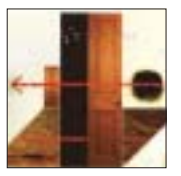
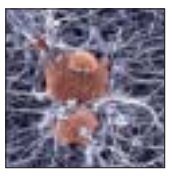

دانش
سفر در زمان از بعد پنجم ۲۸

پزشکی
پرخاش یا همدردی ۲۹


پزشکی
ترمیم نخاع با سلول‌های بنیادی جنینی ۲۹

جامعه
برده‌داری مدرن در خاورمیانه ۳۰

عکس: رویترز

به مناسبت روز جهانی مبارزه با مواد مخدر

یک ربع قرن مبارزه با اعتیاد

دکتر محمود توکلی*

قاچاق مواد مخدر در دنیا درآمدی معادل ۴۰۰ میلیارد دلار ایجاد می‌کند. به عبارت دیگر دومین فعالیت پرسود اقتصادی بعد از صنعت اسلحه‌سازی به شمار می رود. درآمد حاصل از مواد مخدر مشابه درآمد حاصل از صنعت اتومبیل سازی یا داروسازی یا صنعت بانکداری است. تجارت مواد مخدر صنعتی است که نه مرز دارد نه ملیت. باندهای جنایتکار آن را به‌صورت چند ملتی اداره می‌کنند. قاچاق به صورت تجارتی سازمان‌یافته شکل گرفته است که سرمایه کلانی را جابه‌جا می‌کند. نیروی انسانی قابل ملاحظه‌ای را به کار می‌گیرد و از نیروهای متخصص با به فساد کشاندن یا تهدید و اعمال نفوذ استفاده می‌کند. باندهای جنایتکار مانند کارتل‌های کوکائین کلیمی و مکزیکی، قاچاقچیان هنگ‌کنگی و تایوانی و چینی کزانتراسیسیلی (Cosa Nostrasicilem) و مافیای روس و اروپای شرقی اداره این بنگاه عظیم تجاری را بر عهده دارند. آمارهای رسمی حکایت از افزایش شیوع اعتیاد در کشور جمهوری اسلامی ایران در یکی دو دهه اخیر دارد. طبق آخرین تحقیقاتی که توسط وزارت بهداشت و با همکاری UNODC صورت گرفته ۳/۷۶۱/۰۰۰ نفر مصرف‌کننده مواد افیونی از جمله تریاک، شیره، هروئین و به‌ویژه مورفین وجود دارد که از این تعداد ۳/۳۱۳/۰۰۰ نفر بیش از یک‌سال بود که مواد مصرف می‌کردند و ۲/۵۴۷/۰۰۰ نفر مصرف مشکل آفرین (سوءمصرف یا وابستگی) داشتند که ۱/۳۹۰/۰۰۰ نفر آنها در حد سوءمصرف (abuse) به معنای اخص کلمه و در ۱/۱۵۷/۰۰۰ نفر آنها در حد اعتیاد یا وابستگی (dependence) بود. همچنین ۱/۲۱۴/۰۰۰ نفر مصرف‌کننده تفننی تلقی شدند. بر اساس ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران (RSA) مشخص شد که در سال‌های اخیر میزان رشد متوسط سالانه بروز سوءمصرف مواد ۸ درصد و مصرف تزریقی ۳۳ درصد بوده است. همچنین طبق آخرین ارقام سال ۱۳۸۲ که توسط وزارت بهداشت منتشر شده است در مورد مصرف‌کنندگان تزریقی رقم ۲۴۲ هزار نفر و معتادان تزریقی ۸۵ هزار نفر می‌رسیم. بر طبق نتایج این بررسی شایع‌ترین موارد مصرف شامل تریاک، هروئین و حشیش بود. افزایش شیوع مصرف مواد در زنان و کاهش میانگین سن شروع مصرف از دیگر یافته‌های این تحقیق بود. چنانچه بخواهیم به صورت فشرده رویکردهای مبارزه با اعتیاد را در کشور جمهوری اسلامی ایران طی ۲۵ سال گذشته و در مقطع پس از انقلاب اسلامی مورد بررسی قرار دهیم به طور مشخص به دو برهه زمانی و یا تاریخ عطف در گذشته می‌رسیم که یک دوره آغاز انقلاب اسلامی سال ۵۸ تا سال ۱۳۷۰ را شامل می‌شود و دیگری تاریخ زمانی بین سال‌های ۱۳۷۰ تا امروز را در بر می‌گیرد. این تقسیم‌بندی از آن جهت اهمیت می‌یابد که با دو رویکرد متفاوت و بارز در این دو مقطع زمانی در امر مبارزه با پدیده اعتیاد روبه‌رو می‌شویم:

■ انقلاب اسلامی و آرمان‌گرایی

تغییرات بنیادین پس از انقلاب اسلامی در سال ۵۸ دگرگونی‌های اساسی را در باورها، ارزش‌ها و رفتارهای فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جامعه ایران به دنبال دارد و طی این دوره پدیده اعتیاد اعم از قاچاق و مصرف جرم و امر خلاف قانون و بالاتر از آن در تقابل با ارزش‌های انقلاب اسلامی امری مطرود و غیر قابل قبول در ذهنیت عمومی جامعه تلقی شده و مرتکبین در خط امپریالیسم و جزء ایادی و مزدوران خارجی محسوب می‌شوند و در اثر همین ذهنیت سیاستگزاری و برنامه‌ریزی مبارزه با پدیده اعتیاد عمدتاً بر حذف و ریشه‌کنی این بلای اجتماعی تاکید دارد. در سال ۱۳۵۹ تولید، نگهداری، حمل و نقل، داد و ستد و مصرف هرگونه مواد غیرقانونی اعلام شده و به معتادان شش ماه فرصت داده شد تا برای ترک اقدام نمایند. در همان سال‌ها ستاد هماهنگی مبارزه با مواد مخدر تاسیس و مجازات‌های سنگین برای قاچاقچیان و معتادان به اجرا گذاشته می‌شود. به دنبال تصویب این قانون بیمارستان‌ها و مراکز درمانی ترک اعتیاد وابسته به وزارت بهداری و بهزیستی تعطیل می‌شود و وزارت بهداری وقت پرداختن به این موضوع را نیز از جمله وظایف خود حذف می‌نماید و پس از آن اردوگاه‌های بازپروری و کار معتادین زیر نظر سازمان زندان‌ها تاسیس و اداره می‌شود و در سال ۱۳۶۲ طبق مصوبه هیات وزیران این اردوگاه‌ها به سازمان بهزیستی منتقل می‌شود تا با نگرشی جامع‌تر و براساس الگوهای بازپروری معتادان توانبخشی شوند. تا سال ۱۳۶۷ اقدامات صورت گرفته برای معتادان عمدتاً به فعالیت‌های مقابله با عرضه اختصاص دارد و میزان کشفیات مواد مخدر طی این سال‌ها شامل ۳۳۷ تن است که نزدیک به ۳۴ درصد این مواد مربوط به کشف تریاک، ۸ درصد مورفین، ۲ درصد هروئین و ۹ درصد حشیش است. پس از این سال‌ها است که دو نگرش در امر مبارزه با اعتیاد در مسئولان مملکتی شکل می‌گیرد که یکی مبتنی بر تشدید مجازات‌ها و کنترل عرضه مواد استوار است و دیگری به اقدامات آموزشی، فرهنگی و تربیتی می‌اندیشد.

۲- رویکرد کاهش تقاضا و برنامه راهبردی پنج‌ساله (۱۳۸۳-۱۳۷۹) بررسی قوانین و سیاست‌های امر مبارزه با اعتیاد در دوران پس از سال‌های ۱۳۷۰ حضور بیشتر متخصصان علوم پزشکی، تربیتی و روانی اجتماعی را در برنامه‌های کاهش تقاضا و باز شدن این مقوله در برنامه‌های رایج در مقایسه با فعالیت‌های کاهش عرضه که عمدتاً نظامی، امنیتی و قضایی است نشان می‌دهد. در سال‌های اخیر عمده این فعالیت‌ها توسط سازمان بهزیستی کشور و در حوزه معاونت امور فرهنگی و پیشگیری صورت پذیرفته است. اداره کل اعتیاد که در ساختار تشکیلاتی این سازمان دیده شده است طی سال‌های اخیر برنامه‌های زیادی را به اجرا درآورده است. طی همین سال‌ها وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عمدتاً در حوزه معاونت سلامت و با تاسیس اداره پیشگیری از سوءمصرف مواد به جمع مراجع سیاستگزاری، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های کاهش تقاضا پیوسته است. کاهش تقاضا خود سه برنامه جامع و کلی را شامل می‌شود که از جمله آنها به پیشگیری، درمان و کاهش آسیب می‌توان اشاره کرد:

۱- برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد

این برنامه‌ها از سال ۱۳۷۳ توسط معاونت امور فرهنگی و پیشگیری از سازمان بهزیستی کشور به صورت منطقه‌ای و در چند استان کشور و با مشارکت کلیه دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی و غیردولتی دخیل در امر اعتیاد طراحی و اجرا گردیده است. یکی از بارزترین نقاط قوت این برنامه، تنظیم برنامه با تکیه بر منابع انسانی هر منطقه بوده است که جنبه‌ای کاملاً منحصر به فرد به آن بخشیده است. هدف از اجرای این برنامه کاهش بروز و شیوع سوءمصرف مواد، افزایش آگاهی‌های عمومی از مضرات سوءمصرف مواد و به‌طور کلی ارتقای سلامت روانی اجتماعی جامعه هدف بوده است و آن به وسیله طرق ذیل ممکن می‌گردد:

الف- تقویت عوامل محافظ: شامل اعتماد به نفس، تاب‌آوری، آسایش، کیفیت زندگی، روابط ایمنی‌بخش، حمایت، سازگاری، سلامت هیجانی، معنوی، روانی و اجتماعی، عادات زندگی سالم، استراحت کافی و زندگی مفرح و مشارکت در فعالیت‌ها و سیاست‌های مربوط به سلامت.

