بی‌توجهی به رویه‌های حقوقی توسط دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط و فقدان ضمانت اجرایی مشخص برای قوانین و آیین‌نامه‌ها یا سازوکارهای تنبیهی پیش‌گیرانه برای جلوگیری از قصور و تقصیرهای احتمالی است. در مجموع براساس بررسی صورت گرفته و چالش‌های شناسایی شده، پیشنهادهای ذیل به منظور ارتقای کیفی وضعیت مراکز درمان سرپایی اعتیاد در کشور قابل ارائه خواهد بود:

■ **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی** به‌عنوان دستگاه متولی و ناظر بر فعالیت مراکز درمان سرپایی اعتیاد، از طریق مرکز ملی مطالعات اعتیاد یا سایر نهادهای پژوهشی ذی‌ربط به ارزیابی عملکرد و اثربخشی مراکز درمان سرپایی و شناسایی چالش‌های موجود به‌صورتی نظام‌مند و در بازه‌های زمانی از پیش تعیین شده بپردازد. در واقع پایش و اعتباربخشی مراکز باید به‌عنوان یکی از تکالیف ضروری حوزه درمان و کاهش آسیب برای دستگاه‌های متولی تعریف شود؛ در این راستا می‌توان از تشکیل مرکز اعتبارسنجی مراکز درمان اعتیاد به منظور ارزیابی و رتبه‌بندی مراکز و انتشار گزارش‌های عمومی و شفاف؛ و تقویت جایگاه صنفی و حرفه‌ای در نظام سیاستگذاری، تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی سخن گفت.

■ **ستاد مبارزه با مواد مخدر** به‌عنوان نهاد سیاستگذار، ناظر و تنظیم‌گر در حوزه مبارزه با مواد مخدر و درمان و کاهش آسیب اعتیاد، به ارزیابی انواع مراکز حوزه درمان و کاهش آسیب

درمان، بهبودی، بازتوانی و کاهش آسیب اعتیاد از جمله ضروری‌ترین و درعین‌حال پیچیده‌ترین اقداماتی است که باید در حوزه حکمرانی اعتیاد به آن توجه ویژه شود؛ اما پیگیری مؤثر و کارکردی این اقدامات نیازمند در نظر گرفتن ملاحظات و جوانب فعالیت‌ها و شرایط ذی‌نفعان مختلف درگیر با این مقوله‌هاست. مراکز درمان سرپایی یکی از انواع روش‌ها و راهکارهای نظام سیاستگذاری برای مواجهه با مسئله اعتیاد و از جمله قدیمی‌ترین انواع مراکز حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران هستند که قدمتی بیش از دو دهه دارند. از طرفی این مراکز با عددی بالغ بر ۸ هزار مرکز، پرتعدادترین مراکز فعال در حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور محسوب می‌شوند. بر همین اساس، ارزیابی وضعیت این مراکز، اثربخشی آنها و چالش‌های مربوطه اقدامی ضروری در بهبود فضای درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور محسوب می‌شود. در واقع نهاد سیاستگذاری باید براساس نگاهی جامع و بلندمدت، وضعیت حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد و انواع مراکز تعریف شده در این بخش را رصد کرده و براساس نوعی نیازسنجی هوشمند و پویا به تنظیم‌گری بپردازد. در همین راستا در گزارش حاضر، مبتنی بر بند «ج» از ماده (۲) قانون شرح وظایف مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تلاش شد تا بخشی از چالش‌های مربوط به این مراکز مورد بررسی و شناسایی قرار گیرد.

بررسی وضعیت مراکز درمان سرپایی اعتیاد در کشور حاکی از آن است که اولاً مانند سایر روش‌های درمان و کاهش آسیب، تدبیر خاصی برای ارزیابی عملکرد و اثربخشی این مراکز پیش‌بینی نشده و هم‌اکنون نیز میزان این اثربخشی در هاله‌ای از ابهام قرار دارد. اگرچه مطالعات بین‌المللی و داخلی نشان داده است که این مراکز در کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد به مواد مخدر و کاهش نرخ جرم و برخی از بیماری‌های واگیردار تأثیرگذار بوده‌اند، اما تصویر دقیقی از هر یک از این آثار و نیز میزان ماندگاری در درمان یا قطع وابستگی به داروهای جایگزین در دسترس نیست. ثانیاً نظارت و پایش نظام‌مند و دقیقی بر عملکرد مراکز صورت نمی‌گیرد و زیرساخت‌های فنی و سامانه‌های لازم برای این امر همچنان به‌صورت کامل آماده

و ملاحظه خاصی درباره آن وجود نخواهد داشت. اما بخش دیگر که مربوط به اطلاعات و مشخصات مراجعه‌کنندگان به مراکز است باید با رعایت همه ملاحظات مربوط به رازداری و حفظ محرمانگی اجرا شده و در این زمینه هیچ‌گونه حساسیت و نگرانی برای دریافت‌کنندگان خدمات ایجاد نکند.

