نظامی برای پایش و ارزشیابی مراکز درمان سوء مصرف مواد مخدر

بهزاد دماری[1*]، فیروزه جعفری[2]، فاطمه حاج نقی زاده[1]، علی نیک فرجام[3]، عباسعلی ناصحی[3]، محمد باقر صابری زفرقندی[4]، محمد علی ادیب فر[2]

۱. دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، تهران، ایران
۲. اداره پیشگیری از سوء مصرف مواد و الکل، معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
۳. دفتر سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد و الکل، معاونت بهداشت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
۴. مدیریت درمان، ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران، ایران

فصلنامه پایش
سال سیزدهم شماره ششم آذر ـ دی ۱۳۹۳ صص ۶۷۵-۶۶۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۱۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۹ آبان ۹۳]

چکیده

این مطالعه توصیفی و تحلیلی است. برای گردآوری اطلاعات از روش‌های مصاحبه با خبرگان منتخب، تکمیل پرسشنامه کتبی توسط کارشناسان ستادی و دانشگاهی درمان اعتیاد و همچنین مصاحبه با مسئولان فنی ۳۰۰ مرکز نمونه‌گیری شده از ۳۱ استان و مرور اسناد استفاده شده است. بر اساس داده‌های به دست آمده «اصول راهنما» برای طراحی نظام پایش و ارزشیابی تعیین شده و پس از کمیته راهبری (ذینفعان) نظام مورد هدف این مطالعه در قالب «شیوه نامه و فهرست بازبینی» پایش و ارزشیابی مراکز طراحی شده است.
نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌داد که علاوه بر دیدگاه‌های خبرگان، کارشناسان ستادی و دانشگاهی که نظام پایش و ارزشیابی فعلی را غیرجامع و نیازمند ارتقا می‌دانستند هفتاد درصد مدیران مراکز از روش پایش و ارزشیابی فعلی مراکز رضایت متوسط و یا نارضایتی داشتند. نقاط تمرکز ارتقای وضعیت فعلی در بهبود هماهنگی افقی و عمودی نظارت در سطوح ملی، استانی و منطقه‌ای، داشتن ساختار، تغییر نگاه و توانمندی مدیران و ارایه‌کنندگان خدمات درمان در به کارگیری روش‌های استاندارد درمان‌های دارویی توام با درمان‌های غیردارویی، تغییر رویکرد ارزشیابی مراکز از درون داده‌ها به نتیجه‌گرایی درمان، ظرفیت‌سازی در ارزشیابان، ارتقای مسئولیت‌پذیری در مدیران و ارایه‌کنندگان خدمات، سطح‌بندی و تشویق مراکز بود. ویژگی‌های نظام تدوین شده در قالب شیوه‌نامه و فهرست بازبینی عبارت است از شفاف بودن وظایف در سطوح ملی، استانی، ارزشیابی تیمی، شیوه کاربست نتایج ارزشیابی، زمان بندی سالانه ارزشیابی و ارتباطات افقی و عمودی، سطح‌بندی مراکز در قالب چراغ راهنما شامل مراکز سبز (رعایت بیش از ۸۰ درصد الزامات)، زرد (رعایت ۶۰ تا ۸۰ درصد) و قرمز (زیر ۶۰ درصد)، مشخص کردن منابع لازم و مشخص شدن ۱۰۰ متغیر پایش. استقرار شیوه‌نامه و فهرست بازبینی پس از تصویب و ابلاغ کمیته نظارت بر درمان ستادمبارزه‌با موادمخدر ممکن می‌شود. پایلوت فهرست بازبینی در چند مرکز به تکمیل یا تصحیح آن کمک کرده و ابلاغ همزمان شیوه‌نامه و فهرست بازبینی با فرصتی یک ساله امکان تطبیق مراکز با شرایط جدید را فراهم می‌کند. آموزش همزمان کمیته‌های نظارت بر درمان استان‌ها و ارزشیابان، تکمیل نرم‌افزار ثبت خدمات سوء مصرف مواد با استفاده از نتایج این مطالعه، طراحی و اجرای ماژول آموزشی ویژه درمان‌های غیردارویی برای ارایه‌کنندگان خدمات به استقرار هر چه بهتر نظام پایش و ارزشیابی کمک می‌نماید.

کلیدواژه‌ها: پایش و ارزشیابی، مراکز درمان سوء مصرف موادمخدر، آئین‌نامه

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ایتالیا، پلاک ۷۸، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
تلفن: ۸۸۹۹۱۱۰۷
E-mail: Bdamari@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.3.9]

مقدمه

طبق تعریف جمع‌آوری نظام‌مند اطلاعات در باره فعالیت‌ها، مشخصات و دستاوردهای یک برنامه برای قضاوت درمورد برنامه و بهبود اثربخشی برنامه و مطلع‌کردن سیاست‌گذار برای تصمیم‌های آینده ارزشیابی نامیده می‌شود. در ارزشیابی برنامه‌های سلامت به تعاریف پروژه، درون داد، فعالیت، برون ده، دستاورد و اثر نهایی (زنجیره نتایج) باید دقت کرد. ارزشیابی با پایش، برنامه‌ریزی، بودجه‌ریزی، سنجش عملکرد، مراقبت و تحقیق فرق دارد. ارزشیابی (Evaluation) روشی برای تحلیل وضعیت موجود سازمان یا سیستم و شناخت دقیق و ارزش‌گذاری عملکرد آن بر مبنای اهداف و منابع مصرف شده است. ارزشیابی، یک راه منظم برای آموختن تجارب و به کارگیری این آموخته‌ها در استفاده بهینه از منابع موجود، بهبود فعالیت‌های جاری و ارتقای بهتر برنامه ریزی به وسیله انتخاب دقیق از بین موقعیت‌ها را ارایه می‌دهد. حفاظت از منابع، افزایش منابع مرتبط به برنامه، جشن موفقیت‌ها، بهبود برنامه و پاسخگویی به حامیان و مردم از جمله دلایل ارزشیابی است. معیارهایی که در ارزشیابی مورد سنجش قرار می‌گیرند شامل: مرتبط بودن، متناسب بودن، پایداری، کارآیی، اثربخشی و اثرات نهایی هستند[۱]. ارزشیابی فرآیند سلسله اقدامات رسمی به منظور «قضاوت ارزشی» درباره عملکرد سازمان در یک مقطع یا فاصله زمانی است که تکرار می‌گردد. وجه تمایز خصوصیت ارزشیابی از ارزیابی را می‌توان قضاوت ارزشی دانست. ارزیابی تعیین قانونمند و رسمی میزان اثربخشی، کارآیی و مقبولیت یک عمل برنامه‌ریزی شده در انجام اهدافی معین است. به عبارتی استقرار فرآیندی به منظور به دست آوردن اطلاعات مناسب و لازم از یک سازمان و مقایسه آنها با استاندارد یا معیار از پیش تعیین‌شده که موکول به گذشته یا حال است، اما تأثیرات آن درابعاد کارآیی و اثربخشی به آینده باز می‌گردد[۲]. کیفیت شایستگی و کمال مطلوب هر چیزی یا فعالیتی یا کالا یا خدمات ارائه شده متناسب با نیازها و انتظارات مشتری[۳]. انستیتوی پزشکی آمریکا نیز در سال ۱۹۹۰ کیفیت را اینگونه تبیین می‌کند: «سطحی از خدمات سلامت ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج سلامتی مطلوب را افزایش دهد و مطابق دانش حرفه ای روز باشد».

کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان های سلامت (JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) در سال ۱۹۹۰ این ابعاد را برای کیفیت (عملکرد) تأیید کرده است: مناسب بودن خدمت مطابق با نیاز بالینی بیمار، دسترسی به خدمت، تداوم خدمت، به موقع بودن خدمت، ارائه بدون خطا، کارآمدی خدمت، کارایی/هزینه اثربخشی، احترام و توجه به بیمار و ایمنی محیط ارائه خدمت[۳]. حاکمیت بالینی (Clinical Governance) براساس تعریف نظام ملی سلامت بریتانیا حاکمیت بالینی چنین است: چارچوبی که سازمان های ارائه خدمات سلامت را در برابر بهبود مستمر کیفیت خدمات و حفظ بالاترین درجه از استانداردها، در محیطی متعالی، پاسخگو می‌سازد [۴]. اعتبار بخشی (Accreditation) تعیین درجه سازمان ارائه کننده خدمات سلامت بوسیله سازمان ممیزی رسمی و معتبری که دارای قابلیت انطباق با استانداردهای روز را داشته باشد[۲]. تعیین اعتبار، فرآیندی است که در آن مطابقت فعالیت‌های سازمان از نظر کمی وکیفی با استانداردهای مشخص صورت می‌گیرد[۳]. اعتبار بخشی معمولاً توسط تیم چند تخصصی و براساس استانداردهای مشخص و منتشر شده انجام می‌شود. این استانداردها در هر کشوری به تناسب شرایط خاص اولویت‌های آن تنظیم می‌شوند ولی روند غالبی به سمت استفاده از استانداردهای یکنواخت وجود دارد. یک اقدام در تقویت این یکنواخت سازی نشستی بود که در ایتالیا در سال ۱۹۹۴ برگزار شد که در آن ۱۷ برنامه اعتباربخشی از کشورهای مختلف، تجربیات خود را با یکدیگر در میان گذاشتند [۵]. از سویی دیگر چهار استاندارد برای ارزشیابی برنامه‌ها وجود دارد[۶]:

- استانداردهای کاربست (نیازهای اطلاعاتی حاصل از ارزشیابی نیازهای کاربران را تامین و آنها را راضی می‌کند)
- استانداردهای امکان پذیری (ارزشیابی ممکن است)
- استانداردهای تناسب (تأکید بر اخلاقی بودن)
- دقت (صحیح بودن روش و داده های جمع آوری شده)

مراحل شش گانه ارزشیابی برنامه ها عبارت است از ایجاد تیم ارزشیابی، توصیف برنامه، طراحی روش، جمع آوری داده‌های معتبر، تحلیل و قضاوت و به کار گیری نتایج (حمایت طلبی) [۶]. رویکردهای متفاوت در ارزشیابی و مدیریت کیفیت در نظام سلامت وجود دارد. مجوزدهی (Licensure) فرآیندی است که طی آن یک مرجع دولتی، اجازه عملکرد یا اشتغال در یک حرفه یا شغل را به سازمان یا فردی اعطا می‌نماید. قوانین اعطای مجوز عموما برای تضمین ارائه حداقل استانداردها جهت تامین سلامت و ایمنی عمومی به نهادها به وجود آمده است[۷]. دادن گواهینامه: فرآیندی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.3.9]

