

## چالش‌های اساسی پیش روی برنامه ادغام کاهش تقاضای مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران: گزارش یک نشست تخصصی

دکتر محمد باقر صابری زفرقندی<sup>(1)</sup>، دکتر محسن روشن پژوه<sup>(2)</sup>، دکتر رکسانا میرکاظمی<sup>(3)</sup>، دکتر جعفر بوالهروی<sup>(4)</sup>

### چکیده

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال 1383 برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و پیشگیری از ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) را در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) ادغام کرده است. چالش‌های اساسی این برنامه، طبق دیدگاه صاحب‌نظران، شامل تغییر مفهوم و کارکرد نظام PHC، هماهنگی کم خدمات کاهش تقاضای مواد با نظام PHC، نبود پذیرش طرح ادغام خدمات کاهش تقاضای مواد در نظام PHC، وضعیت قوانین موجود، سیاست‌گذاری و چالش‌های مربوط به ماهیت اعتیاد است.

[دریافت مقاله: 1391/4/20؛ پذیرش مقاله: 1392/2/2]

### مقدمه

اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر جمهوری اسلامی ایران در چهارچوب همکاری‌های مشترک با دفترمقابله با جرم و مواد سازمان ملل متحد (UNODC) در ایران، در زیر برنامه شماره دو، برنامه کشوری «کاهش تقاضا برای مواد و کنترل HIV» و با هدف مرور، ارزیابی و اولویت‌بندی گام‌های لازم برای تسهیل ادغام برنامه خدمات مرتبط با کاهش تقاضا برای مواد در نظام مراقبت‌های درمانی بهداشتی اولیه در تاریخ پنجشنبه 12 آبان 1390 در سالن شقایق دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل گردید.

### مفاهیم و ساختار نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تغییر مفهومی و کارکرد نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کنونی

نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) در ایران که با هدف تأمین و دست‌یابی به بهداشت، درمان و سلامت برای همه مردم شکل گرفت، به تدریج از مفهوم و کارکرد اصلی خود خارج شده است. بحث پیشگیری اولیه به‌عنوان رکن اساسی PHC، در ذهن بسیاری از مدیران امروز وجود ندارد

مشکلات مربوط به سوء مصرف مواد در ایران سالانه میلیاردها ریال به کشور خسارت وارد می‌آورد، کیفیت زندگی و ارزش‌های بنیادی جامعه، مانند خانواده و معنویت، را تهدید می‌کند و ناهنجاری‌ها و معضلات اجتماعی فراوانی به دنبال دارد. آمار رسمی در ایران نشان می‌دهد که حدود دو میلیون نفر از جمعیت کشور مواد مخدر مصرف می‌کنند و به‌طور تقریبی 1200000 نفر آنها وابستگی به مواد دارند (1). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال 1383 برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و پیشگیری از ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) را در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه<sup>1</sup> (PHC) ادغام کرده است (2). مقاله حاضر به چالش‌های اساسی این برنامه، با توجه به نظر برخی از صاحب‌نظران فعال در نظام PHC می‌پردازد.

هم‌اندیشی «چالش‌های ادغام کاهش تقاضای مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه» توسط اداره کل درمان و حمایت‌های

(1) روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران؛<sup>(2)</sup> روانپزشک، معاون پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور، مرکز توسعه پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی. تهران، میدان امام خمینی (ره)، خیابان شهید فیاض‌بخش، ضلع شمالی پارک شهر، سازمان بهزیستی. دورنگار: 021-66707019 (نویسنده مسئول)؛ E-mail: roshanpajouh@gmail.com؛<sup>(3)</sup> دکترای تخصصی علوم سلامت، مؤسسه آموزشی - پژوهشی پیام روشن سلامت؛<sup>(4)</sup> روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران.

برای ارائه خدمات پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در این کارکنان ایجاد نکرده است. بنابراین، باید به نظام ارجاع در این طرح توجه شود. ادغام موفق، به نظام ارجاع مناسب وابسته است و در حال حاضر نظام ارجاع در نظام PHC عملکرد مناسبی ندارد. هم‌چنین نظام مراقبت و پیگیری در نظام PHC ضعیف است (دکتر حسن راشکی، متخصص پزشکی اجتماعی، عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا).