■ **بازنگری در فرایند مجوزدهی و گسترش بی‌قاعده مراکز درمان سرپایی اعتیاد در کشور امری ضروری است؛ در واقع الگوی صدور مجوز باید متناسب با پراکندگی جغرافیایی مراکز و مبتنی بر سرانه جمعیتی و میزان شیوع اعتیاد صورت گیرد و نه صرفاً براساس ملاحظات فنی و تجاری.** اگرچه سیاستگذار باید به‌گونه‌ای عمل کند که خواسته یا ناخواسته رانت یا انحصار ویژه‌ای برای برخی از افراد و گروه‌ها ایجاد نشود؛ اما از سوی دیگر، حتماً لازم است که تعیین میزان نیاز به چنین مراکزی و پراکندگی جغرافیایی آنها و ... مبتنی بر برخی استانداردها و سرانه‌ها انجام گرفته و از گسترش شتاب‌زده و بی‌قاعده آنها جلوگیری به عمل آید. در این زمینه، نهاد متولی مجوزها حتماً باید بین مجوز مراکز درمان اعتیاد با سایر کسب‌وکارها تمایزی ماهوی قائل شده، و برای همه این گونه‌ها نسخه‌ای واحد و راه‌حلی یکسان پیاده نکند.

■ **مراکز درمان سرپایی که طی سال‌های گذشته مجوز فعالیت خود را از سازمان بهزیستی دریافت کرده‌اند، باید هرچه سریع‌تر تعیین تکلیف شده و ضمن تلاش برای ادامه فعالیت قانون‌مند آنها، استانداردهای لازم نیز در رابطه با آنها احراز گردد.** در این زمینه، باید به‌گونه‌ای تدبیر شود که مراجعه‌کنندگان مراکز دچار هیچ‌گونه آسیب یا سردرگمی نشده و نسبت به پیگیری فرایند درمان خود دچار مشکل نشوند. از سوی دیگر، سازوکارهای نظارت بر فعالیت این مراکز، طی دوره انتقال به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید هرچه سریع‌تر تعیین شده و روال کار به‌صورت عادی جریان یابد.

■ **به ادعان کارشناسان امر، تنوع روش‌ها و رویکردهای درمان اعتیاد در کشور رو به تزاید بوده و این موضوع به عنوان یک فرصت تلقی می‌شود؛ به منظور افزایش اثربخشی این رویکرد لازم است که شیوه‌نامه‌ها و ترتیبات حقوقی مربوطه نیز مورد بازنگری یا تدوین قرار گیرد.** به عنوان مثال پروتکل‌های مربوط

پرداخته، مبتنی بر برنامه‌های کلان و چشم‌اندازی بلندمدت و براساس واقعیت میدان درمان اعتیاد و نیازمندی‌های آن به تقویت یا تعدیل روش‌ها و رویکردهای درمانی موجود، از جمله رویکرد درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست، اقدام کند. در این زمینه می‌توان از طراحی و استقرار نظام جامع ارزیابی اثربخشی مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد سخن گفت؛ این نظام می‌تواند شامل شاخص‌های اثربخشی ساختاری، فرایندی و پیامدی، نرخ ماندگاری در درمان، میزان رضایت مراجعه‌کنندگان، کاهش رفتارهای پرخطر، بازتوانی اجتماعی و کاهش عود باشد.

■ **لایحه مبارزه با مواد مخدر که هم‌اکنون در کمیسیون قضایی و حقوقی مجلس شورای اسلامی اعلام وصول شده و در دستور کار قرار دارد، فرصتی مناسب برای افق‌گشایی در مواجهه با پدیده اعتیاد، بازآرایی ترتیبات حقوقی حوزه درمان و کاهش آسیب اعتیاد و تمهید سازوکارهایی برای ارتقای نظارت‌های مؤثر بر عملکرد دستگاه‌های ذی‌ربط و زمینه‌سازی برای افزایش اثربخشی حکمرانی اعتیاد در کشور است.** لازم است که در جریان بررسی این لایحه، در قالب کمیته‌های تخصصی و با مشارکت همه ذی‌نفعان بدون شتاب‌زدگی و تعجیل به احکام سیاستی مورد اجماعی در زمینه مقوله پیشگیری، درمان و کاهش آسیب دست یافت.