ب- کاهش عوامل خطر: شامل فشار و رنج، اضطراب، افسردگی، ناامیدی، خشونت، نگرش‌های منفی، کار استرس‌زا، بدرفتاری، سوءمصرف مواد و خودکشی، ارزش‌های بی‌ثبات و تزلزل.

ج- کاهش نابرابری‌ها: شامل وضعیت شغلی، فقر، تبعیض قومی، تبعیض جنسی، معلولیت جسمی یا روانی و محدودیت منطقه‌ای و جغرافیایی، نابرابری در برخورداری از فرصت‌ها و منابع. لازم به ذکر است که برنامه‌های پیشگیرانه اجتماع‌محور در محیط‌های مختلف از جمله کارخانه‌ها، محیط‌های کارگری، سربازخانه‌ها، مدارس و محله‌ها انجام می‌گیرد. مدارس یکی از کانون‌های بسیار مهم جهت انجام فعالیت‌های آگاه‌سازانه و پیشگیری از سوءمصرف مواد هستند چرا که تحقیقات نشان داده است درصد قابل توجهی از جمعیت مصرف‌کننده یعنی حدود نیمی از معتادان کشور (۵۴/۷ درصد) در فاصله سنی ۲۲-۱۷ سال مصرف مواد را آغاز کرده‌اند. همچنین برخی مطالعات دیگر که جهت ارزیابی برنامه‌های پیشگیرانه در استان‌های محل اجرای طرح از جمله کرمانشاه انجام شده است نشان‌دهنده موثر بودن این نوع از برنامه‌ها بوده است به طوری که برخلاف انتظار نسبت به کسب نتیجه‌ای مثبت در مدت‌زمان کوتاه، میزان تست اوپیوم در آزمایشگاه مواد مخدر استان که خود یکی از نشانگرهای وسعت مشکل اعتیاد در منطقه است، از ۴/۱۸ درصد به ۲/۱ درصد رسیده است.