### پذیرش طرح ادغام خدمات کاهش تقاضای مواد در نظام خدمات بهداشتی اولیه

نظام خدمات بهداشتی درمانی اولیه، اعتیاد را مشکل خویش نمی‌داند. در سطح استان یا حتی خانه بهداشت، مسأله اعتیاد را مشکل نیروی انتظامی می‌دانند و نه مشکل شبکه بهداشت و درمان. در نظام PHC تأکید اساسی بر بیماری‌های عفونی است. از آنجا که این بیماری‌ها تک‌عاملی هستند، مداخله‌های زیست‌شناختی واضح‌تری برای آنها وجود دارد و مقاومت در برابر آنها کمتر است. ولی از آنجا که بیماری‌های غیرواگیر، مانند بیماری‌های روان‌شناختی و اعتیاد، چندعاملی هستند، پیگیری از آنها خیلی سخت‌تر است و در نتیجه، با اقدامات اولیه و کم‌هزینه که در نظام PHC معمول است، امکان موفقیت در درمان سوء مصرف مواد کمتر است (دکتر علی‌رضا نوروزی).

### وضعیت قوانین موجود، سیاست‌گذاری و خط مشی اداری

برخی از قوانین موجود مبارزه با مواد مخدر کشور چالش برانگیزند و بر پذیرش خدمات تأثیر منفی دارند (کاوه مرادی، کارشناس ارشد علوم سیاسی، معاون دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد در ایران (UNODC)). خواست سیاسی واقعی برای حل معضل اعتیاد وجود ندارد. حمایت سیاست‌گذاران از برنامه‌های مربوط به کاهش تقاضای مواد کم و نظام موجود بسیار ناهماهنگ است (حمیدرضا طاهری نخست، کارشناس ارشد روانشناسی، مدیر برنامه کاهش تقاضای مواد دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد در ایران (UNODC)). به نظر می‌رسد دلیل اینکه خواست سیاسی واقعی برای حل معضل اعتیاد وجود ندارد، این است که گفتمان قدرت در سطح سوم شبکه است و نه در سطح اول آن (دکتر ابوالقاسم پوررضا، متخصص

(دکتر احمد محیط، روانپزشک، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، رییس سابق دایره حفظ و ارتقای بهداشت منطقه مدیرانه شرقی سازمان جهانی بهداشت). فلسفه وجودی نظام PHC کم‌رنج شده است. در نظام کنونی، اقدامات فعال و مبتنی بر منابع محلی، مشارکت مردم و همکاری‌های میان‌بخشی، عدالت در سلامت، تطابق با نیازهای مردم، پویایی، نظام غربالگری و ارجاع مناسب وجود ندارد. توان فعالیت‌های میان‌بخشی در اختیار نظام PHC قرار ندارد و ساختارهای لازم برای همکاری‌های میان‌بخشی خارج از حوزه سلامت در این نظام مشخص نشده است (دکتر محمدباقر صابری زفرقندی). از زمان کنفرانس آلماتا<sup>1</sup> تا کنون، تحول زیادی در نوع و بار بیماری‌ها، وضعیت اقتصادی کشورها، انتظارات جامعه از پاسخ‌گویی دولت‌ها به نیازهای بهداشتی و درمانی و نگرش و درک از سلامت به وجود آمده است. اگر نظام PHC بخواهد به اصول اولیه شکل‌گیری خود، یعنی بهداشت و سلامت برای همه وفادار بماند، ناگزیر است در ساختار آن اصلاحاتی اساسی و تحولی عمیق به وجود آید (دکتر محسن روشن‌پژوه).