است که طی آن نهادی مختار، چه دولتی و چه غیردولتی، دستیابی فرد یا سازمان به معیارهای یا الزامات از پیش تعیین شده را بررسی و ارزیابی می نماید، واژه اعتباربخشی تنها برای سازمان ها به کار می‌رود، در حالی که گواهینامه شامل افراد نیز می‌شود[۲]. در مطالعه‌ای که به وسیله نابیتز و همکاران در سال ۲۰۰۶ صورت گرفت، بازطراحی فرآیند درمان که با الگوی تعالی سازمانی صورت گرفته بود، با ۹ عامل ارزشیابی شد؛ رهبری، فرآیندها، منابع و مشارکت‌ها، مردم، نتایج مشتری‌ها و بیماران، نتایج و اثرات در جامعه، نتایج و اثرات اقدامات و عملکردهای کلیدی، اثرات عمومی و مردمی، سیاست‌ها و راهبردها[۸]. همفری و مک لان در سال ۲۰۱۱ در مطالعه‌ای با عنوان «مروری سیاست محور بر راهبردهای ارتقای نتایج خدمات ارائه شده به بیماران مبتلا به آسیب استفاده از موادمخدر» به بررسی سیاست‌های عمومی و اسناد علمی مربوط به ارتقای خدمات ارائه شده برای درمان سوء مصرف مواد در دو کشور انگلیس و ایالات متحده آمریکا پرداختند. راهبردها به دو دسته متمرکز بر فرآیند (که برای ارتقای برخی ابعاد درمان تلاش می‌کرد) و متمرکز بر بیمار (که مبتنی بر پی گیری نتایج به صورت مستقیم بود) پرداختند. راهبردهای متمرکز بر فرآیند شامل: افزایش عواملی که برای اعتبار بخشی برای مراکز درمانی نیاز است، افزایش اندازه گیری و ارزشیابی اقدامات بالینی مبتنی بر شواهد، ارتقای ظرفیت های مدیریتی و اقدامات کسب و کاری، ادغام اطلاعات سوء مصرف مواد در شبکه ی بالادستی آسیب ها. راهبرد های مبتنی بر بیمار عبارتند از: تشویق ارائه دهندگان برای ارتقای نتایج بعد از درمان، در حین درمان و به دست آوردن نتایج خاص[۹]. کاشیولا و همکاران در مقاله‌ای با عنوان ایجاد و ارزشیابی درونی، ابزاری ۱۷ عاملی را که در بردارنده رفتارهای مرتبط به سوء مصرف مواد بود، جهت حمایت از مراقبت قابل اندازه‌گیری و ارزیابی نتایج و اثرات، آزمودند. این مطالعه دو مرحله داشت، مرحله اول ایجاد ابزار و مرحله دوم بررسی درونی برای ویژگی‌های روانسنجی. مشارکت کنندگان شامل ۱۷۵ نفرکه به درمان سوء مصرف وارد شده بودند. در تحلیل عاملی مشخص شد سه عامل کلیدی نگهداری بهبودی، مشکلات جسمی و روانی، خطرات و استفاده از مواد مخدر در ارزشیابی یک برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد تأثیرگذارند[۱۰]. سیمپسون در مقاله ای با عنوان «چارچوبی مفهومی برای فرایندها و نتایج درمان سوء مصرف مواد» با استفاده از شواهدی که از ارزشیابی‌های درمان و مطالعات ملی و در وسعت زیاد در مورد اثربخشی درمان‌ها، الگویی درمانی را ارائه کرده که به طور خلاصه بیان می‌کند چطور برنامه‌های مختلف اثربخش و مفید خواهند بود. روابط منطقی میان بیمار و هر آنچه منسوب به برنامه های درمان است، درگیری زود هنگام بیمار با برنامه، مراحل بهبودی، ماندگاری در درمان و نتایج مطلوب در کنار مداخلات آموزش مهارت های رفتاری و شناختی برای ارتقای برخی مراحل بهبود و درمان بیمار اثربخش خواهد بود. به کار بردن این الگوی درمان برای گنجاندن نوآوری های دانش محور درون اقدامات بالینی با هدف افزایش ماندگاری و درگیری زود هنگام بیمار، ارزیابی عملکرد در فرایندها، رصد برنامه و مدیریت مفید است[۱۱]. در حال حاضر، با وجود تعداد ۲۵۰۰ مرکز درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد مخدر، وجود آئین نامه ها، پروتکل‌ها، چک لیست‌ها و فرم‌های متعدد [آئین نامه‌های تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب، دستورالعمل تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز اقامتی درمان اجباری، مراکز بهبودی اقامتی مصرف‌کنندگان مواد، مرکز اقامتی خودیاری گروه‌های همتا (مراکز بهبودی اقامتی میان مدت)، راهنمای (پروتکل) مراقبت‌های درمانی در مراکز درمان اجباری، پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست، از قبیل چک لیست نظارت بر مراکز درمان سوء مصرف مواد و واحدهای نگهدارنده با متادون، فرم گزارش آمار واحدهای MMT فعال واقع در حوزه ی نظارتی دانشگاه‌های علوم پزشکی، فرم گزارش فعالیت های برنامه خدمات پیشگیری و درمان سوء مصرف و وابستگی مواد در نظام شبکه، چک لیست نظارت مرکزگذری (DIC)]، نظام مدونی برای پایش عملکرد مراکز در سطح استانی وجود ندارد. و پایش این مراکز به صورت موردی توسط دانشگاه‌ها صورت می‌گیرد، و به تبع آن حوزه ستادی نیز در تصمیم گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های مراکز مربوطه با کمبود داده و اطلاعات به روز مواجه است، لذا لازم است نظام پایش و ارزشیابی مراکز MMT طراحی شود.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی و تحلیلی بود. برای گردآوری اطلاعات از روش های کیفی و کمی زیر استفاده شده است:

۱- مصاحبه ساختارمند با خبرگان منتخب: از همان ابتدا ۵ نفر از خبرگان این حوزه با معیارهای علاقمندی به موضوع (داشتن تحقیق یا آموزش در این زمینه)، داشتن وقت کافی برای مصاحبه و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.3.9]

نداشتن تضاد منافع (در این مورد نداشتن مرکز درمان سوء مصرف مواد) انتخاب شدند. مصاحبه با این افراد پس از گرفتن وقت به صورت حضوری انجام شده و کل مصاحبه ضبط شده و نکات اصلی سوالات یادداشت‌برداری شد. پس از مرور مصاحبه ضبط شده پاسخ ها تکمیل و در قالب سوالات پرسشنامه مصاحبه دسته‌بندی شده است. نتیجه این مصاحبه ها در نهایت با توجه به روش تحلیل مثلثی در سه بخش قانونی سیاستی، ساختاری عملیاتی و فرهنگی رفتاری تحلیل شده است.

۲- تکمیل پرسشنامه کتبی توسط کارشناسان ستادی و دانشگاهی: کارشناسان ستادی و دانشگاهی منتخب هر کدام در نشستی جداگانه در مورد ضرورت، اهداف و روش طراحی نظام پایش و ارزشیابی مراکز توجیه شده و پس از توضیح در مورد سوالات، پاسخ آنها به صورت تکمیل پرسشنامه کتبی جمع آوری شده است. پاسخ‌ها به روش مثلثی تحلیل شده است. در این روش، عوامل مسبب و راهکارهای رفع مشکل در سه دسته علل و راهبردهای کلان (سیاستی قانونی)، میانی (ساختاری و عملیاتی) و خرد (رفتاری و فرهنگی) دسته بندی و تحلیل می‌شود[۱۳].

