



رتیلین نایاب شد؟

کمبود داروی بیش‌فعالی

رتیلین

شرق: از مشکلاتی که سال‌هاست بسیاری از بیماران و خانواده‌های آنان با آن دست به گریبان هستند «کمبود دارو» است. نبود و یا نایاب‌شدن یک داروی خاص در داروخانه‌ها باعث می‌شود فشار مالی و روانی بسیاری متوجه فرد بیمار و اطرافیان‌ش شود. «رتیلین» یکی از آن داروهاست که در درمان اختلال بیش‌فعالی و کمبود تمرکز به‌خصوص برای کودکان مبتلا به بیش‌فعالی یا اوتیسم کاربرد دارد. این همان دارویی است که برخی از دانشجویان برای آنکه شب امتحان تمرکز بیشتری داشته باشند و بتوانند شب را تا صبح بیدار بمانند نیز از آن سوءاستفاده می‌کنند. این دارو، محرک و اعتیادآور است که حتما باید تحت نظر پزشک استفاده شود و به همین دلیل تنها داروخانه‌های مرجع، آن‌هم با نسخه روانپزشک متخصص عرضه می‌کنند. بااین‌حال کمبود و گاهی نبود آن در بازار کار را برای بیماران چنان سخت کرده که با نوشتن کارزاری به این ماجرا واکنش نشان دادند. آنها در نامه‌ای خطاب به «ریس محترم سازمان غذا و دارو» نوشتند: «داروی ریتالین که شاید از اصلی‌ترین داروهای کنترل اختلال بیش‌فعالی و نقض توجه در کودکان و بزرگسالان باشد درحال حاضر به‌شدت با مشکل موجودی روبه‌رو شده است. ما قبل‌تر نیز از طریق نامه و کارزار این مسئله را از دکتر شانه‌ساز، مدیر سابق سازمان غذا و دارو پیگیری کردیم که متأسفانه بی‌اثر بود. لطفاً اقدامی حائز اهمیت در مورد این دارو انجام دهید که خانواده‌ها و افراد زیادی در جامعه به آن نایزمن هستند». همین شد که سامانه کارزار در کلاب‌هاوس در نشست مجازی به این موضوع و همچنین بیماری ADHD که نیاز به این دارو دارد، پرداخت. در این نشست دکتر محمد صدیقی «سایکوپرایست ACT» و «زیددنت روانپزشکی» و همچنین مهدی ملک‌محمد «روان‌شناس کودک و نوجوان» حضور داشتند و به سوالات پاسخ دادند.

دکتر محمد صدیقی در نشست درباره ADHD

محمد صدیقی در این نشست درباره اینکه داروی ریتالین بر روی چه بیماری‌هایی تأثیر دارد، گفت: «این دارو درواقع اسم تجاری دارویی است که ماده مؤثره‌اش «متیل فنیدات» است و جزء دسته دارویی داروهای محرک محسوب می‌شود. ولی یکی از معروف‌ترین داروهایی که در این دسته دارویی وجود دارد، آتفوتامین است که سوء‌مصرف این دارو را در مصرف شیشه یا داروهایی که اصطلاحاً به آن داروی محرک گفته می‌شود، در جامعه می‌بینیم».

او ادامه داد: «این دارو به‌طورکلی در بیماری بیش‌فعالی و کمبود توجه استفاده می‌شود و برای بیماری‌های دیگر مثل تشنج که در آن دست‌و‌پای مریض می‌لرزد و غش می‌کند، استفاده می‌شود».

صدیقی ادامه داد: «در بحث اختلالات روانی که بیش‌فعالی یکی از آنهاست، چند فاکتور را برای تشخیص بیماری مشخص کرده‌اند، در آن‌اس می‌تواند کارش را انجام دهد. مرحله دیگر بیمار در مراقبت از خودش مشکل داشته باشد، مثلا مرضی که دچار افسردگی است، به بهداشت و به امورات و زندگی شخصی خود نمی‌رسد».

او افزود: «مرحله بعد اینکه عملکرد بیمار مختل شود، مثلا کسی که دچار اختلال افسردگی است، در کار خود دچار اختلال است و نمی‌تواند کارش را انجام دهد. مرحله دیگر جایی است که ارتباطات فرد با جامعه دچار اختلال می‌شود؛ یعنی درواقع اختلالات روانی باعث شود که فرد نتواند ارتباط درستی با سایر افراد جامعه داشته باشد. اگر فردی هر سه این مشکلات را داشته باشد، تازه می‌توانیم بگوییم که ممکن است اختلال داشته باشد».

