

یادداشت

موتورسیکلت سواران در جایگاه متهمان



سعیداعتمادی

کارشناس ارشد حقوق محیط زیست

استاندار تهران، شاید به عنوان یک مقام رسمی کشور، طی مصاحبه مطبوعاتی هشتم آذرماه جاری از مردم به‌خاطر آلودگی هوا عذرخواهی کرده و به وجود سه میلیون موتورسیکلت فرسوده بالای ۲۰ سال سن در استان تهران که هریک چهار برابر آلودگیی ایجاد می‌کنند، اذعان کرده است. متعاقب آن، رئیس شورای شهر تهران نیز در جلسه مورخ ۹ آذر شورای شهر اعلام کرد ۲۱ درصد آلایندگی شهر تهران ناشی از موتورسیکلت‌هاست و سخنگوی دولت نیز در ۱۰ آذر اعلام کرد ۶۰ درصد آلودگی کلان‌شهرها ناشی از منابع تولید آلایندگی متحرک خودرو و موتورسیکلت است. نفس طرح نقش موتورسیکلت‌های آلاینده -که کمتر سابقه داشته- را باید پدیده جدیدی تلقی کرد که همواره به دلیل اجتماعی و سیاسی، در پرده غفلت و تغافل قرار داشته است. ازاین‌رو در قدم اول باید برآورد دقیق از سهم واقعی موتورسیکلت‌های فرسوده در آلایندگی شهر تهران ارائه شود. میزان ۲۱ درصد، سهم آلایندگی موتورسیکلت‌ها که از طرف رئیس شورای شهر تهران عنوان شده مربوط به سال ۱۳۹۶ است که برآورد‌های میدانی شرکت کنترل کیفیت هوای تهران در آن سال انجام و نتایج مطالعات در سال ۱۳۹۸ اعلام شده است. از آن سال دیگر سایه‌ها آلودگی شهر تهران که سهم آلایندگی منابع مختلف را مشخص می‌کند، از جانب شرکت کنترل کیفیت هوای تهران اعلام نشده است، این شرکت تحت مدیریت شهرداری تهران قرار دارد که در شش سال گذشته از انجام این تکلیف قانونی اجتناب کرده است درحالی‌که از سال بررسی‌های میدانی، سال ۱۳۹۶، هشت سال بر عمر فرسودگی موتورهای فرسوده که به گفته استاندارد تهران سه میلیون از آنها بالای ۲۰ سال عمر دارند، اضافه شده و این در حالی است که براساس این‌نامه اجرایی ماده ۸ قانون هوای پاک، عمر فرسودگی موتورسیکلت‌های بنزینی کاربراتوری شش سال تعیین شد است. به این ترتیب اولین گام الزام شرکت کنترل هوای تهران از جانب رئیس شورای شهر است که مقامات مربوطه دقیق و مستندست سخن بگویند و ایجاد مخاطره‌آمیز مسئله را روشن‌تر بیان کنند. در فقدان این سایه‌ها براساس همان ارزیابی میدانی سال ۱۳۹۶ (منتشرشده در سال ۱۳۹۸)، مورد استناد رئیس شورای شهر تهران، سهم اتوبوس‌های شرکت واحد از تولید آلودگی گازی فقط ۰.۵ درصد بوده است. شهردار تهران در تاریخ ۱۰ آذر جاری اعلام کرد ۱۰۳ دستگاه اتوبوس برقی، از قرارداد خرید دوهزار و ۵۰۰ دستگاه از چین، به‌زودی به ناوگان اتوبوسرانی تهران افزوده می‌شود. ارزش هر دستگاه اتوبوس برقی خریداری‌شده از چین حدود ۳۰۰ هزار یورو است و ارزش یک دستگاه موتورسیکلت برقی حدود هزار یورو. به این ترتیب به‌جای هر دستگاه اتوبوس برقی، ۳۰۰ دستگاه موتورسیکلت برقی خرید و با ارز دوهزار و ۵۰۰ دستگاه تعداد ۷۵هزار موتورسیکلت برقی خریداری کرد و با اسقاط این تعداد موتورسیکلت بسیار فرسوده آلودگی شهر را به میزان قابل توجهی کاهش داد. بنا تجهیز ظرفیت شرکت‌های تولیدکننده داخلی موتورسیکلت نیز امکان اسقاط همه موتورسیکلت‌های فرسوده بسیار آلاینده در کوتاه‌مدت ممکن می‌شد. ریاست شورای شهر تهران به‌جای توصیه به منع تبلیغات برای موتورسیکلت‌های بنزینی در جلسه مذکور، که نه مکتور است و نه ممکن، بهتر است براساس اصل اولیه اقتصاد که تخصیص منابع محدود برای اهداف نامحدود است و تکالیف قانونی مصرحه در برنامه‌های توسعه، طی ۳۰ سال گذشته، و قانون جاری و الزام‌آور هوای پاک، باقی‌مانده قرارداد با چین برای تأمین دوهزار و ۵۰۰ دستگاه اتوبوس برقی را به واردات موتورسیکلت برقی اختصاص دهند که قطعاً تأثیر به‌مراتب بیشتری در کاهش آلودگی تهران خواهد داشت. شهردار تهران ضمن قدردانی از همراهی دولت در تأمین ارز اتوبوس‌های وارداتی اظهار امیدواری کرده است که بقیه ارز مورد نیاز برای واردات بقیه اتوبوس‌ها تا آخر سال تأمین شود. گرچه این همراهی در چهار چوب سیاست وفای دولت قابل توجیه است، اما براساس تبصره ۲ ماده ۹ قانون هوای پاک (مصوب ۱۳۹۶) دولت مکلف بوده است تسهیلات ارزان‌قیمت با کارمزد چهار درصد را برای جایگزینی موتورسیکلت‌های فرسوده تأمین کند که هرروزه از تکلیف ازامی در دولت‌های قبلی ایفا نشده است، خود دولت کنونی که هرروزه درگیر تعطیلات ناشی از آلودگی هوا و خسارات گسترده ناشی از آن است، می‌تواند تخصیص ارز مابقی اتوبوس‌های برقی سفرashi را مشروط به واردات موتورسیکلت برقی کند که هم به‌طور موثری از آلودگی هوا کاسته شود و هم موتورسیکلت‌سواران از اتهام آلایندگی شدید هوا مبرا شوند.