■ **سامانه‌هایی که اطلاعات و داده‌های مراکز درمان سرپایی و مراجعان آنها را ثبت می‌کنند، باید هرچه سریع‌تر به بهره‌برداری رسیده و امکان نظارت هوشمند بر این مراکز و وضعیت آنها را فراهم کند.** در این زمینه، پیشرفت‌های ایجاد شده در حوزه فناوری‌های نوین و ابزارهای هوش مصنوعی هم می‌تواند بسیار مورد استفاده واقع شود. در همین راستا می‌توان از پیشنهادهایی مانند ایجاد سامانه ملی رصد و هشدار برخط درمان برای تجمع داده‌ها و هشدار زودهنگام، ایجاد پنل هوشمند نظارت لحظه‌ای، استفاده از چت‌بات‌های بالینی برای پیگیری درمان، آموزش و پایش بازگشت به مصرف، الگوریتم‌های پیش‌بینی عود با استفاده از یادگیری ماشین و ... نام برد. قاعدتاً بخش مهمی از این داده‌های ثبت شده در این سامانه‌ها مربوط به وضعیت فیزیکی و نیروی انسانی مراکز بوده



و عملکرد اعضای این ستاد پرداخته و در چارچوب تکالیف تقنینی و نظارتی خود در راستای بهبود عملکرد و افزایش اثربخشی آن‌ها اقدام کنند. در این زمینه، دستگاه‌های ذی‌ربط مانند سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان فنی و حرفه‌ای و ... نیز مکلف به تمکین نسبت به رویه‌های حقوقی موجود و هماهنگی لازم با ستاد مبارزه با مواد مخدر هستند. در این راستا لازم است که دستگاه‌های نظارتی به‌صورتی مؤثر ورود کرده و از طریق تعیین سازوکارهای پیش‌گیرانه و ضمانت‌های اجرایی مؤثر، زمینه هماهنگی ساختاری و نهادی کافی در حوزه درمان و کاهش آسیب را در کوتاه‌ترین زمان ممکن فراهم کنند.

■ **ستاد مبارزه با مواد مخدر** با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌های ذی‌ربط سازوکارها و سامانه‌های لازم برای افزایش نظارت اثربخش بر فرایند تولید و پخش داروهای آگونیست در کشور و عملکرد مراکز درمان سرپایی اعتیاد و نحوه توزیع داروهای آگونیست در آنها را تدبیر کرده و زمینه مقابله با نشت دارو را بیش‌ازپیش فراهم کند. در این راستا بایستی اقدامات لازم برای ردیابی دیجیتال و هوشمند زنجیره تولید تا توزیع داروهای آگونیست با هدف صیانت از این داروها پیگیری شود.

■ **احیا یا تقویت رویکرد اجتماعی** در درمان و کاهش آسیب اعتیاد امری ضروری است که باید توسط همه دستگاه‌های ذی‌ربط بیش از پیش در دستور کار قرار گیرد؛ در این زمینه می‌توان از لزوم تدوین سیاست‌هایی الزام‌آور برای مداخله روانی-اجتماعی جامع در کنار درمان دارویی و نیز توسعه الگوی درمان مشارکتی اجتماع‌محور با مشارکت بهبودیافتگان، خانواده‌ها و نهادهای محلی و مردم‌نهاد در مراکز سخن گفت. همچنین لازم است که تمهیدات لازم برای حضور و عملکرد واقعی تیم درمان در مراکز فراهم شده و نظارت جدی‌تری بر ارائه با کیفیت درمان‌های غیردارویی صورت گیرد.

به درمان با داروهای آگونیست، از جمله بوپرنورفین و نتنور اپیوم و... هرچه سریع‌تر توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌روزرسانی شده و برای اجرا در دسترس مراکز قرار گیرد.

■ مبتنی بر نظرات برخی از کارشناسان امر، دستورالعمل تأسیس و راه‌اندازی و بهره‌برداری از مراکز درمان سرپایی اختلالات مصرف مواد (SUD) نیازمند ویرایش و اصلاح است. در بخش‌هایی از این دستورالعمل به‌جای واژه دستورالعمل به‌اشتباه از لفظ آیین‌نامه استفاده شده که به‌نوعی نشان‌دهنده دقت ناکافی در تصحیح متن نهایی بوده و نیازمند اصلاح و ویرایش است. از نظر محتوایی نیز، اجازه دادن به داروخانه‌ها برای توزیع مستقیم داروهای آگونیست به مراجعه‌کنندگان آن هم خارج از فرایند درمان و چارچوب‌های آن می‌تواند پیامدها و آثار مختلفی بر میزان مصرف این‌گونه مواد و نتایج حاصل از آن داشته باشد؛ لذا به‌نظر می‌رسد این بخش نیازمند بررسی دقیق‌تر، اصلاح و بازنگری محتوایی است.