۳- مصاحبه با مسئولان فنی مراکز: از ۲۵۶۳ مرکز خصوصی و ۲۰۳ مرکز دولتی درمان سوء مصرف مواد مخدر (با روش آگونیست) با استفاده از فرمول کوکران ۳۰۰ مرکز در ۴۴ دانشگاه علوم پزشکی به عنوان حجم نمونه انتخاب و پرسشگری انجام شد.

چهارده سوال شامل مشکلات اصلی مدیریت مراکز، رضایت از روش پایش و ارزشیابی دانشگاه علوم پزشکی و سازمان بهزیستی، روش مناسب پایش و ارزشیابی، امکان نظارت صنفی، مصادیق رفتارهای آسیب زننده به اعتبار مراکز از سوی همتایان، شاخص های رتبه بندی مراکز، وضعیت درمان غیرداوریی، راهکارهای تشویق و جریمه، روش ثبت آمار و اطلاعات، راهکارهای افزایش مانایی افراد تحت پوشش و وضعیت پراکندگی مراکز در شهر بود.

۳- مرور اسناد: هدف از مرور اسناد، تعیین روش‌ها و قالب‌های پایش و ارزشیابی قبلی و مصوبات مرتبط کشوری است.

بر اساس تحلیل داده های به دست آمده «اصول راهنمایی» برای طراحی نظام پایش و ارزشیابی تعیین شده و پس از تأیید کمیته راهبری (متشکل از ذی نفعان اصلی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی، ستاد مبارزه با مواد مخدر)، نظام مورد هدف این مطالعه در قالب «شیوه نامه و فهرست بازبینی» پایش و ارزشیابی مرکز درمان سوء مصرف مواد (با تأکید بر مراکز درمان آگونیست) تدوین شده است. در طراحی نظام مورد نظر، پنج جزء اصلی یک سیستم شامل اهداف، ساختار، فرایند، روال و استاندارد، شیوه مدیریت و منابع مد نظر بوده است. بخش استانداردهای این سیستم، در قالب فهرست بازبینی (چک لیست) طراحی شده است.

سوالات مصاحبه و نظرخواهی از خبرگان و کارشناسان ستادی و استانی درمان اعتیاد

۱- در حال حاضر سه مشکل اصلی پایش و ارزشیابی این مراکز در استان چیست؟
۲- چه راهکارهایی برای ارتقای وضعیت پایش و ارزشیابی مراکز پیشنهاد می شود؟
۳- الزامات استقرار این راهکارها در سطح استانی چیست؟
۴- شاخص های پیشنهادی شما برای پایش و ارزشیابی این مراکز کدام است؟
۵- آیا با سطح بندی مراکز فوق موافق هستید:
درصورت موافقت چه پیشنهادی برای سطح‌بندی دارید؟
در صورت مخالفت دلایل شما چیست ؟

یافته‌ها

هفتاد درصد از مدیران مراکز نمونه‌گیری شده از روش پایش و ارزشیابی فعلی مراکز رضایت متوسط و یا نارضایتی داشتند، در مجموع، داده‌های جمع‌آوری شده از خبرگان، کارشناسان ستادی و استان، مرور اسناد و مسئولان مراکز فنی در ۳۱ استان کشور در پنج بخش به شرح زیر جمع بندی شده است. بخش اول) چالش های اصلی پایش و ارزشیابی مراکز درمان سوء مصرف موادمخدر در سه دسته علل و راهبردهای کلان (سیاستی قانونی)، میانی (ساختاری و عملیاتی) و خرد (رفتاری و فرهنگی) به شرح زیر است: ناهماهنگی بین مراجع تصمیم‌گیری و اجرایی مرتبط به مراکز درمان اعتیاد وجود دارد که بدون توجه به ظرفیت و ساختار مراکز سیاست‌ها را تغییر می‌دهند. متولی واحدی برای ارزشیابی دیده نمی‌شود و حتی برای مراکز انجام دهنده پایش بی‌برنامگی چیره شده است. نبود سیاست‌های مشخص باعث تعدد و ازدیاد قارچی مراکز شده و به طور خلاصه نبود ابزار ملی جامع و یکپارچه ارزشیابی، از جمله علل کلان (قانونی سیاستی) است. علل میانی (ساختاری و عملیاتی) متعددی برای پایش و ارزشیابی مراکز از دیدگاه پاسخ دهندگان وجود دارد. توجه صرف به مستندات و عدم توجه به عملکرد واقعی مراکز و مشکلات بیمار، یکی از دلایل است. ارزشیابی براساس اهداف درمانی مراکز انجام نمی‌شود و پروتکل بومی نیست و گاهی سخت‌گیرانه است که زمینه ساز بسیاری از تخلفات از قوانین است. ساختار مشخص برای اعتیاد در وزارت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.3.9]