چالش‌های ساختاری و مدیریتی در ایران

شیدآرژایی‌پور

پژوهشگرحقوقی

ایران سرزمینی است که ظرفیت‌های طبیعی، انسانی و اقتصادی آن می‌تواند موتور توسعه‌ای پایدار باشد؛ اما سال‌هاست میان این ظرفیت‌ها و واقعیت زندگی مردم فاصله‌ای عمیق شکل گرفته است. ریشه این فاصله نه در نبود منابع، بلکه در شیوه اداره کشور و سازوکاری است که به مرور زمان، پیچیده‌تر و سنگین‌تر شده است. در بسیاری از کشورها، دولت نقش تسهیلگر و تصمیم‌ساز دارد؛ اما در ایران، دولت به مجموعه‌ای از نهادها، شوروها و سازمان‌هایی تبدیل شده که هرکدام مسیر خود را می‌روند. این پراکندگی باعث شده تصمیم‌گیری، به کثرت‌دین شکل منجر ایجاد شود و طر‌وحایی که باید در خدمت زندگی مردم باشد، ماه‌ها در مسیرهای اداری سرگردان بماند. وقتی روندها طولانی و نامشخص می‌شوند، نه‌تنها انگیزه‌ها تحلیل می‌شود، بلکه فرصت‌های توسعه نیز از دست می‌رود. مشکل فقط حجم بزرگ دولت نیست؛ نبود هماهنگی و شفافیت است. وقتی معلوم نیست چه نهادهی مسئول کدام بخش است، نظارت واقعی ممکن نمی‌شود و پاسخ‌گویی هم رنگ می‌بازد. نتیجه آن، بحران‌هایی است که هر سال تکرار می‌شود، پروژه‌هایی که نیمه‌تمام می‌مانند، سیاست‌هایی که ثبات ندارند، برنامه‌هایی که در مرحله تدوین متوقف می‌شوند و مردمی که اعتمادشان را به کارآمدی سیستم از دست می‌دهند. در چنین وضعیتی، نقش مدیران بسیار تعیین‌کننده است. اداره کشور نیازمند افرادی است که تجربه، تخصص و شناخت دقیق از مسائل داشته باشند. مدیریت بدون دانش و بدون کارنامه اجرایی، هرچند پرسر صدا باشد، به بهبود امور منجر نمی‌شود. کشور را نمی‌توان با جلسات متعدد، با گزارش‌های زیبا اداره کرد؛ توسعه نیازمند تصمیم‌های دقیق، پیگیری مداوم و مسئولیت‌پذیری واقعی است. سال‌های زیادی است که صاحب‌نظران و اندیشمندان درباره این روند هشدار داده‌اند. بسیاری از کارشناسان در مقاطع مختلف تلاش کرده‌اند توجه‌ها را متوجه مشکلات ساختاری کنند؛ اما این هشدارها گاهی جدی گرفته نشده است. اکنون فقط می‌خواهیم ثبت شود که این سخنان از سب‌ب تفاوتی نبود؛ از سر ایقله و نگرانی برای آینده ایران بود. این اصلاحات بنیادین در ساختار اداری و مدیریتی کشور آغاز نشود، فشار بحران‌های آینده بیش از امروز خواهد بود. کوچک‌سازی هوشمندانه دولت، افزایش شفافیت، اصلاح فرایندهای تصمیم‌گیری و استفاده از مدیران متخصص، راه‌هایی هستند که می‌توانند کشور را از چرخه تکرار بحران‌ها خارج کنند.