صدیقی عنوان کرد: «حرفی که در شبکه‌های اجتماعی زیاد شده این است که افراد ادعا می‌کنند که «بیش‌فعال» هستند یا کودکی را که خیلی شیطنت دارد و یک جا بند نمی‌شود، بیش‌فعال حساب می‌کنند که این مثل این است که به فردی که بر اثر ازدست‌دادن عزیزی ناراحت باشد، بگوییم افسرده شده است؛ درحالی‌که اگر فردی دچار اختلالات افسردگی باشد، باید ویژگی‌هایی داشته باشد که تست‌های روانپزشکی که همکاران ما انجام می‌دهند، آن را مشخص می‌کند».

او در ادامه درخصوص بیماری ADHD گفت: «این بیماری بر دو پایه اصلی بیماری اختلال توجه و بیش‌فعالی است که به سه زیرگونه بیماری تقسیم می‌شود؛ یک شاخه این‌بارمانی هستند که قسمت کمبود توجه در آنها بارز است و یک قسمت هم رفتارهای تکان‌دهنده، شاخه سوم که همه اینها را دارند و پاتولوژی آن کاملا مشخص نیست، اختلالات عمده در قسمت پیشانی و مغز است و اختلال عملکرد در قسمت‌هایی که به حرکات عالی‌تر انسانی اختصاص دارد، دیده می‌شود که سن بروز آن در سن‌های پایین‌تر یعنی در کودکی و پیش از دبستان رخ می‌دهد».

این پزشک افزود: «میزان شیوع جهانی آن حدود ۱۰-۱۵ درصد است و در یک جامعه نرمال از ۱۰ هر نفر یک نفر دچار آن می‌شود. روش‌های درمان آن نیز استفاده از داروهای محرکی است که باعث می‌شود آن قسمت از شبکه‌های مغز که غیرفعال هستند و فعالیت درستی ندارند، تحریک و فعال شوند و توجهی که برای کار لازم است ایجاد شود. راه‌های تشخیص آن نیز روانپزشک‌ها و روان‌شناسانی هستند

دوره‌های روان‌پریشی استفاده می‌شوند و برای کنترل توهم هستند، خطرناک است، اما تنها راهی که به ذهن خانواده بیمار می‌رسد ایزوله‌کردن است که استرس بیمار و خانواده را بیشتر می‌کند».

دکتر صدیقی نیز در ادامه این نشست مجازی در پاسخ به این پرسش که داروی جایگزینی برای ریتالین وجود دارد که تأثیر مشابهی داشته باشند؟ گفت: «نه، در واقع داروی جایگزینی نداریم. داروهای جایگزینی که پیشنهاد می‌شود ممکن است برای برخی بیماران عوارض جانبی داشته باشند و اثربخشی ریتالین را نیز نخواهند داشت. انتخاب اول ما ریتالین است، ولی داروی جایگزینی که بنده می‌شناسم داروهای ضدافسردگی است که آنها نیز در بازار پیدا نمی‌شود».

او ادامه داد: «تاکید می‌کنم بهترین درمان ADHD، داروی ریتالین است. در واقع در این بیماری اختلال ساختاری در مغز به وجود می‌آید و حدود ۱۰ درصد افرادی که این بیماری را دارند تا بزرگسالی با این بیماری درگیر هستند. همچنین تا ۶۵ درصد نیز ممکن است عوارض این بیماری را همراه داشته باشند، مثل اختلال عدم توجه یا مستعد یک‌سری اختلالات روانی دیگر مانند افسردگی بودن».

دکتر محمد صدیقی در نشست درباره ADHD

صدیقی گفت: «وقتی درمان کافی نباشد، ممکن است این ۱۰ درصد بیشتر نیز بشود. ممکن است سوءمصرف مواد مخدر بیشتر شود، ممکن است تصادفات افزایش پیدا کند و شیوع بیشتر آن رفتار مجرمانه به همراه داشته باشد. پس خیلی مهم است که این بیماری در همان سن کودکی درمان شود».

ملک‌محمدی نیز در ادامه این نشست درباره اینکه آیا به‌جز دارو، رفتاردرمانی نیز تأثیر دارد؟ عنوان کرد: «اولین نکته این است که هیچ درمان روان‌شناختی‌ای نمی‌تواند جای درمان دارویی را برای ADHD بگیرد؛ چون با یک عارضه در مغز همراه هستیم که باید با استفاده از ترکیبات شیمیایی که در دارو هست، کنترل و مدیریت شود. بنابراین هیچ درمان غیردارویی نمی‌تواند برای ADHD درمان اصلی تلقی شود».