### هماهنگی خدمات کاهش تقاضای مواد مخدر با نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

اعتیاد مشکل شهرها و حاشیه شهرهاست، اما بیشینه موفقیت PHC در روستاها بوده است. تفاوت بارزی در میزان موفقیت شبکه در دو حوزه شهر و روستا وجود دارد (دکتر علی‌رضا نوروزی، روانپزشک، دانشجوی دکتری تخصصی اعتیاد، رییس سابق اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت، مدیر مرکز ملی مطالعات اعتیاد (INCAS)). یکی از چالش‌های مربوط به موضوع میزان پذیرش خدمات ادغام‌یافته از سوی مردم، انگ اجتماعی اعتیاد است که ممکن است سبب نبود پذیرش در مردم شود. با وجود پوشش بالای نظام PHC، پذیرش چنین نظامی توسط این بیماران مورد تردید است (دکتر کوروش کبیر، متخصص پزشکی اجتماعی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی البرز). پیگیری و درمان سوء مصرف مواد، به همکاری‌های میان‌بخشی نیاز دارد، اما ساختارهای لازم برای این امر مهم در نظام PHC وجود ندارد (دکتر رکسانا میرکاظمی). بر پایه پژوهش‌های روان‌شناختی، مقابله با مسأله اعتیاد نیازمند دانش تخصصی است که در بهورزها وجود ندارد. آموزش‌های ارائه‌شده کنونی نیز قابلیت‌های لازم را

بهداشت، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران). تعدد مراجع تصمیم‌گیری در حوزه اعتیاد بارز است و در شبکه نیز نظامی برای تعیین اولویت‌ها وجود ندارد. امروزه خطر اعتیاد یک اولویت است، ولی در خدمات نظام PHC زیاد مورد توجه نیست (دکتر حسین ملک‌افضلی، دکترای آمار حیاتی، مشاور ریاست و عضو شورای آینده‌نگاری و نظریه‌پردازی سلامت، معاون اسبق وزارت بهداشت در بهداشت و پژوهش، قائم مقام اسبق وزیر بهداشت در ستاد گسترش شبکه، رییس اسبق دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ رییس اسبق انستیتو تحقیقات بهداشتی). متأسفانه سیاست‌گذاران کمتر به تأثیر نظام PHC در کاهش تقاضا باور دارند. مشکلات محتوایی متون آموزشی، تعریف نشدن نظام پایش و ارزشیابی، اولویت‌بندی نامناسب بودجه و تخصیص قسمت بزرگی از آن به استانداردها از مشکلات اجرایی است که بر این باور سیاست‌گذاران دامن زده است (دکتر جعفر بوالهروی). در تأمین اعتبار و اختصاص بودجه، اثربخشی برنامه‌های مختلف در نظر گرفته نمی‌شود، زیرا نظامی برای ارزشیابی برنامه‌های مختلف درمانی موجود، وجود ندارد و تصمیم‌گیری‌ها مبتنی بر شواهد نیست. بسیاری از بودجه‌ها صرف برنامه‌های کم‌اثر یا بی‌تأثیر می‌شود و از بسیاری از برنامه‌های اثربخش با وجود نتایج خیلی خوب، حمایت نمی‌شود (دکتر مهرداد احترامی، روانپزشک، کارشناس کاهش تقاضای مواد، سازمان بهزیستی کشور). ناهماهنگی واضحی در سیاست‌ها و قوانین وجود دارد. برای این که به هماهنگی برسیم، باید قوانین و آیین‌نامه‌های واضحی داشته باشیم که تعدادی از آنها موجود است، اما تعدادی دیگر باید طراحی شود (دکتر کوروش کیسر). فاصله زیادی میان یافته‌های پژوهشی و سیاست‌گذاری وجود دارد. در بسیاری از مواقع سیاست‌گذاری‌ها بر مبنای نظر شخصی و خواست سیاست‌مداران است. افزون بر آن، پژوهش‌ها در بیشتر مواقع کاربردی و مفید نیستند و طبق آمار، فقط 10 درصد پژوهش‌ها هم‌سو با مشکلات کشور انجام می‌شود (دکتر حبیب‌الله مسعودی فرید، متخصص پزشکی اجتماعی، مدیر کل دفتر مداخله و بازتوانی سازمان بهزیستی کشور).