محمدمدلی غیبی: افسردگی و بیماری‌های ذهنی و روانی، یکی از مهم‌ترین مشکلات

و چالش‌های بخش عمده‌ای از مردم ما هستند که در سنین متفاوت، به‌ویژه به‌تازگی از سنین اوایل جوانی و تحصیل، بسیاری از پسران و به‌ویژه دختران جوان را درگیر خود کرده و سبب می‌شوند افراد مبتلا، در امور روزمره زندگی خود به‌ویژه در کار، تحصیل یا حتی مسائل داخل خانه و همچنین روابط روزمره با نزدیکان دچار مشکلات جدی شوند؛ با این حال چون بیماری‌های ذهنی و علانم افسردگی، علانم ظاهری مشخص‌کننده‌ای ندارند و همچنین اشخاص مبتلا در بسیاری از مواقع تلاش می‌کنند خود را معمولی و سالم نشان دهند، بنابراین تشخیص این بیماری‌ها و ملاحظه آن از سوی نزدیکان و کارفرمایان غیرممکن شده و اشخاص بیمار گاهی مورد قضاوت‌های اشتباهی قرار می‌گیرند. با توجه به گسترش بسیار زیاد علانم این بیماری‌ها در سال‌های اخیر، در این مجال تصمیم گرفت‌م از حضور دکتر علی فخاری، روان‌پزشک و استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز بهره‌جسته و پاسخ بسیاری از سؤالات را از راهنمایی‌های ایشان دریافت کنم.

آقای دکتر، ظن قوی جامعه این است که افسردگی و بیماری‌های روحی و روانی در جامعه ایران به‌شدت افزایش یافته و مردم ایران این را درست‌کم از وضعیت ذهنی خود و دیگران و مقایسه با گذشته و مردم کشورهای دیگر حس می‌کنند. نظر شما در این زمینه چیست؟