■ درمان و بازپروری معتادان

تاریخچه فعالیت‌های کاهش تقاضای مواد در ایران به اقدامات درمانی که در حدود دهه ۱۳۴۰ برای درمان معتادان به تریاک آغاز شد بازمی‌گردد. لیکن در تمامی این سال‌ها، کشور فاقد برنامه مدون و منسجم کاهش تقاضا بوده است. در سال‌های نخستین پس از انقلاب اسلامی همان‌طور که پیشتر شرح آن رفت با دیدگاه‌های آرمانی و بلندپروازانه‌ای روبه‌رو بودیم که در اثر آموزه‌های انقلاب اسلامی همچون عدالت، رفع فقر و تبعیض و نفی بردگی و اسارت انسان‌ها که اصولی و صحیح نیز به نظر می‌رسیدند روبه‌رو بودیم، ولی می‌بایست در طراحی نظام ارزشی و هنجارهای آن دوران نوعی مهندسی ارزش تعدیل شده را به کار می‌گرفتیم و از جنبه‌های علمی و فنی موضوع به راحتی گذر نمی‌کردیم. البته در این میان دیدگاه‌هایی نیز وجود دارد که قابل اعتنا هستند من جمله اینکه رویکرد درمانی به سوءمصرف مواد متضمن این پیام است که اعتیاد و مشکلات مرتبط با آن ناشی از خطا و اشتباه فرد معتاد نیست، یا وی هیچ‌گونه مسئولیتی در قبال اعمالی که منجر به اعتیاد او شده است یا از اعتیاد وی نشات گرفته است، ندارد. به عبارت دیگر درمان صرفاً برای کمک به مصرف‌کننده مواد است و نه جامعه. مردم و دولت‌ها از خود می‌پرسند که چرا جامعه باید منابعش را صرف افرادی کند که به جامعه آسیب می‌رسانند(UNODC3.2003). از طرفی تحقیقات جدید و محاسبات امروزین نشانگر این موضوع است که با هر یک دلاری که خرج درمان می‌شود، به میزان ۴ تا ۷ دلار از هزینه‌های جرائم مرتبط با مواد و هزینه‌های دستگاه قضایی و زندان کم می‌شود. درمان موجب کاهش تزریق وریدی مواد (Intravenous drug Injection) و در نتیجه کم شدن خطر ابتلا به ایدز و هپاتیت B و C می‌شود. همچنین درمان باعث بهبود وضعیت خانواده و زندگی اجتماعی می‌شود و توانایی شغلی را افزایش می‌دهد. و (UNODC3.2003) تجربیات کشورها نشان می‌دهد که اگر به جای درمان، گزینه زندان یا اردوگاه (Boot camp) دنبال شود، نتایج مثبتی به بار نمی‌آید، چرا که احداث زندان و اردوگاه به مراتب پرهزینه‌تر و اداره کردن آن بسیار پرخطر است، لذا زندان حتی به فرض اینکه اثربخش هم باشد، به هیچ‌روی انتخابی صرفه‌مند نیست ولی درمان به میزان قابل توجهی کم‌خرج و به صرفه است. نکته مهمتر این است که مطالعات نشان می‌دهد ۷۰ تا ۹۸ درصد از محکومان مرتبط با مواد مخدر که در طول محکومیت، درمانی دریافت نکرده‌اند در عرض یک‌سال پس از آزادی از زندان، مجدداً دچار سوءمصرف شده و بیش از نیمی از آنان در ظرف همین مدت با جرائم مرتبط با مواد دوباره زندانی شده‌اند. شواهد چندانی دال بر اثربخش بودن زندان در تغییر رفتار این افراد وجود ندارد. علاوه بر این، تجربیات جهانی نشان می‌دهد که ازدحام زندان اثر نامطلوبی بر سلامت زندانیان دارد. از جمله این آثار می‌توان به شیوع بیماری‌هایی از قبیل ایدز اشاره کرد که ممکن است در جامعه نیز گسترش یابد. (UNODC3.2003) از طرف دیگر انتخاب نکردن گزینه درمان موجب ادامه مصرف مواد و سوق یافتن به سمت شیوه‌های خطرناک‌تر مصرف از جمله تزریق می‌شود. میزان مرگ و میر در معتادان تزریقی بیش از ۱۷ برابر جمعیت مشابه به لحاظ سنی و جنسی اما غیرمعتاد است، به عبارت دیگر میزان مرگ و میر در میان معتادان تزریقی بین ۳ تا ۴ درصد است.(WHO,1998) یکی از عوامل کلیدی در موفقیت و بهروزی برنامه‌های درمانی اعتیاد «پذیرندگی درمان Compliance» است. بدین مفهوم که اعتیاد یک بیماری «زیستی، روانی و اجتماعی» و پیچیده و مزمن است و در بیماری‌های مزمن درمان مقطعی و کامل امری دست‌نیافتنی و غیرممکن است.

از خصوصیات بیماری‌های مزمن (Chronic disorders) همچون فشار خون، دیابت و آسم نیز پذیرندگی پایین است که معمولاً کمتر از ۴۰ تا ۶۰ درصد موارد است. معمولاً طرز تلقی در مورد اعتیاد متفاوت است. رویکردهای درمانی نیز اغلب بر اساس این واقعیت که اعتیاد بیماری‌ای مزمن است، طراحی نشده است. تنها استثناهای این قاعده درمان نگهدارنده با متادون و گروه‌های خودیاری است. اغلب درمان‌های دیگر به دوره‌های مراقبتی حاد محدود می‌شود. در پایان دوره، بیمار مرخص می‌شود و به جامعه بازمی‌گردد. به عبارت دیگر با معتادان همچون بیمار جراحی شده برخورد می‌شود. ارزیابی اثربخشی ۶ تا ۱۲ ماه بعد انجام می‌شود، چرا که انتظار می‌رود درمان کوتاه‌مدت اعتیاد به کاهش مداوم علایم متعاقب ختم درمان منجر شود. به عبارت دیگر تصور می‌شود این اقدامات محدود موجب خشکاندن ریشه‌های اعتیاد می‌شود و در پی آن بهبود دائمی فرد رخ می‌دهد. (UNODC3.2003) از نیمه دوم سال ۱۳۷۵ تدریجاً واحدهای درمان سرپایی معتادان با هدف ارائه خدمات درمان سرپایی برای معتادان داوطلب ترک، از طریق سازمان بهزیستی در مراکز استان‌ها تاسیس شدند. در حال حاضر مجموعاً بیش از ۸۰ واحد، درمان سرپایی معتادان در سراسر کشور را به عهده دارند. واحدهای مذکور با دراختیار داشتن بیش از ۴۰۰ روانپزشک، پزشک عمومی، روانشناس بالینی و مددکار اجتماعی و تاکید بر درمان‌های غیردارویی به‌خصوص درمان‌های گروهی معتادان و خانواده آنان ارائه خدمات مددکاری اجتماعی، روانشناختی، روانپزشکی، طبی و پیگیری پس از ترک، امکان معالجه معتادان را در بطن جامعه فراهم می‌کنند.» همچنین در ساختار اجرایی و تشکیلاتی وزارت بهداشت نیز مراکزی جهت ارائه خدمات درمانی و بازتوانی به معتادان تاسیس شده است که از جمله آن می‌توان به تاسیس ۵۰ درمانگاه سرپایی اعتیاد در معاونت‌های درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور اشاره کرد.