#### ماهیت مفهومی اعتیاد و رویکرد به آن

در مورد مشکل اعتیاد دو مفهوم وجود دارد؛ در یک مفهوم، اعتیاد بیماری مزمن عودکننده‌ای است که به درمان

نیاز دارد و در مفهوم دیگر یک انحراف روانی است. در حال حاضر، میان این دو سرطیف به‌نحوی تعادل ایجاد شده و رویکردهای جدیدی در حال شکل‌گیری است (دکتر مهرداد احترامی). درمان اعتیاد نیازمند مشارکت رشته‌های تخصصی متعدد است. بنابراین، ادغام اعتیاد در نظام خدمات، از یک‌سو ادغام سازمان‌های مختلفی است که در این زمینه کار می‌کنند و از سوی دیگر، ادغام در شبکه‌های جمعیتی است که خدمات را به گروه هدف می‌رساند. از این رو، ادغام امری پیچیده است و باید به‌صورت چندسازمانی انجام و از اندیشمندان رشته‌های مختلف استفاده شود (دکتر احمد محیط). بحث مواد شیمیایی و روان‌گردان که امروزه به‌صورت بسیار وسیع و سریع در حال شیوع است، در برنامه ادغام دیده نشده است (کاوه مرادی).

#### نتیجه‌گیری

نظام PHC که با هدف تأمین سلامت برای همه به‌وجود آمده است (3)، نمی‌تواند و نباید نسبت به تبعیض در تأمین سلامت برای قشری از جامعه بی‌اعتنا و بدون برنامه باشد که در نتیجه ابتلا به سوء مصرف مواد، آسیب‌پذیرتر و در حاشیه‌ترند، بیشتر مورد بی‌عدالتی واقع می‌شوند و بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر هستند. ادغام برنامه‌های کاهش تقاضای مواد در نظام PHC، گامی مثبت برای برخورد با معضل سوء مصرف مواد در جامعه تلقی می‌شود که به رفع تبعیض در دسترسی به سلامت منتج می‌شود.

اجرای این برنامه در ایران با چالش‌هایی روبه‌رو بوده است که بر مبنای آن، اصلاح‌های اساسی در ساختار نظام PHC ضرورت دارد. مهم‌ترین آن، ساختار فعلی نظام PHC است. ساختار فعلی باید به رویکردی کل‌نگر و مبتنی بر جامعه، جامع و فردمحور ارتقا یابد تا به توان‌مندسازی مراجعان برای حفظ سلامت خود منجر شود، بتواند مبتلایان و افراد در معرض خطر را به‌موقع و فعالانه شناسایی کند و ضمن پیشگیری از شروع مصرف مواد، بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد را تا مرحله درمان، بازتوانی و بازگشت کامل به جامعه همراهی کند. از چالش‌های عمده در مسأله ادغام، سیاست‌ها، وضعیت سیاست‌گذاری و قوانین این حوزه است؛ باید به جای سیاست‌های تنبیهی، سیاست‌های حمایتی پیشه شود و برنامه‌ها

## منابع

1. Preliminary report of the epidemiology of drug abuse in Iran, 2001. Ministry of Health and Medical Education, Iran. [Persian]
2. Mojtahedzadeh V, Razani N, Malekinejad M, Vazirian M, Shoaee S, Saberi Zafarghandi MB, et al. Injection drug use in rural Iran: Integrating HIV prevention into Iran's rural primary health care system. *AIDS Behav.* 2008; 12(sup 1):7-12.
3. Primary health care: Report of the international conference on primary health care, Alma-Ata. USSR, 6-12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations children's fund. Geneva: World Health Organization; 1978. (Health for All, Series No.1)

مبتنی بر شواهد و اثربخشی آنها تنظیم شود. هم‌چنین تلاش برای ایجاد جایگزین‌های مثبت و ایجاد حس هدفمندی میان افراد جامعه و رسیدگی به نابسامانی‌ها و تبعیض‌های اجتماعی از عواملی است که می‌تواند بر پیشگیری از سوء مصرف مواد و پیشبرد یک زندگی سالم در جامعه مؤثر باشد.

## سپاسگزاری

بدین‌وسیله از اداره کل درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر ایران، دفتر مقابله با جرم و اعتیاد سازمان ملل متحد در ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و همه صاحب‌نظرانی که در برگزاری نشست «چالش‌های ادغام کاهش تقاضای مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه» ما را یاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود.  
[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].