دقیقا ظن عمومی این است که این علامت‌های روان‌پزشکی زیاد شده است. ما در جمع، یک‌سری اختلالات یا بیماری‌های روان‌پزشکی داریم و یک‌سری علامت‌های روان‌پزشکی داریم؛ اینها نباید اشتباه شوند. مثلا اختلال یا بیماری روان‌پزشکی به نام افسردگی بیماری است که باید معیارهایی داشته باشد؛ یعنی مثلا حداقل دو هفته باعث اختلال در خواب، اشتغال، کاهش وزن، روحیه بسیار پایین و غمگینی شدید یا نبود احساس لذت و چند علامت دیگر باشد که بتوانیم بگوییم افسردگی است. یا فلان اختلال اضطراب مثل اختلال اضطراب منتشر یا اختلال اضطراب پنیک یا وسواسی جبری. اینها حتما باید اگر به حد اختلال یا بیماری برسند، باید تکمیل کرایتری‌ها باشد تا روان‌پزشک بتواند براساس آن تشخیص دهد و درمان کند؛ ولی ما علامت‌هایی را که در جامعه می‌بینیم، ممکن است علامت‌هایی از اختلالات روان‌پزشکی باشند اما معنایش آن نیست که حتما بیمارمان یا افراد جامعه حتما مبتلا به اختلال روان‌پزشکی نباشند. این موضوع را باید توضیح مقدمه‌ای برای این موضوع بود؛ اما راجع به آمار جامعه، باید گفت در کل جهان آمارهایی برای اختلال افسردگی وجود دارند. اختلال افسردگی از سال ۲۰۱۵ میلادی به بعد، می‌توان گفت بین دومین تا چهارمین اختلالی است که باعث تحمیل هزینه به اقتصاد جهانی می‌شود. غیر از دوران کرونا که شرایط متفاوت بود، اختلال افسردگی بعد از بیماری‌های قلبی، دومین اختلال، یا در دیگر مواقع چهارمین اختلالی بود که باعث افت کارایی و تحمیل هزینه مالی به اقتصاد جهانی و آسیب به کل جهان می‌شد. اما از اینکه این افسردگی چیست و در جامعه ایران چه خبر است، آمارهای مختلفی داریم. مثلا خود ما در سال ۱۳۷۹ یک بررسی در منطقه اسدآبادی در شمال غرب تبریز انجام دادیم و از بین حدود ۲۰۰ هزار نفر، آمار حکایت داشت که در میان آقایان حدود ۱۲.۵ درصد و در خانم‌ها حدود ۲۴.۵ درصد از جامعه دارای اختلالات افسردگی بودند. مطالعات بعدی که انجام شده است، آمار بسیار متفاوتی را نشان می‌دهند؛ این مطالعات ممکن است در برخی روستاها تا ۵۰ تا ۶۰ درصد رسیده باشد، اما در روستای خاص که شرایط اجتماعی-اقتصادی خاص خود را دارد، آمار به ۳۴ درصد رسیده و در آمارهای دیگر ۲۲.۵ درصد و آمارهای متعدد دیگری دیده می‌شود و اینکه ادعا کنیم دقیقا آمار چگونه است، با توجه به مطالعات متفاوت، حداقل ۱۸ درصد آقایان و ۲۴.۵ درصد خانم‌ها به اختلال روان‌پزشکی مبتلا هستند. آنچه می‌گوییم اختلال روان‌پزشکی است، یعنی همان بیماری‌ها که نیاز به مراقبت، درمان و پیگیری جدی از طریق سیستم بهداشت روانی دارد. اما درباره علامت‌های روان‌پزشکی مثل احساس افسردگی، نبود احساس لذت، غم‌نااییت، نبود تحمل و کنترل خشم و... که منجر به انواع احساسات و شرایط ناخوشایند بین افراد جامعه می‌شود، آمار این علانم بسیار بالاتر است و این علانم دیگر چیزی نیست که بتوان گفت بیماری است یا خیر. دلایل اینها برمی‌گردد به علت اصلی بیماری‌های روان‌پزشکی و آن موقع مشخص می‌شود که چرا در برخی جوامع علامت‌ها بیشتر و در برخی جوامع کمتر است. در کل اختلالات روان‌پزشکی یا علل ژنتیک و ارثی دارند که به صورت ارثی از ریشه پدری و مادری به شخص رسیده‌اند و در او تجمع کرده‌اند. البته این به آن معنا نیست که هرکسی پدر یا مادرش افسرده باشد حتما مبتلا به افسردگی خواهد بود، بلکه یک استعداد ژنتیک واضح برای این افراد وجود دارد که در استرس‌ها ممکن است خود را نشان داده و تبدیل به بیماری شود. پس یک زمینه ژنتیک و ارثی وجود دارد و این زمینه، طبق مطالعات جدید ممکن است حتی با استرس‌های متعدد و مداوم خودش ایجاد شود و این همان بحث اپی‌ژنتیک است که خود استرس‌های موجود در جوامع، سبب ایجاد تغییرات اپی‌ژنتیکی می‌شود که این علامت‌ها و تغییرات ژنی در نسل‌های بعدی هم دیده شوند. دومین علت عمده، استرس‌های بیرونی‌اند. این اضطراب‌ها به علل متفاوتی ایجاد می‌شوند. ممکن است بر اثر فرزندآوری نوجوانی مناسب باشد یا ناشی از شرایطی که فرد در آن بزرگ شده باشد؛ و وضعیت اجتماعی-اقتصادی و متمول‌بودن یا نبودن خانواده سبب آسیب‌پذیرشدن فرد شود. یا استرس‌های بیرون خانه از جمله مسائل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و تبعیض‌های موجود در آنها که همه اینها مجموعا می‌توانند سبب فعال‌شدن زمینه ژنتیک و ایجاد بیماری‌های روان‌پزشکی شوند؛ ازجمله افسردگی.

آیا آماری از علانم افسردگی وجود دارد؟

علانم افسردگی را معمولا آمار نمی‌گیرند، بنابراین آماری وجود ندارد. گرچه بسیار بالاتر از آمار اختلالات روان‌پزشکی است که ذکر شد و خود آمار اختلالات ما نیز گرچه از مقدار جهان بالاتر است

ولی علتش را در تغییرات دیگری ازجمله اقتصادی-اجتماعی، تغییر روندهای اجتماعی و تفاوت نگرش نسل‌ها نسبت به نیازهای‌شان و انتظاراتی که نسل‌های جدید از شرایط جامعه دارند و ارتباطاتی که با سایر جوامع و به دنبال آن انتظاراتی که ایجاد می‌شوند، می‌توان جست‌وجو کرد.

وضعیت افسردگی و اضطراب و بیماری‌های روانی از دهه‌های گذشته تا اکنون که در دهه ۱۴۰۰ هستیم، چه تغییراتی کرده است؟

ما آمار دقیقی از دهه ۴۰ و ۵۰ نداریم. اولین آماری که سیستم بهداشت روانی با تلاش شادروان آقای دکتر شاه‌محمدی ایجاد

روان‌پزشک و استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز در گفت‌وگو با «شرق»

زنگ خطر افسردگی در ایران



شد، در حدود سال ۱۳۶۵ به بعد بود که بنیاد بهداشت روان در ایران ایجاد شد و براساس سیستم‌های وزارتخانه پیگیری شد و آمارهای اولیه درآمد و اساتدان دانشگاه و محققان دنبال مطالعات شیوع بیماری‌های روان‌پزشکی رفتند. بر اثر حجم مراجعات به کلینیک و آماری که دوستان می‌دهند، می‌شود به‌راحتی گفت ما شاهد یک صعود جدی در حداقل ۳۰ سال گذشته در انواع اختلالات روان‌پزشکی هستیم. این افزایش شاید از اختلالاتی مانند اِی‌دی‌اِی‌جی یا همان بیش‌فعالی یا بعضی از مدل‌های اختلال در شخصیت بسیار واضح‌تر و در حدود چندبرابری است و این موضوعی است که خود نیاز به بحث جداگانه و مفصلی دارد. درمورد سایر اختلالات و با توجه به استرس‌ها و تغییرات اجتماعی در ایران، ما متأسفانه همچنان شاهد آمار صعودی هستیم.