رتیلین تنها راه درمان ADHD است

او گفت: «برخی از اختلالات است که بین درمان دارویی و غیردارویی تفاوتی وجود ندارد یا حتی درمان‌های غیردارویی بهتر نیز هستند، ولی برای ADHD این‌گونه نیست، بلکه ریتالین درمان اصلی است. در تکنیک‌های رفتاری مهم است که والدین وقتی فرزندشان دچار ADHD شد، وقت بسیار زیادی برای او بگذارند؛ چون این بچه فاقد اختلال نیست. ما تا وقتی به وضعیت پایدار نرسیده‌ایم به مشارکت فعالانه والدین برای درمان نیاز داریم».

ملک‌محمدی ادامه داد: «اولین نکته، تغییر نگرش والدین به نوع بیماری است که این رفتارها لجبازی نیست. یکی از علائم ADHD این است که شخص دچار فراموشی می‌شود. ما به والدین آموزش می‌دهیم که رفتارهای تعاملی را در قالب نمایش‌های متعدد به تصویر بکشند. ابتدا مدل رفتاری والدینت بررسی می‌شود و بعد لکه‌گیری صورت می‌گیرد که چه کاری درست است و چه کاری غلط».

او گفت: «گفتار والدین بسیار مهم است؛ این گفتار باید مطابق با اختلال باشد تا رویکرد تعاملی‌ را در بر بگیرد. همه این یکپج برای کنترل اختلالات است که امکان دارد در بزرگسالی به‌طور کامل درمان نشود، ولی کنترل شده باشد».
در ادامه از دکتر صدیقی پرسیده شد آیا اصولا نیاز است فرد مبتلا متوجه بیماری خود باشد؟ و آیا روان‌شناسان ADHD دارد. وقتی این افراد داروی ریتالین را درست مصرف کنند، میزان بروز چشمگیری از این تصادفات کم می‌شود».
او گفت: «تحقیقی در آمریکا نشان می‌دهد ۸۳ درصد دانشجویان پزشکی حداقل یک بار ریتالین مصرف کرده‌اند؛ چون یکی از اثرات این دارو موجب می‌شود بیشتر بیدار بمانند و حواسشان متمرکز شود. همچنین از طرفی دیدند که بیماران ADHD وقتی این دارو را مصرف می‌کنند، در آقایان ۳۲ درصد و در خانم‌ها ۴۱ درصد باعث کاهش رفتارهای مجرمانه در آنها می‌شود».

صدیقی افزود: «وقتی داروی ریتالین در جامعه کم باشد، در پی آن درمان بیماران نیز مختل شده و جامعه را با ریسک بیشتری روبه‌رو می‌کند. همچنین وقتی سوءمصرف نیز باشد، درخواست بیشتری برای این دارو خواهیم داشت».
او عنوان کرد: «بیماری ADHD بیماری‌ای نیست که مثل بیماری فشارخون یا دیابت نسخه داشته باشد. تا جایی که بیمار به یک حالت پایدار برسد، نیاز به ویزیت مکرر دارد، بعد از آن نیز سطح پایداری بیمار رها نمی‌شود؛ مثلا اگر دو ماه یک بار مراجعه داشته باشد، در ادامه سه ماه یک بار مراجعه می‌کند و همین‌طور زمان بیشتر می‌شود. البته تمام اینها بستگی به همکاری بیمار و خانواده او دارد، اما بیمار حتما باید تحت نظارت باشد».

با انسداد در درمان مواجه هستیم

ملک‌محمدی نیز در ادامه گفت: «ما باید دو بخش را در مورد بیماری از هم جدا کنیم؛ یکی فرد بیمار است و دیگری افرادی که به‌عنوان خانواده بیمار در اطراف او هستند. اختلالات روانی به سبب آنکی که به بیمار زده می‌شود، بسیار پیچیده‌تر از اختلالات جسمی است. آنها به سختی بیماری خود را در جمع بیان می‌کنند و رنجی که اطرافیان بیمار می‌برند، به لحاظ روان‌شناختی نسبت به یک بیماری جسمی به‌شدت پیچیده‌تر و شدیدتر است. همچنین بیماری روانی به‌طور خاص روی رفتار فرد در اجتماع نیز تأثیر می‌گذارد».
او افزود: «فردی که مبتلا به افسردگی است، به تمیزی خود بهما نمی‌دهد، در رفتارهای اجتماعی منزوی است، برایش غیبت‌کردن در محل تحصیل و کار مهم نیست و کلا زندگی برای او معنا ندارد. درحالی‌که خیلی از بیماری‌های جسمی را تنها خود بیمار می‌داند و در جمع کسی متوجه آن بیماری نمی‌شود، ولی علائم بیمار روانی معمولاً خود را نشان می‌دهد که برای خانواده‌ها استرس زیادی را ایجاد می‌کند».