■ درمانگاه‌های درمان نگاهدارنده با متادون (Methadone maintenance treatment)

همان‌طور که پیشتر توضیح آن رفت، اصولاً اعتیاد یک بیماری مزمن با عودهای مکرر است و بحث سم‌زدایی به تنهایی نقش بسیار اندکی در درمان کامل این پدیده دارد. زمانی درمان اعتیاد موثر قلمداد می‌شود که از داروهای جایگزین در درمان آن استفاده شود و همچنین با پیگیری‌های مستمر پس از ترک و درمان‌های غیردارویی و برگزاری جلسات گروه‌درمانی و خانواده‌درمانی همچون پیگیری بیماران در ساختار درمان‌های غیردارویی همچون آموزه‌ها و قدم‌های اصلاح رفتاری NA زمینه مانایی و پایداری بیشتر بیماران روی ترک را برقرار ساخت. متادون دارویی شبه‌افیونی است که به طور صنعتی تولید می‌شود. این دارو از اواسط دهه ۱۹۶۰ برای درمان نگاهدارنده مصرف‌کنندگان افیونی با موفقیت به کار رفته است. این دارو، با ایجاد سطح ثابت خونی، نشئگی ایجاد نمی‌کند و پس از مدتی مصرف باعث ایجاد تحمل نسبت به سایر مواد افیونی می‌شود بنابراین در صورت سوءمصرف جانبی نیز مواد افیونی تاثیر نشئه‌آور در فرد نمی‌کنند. مصرف متادون در بیماران معتاد مزایای بسیاری دارد همچون کاهش بار میزان مرگ و میر میان معتادان، باقی‌ماندن بیماران در درمان، کاهش مصرف مواد غیرقانونی، کاهش ارتکاب جرائم، کاهش ابتلا به ایدز، کاهش چشمگیر رفتار تزریقی، کاهش رفتارهای پرخطر جنسی، صرفه‌مندی اقتصادی برای بیمار و جامعه، کاهش افسردگی، افزایش حس بهروزی و رضایت جسمانی، کاهش مصرف داروهای متفرقه، افزایش میزان اشتغال و کاهش مصرف الکل. اصولاً درمان نگاهدارنده متادون در بیماران با وابستگی شدیدتر نتایج درمانی بهتری داشته است. استفاده از سایر روش‌های درمان در کنار درمان با متادون و نیز افزایش خدمات سطح بالای اجتماعی و انطباق روش‌های عمومی درمان با نیازهای فردی، میزان موفقیت درمان را بالا می‌برد.

■ برنامه‌ها و فعالیت‌های کاهش آسیب (Harm Reduction)

تعریف مناسب کاهش آسیب عبارت است از سیاست یا برنامه‌ای که در جهت کاهش عواقب منفی بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد طرح‌ریزی شده باشد، هر چند که مصرف‌کننده مواد به مصرف خود ادامه دهد.

اقدامات کاهش آسیب شامل موارد زیر است:

۱- آموزش درخصوص مضرات تزریقی مواد، کنترل مصرف شیوه‌های ضدعفونی کردن وسایل تزریق، شیوه‌های ضدعفونی کردن پوست و آموزش رفتار سالم در ارتباط جنسی.

۲- جایگزینی با مواد کم‌خطرتر مثل جایگزینی مصرف تزریقی هروئین با مصرف کنترل شده و خوراکی متادون یا سایر داروهای مشابه افیونی که موجب کاهش قابل توجه عوارض مصرف می‌شود.

۳- دسترسی آسان و رایگان به کاندوم برای جلوگیری از انتقال بیماری‌هایی نظیر ایدز و هپاتیت از راه جنسی.

۴- انجام واکسیناسیون هپاتیت بیماران معتاد در مراکز بهداشتی.

■ درمانگاه‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری (درمانگاه‌های مثلثی)

این درمانگاه‌ها زیر نظر مرکز مدیریت بیماری‌ها در برخی از استان‌های کشور تاسیس شده‌اند. بر طبق آمارهای انتشار یافته وزارت بهداشت تاکنون ۲۱ درمانگاه مشاوره بیماری‌های رفتاری شروع به کار کرده است. اولین و شاید فعال‌ترین درمانگاه مثلثی در کرمانشاه و در مهر ۱۳۷۹ شروع به کار کرد. در تهران نیز دو درمانگاه مشاوره بیماری‌های رفتاری در حال فعالیت است.