آیا این چالش‌ها خطرات جدی برای آینده و نسل‌های بعدی و همچنین نوزادانی که به دنیا می‌آیند یا در آینده خواهند آمد، ایجاد خواهد کرد؟ آیا ممکن است در ژنتیک مردم ایران در یک قرن آینده نیز تأثیر گذاشته و حتی تکامل ژنتیکی ایرانیان را هم مختل کند؟

این سؤال بسیار عمیقی است که از عهده من خارج است. می‌شود فقط یک پیش‌دآوری کرد یا یک حدس زد. اما آن چنان که درمورد اپی‌ژنتیک بحث کردم، مطالعاتی از حدود ۴۰۳۰ سال قبل نشان داده که افرادی که در معرض استرس‌های جدی قرار می‌گیرند، تغییراتی در ژنتیک‌شان ایجاد می‌شود که این علامت‌ها و اختلالات‌شان در نسل‌های بعدی، حتی بدون وجود آن اضطراب‌ها خودشان را نشان می‌دهند. این معنای اپی‌ژنتیک است که به‌تازگی و در دوا یا سه دهه گذشته تعریف شده و اگر بتوانیم پاسخ پرسش شما را به طور کلی بدهیم، باید گفت بله، اما حتمی نیست و ممکن است اینها در حد علامت باشند، بنابراین استرس‌ها می‌توانند انواع نشانگان یا اختلالات روان‌پزشکی را افزایش دهند و شاید به تغییرات عمده منجر شوند.

بسیاری از مردم ایران داروهای روانی متعددی در سال‌های طولانی مصرف کرده‌اند و خیلی داروها را بسر اثر تجربه مصرف خود می‌شناسند، اما شکایت عده بسیار زیادی این است که داروهای اعصاب و روان تأثیر مثبت چندانی بر آنها نداشته و فقط بیماری‌شان را تشدید کرده است. این نگرش‌ها چه دلایلی دارند؟

اینکه درمان روان‌پزشکی اصلا دارو نیاز دارد یا نه، روان‌درمانی نیاز دارد یا نه، طب سنتی نیاز دارند یا نه و... بحث دیگری است و اینکه نیاز به تجویز دارو باشد یا خیر، با اختلافات بسیاری موجود است. لذا سازمان بهداشت جهانی یک دستورالعمل برای پزشکان دارد و آن این است که پزشکان حق ندارند بیمار روان‌پزشکی و به‌ویژه بیمار افسرده را از مزایای درمان دارویی محروم کنند. معنایش این است که علم هیچ‌گاه نمی‌گوید من همه چیز را بلد، می‌گویم من تا اینجا بلد و اگر فردا چیز دیگری یافته‌ام آن را مطرح خواهم کرد. بنابراین هر سال و هر لحظه این اطلاعات به‌روزرسانی می‌شوند، اینکه کدام دارو چه تأثیری دارد و براساس آن ما تصمیم می‌گیریم. بنابراین دارو یک درمان مؤثر است برای اختلالی همچون افسردگی که براساس تشخیص، باید این درمان دارویی آغاز شود و اگر پزشکی چنین نکند، به معنای این است که بیمار را از درمان اصلی‌اش محروم کرده و اگر فردا چیز دیگری یافته‌اند روش خودکشی کند یا مسائل دیگری پیش آید، مسئولیتش به گردن پزشک است. زمانی که دوران معرفی داروهای روان‌پزشکی بود و این داروها ناشناخته بودند، درمان بیماران افسرده با روش‌هایی نه‌چندان جالب انجام می‌شد. اما از زمان آغاز درمان دارویی و ایجاد تغییرات عمده و شگرف در بیماران بهبود یافته از طریق دارو دیده‌شد، درمان دارویی در سطح گسترده آغاز شد و این دسته از داروها مدام توسط شرکت‌های دارویی و هم توسط متخصصان مورد مطالعه و به‌روزرسانی قرار می‌گیرند. روزانه مقالات متعددی در مورد داروهای مختلف نوشته می‌شود و نتیجه این بررسی‌ها یک راهنمای بالینی درمانی می‌شود که پزشکان را موظف به عمل براساس آن راهنما می‌کند. خود این راهنماها نیز به چهار سال یک بار به‌روزرسانی می‌شوند. آنچه اکنون اتفاق می‌افتد، این است که ما ممکن است روش‌های دیگری را به‌جای درمان کلاسیک و اساسی درمان افسردگی ببینیم. ممکن است در مقاله‌ای در یک صفحه اینستاگرامی، یک داروی گیاهی معرفی کند؛ ممکن است کسی بگوید دارو نخورید چراکه اعتیادآور است؛ یا مدعی شود با فلان روش ورزشی بیمارمان را پیش خود برده و درمان کند! این موارد را در روان‌پزشکی، طب مکمل می‌گویند. طب مکمل یعنی اینکه شما در کنار درمان اصلی، با تجویز پزشک معالجم می‌توانید از روش‌های دیگری استفاده کنید. به شرط آنکه بی‌ضرربودن این روش‌ها مورد تأیید قرار گیرد و این به معنای محروم‌کردن بیمار از درمان دارویی نیست. ما انواع اعتقادات غلط را شاهدیم؛ از جمله «داروها اعتیاد می‌آورند»، بله، بعضی از داروهای روان‌پزشکی واقعا اعتیادآور هستند مثل بنزودیاسپین‌ها، کلونازپام و... اما اگر براساس دستورات روان‌پزشک معالجم استفاده شوند، پزشک حواسش هست که از مصرف اضافه و اعتیادآور جلوگیری کند؛ مگر آنکه بیمار خود سرپیچی کرده و به پرسه و ابستگی به دارو وارد شود. اما در مورد سایر داروها چه در اختلالات افسردگی و چه در اختلالات خلقی و چه آنچه در جامعه به آن جنون می‌گویند و ما آن را سایکوز می‌نامیم، اینها هیچ‌کدام ایجاد وابستگی نمی‌کند، اما ممکن است با قطع دارو، علانم بیماری برگردد و این را مردم به اعتیادآوربودن دارو تعبیر کنند. این تعبیر اشتباهی است. اینکه کسی وقتی دارویی مصرف می‌کند خوب است اما به محض قطع آن دوباره بدحال می‌شود، به معنای وابستگی نیست؛ وقتی