بهداشت و دانشگاه‌ها وجود ندارد و اولین پیامد آن نداشتن برنامه عملیاتی و مشخص در فرآیند ارزشیابی است، و بی‌ثباتی مدیران و کارکنان، این وضعیت را بدتر می کند. انجام ارزشیابی به صورت کاملاً مکانیکی و الکترونیکی نبودن آن چالش است. در ارزشیابی، به کیفیت ارائه خدمات و همچنین وضعیت ارائه خدمات روانی ـ اجتماعی و خدمات غیر دارویی توجه نمی‌شود. بازدید با فواصل زمانی زیاد از دیگر مشکلات است، ارزشیابی در مقاطع متناوب انجام شده و به صورت تصادفی نیست و ارزیابی سلیقه‌ای است. در نظر نگرفتن حقوق و مزایا برای ارزیابان، نبود سیستم ارزیابی جامع و با برنامه، کمبود یا بی ثباتی کارکنان بخش کارشناسی در حوزه نظارت و حوزه ستادی، همگی موجب کاهش رضایت شغلی ناظران است. رفتارهایی آسیب زننده به اعتبار مراکز درمانی از دیگر چالش‌های پایش و ارزشیابی است. قانون گریزی در درمان، برخورد نامناسب ناظران، بدگویی از مراکز دیگر در حضور بیمار و فروش غیر قانونی دارو در بازار آزاد فهرستی از این علل هستند. موازی کاری نیروهای انتظامی و دید مجرمانه به معتاد این وضعیت را بدتر می‌کند. ناآگاهی گیرنده خدمات از حقوق خود و در نتیجه پذیرفتن هرگونه خدمات با هر کیفیتی در این دسته از چالش‌ها قرار می‌گیرد. ارزیابی ناعادلانه در مورد مراکز مختلف (چشم پوشی از تخلف پارتی‌دارها)، ارزشیابی مراکز وابسته به افراد با مشاغل دولتی به صورت سوگیرانه از جمله علل خرد (فرهنگی رفتاری) است.

بخش دوم) راهکارها و الزامات پیشنهادی در طراحی الگوی پایش و ارزشیابی: راهبردهای و شیوه‌های ارتقایی مختلفی برای لحاظ کردن در الگوی پایش و ارزشیابی جمع بندی شد. یکپارچه سازی نهادهای نظارت بر درمان و به‌طور کلی، بازنگری ساختار مدیریت درمان اعتیاد در سطح ملی و استانی یکی از راهکارهای تأکید شده است. حضور افراد با تجربه و متخصص در تیم نظارت از یک سو و پایش مبتنی بر اهداف درمانی مراکز و وضعیت بیمار ارزشیابی را معتبرتر می‌کند. نظارت توسط نهادهایی نظیر شورا یا مجمع نمایندگان مراکز درمان اعتیاد و به تبع آن حمایت از شکل گیری تشکل های صنفی و اتحادیه‌ها یکی از راهکارهای ارتقایی است. به کارگیری درمان های غیردارویی از طریق ایجاد تیم مجرب مشاوره روانشناسی و مددکاری، گروه درمانی و خانواده درمانی، به عنوان معیار ارزشیابی مد نظر قرار گیرد. استفاده از نرم‌افزار پایش برای کلیه مراکز، جهت ثبت الکترونیکی اطلاعات بیماران و مراجعان از جمله راهکارهای تسهیلی پیشنهاد شده است که بستر رصد درمان اعتیاد در سطح کشور را فراهم می آورد. اتخاذ راهکارهای افزایش ماندگاری افراد تحت درمان (از جمله ارائه امتیازات اجتماعی، اقتصادی و معنوی به بیمار، اطلاع‌رسانی و فرهنگ سازی خانواده‌ها، دعوت ازخانواده‌ها برای همکاری) و لحاظ کردن در پروتکل موجود، اقدامی عملی است. اصلاح پروتکل باید با مشارکت تمامی ذی نفعان باشد. طراحی برنامه استقرار پایش و ارزشیابی و پیش بینی اعتبار در بودجه سالانه از دیگر راه کارهای پیشنهادی است. برگزاری جلسات منظم آموزش برای مسئولان فنی مراکز، ارزیابان و خدمت دهندگان غیر دارویی از جمله راهکارهای ترویجی موثر است، تربیت نیروی کارشناسی اعتیاد در دوره های آموزشی دانشگاهی هم در دراز مدت کمک کننده است. علاوه بر موارد پیشگفت، مواردی که باید در پروتکل ارزشیابی بازبینی شده و گنجانده شود متعدد است. از جمله این موارد ارزیابی در بازه های زمانی به صورت تصادفی و با نمونه گیری است، طراحی مسیر ارتقا برای مراکز نیز باید شفاف شود، جنبه های فرهنگی اجتماعی و ملاحظات منطقه ای و معیارهای مرتبط به اینها در پروتکل ارزشیابی گنجانده شود. یکی از راهکارها، تغییر در شیوه مدیران ارشد است. از جمله تلاش برای ایجاد ثبات در نیروهای انسانی به ویژه در بخش ستاد، حمایت یابی از تمامی ذی نفعان، ارتقای رضایت شغلی کارشناسان با روش‌های مدیریت منابع، تزریق اعتبار به پیشگیری از اعتیاد، داشتن برنامه عملیاتی، در نظر گرفتن حقوق و مزایا برای ارزیابان، انتشار گزارش عملکرد و برخورد با آمارسازی ها تغییرات مورد انتظار بوده است.

بخش سوم) شاخص‌های پایش و ارزشیابی مراکز درمان سوء مصرف مواد از دیگر نتایج حاصل از این مطالعه است که در سه بخش نشانگرهای بسترساز (درون داد، فرایند و برون ده)، پیامدها (بهبود در محیط و رفتار) و اثر نهایی (کاهش بیماری، مرگ زودرس و آسیب) در جدول زیر دسته بندی شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.3.9]

شاخص های پایش و ارزشیابی مراکز سوء مصرف مواد مخدر از دیدگاه خبرگان، کارشناسان ستادی و استانی و مسئولان فنی مراکز درمان سوء مصرف مواد مخدر

درون داد، فرآیند و برون داد

سابقه کاری مراکز، میزان رعایت استانداردهای فیزیکی مراکز، معیارهای مربوط به توانمندی علمی کارکنان مراکز، میزان ادغام یافتگی با سایر خدمات سلامت، میزان رعایت محرمانه بودن اطلاعات، رعایت پروتکل‌های درمانی ابلاغی، نسبت کارشناسان نظارت به تعداد مراکز، تعداد مراکز درمانی بازدید شده و دفعات آن، تعداد مراکز درمان که براساس پروتکل ابلاغی فعالیت می کنند، تعداد جلسات کمیته ماده ۳۱ در دانشگاه ها، متوسط دوز درمان نگهدارنده با متادون/ بوپرنورفین، تعداد مراکز به نسبت جمعیت/جمعیت مصرف کننده (میزان دسترسی به خدمات، نحوه ی توزیع و پراکندگی مراکز متناسب با شاخص های اپیدمیولوژیک)، تنوع مراکز(توجه به گستره ی مخاطبان و تنوع گروه های هدف، توجه به تنوع مداخلات مبتنی بر نیاز گروه های هدف)، نیروی انسانی متخصص (سطح تخصصی تناسب مهارت درمانگر با نوع مداخله) ، بازاریابی اجتماعی خدمات در منطقه