ملک‌محمدی گفت: «انسداد در درمان یعنی امکان درمان وجود نداشته باشد. وقتی یک بیماری که اتفاقاً به‌طور خاص درمان اصلی آن با دارو دچار مشکل می‌شود، یعنی یا دارو کمیاب یا نایاب می‌شود، انسداد در درمان اتفاق افتاده و درمان تقریبا ناممکن می‌شود و استرس بیمار به‌شدت افزایش پیدا می‌کند. خیلی از خانواده‌ها وقتی با کمبود دارو مواجه می‌شوند، غلظترین کار را انجام می‌دهند؛ یعنی بیمار را در خانه ایزوله می‌کنند تا دارو فراهم شود».

او ادامه داد: «کم‌شدن داروی صرع یا داروهایی که برای

یادداشت

وقت آن رسیده است که موضوع سالمندی فعال مورد بررسی ودقت نظر قرار گیرد

هومن نویریان: زنی سالمند، تنها و مبتلا به آلزایمر، مردی کهنسنال با ناتوانی حرکتی بر روی تخت آسایشگاه، پیرزن‌ها و پیرمردهایی که سال نو را دور از خانواده و به تنهایی سپری می‌کنند. اینها تصاویری هستند که به‌طور کلیشه‌ای از سالمندی در ذهن بسیاری از مردم شکل گرفته است. سالمندی برای بسیاری از افراد با تنهایی، ازدست‌دادن عزیزان، ناتوانی و دردهای مزمن جسمانی مترادف است.

در جامعه امروزی ما، از «خانواده‌های بسط» و گسترده که در عکس‌های یادگاری می‌بینیم دیگر خبری نیست. خانواده‌هایی که در آن پدربزرگ و مادربزرگ و نوه‌ها همگی در کنار هم زندگی می‌کنند. در بسیاری از «خانواده‌های هسته‌ای» این روزها کودکان و نوه‌ها کمتر فرصت دیدار پدربزرگ و مادربزرگ را دارند. بسیاری از پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها تمام طول هفته را منتظر دیدار فرزندان می‌مانند یا شاید ارتباط به یک تماس تلفنی کوتاه یا تماسی تصویری از آن سوی مرزها خلاصه شود.

امید زندگی شاخص طول عمر افراد جامعه، در ایران تا سال ۱۳۳۵ کمتر از ۴۰ سال بوده است. یعنی برخلاف آنچه در گفته‌های نوستالژیک تکرار می‌شود از شادی و سلامت کمتری برخوردار بودیم. در آن سال‌ها، جامعه ما کمتر از فرصت حضور و زندگی با بزرگ‌تراها بهره می‌برد. اما در این روزها با افزایش امید زندگی و رسیدن به سن ۷۸سالگی برای زنان و ۷۵سالگی برای مردان، مشاهده می‌شود که افراد فرصت بیشتری برای زندگی دارند.

ایران دیرتر از بسیاری از کشورها مانند ژاپن و آلمان سالخوردگی جمعیت را تجربه کرده است اما سرعت ما در سالخوردگی جمعیت بالاست. این یک هشدار، خطاب به برنامه‌ریزان برای آمادگی و مواجهه با این دوران است. اکنون، در این روزهایی که سپری می‌کنیم، شاهد آن هستیم که به دوران میانسانی نسلی رسیده‌ایم که پنجره جمعیتی آن با تولد کودکان در سال‌های ۶۰ گشوده شد. نسل متولد آن سال‌ها دوران میانسانی را پشت‌سر می‌گذارد و تا کمتر از ۲۰ سال دیگر این افراد به سالمندی می‌رسند. متولدین سال‌های ۱۶۰! گروهی که نرخ تجرد قطعی نیز در میان آنان بالاست!