کسی بیماری فشارخون دارد، داروی فشار می‌خورد و حالش بهتر می‌شود، اما اگر مصرف آن را قطع کند فشارش بالا می‌رود و ممکن است حتی به عوارض بدتری همچون سکته دچار شود. آیا این یک وابستگی است؟ بدیهی است که این اثرات عدم مصرف داروست. مردم این را می‌دانند اما بسیاری وقتی به داروهای روان‌پزشکی می‌رسند این اثر را وابستگی به دارو و اعتیاد معرفی می‌کنند. درمان افسردگی نیز دالمنی نیست و دوره‌ای دارد و ممکن است پس از سه یا شش ماه یا یک سال دوره درمان تمام و مصرف دارو قطع شود. اگر هم بعضی بیماری‌های روان‌پزشکی و افسردگی با هم درآمیخته شوند، ممکن است درمان طولانی‌تر شود. البته بعضی بیماری‌ها نیز ممکن است درمان‌شان life time شده و تا پایان عمر ادامه باید؛ مثل قرص‌های فشار و قند خون. این هم به معنای عدم درمان یا وابستگی و اعتیاد نیست، بلکه به معنای کنترل بیماری است. اما امروزه یک دسته تلاش‌هایی دیده می‌شود که بیشتر ناشی از سودجویی است و سعی در رقابت با درمان اساسی روان‌پزشکی می‌کنند که نتیجه‌اش فقط ضرردیدن بیمارمان است. این تلاش‌ها بیمارمان را به انواع درمان‌های طب قدیمی سوق می‌دهند که این موارد در مقایسه با درمان‌های روان‌پزشکی، در مراحل بسیار اولیه‌ای هستند.

واحدما در مواجهه با طب جدید متوسل به تئوری‌های توطئه می‌شوند؟

بله و البته یکی، دو مورد هم نیستند و روش‌هایشان حتی به عنوان کمکی هم برای روان‌پزشکی جایی نیافته‌اند. ولی بیمارمان را به سوی خود کشیده و سود هنگفتی از جیب این بیماران مظلوم افسرده می‌استعمال می‌برند و باز انواع روش‌هایی که افراد نامطلع از روش‌های روان‌درمانی یا ناتوان معرفی کرده و سبب می‌شوند بیماران از درمان‌های استانداردشان محروم شوند. این سخن به این معنا نیست که درمان روان‌پزشکی کامل و بی‌نقص است و عارضه ندارد، بلکه این درمان‌ها براساس آخرین یافته‌های علمی ایجاد شده‌اند و پژوهشگران هر روز مقالات و پژوهش‌های جدیدی برای به‌روزرسانی یافته‌های پیشین ارائه می‌کنند تا درمان‌های موجود بیشتر به نفع بیماران باشند.