پیامدها

درصد ریزش بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون/بوپرنورفین، درصد بیمارانی که در سم زدایی به تست منفی ارتقا می یابند، درصد بیمارانی که تحت درمان نگهدارنده با متادون/بوپرنورفین هستند یا تست های شیشه (آمفتامین، متآمفتامین) حشیش، مورفین یا بنزودیازپین آنها مثبت است، تعداد بیماران پرخطر شناسایی شده و ارجاع یافته به مراکز ذی ربط، تعداد بیماران پرخطر شناسایی شده و پی گیری شده

اقدامات غیر دارویی شامل: نفر/ساعت روان درمانی فردی انجام شده به تفکیک درمان با نگهدارنده/ سم زدایی، نفر/ساعت گروه درمانی به ازای هر ساعت تحت درمان با نگهدارنده/سم زدایی، تعداد متوسط مددکاری به صورت تلفنی/خارج از مرکز به ازای هر ساعت درمان با نگهدارنده/سم زدایی، تعداد جلسات تشکیل شده ی تیم درمانی در ماه و پرونده سازی، درصد بیماران ارجاع شده به روانپزشک در مراکز تحت درمان مورفین و بوپرنورفین، میزان بهره مندی جمعیت معتادان تحت پوشش مرکز از خدمات، برخورد انسانی و منصفانه با بیمار، به کارگیری رویکردهای اجتماع محور در طراحی برنامه ها، توجه به برنامه های مبتنی بر خانواده و گروه های همتا: تعداد نفر/ساعت آموزش خانواده، تعداد نفر/ساعت آموزش کاهش آسیب به ازای بیماران تحت درمان به تفکیک درمان ها، کاهش رفتارهای پرخطر، میزان دسترسی

اثر نهایی

میزان رضایت مدد جویان از مراکز و روند درمان، بهبود یا کاهش دوز مصرف یا تغییر الگوی مصرف، کاهش جرم در منطقه یا کاهش جرایم معتادان، بازگشت معتادان به شغل و زندگی خانوادگی، کاهش مرگ های ناشی اعتیاد، کاهش بیماری های ناشی از اعتیاد

بخش چهارم) الگوهای سطح بندی، تشویق و جریمه: انواع سطح‌بندی بر اساس کیفیت، توانمندی علمی، اثر بخشی مراکز و در نظر گرفتن مکانیسم تشویقی مناسب قابل انجام است. به عنوان نمونه از دیدگاه یکی از مصاحبه شوندگان «اگر مرکزی تخلف نداشته و بهترین خدمت را ارائه می‌دهد در سطح یک محسوب شده و می‌تواند علاوه بر خدمات مراکز سطح دوم خدمات توانمندسازی در زمینه نقش‌پذیری اجتماعی را ارایه دهند. اگر مرکزی تخلف نداشته باشد، اما کیفیت خدمات آن پایین تر از مراکز سطح اول است، در سطح دوم ملحوظ شده و می‌تواند خدمات آموزشی درمانی و مدیریتی ویژه ارایه دهد. مراکز سطح سوم نیز مراکزی هستند که در حد مرکز رتبه ۲ با رعایت قوانین ارائه خدمت می‌کنند». اعطای امتیازات و سلب امتیازات با توجه به درجه بندی انجام شود، برای مراکز بدون تخلف، پوشش بیشتری فراهم نمایند (تعداد بیماران بیشتری را پذیرش کنند)، ارتقای مراکز مطابق پیش بینی آئین نامه از رتبه ۳ شروع و به رتبه ۱ ختم گردد. راهکارهای تشویق مراکز دارای ارزشیابی مثبت نیز شامل برداشتن محدودیت‌های پذیرش بیمار، افزایش سهمیه دارو و حمایت مالی از طرف سازمان مربوطه، راهکارهای اعمال جریمه برای مراکز متخلف، شامل کاهش سهمیه دارو، تذکر و اخطار کتبی و شفاهی و معرفی تعداد کمتری بیمار به آن مراکز پیشنهاد شده است.

بخش پنجم) اصول راهنمای طراحی الگوی پایش و ارزشیابی مراکز: بر اساس نظرات خبرگان، کارشناسان ستادی و استانی درمان اعتیاد و تحلیل آنها، سیزده اصل زیر برای طراحی نظام پایش و ارزشیابی مراکز باید مد نظر قرار گیرد:

- لازم است در طراحی الگو، قوانین و مقررات بالا دستی به ویژه آئین نامه ماده ۱۵ ابلاغی ستاد مبارزه با مواد مخدر رعایت شود.
- لازم است در طراحی الگو نظام هماهنگ (افقی و عمودی) و یکپارچه پایش و ارزشیابی در سطح ملی، استانی و منطقه ای و ارتباطات سطوح ملحوظ شود.
- لازم است در طراحی الگو ساختار انجام پایش و ارزشیابی ملحوظ گردد.
- لازم است در طراحی الگو، شاخص های هر پنج سطح زنجیره نتایج اقدامات (Result Chain) شامل اثر، پیامد و برون ده، فرآیند و درون ده برای ارزیابی عملکرد مراکز به کار رود.
- لازم است در طراحی الگو، سطح بندی ویژه مراکز درمان سوء مصرف مواد مخدر لحاظ شود.
- لازم است در طراحی الگو، سطح بندی مراکز بر اساس استانداردهای مقبولیت انجام شود؛ به عبارت دیگر مراکزی که استانداردهای حداقل را رعایت نکنند مشروط شوند.
- لازم است در طراحی الگو، منابع لازم و محل تأمین آنها ملحوظ گردد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.3.9]