■ **درمان نگهدارنده** با داروهای آگونیست فرایندی میان‌مدت، چندبندی، حساس و با ملاحظات ویژه است. بر همین اساس، به‌نظر می‌رسد که توزیع مستقیم داروهای آگونیست در داروخانه‌ها به افراد متقاضی و خارج از فرایندهای پیش‌بینی شده در مراکز، اساساً موضوع درمان و کاهش آسیب را از دسترس خارج کرده، می‌تواند آثار و تبعات ناخواسته‌ای به‌بار آورد. در این زمینه، موضوع واسطه‌گری برخی داروخانه‌های منتخب برای توزیع دارو به مراکز درمان سرپایی، مقوله‌ای مجزا و متفاوت است که به‌اندازه حالت نخست حساسیت‌زا نبوده، اما اجرای آن نیازمند بررسی بیشتر جوانب موضوع و ارزیابی هزینه-فایده مربوط به آن است.

■ مبتنی بر **تکالیف تعیین شده** برای ستاد مبارزه با مواد مخدر و سایر دستگاه‌های ذی‌ربط، لازم است نهادهای نظارتی مانند کمیسیون‌های تخصصی مجلس شورای اسلامی به ارزیابی اقدامات

جدول ۳. پیشنهاد سیاستی

ردیف	نوع توصیه		توصیه سیاستی	الزامات و قیود اجرایی	دستگاه متولی	دستگاه معین	زمان بندی اجرا (کوتاه مدت، میان مدت، بلند مدت)
	اصلاح	تداوم					
۱	*		بازنگری دستورالعمل‌ها و پروتکل‌ها		ستاد مبارزه با مواد مخدر	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	کوتاه مدت
۲	*		آماده‌سازی و بهره‌برداری از سامانه‌های هوشمند ثبت و پایش داده‌ها و اطلاعات مراکز درمان سرپایی اعتیاد		ستاد مبارزه با مواد مخدر	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	میان مدت
۳	*		ویرایش و تکمیل مفاد حوزه درمان و کاهش آسیب در لایحه اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر		کمیسیون قضایی-حقوقی مجلس		کوتاه مدت

منابع و مأخذ



- [۱]. گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۴۰۳.
- [۲]. مکرری، آذرخش و نوروزی، علیرضا (۱۳۹۳). پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با متادون، اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
- [۳]. گنجی، مرتضی (۱۴۰۳). ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، مسلسل: ۲۰۲۹۸.
- [۴]. کرمانی، محسن و باحشمت جویباری، شهاب (۱۴۰۱). ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد، دفتر مطالعات اجتماعی، مسلسل: ۱۸۶۷۲.
- [5]. Fullerton CA, Kim M, Thomas CP, Lyman DR, Montejano LB, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, Delphin-Rittmon ME. Medication-assisted treatment with methadone: assessing the evidence. *Psychiatr Serv.* 2014 Feb 1;65(2):146-57. doi: 10.1176/appi.ps.201300235. PMID: 24248468.
- [6]. Effectiveness of Methadone Maintenance Therapy and Improvement in Quality of Life Following a Decade of Implementation, *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 69, October 2016, Pages 50-56- Joni Teoh Bing Fei. a, Anne Yee. Mohamad Hussain Bin Habil. M.P.M. b, Mahmoud Danaee
- [7]. Khalid K, Ooi YT, Abdul Rashid Q, Mohammad Yusoff MZA, Jamaluddin R. Methadone Maintenance Treatment for Opioid Dependents: a Retrospective Study. *East Asian Arch Psychiatry.* 2022 Sep;32(3):47-50. doi: 10.12809/eaap2214. PMID: 36172721.
- [۸]. روشن‌پژوه، محسن. (۱۳۹۲). سند جامع درمان و حمایت‌های اجتماعی اعتیاد کشور. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر، ص ۸۱.

گزیده سیاستی

مرکز درمان سرپایی به‌عنوان یکی از پرسابقه‌ترین روش‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در ایران با چالش‌های مختلفی مواجه هستند؛ ارتقای عملکرد و اثربخشی این مراکز نیازمند بازنگری در دستور العمل، هوشمندسازی نظارت، ارزیابی منظم اثربخشی و افزایش هماهنگی نهادی است.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc.majles.ir