تأثیر سیاست‌های حکومتی در این مصائب قدر است؟ آیا این تأثیرات محدود به مشکلات و اضطراب‌های ناشی از مشکلات معیشتی و اقتصادی، یا کاری و تحصیلی است یا اینکه دولت‌ها کم‌کاری تأمل‌برانگیزی مرتکب می‌شوند؟

مظلومیّت بیمار روانی اینجا مهم‌ترین مشخصه است. شما اگر یک بیمار جسمی داشته باشید، مثلا یک بیمار قلبی، تمام اقوام و همسایه‌ها و دوست و آشنا و ناشناس با بیمار شما همدردی می‌کنند و به عیادت می‌آیند و ملاحظه می‌کنند. اما وقتی کسی دچار بیماری روان‌پزشکی می‌شود، اوضاع چنین نیست. از نظر ما هیچ تفاوتی با بیمار قلبی و کلیوی و ریوی و گوارشی ندارد، بلکه تغییرات فیزیکی در سلول‌های مغزی‌اش و روابط آن سلول‌ها با یکدیگر رخ می‌دهد. این بیماری نیزیک بیماری جسمی است، اما علانمش را در رفتار و احساس و فکر نشان می‌دهد. بیمارمان روان‌پزشکی معمولا از نظر فیزیکی کاملا سالم‌اند ولی در عمل دچار افت کارایی می‌شوند یا ممکن است کارهای عجیب‌و‌غریب کنند یا اینکه در سر کار یا بیند یا اصلا نتوانند سر کار بیایند و چون از نظر ظاهری سالم هستند، معمولا پیش‌دآوری‌ها شروع می‌شود و انگ «تنبلی» و «آدم بد بودن» یا «به درد نخور بودن» زده شود یا بیمارمان به‌راحتی مورد تعدی، اخراج و... قرار گیرند. این بیماری حتی در برخی خانواده‌ها نیز مورد پذیرش قرار نمی‌گیرد. نگاه سیاست‌مداران نیز چنین است. جامعه‌ای که به جامعه ما درصدا اختلالات روان‌پزشکی بسیار بیشتر از سایر اختلالات است، اما بودجه‌ای که برای بیماران روان‌پزشکی در نظر گرفته می‌شود، در مقایسه با سایر بیماری‌ها بسیار ناچیز است و بیمار روانی معمولا به انواع مختلفی نادیده گرفته می‌شود. بیمه‌ها در گذشته داروهای روان‌پزشکی را پوشش نمی‌دادند؛ چنان‌که هم‌اکنون نیز روان‌مانی‌ها را پوشش نمی‌دهند. درحالی‌که برای درمان درد یک بازو، هزینه ۶۰۰ جلسه فیزیوتراپی را متقبل می‌شوند. اینکه یک بیمار روانی سرر کار برگردد و کارایی خود را بازیابد از نظر سیاست‌مداران چندان مهم نبوده است. همه‌جای دنیا چنین نیست، اما در کشور ما چون منابع بهداشتی بسیار محدود است، این قضیه نمود بیشتری می‌یابد. وضعیتیه که ما در بیمارستان‌های روان‌پزشکی داریم بسیار اسفبار و غیرقابل دفاع است. به‌ویژه آنچه بر سر بیمارمان در بخش‌های بستری می‌آید. مابقی قصور سیاست‌مداران و حاکمان، در ایجاد آسایش و رفاه و امنیت روانی و اجتماعی است. مواردی که تأمین آن برای پیشگیری از بیماری‌های روانی و ایجاد سبیلی از بیمارمان ضروری است. سیاست‌مداران باید برای ایجاد آرامش و امنیت اقتصادی و اجتماعی و سیاسی و تفریحات لازم بکوشند، نه آنکه

تشخیص ایجاد کنند.
وضعیتی که از آینده سلامت روحی و روانی مردم ایران با ادامه وضع موجود می‌بینید، چگونه است؟

این سؤال را لطفاً از من نپرسید. با این فرمان، بسیار بد خواهد بود و پاسخ این پرسش فقط بذر ناامیدی خواهد گاشت.

علانم افسردگی را معمولا آمار نمی‌گیرند، بنابراین آماری وجود ندارد؛ گرچه بسیار بالاتر از آمار اختلالات روان‌پزشکی است

آمار اختلالات ما نیز از مقدار جهان بالاتر است

خبر

توقف دوباره آزمون آیلنس در ایران

تکرار چرخه تعلیق‌ها از ۱۳۹۱ تا امروز

تصمیم تازه سازمان بین‌المللی IDP Education برای توقف برگزاری آزمون آیلنس در ایران از ۳۱ ژانویه ۲۰۲۶، بار دیگر داوطلبان ایرانی را در موقعیتی ناپایدار قرار داده است، وضعیتی که در یک دهه گذشته بارها تکرار شده و آزمون زبان انگلیسی را به یکی از پربریسک‌ترین خدمات آموزشی کشور تبدیل کرده است.