- لازم است در طراحی الگو، امکان‌پذیری ارزشیابی متناوب و کاربست نتایج (بازخورد به مراکز و سیاست‌گذاران) برای ارتقای عملکرد مراکز، مد نظر باشد.
- لازم است در طراحی الگو، مشارکت همه ذی نفعان برای ارزشیابی، از جمله ارایه کنندگان خدمات، مددجویان و افراد خبره لحاظ گردد.
- لازم است در طراحی الگو، تشویق مراکز برتر لحاظ گردد.
- لازم است در طراحی الگو، درمان های غیر دارویی به عنوان استانداردهای مقبولیت و اجباری ملحوظ شود.
- لازم است در طراحی الگو، روزآمدسازی و توجیه علمی مدیران مراکز، ارایه کنندگان خدمات و ارزشیابان با آموزش های دوره‌ای و ارتقای انگیزش ارزشیابان لحاظ شود.
- لازم است در طراحی الگو، با هدف افزایش دقت ارزشیابی نمونه گیری آماری برای بررسی پرونده‌های یک مرکز مد نظر باشد.

بر اساس این اصول، شیوه‌نامه و فهرست بازبینی، طراحی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه، یافته‌های این مطالعه نشان می‌داد علاوه بر دیدگاه های خبرگان و کارشناسان ستادی و دانشگاهی که نظام پایش و ارزشیابی فعلی را غیر جامع و نیازمند ارتقا می‌دانند؛ اغلب مدیران مراکز از روش پایش و ارزشیابی فعلی مراکز رضایت متوسط و یا نارضایتی دارند؛ و لذا ضرورت ارتقای وضعیت پایش و ارزشیابی مراکز فعلی بارز بوده و نقاط تمرکز این ارتقا نیز در هماهنگی افقی و عمودی، داشتن ساختار، تغییر نگاه و توانمندی مدیران و ارایه کنندگان خدمات درمان در به کارگیری روش‌های استاندارد درمان‌های دارویی توام با درمان‌های غیر دارویی، تغییر رویکرد ارزشیابی به نتیجه‌گرایی درمان، ظرفیت‌سازی در ارزشیابان، ارتقای مسئولیت‌پذیری در مدیران و ارایه کنندگان خدمات، سطح‌بندی و تشویق مراکز است. ویژگی‌های نظام تدوین‌شده در قالب شیوه‌نامه و فهرست بازبینی عبارت است از شفاف‌بودن وظایف در سطوح ملی، استانی، ارزشیابی تیمی، شیوه کاربست نتایج ارزشیابی، زمان‌بندی سالانه ارزشیابی و ارتباطات افقی و عمودی، گنجاندن نتایج درمانی در معیارهای پایش و ارزشیابی و سطح بندی مراکز در قالب چراغ راهنما. در این نظام مراکز سبز (رعایت بیش از ۸۰ درصد از الزامات)، زرد (رعایت ۶۰ تا ۸۰ درصد) و قرمز (زیر ۶۰ درصد) تعریف شده است. منابع لازم برای انجام پایش و ارزشیابی شفاف شده و بیش از ۱۰۰ مولفه پایش در فهرست بازبینی تعیین شده است، الگوی چراغ راهنما نقطه توجهی برای برنامه ریزان، سیاست گذاران، ارایه کنندگان خدمات و مردم ایجاد می کند همچنان که در سایر تجربیات هم به کار گرفته شده است[۱۴]. در طراحی یک خدمت برای دستیابی به اثرات نهایی از قبیل کاهش مرگ، بیماری و آسیب یا افزایش منافع اجتماعی، لازم است حداقل شش هدف میانی کیفیت، پوشش، بهره‌مندی، ایمنی، ادغام یا پیوستگی، پایداری و کارآیی خدمات، تأمین شود[۱۵]. یکی از اشکالات مشهود در ارایه خدمات این مراکز که در مجموعه نظرات جمع آوری شده نیز تأکید نشده است. پاسخگویی اجتماعی این مراکز در فراخوان داوطلبانه معتادان و خانواده‌های درگیر در این مسئله اجتماعی است، به عبارت دیگر با وجود رشد قابل توجه تعداد این مراکز در سطح استان‌ها، بهره مندی معتادان از خدمات درمانی مراکز متناسب نبوده [۱۶] و نشان می‌دهد توانایی بازاریابی اجتماعی مراکز نیازمند ارتقا است. البته انگ اجتماعی ناشی از مراجعه خانواده‌ها به این مراکز را نباید از نظر دور داشت و راهکاری برای آن اندیشید. از دیگر اشکالات خدمات درمانی سوء مصرف مواد در حال حاضر منقطع یا جزیره‌ای بودن خدمات حمایتی، از قبیل خدمات روانپزشکی، مددکاری اجتماعی و مشاوره‌های رفتاری است، به عبارت دیگر بسته خدمتی درمان نیازمند بازنگری است تا پیوستگی خدمات لحاظ گردد. شیوه‌نامه و فهرست پایش تدوین شده با این که سعی کرده است کلیه اصول منتج از داده‌های جمع آوری شده را مدنظر داشته است، اما به منظور استقرار کامل آن لازم است درکمیته نظارت بر درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر تصویب و فهرست بازبینی در چند مرکز انجام شده و تکمیل یا تصحیح شود. ابلاغ همزمان استانداردها و دادن فرصت یک ساله برای تطبیق مراکز درمانی با مولفه‌های پایش، جهشی در ارتقای خدمات مراکز ایجاد می‌کند. هم راستا با این اقدام آموزش کمیته های نظارت بر درمان استان‌ها و برگزاری دوره آموزشی ویژه ارزشیابان، تکمیل نرم افزار ثبت خدمات سوء مصرف مواد با استفاده از نتایج این مطالعه و طراحی ماژول آموزشی ویژه درمان‌های غیر دارویی برای ارایه‌کنندگان خدمات ضروری است. تدوین سیاست های کشوری شامل تدبیر برای تکمیل منابع انسانی و تأمین منابع مالی لازم جهت ارزشیابی، شیوه اعطای گواهینامه مشترک وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی برای ارزشیابان مجوز به موسسات موضوع ماده قانونی برنامه پنجم توسعه برای ارزشیابی مراکز