این مراکز به اقداماتی در جهت کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد تزریقی، درمان بیماری‌های مقاربتی و مراقبت و حمایت از مبتلایان به ایدز می‌پردازند. هر سه این اختلالات و بیماری‌ها از راه رفتارهای پرخطر به افراد منتقل می‌شوند و می‌توان آنها را نوعی اختلال رفتاری به شمار آورد. با مجموع کردن این سه در یک واحد می‌توان خدمات جامع و ادغام‌یافته‌ای را به بیماران ارائه داد. این امر همچنین از زده شدن برچسب‌های منفی به مراجعان جلوگیری می‌کند. طرح کاهش آسیب در معتادان خیابانی و جمعیت پرخطر وابستههدف از اجرای این طرح کاهش انتشار ویروس ایدز در سن معتادان خیابانی و جمعیت پرخطر مرتبط با آنها است. با انجام این طرح می‌توان به این گروه پرخطر و دور از دسترس نظام درمانی، کمک‌های بهداشتی، پزشکی و اجتماعی اولیه و ضروری را ارائه داد و به تدریج آنان را جذب نظام‌های درمانی و تامین اجتماعی کرد. هم‌اکنون در سطح کشور و به ویژه در سطح شهر تهران چندین مرکز DIC و یا کاهش آسیب در مناطق حاشیه‌ای و پرخطر که تراکم جمعیت آسیب‌پذیر معتادان تزریقی را داریم توسط سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت راه‌اندازی شده است.

■ نتیجه‌گیری

از کلیه مباحث بالا می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که طی دو دهه گذشته سیاست‌های مبارزه با مواد مخدر و پدیده اعتیاد در مقطع زمانی قابل ارزیابی است. در دهه اول تفوق سیاست‌های کاهش عرضه و نگاه امنیتی، جرم‌انگاری و قضایی را شاهد هستیم و بیشتر منابع و امکانات کشور صرف این رویکرد شده است. اگرچه تلاش‌های جمهوری اسلامی ایران در این زمینه قابل اعتنا به نظر می‌رسد و تاکنون در این زمینه بیش از ۳۲۰۰ شهید تقدیم شده است و صدها میلیون دلار صرف مبارزه با قاچاقچیان، کنترل مرزها و هزینه‌های زندان و غیره کرده‌ایم. ولی عواید چندانی را شاهد نبوده‌ایم. در سال ۲۰۰۱ بیش از ۳۰۰ هزار نفر با جرائم مربوط به مواد مخدر دستگیر شده‌اند و تعداد کل زندانیان مواد مخدر حدود ۴۷ درصد کل زندانیان در ایران است. در دهه دوم رویکرد نظام جمهوری اسلامی ایران کمی منعطف به سیاست‌های جرم‌زدایی، قضازدایی از پدیده مصرف و به طور کلی معطوف به سیاست‌های کاهش تقاضا بوده است. در رویکرد مربوط به کاهش تقاضا انجام برنامه‌های پیشگیرانه و آگاه‌سازانه در جامعه را در استان‌های مختلف کشور در سطح مدارس، کارخانه‌ها، سربازخانه‌ها و سایر اجتماعات محلی دنبال کرده‌ایم که هنوز ارزیابی جامعی درخصوص بررسی هزینه فایده و هزینه اثربخشی برنامه‌های اجتماع‌مدار در کشور صورت نگرفته است ولی مطالعات جهانی اثرات ضد و نقیضی از سودمند بودن این برنامه‌ها را نشان داده‌اند. در برخی مطالعات به جنبه‌های اثربخش بودن تاکید شده است و در پاره‌ای از مطالعات سودمند بودن اجرای برنامه‌های اجتماع‌مدار مورد شک و ابهام قرار گرفته است. در مباحث درمانی نیز در چند ساله اخیر گسترش درمانگاه‌های سرپایی درمان معتادان خودمعرف در سطح سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان زندان‌ها را شاهد بوده‌ایم که خدمات بسیاری را پیش پای متقاضیان گذاشته‌اند و همچنین توسعه تشکل‌ها و جمعیت‌های مبارزه با مواد در بخش خصوصی و در سطح جامعه مدنی، گروه‌های خودیاری از جمله NA، تولدی دوباره و کنگره ۶۰ و گسترش فعالیت این گونه انجمن‌ها که حتی در مباحث درمانی غیردارویی و شبانه‌روزی نیز با دایر کردن کمپ‌های مختلف در سراسر کشور خدمات ارزنده‌ای به متقاضیان ارائه می‌دهند شاهد هستیم. هم‌اکنون با جنبش عظیم مردمی NA و گروه‌های خودیاری اعضای خانواده‌های معتادان در کشور روزبه‌روز در حال گسترش است که مسئولیت دولت را در این زمینه در جهت تقویت این نهادها و انجمن‌های نوپا بیش از پیش ضروری می‌سازد. مسلم است که با صرف رویکردهای دولتی و تخصص‌مدار که هزینه‌بر، محدود و مبتنی بر حضور متخصصان در کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها و غیره است و هزینه زیادی را نیز به نظام سلامت کشور تحمیل می‌کند نمی‌توان مبارزه جامع و همه‌جانبه‌ای را سامان داد و باید در این زمینه از پتانسیل حرکت‌های مردمی استقبال کرد. اما با همه این تلاش‌ها که جای تقدیر دارد، هنوز رشد اعتیاد ۸ درصدی را در کشور شاهد هستیم. الگوی مصرف مواد از سنین بالا به سمت درگیر نمودن جوانان و نوجوانان و همچنین افزایش شیوع اعتیاد در بین خانم‌ها و نوع مواد مصرفی از تریاک به انواع بسیار مضر و پرخطرتر همچون هروئین، کراک و . . . را شاهد هستیم که به وسیله تزریق صورت می‌گیرد و هم‌اکنون یکی از دلایل مهم گسترش ایدز در کشور تزریق موادمخدر است. اما با این همه کمتر به دلایل و زمینه‌یابی رشد و گسترش پدیده اعتیاد در کشور پرداخته شده است و مشخص نیست که چرا با همه این برنامه‌ها و صرف هزینه‌های میلیون دلاری در کشور شاهد رشد و گسترش این پدیده هستیم. در همین زمینه آقای جلایی‌پور جامعه‌شناس و محقق معتقد است: «معمولاً در عرصه عمومی شش علت عمده را در رشد و گسترش پدیده اعتیاد در کشور مهم قلمداد می‌کنند و آن علت‌های شش‌گانه عبارتند از: رشد فزاینده جمعیت در دو دهه اخیر، فضای تنش‌زای زندگی در ایران، فقر، قدمت ۳۰۰ ساله مصرف مواد مخدر در ایران، همجواری ایران با کشور افغانستان محل اصلی تولید تریاک در جهان و توطئه کشورهای متخاصم که با انقلاب اسلامی دشمنی دیرینه دارند.» اما با این همه ایشان معتقدند اگر چه علل فوق همگی جزء عناصر مهم رشد و گسترش این پدیده هستند ولی جزء «علل موثر» محسوب نمی‌شوند. بنابراین در پایان باید گفت اگرچه فعالیت‌های انجام شده درخصوص پدیده مبارزه با اعتیاد در حال انجام است ولی چنانچه این برنامه‌ها مبتنی بر تحقیقات بنیادین نباشند نمی‌توان انتظار توفیق زیادی را در این زمینه داشت.