مؤسسه آیلنس تهران در اطلاعیه‌ای دیروز (۱۴ آذر) اعلام کرده که IDP به دلیل شرایط مالی و مقرراتی خارج از اختیار مراکز ایرانی تصمیم گرفته است اجرای آزمون را از یازدهم بهمن ۱۴۰۴ متوقف کند. براساس این اطلاعیه، تمام رزروهای موجود طبق برنامه برقرار است و نتایج صادرشده همچنان در سراسر جهان معتبر خواهد بود. با این حال، هیچ برنامه‌ای برای ازسرگیری آزمون پس از تاریخ اعلام‌شده ارائه نشده است؛ موضوعی که نگرانی داوطلبان را افزایش داده است.

این نخستین‌بار نیست که آیلنس در ایران با مشکل مواجه می‌شود. طی سال‌های گذشته، آزمون بارها تحت تأثیر عوامل مالی، اداری، سیاسی و بین‌المللی قرار گرفته و دوره‌های طولانی با کوتاه‌مدتی از تعلیق را تجربه کرده است.

نخستین توقف جدی در سال ۱۳۹۱ رقم خورد؛ سالی که تشدید تحریم‌های بانکی مانع اصلی ارتباط مالی بین مراکز ایران و نهادهای بین‌المللی شد. این محدودیت‌ها باعث شد برخی مراکز نتوانند هزینه‌های ارزی دوره‌ای خود را به IDP و British Council منتقل کنند و آزمون برای مدتی متوقف شد.

در سال ۱۳۹۴ نیز اختلافات اداری و فرایندهای مجوزدهی داخلی موجب شد چند مرکز برگزاری آزمون فعالیت خود را برای مدتی محدود کنند. بحران جهانی کرونا در سال ۱۳۹۹ بزرگ‌ترین وقفه فراگیر در برگزاری آیلنس طی سال‌های اخیر را رقم زد. هم‌زمان با بسته‌شدن مراکز آموزشی، آزمون حضوری آیلنس در ایران و بسیاری از کشورهای دیگر به طور کامل متوقف شد و فقط پس از عبور از موج‌های نخست همه‌گیری، با ظرفیت محدود از سر گرفته شد.

اما حساس‌ترین و پرتلاطم‌ترین دوره در کارنامه آیلنس ایران مربوط به سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ است؛ دوره‌ای که در آن چند بار برگزاری آزمون به دلایل مختلف متوقف یا محدود شد. در آذر و دی ۱۴۰۱، نهادهای بین‌المللی برگزاری آزمون آزمون اعلام کردند که ضروری است متحران ایرانی دوباره وارد فرایند تایید و آموزش شوند. مسئله بازآموزی محتمان و لزوم هم‌ترازی دوباره معیارهای نمرده‌دهی باعث شد چند مرکز به طور ناگهانی درگاه ثبت‌نام را ببندند و تا تکمیل این مراحل، آزمون‌ها را برگزار نکنند. گزارش‌هایی که درباره اختلاف سطح نمرده‌دهی بین مراکز ایرانی منتشر شده بود نیز به حساسیت IDP و British Council افزود و روند سخت‌گیری را تشدید کرد. در همین دوره، محدودیت‌های گسترده اینترنت بین‌المللی در ایران نیز مانع دیگری شد. مراکز ایرانی برای انتقال داده‌های آزمون شامل گزارش‌های امنیتی، فرم‌های محتمان و اطلاعات داوطلبان با اختلال مواجه شدند. از آنجا که بخش مهمی از نظارت‌های بین‌المللی آزمون به ارسال آنلاین داده‌ها وابسته است، این محدودیت‌ها موجب لغو و تعویق چندباره آزمون‌های بخش اسپیکینگ و رایتنینگ شد و بسیاری از داوطلبان با دریافت دیر هنگام نتایج خود روبه‌رو شدند.

در بهار و تابستان ۱۴۰۲، بحران مالی و نوسانات شدید ارزی ضربه دیگری به آزمون زد. قیمت ارز طرف مدت کوتاهی تغییر کرد و مراکز نتوانستند پرداخت‌های دوره‌ای خود را به IDP انجام دهند. از سوی دیگر، بانک‌ها انتقال وجه به حساب‌های خارجی را محدود کردند. نتیجه آن شد که برخی مراکز ثبت‌نام را متوقف کردند و برخی دیگر تعداد جلسات آزمون را به‌شدت کاهش دادند. اکنون، با اعلام توقف آزمون از بهمن ۱۴۰۴ و نبود هرگونه جدول زمانی برای بازگشت آن، آینده آیلنس در ایران در هاله‌ای از ابهام قرار دارد.