اما همه این آمارها بیش از آنکه بخواهد باعث ترس و وحشت عمومی بشود، باید مسئولان را هوشیار کند تا به فهم ابعاد و چگونگی این پدیده برسند. دریافتن و درک پدیده سالمندی باعث می‌شود که آنها بتوانند با طراحی و برنامه‌ریزی و آمادگی و بالابردن مطلوبیت و کیفیت دوران سالمندی، جامعه را از مواجه‌شدن ناگهانی با بحران سالمندی بر حذر دارند. دوران سالمندی در بسیاری از کشورهای پیشرفته، دوران اشتغال دوباره، یادگیری و توسعه فردی است و شاخص‌هایی برای آن تعریف شده است. از مهم‌ترین این شاخص‌ها «سالمندی فعال» است.

از سال ۱۹۶۱که برای اولین بار یکی از دانشمندان علوم اجتماعی از این موضوع سخن گفت، درباره آن بحث‌های بسیاری شکل گرفت اما با همه اینها، شاخص سالمندی فعال در ۲۰ سال اخیر تبدیل به یکی از شاخص‌هایی شده است که کشورها می‌کشوند به آن دست پیدا کنند.

سازمان جهانی بهداشت (WHO) سالمندی فعال را این‌گونه تعریف کرده است: «فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامت، مشارکت و امنیت به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی با افزایش سن افراد» سالمندی فعال مؤلفه‌های گوناگونی مانند استقلال در انجام امور شخصی، امنیت و مشارکت اجتماعی دارد. در ایران هم به این موضوع پرداخته شده است. در سال ۹۱ شورای شهر تهران دراین‌باره مصوباتی در قالب شهر دوستدار سالمند تصویب کرد که یکی از محورهای آن فراهم‌آوردن فضای مشارکت اجتماعی است.

بر این اساس لازم است که به حقوق سالمندی توجه شود. هرکدام از سازمان‌ها به مروچانی برای تحقق حقوق سالمندی تبدیل شوند. برای تغذیه سالم سالمندان، برای تسهیل حضور سالمندان در شهر، دسترسی آسان به حمل‌ونقل عمومی و… برنامه‌ریزی شود. در حقیقت توجه و برنامه‌ریزی برای سالمندی جزئی از حرکتی بزرگ‌تر به نام «حرکت به سمت جامعه‌ای برای همه سنین» است. در بسیاری از کشورها تصویر سالمندی روزی آفتابی است که پیرمردها و پیرزن‌ها در گردشگاه‌ها و پیاده‌روها قدم می‌زنند یا در سواحل دریا حمام آفتاب می‌گیرند و یا در مشارکتی دلپذیر با افراد سنین دیگر مجالست و مصاحبت می‌کنند.

در ایران نیز دیگر وقت آن رسیده است که موضوع سالمندی فعال مورد بررسی و دقت نظر قرار گیرد. لازم است که سالمندان به مثابه پشت‌های جامعه دیده شوند. لازم است دستگاه‌های ذی‌ربط با فرهنگ‌سازی و برنامه‌های مدون و تصویب قانون‌های تسهیلگر جامعه سالمندان فعال را تقویت کنند. سالمندان جزء مؤثری از اجتماع ما هستند و این اجتماع بدون سالمندان فعال ناقص است. طرح‌ها و قوانین جامعه سالمندان فعال ناقص توجه به سنین دیگر نیست و ضرورتا مکمل و تقویت‌کننده حرکت بزرگ‌تر «جامعه‌ای برای تمام سنین» است.

پیشنهادهایی نظیر پلکانی کردن بازنتستگی و یا افزایش سن بازنتستگی، فرهنگ‌سازی برای تغییر در باورهای جامعه برای فراهم‌آمدن فرصت ازدواج دوباره پس از فوت همسر، توجه به سلامتی در دوران اشتغال و پیش از رسیدن به سالمندی، آموزش‌های عمومی برای داشتن ارتباط بدون خشونت و آموتز مهارت‌های زندگی در دوران سالمندی و همین‌طور زمینه‌سازی برای ارتباط و تعامل مؤثر با سالمند و تلاش برای فراهم‌آوردن فرصت‌هایی برای پذیرش نقش‌های جدید سالمندان در جامعه و توجه ویژه به فراهم‌کردن بسترهای مناسب سلامتی و بهداشت و فضاهای شهری و اجتماعی می‌تواند این دوران را از یک تصویر غم‌انگیز به جامعه‌ای با سالمندانش مستقل، شاد و فعال که زندگی باکیفیتی دارند، تغیر دهد.