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.3.9]

درمانی، تدوین فصل تخلفات ماده ۱۵ آئین نامه کشوری ستاد مبارزه با مواد مخدر، از دیگر اقدامات تکمیلی برای استقرار الگوی پایش و ارزشیابی مراکز است. در این نظام، صرفاً فهرست بازبینی مرکز مدیریت درمان سوء مصرف مواد با تأکید بر مراکز درمان با آگونیست (MMT) تدوین شده‌است و لازم است برای سایر مراکز مشمول نیز در موضوع ماده ۱۵ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ (مصوب ۸۹/۵/۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام) از جمله مرکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی به مواد، مرکز اقامتی خودیاری گروه های همتا، مرکز اقامتی بلند مدت اجتماع درمان مدار (TC)، مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و مرکز کاهش آسیب فهرست بازبینی و پایش تدوین شده و به تصویب کمیته کشوری نظارت بر درمان برسد. با توجه به سیاست ملی در زمینه توسعه برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع لازم است ارتباط نظام پایش و ارزشیابی مراکز درمان سوء مصرف مواد با واحدهای پزشک خانواده شفاف شود.

سهم نویسندگان

بهزاد دماری: طراحی مطالعه، تدوین گزارش نهایی و مقاله
فیروزه جعفری: همکاری در طراحی، تدوین و گزارش نهایی
فاطمه حاج نقی زاده: همکاری در طراحی، تدوین و گزارش نهایی
علی نیک فرجام: همکاری در طراحی، تدوین و گزارش نهایی
عباسعلی ناصحی: همکاری در طراحی، تدوین و گزارش نهایی
محمد باقر صابری‌زفرقندی: همکاری در طراحی، تدوین و گزارش نهایی
محمد علی ادیب فر: همکاری در طراحی، تدوین و گزارش نهایی

منابع

1. Karimi I. Health economy: planning, resource allocation and productivity. 1th Edition, GAP Publication, 2006 [Persian]
2. en.wikipedia.org/wiki/Certification_and_Accreditation
3. Lamei A. Total quality management, principles, apply and lesson learn. 1th Edition. Tebenovin Publication, 2003 [Persian]
4. en.wikipedia.org/wiki/Clinical_governance
5. Hayes J, Shaw CD. Implementing an accreditation system. International Journal for Quality in Health Care 1995; 35: 165-7
6. Developing an effective evaluation plan. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity, 2011. (http://www.cdc.gov/eval/framework/index.htm
7. en.wikipedia.org/wiki/Licensure
8. Nabitz U, Schramade M, Schippers G. Evaluating treatment process redesign by applying the EFQM Excellence Model. International Journal for Quality in Health Care 1996; 18: 336-45
9. Humphreys K, AT McLellan. A policy-oriented review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients. Addiction 2006; 106: 2058-66
10. Cacciola JS, AI Alterman. Development and initial evaluation of the Brief Addiction Monitor (BAM). Journal of Substance Abuse Treatment. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22898042
11. Simpson D. A conceptual framework for transferring research to practice. Journal of Substance Abuse Treatment 2002; 22: 171-82
12. Rooney AL, Qstenberg PR. Licensure, accreditation and certification: approaches to health services quality. Quality assurance methodology refinement series. Quality Assurance Project: Bethesda, MD, 1999. Available at. www.qaproject.org/products.html
13. Start D, Hovland I. Tools for policy impact: a handbook for researchers, Research and policy in development program, overseas development institute . available at: www.odi.org.uk/resources/docs/194.pdf
14. Traffic Light_Decision Making: A model for assessing.www.maximumpotential.biz/Presentations/Taffic_Lights.ppt
15. Elizabeth H. Developing strategies for improving health care delivery guide to Concepts, Determinants, Measurement, and Intervention. Design.siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATI
16. Year book of Iran Drug Control Headquarters .2009.available at: www.dchq.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.3.9]

Payesh

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

ABSTRACT

A model to monitor and evaluate drug abuse treatment centers

Behzad Damari[1*], Firoozeh Jafari[2], Fatemeh Hajnaghizadeh[1], Ali Nikfarjam[3], Abbas Ali Nasehi[3], Mohammad Bagher Sabri Zafarghandi[4], Mohammad Ali Adibfar[2]

1. Department for Social Determinants of Health National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Unit for Drug and Alcohol abuse prevention, Heath deputy in Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
3. Unit for Mental and Social Health, Heath Deputy in Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
4. Treatment Unit for Iran Drug Control Headquarter, Tehran, Iran

Payesh 2014; 13: 667-675
Accepted for publication: 8 May 2013
[EPub a head of print- 10 November 2014]

Objective (s): To achieve a model to monitor and evaluate drug abuse treatment centers in Iran.
Methods: This was a nationwide study. The data were collected through interviews with selected experts, experts working in drug treatment centers using a questionnaire, and interviewing technical officers (300 centers from 31 provinces), and existing documents. Then, based on 'guiding principles' it was decided to provide a model for monitoring and evaluating drug abuse treatment centers.
Results: Overall we found 3 types of centers: complying with more than 80% of obligations, complying with 60% to 80% of obligations, and complying with under 60% of obligations. In addition to views of the university and staff experts who assume the current monitoring and evaluation system is incomplete and require further development, 70% of directors were dissatisfied or moderately satisfied with the current method of monitoring and evaluations. The analysis of the data indicated that in order to further develop the current situation, there is need to concentrate on improving horizontal and vertical coordination in supervising at national, provincial, and regional levels. In addition the findings indicated that there were several confusions in duties among staffs.
Conclusion: As a result a style sheet and check list were provided to clarify duties in the centers at each level.

Keywords: Monitoring and evaluation, Centers for drug abuse treatment, Regulations

[*] Corresponding author: Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 88991107
E-mail: Bdamari@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.6.3.9]