*پزشک و کارشناس مسائل اعتیاد سازمان بهزیستی کشور

خلاصه خبر

۱- همان‌طور که پیشتر توضیح آن رفت، اصولاً اعتیاد یک بیماری مزمن با عودهای مکرر است و بحث سم‌زدایی به تنهایی نقش بسیار اندکی در درمان کامل این پدیده دارد. زمانی درمان اعتیاد موثر قلمداد می‌شود که از داروهای جایگزین در درمان آن استفاده شود و همچنین با پیگیری‌های مستمر پس از ترک و درمان‌های غیردارویی و برگزاری جلسات گروه‌درمانی و خانواده‌درمانی همچنین پیگیری بیماران در ساختار درمان‌های غیردارویی همچون آموزه‌ها و قدم‌های اصلاح رفتاری NA زمینه مانایی و پایداری بیشتر بیماران روی ترک را برقرار ساخت.

نگاه

درباره احیای معاونت پژوهشی

شیرزاد عبدالهی

سرانجام کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس در جلسه روز چهارشنبه ۲۴ خرداد ماه ۸۵ کلیات طرح احیای معاونت پرورشی را به تصویب رساند. به گفته عباسپور رئیس کمیسیون آموزش این طرح در هفته جاری در صحن علنی مجلس بررسی می‌شود. براساس این طرح معاونت جدیدی تحت نام «معاونت پرورشی و امور دانش‌آموزی» تشکیل و معاونت کنونی تربیت بدنی و تندرستی همان گونه که پیش‌بینی می‌شد در این معاونت ادغام می‌شود. به این ترتیب یکی از وعده‌های ۱۰ گانه وزیر آموزش و پرورش تحقق می‌یابد و از مهرماه سال تحصیلی آینده در تمام سطوح از ستاد تا مدرسه معاونت پرورشی و امور دانش‌آموزی تشکیل و ساختار وزارتخانه بار دیگر دوپاره خواهد شد. آئین‌نامه این معاونت حداکثر دو ماه پس از تصویب قانون تدوین و به تصویب هیات وزیران می‌رسد.

مخبر و رئیس کمیسیون با شادمانی از حضور دوباره مربیان پرورشی در مدارس از مهرماه آینده خبر می‌دهند. شاید برخی نمایندگان تصور می‌کنند که پس از ادغام معاونت‌های آموزشی و پرورشی در آذرماه ۸۰، مربیان پرورشی از مدارس رانده شده‌اند و با تصویب این طرح بار دیگر پیروزمندانه به مدرسه بازمی‌گردند. اما واقعیت این است که مربیان پرورشی در پنج سال گذشته مثل سابق در مدرسه حضور داشته‌اند و تلفیق آموزش و پرورش تنها در سطح برنامه‌ریزی انجام شده است و پست سازمانی مربی از ساختار مدرسه حذف نشده است.

مدافعان احیای معاونت پرورشی برای بالا بردن بار ارزشی اقدام خود و کسب وجهه در میان برخی اقشار اجتماعی از طرح تلفیق به عنوان حذف امور تربیتی و حتی حذف تربیت یاد می‌کنند. پیش‌بینی می‌شود که پس از تصویب نهایی این طرح «معاونت‌های آموزش عمومی و امور تربیتی» و «آموزش نظری و مهارتی» درهم ادغام شده و بار دیگر ساختار دوگانه آموزش و پرورش به طور کامل شکل بگیرد. مرتضی حاجی در دفاع از ادغام امور آموزشی و پرورشی، طرح تلفیق را یک تصمیم کارشناسی خالص می‌داند که از دل آموزش و پرورش بیرون آمده و تاکید می‌کند: «هیچ کدام از مراکز پژوهشی و دانشکده‌های تعلیم و تربیت و صاحب‌نظران آموزش و پرورش، تفکیک این حوزه را به دو بخش نظری و عملی جدا از هم تایید نمی‌کنند.» وزیر سابق در اسفندماه ۸۴ نامه‌ای به رئیس مجلس نوشت به او یادآوری کرد که این طرح به تصویب شورای عالی انقلاب فرهنگی رسیده و خطاب به حدادعادل می‌گوید: «طرح تلفیق و توام‌سازی آموزش و پرورش در تمام سطوح انشای خود شماست.» و اظهار امیدواری می‌کند که رئیس مجلس موضع کارشناسی خود را به خاطر مسائل سیاسی کتمان نکند.

نامه حاجی با این پیشنهاد پایان می‌یابد: «اگر تردیدی در درستی این نظریه (تلفیق) ایجاد شده است یکی از مراکز معتبر علمی - تربیتی، نظیر دانشگاه تربیت معلم، پژوهشگاه تعلیم و تربیت، پژوهشکده برنامه‌ریزی دانشگاه تربیت مدرس و یا مراکز مشابه برای مطالعه این طرح دعوت شوند و براساس یافته‌های علمی و پژوهشی اتخاذ تصمیم شود.»

نامه حاجی جوابی دریافت نکرد و مجلس به راه خود ادامه داد. محمدعلی نجفی وزیر اسبق آموزش و پرورش با تاکید بر اینکه مفهوم تعلیم و تربیت بیان یک فرآیند است و نه دو فرآیند متفاوت، به نقل خاطره‌ای می‌پردازد: «در سال ۶۷ وزیر آموزش و پرورش شدم، معاون پرورشی دوره اکرمی در اولین جلسه گفت مربیان پرورشی انگیزه‌ای برای کار پرورشی به این صورت که در حال حاضر انجام می‌شود ندارند و از هر ۱۰۰ نفر ۹۰ نفر متقاضی انتقال از رسته پرورشی به آموزشی هستند. بخشی از این تقاضا به‌خاطر راحت‌بودن رسته آموزشی نسبت به پرورشی است اما بخش عمده تقاضا به این برمی‌گردد که فعالیت مربیان در راستای دستورالعمل‌های تعریف شده در مدارس غیرممکن است و فعالیت بی‌حاصلی تلقی می‌شود.» بحث پیرامون مشکلات امور تربیتی هیچ‌گاه به شکل کارشناسی در حوزه عمومی مطرح نمی‌شد. نجفی می‌گوید: «هر کس در زمینه تلفیق در آن دوره صحبت می‌کرد به عدم قبول و درک نکردن خط شهیدان رجایی و باهنر متهم می‌شد و برچسب سیاسی می‌خورد.» مهمترین اقدام نجفی در این دوره تقویت مربیان از نظر تخصصی و تحصیلی و تبدیل مربیان پرورشی به مشاور تحصیلی و تربیتی بود. در این دوره طرحی به‌نام «تعمیم فعالیت‌های پرورشی» تدوین شد به این معنا که با حفظ ساختار جداگانه معاونت پرورشی، فعالیت‌های تربیتی به سایر عناصر مدرسه تعمیم یابد. این طرح با استقبال معلمان مواجه نشد. نهایت ساده‌انگاری است اگر تصور کنیم طرح تلفیق خلق‌الساعه و براساس تصمیم وزیر و ناشی از یک اراده سیاسی ب