ای طبیب جملهٔ علتهای ما

گر طبیبانه بیایی به سر بالینم
به دو عالم ندهم لذت بیماری را

۱۰۲۰۳۰ نسخه در ماه

■ نشریه‌علمی ، خبری و صنفی ■ سال دوم ■ شماره ۳۲+۴ ■ ۸ صفحه ■ نیمه اول تیر ماه ۱۳۸۶

■ بهاء ۱۰۰ تومان ■ این نشریه به رایگان برای تمامی صاحبان حرف پزشکی سراسر کشور ارسال می شود

طبیب حریف

معضلی به نام مواد مخدر

دکتر امیرحسین صابری زفرقندی*

مواد مخدر معضلی است که در تمام دنیا وجود دارد و ایران هم از این قاعده مســتثنی نیســت. در کشــور ما مصرف تریاک سابقه تاریخی دارد و در حال حاضر نیز بیشتر از سایر مخدرها شایع است. البته گرایش به مصرف مواد جدیدتر و مشــتقات تریاک مثــل هرویین و بــه تازگی نیــز داروهای روان‌گردان، ناشایع نیست و این مسئله بسیار نگران کننده است. در حال حاضر یک میلیون و دویست هزار نفر معتاد وابســته به مواد در کشور داریم که حــدود ۲۰۰ تا ۲۵۰ هزار نفــر از آنها مصرف‌های پرخطری مثل مصــرف هرویین و تزریق دارند. از این تعــداد حدود ۲۰ تا ۳۰ هزار نفر جزو معتادان پرخطر و ســخت دسترس هســتند که طرح اخیر دولت مبنی بر جمــع‌آوری معتادان، مربوط به این افراد است.پیشــگیری یک مقوله علمی اســت و برای این کار باید از ابزارهای علمی اســتفاده کرد. ما اعتقــاد داریم چون پیشــگیری و درمان لازم و ملزوم یکدیگرند و نباید آنها را از هم تفکیک کرد، بنابراین جایگاه اصلی پیشگیری باید دانشگاه‌ها و به طبع آن وزارت بهداشت باشد. دانشگاه‌ها باید به پشتوانه نیروی بالقوه و بالفعل علمی خود مشخص کنند چه روشــی برای پیشــگیری مناسب است و ســهم هر دستگاهی را مشــخص کرده، در نهایت پاســخ‌گوی عملکرد خود به جامعــه و نظام‌های اجتماعی و قانونی باشند.

متأســفانه در بحث درمان نیز تا چند سال اخیر وزارت بهداشــت آن طور که شایسته بوده و وظیفه ذاتی آن اقتضا می‌کرده، فعالیتی نداشــته است، البته در ســال‌های اخیر، این وزارتخانه با توجه به وظیفه قانونی خود متولی اصلی درمان اعتیاد شــده است. مشــکلی که در این زمینه وجود دارد این اســت که درمان هم مانند پیشــگیری تا مدت‌ها بدون صاحب بوده و متولی خاصی نداشــته است. در حال حاضر نیز با اینکه وزارت بهداشــت متولی اصلی است، اما تصمیم‌گیری‌های حاشــیه‌ای و چندگانه‌ای صورت می‌گیرد. به طور مثال به بهزیســتی اجازه داده شده برای مراکز ترک اعتیاد مجوز صادر کند، در صورتی که طبــق قانون مرجع صــدور مجوز درمــان، باید وزارت بهداشت باشــد. این دوگانگی در ارائه آمار مراکــز و تعداد افراد تحت پوشــش نیز وجود دارد. ما معتقدیم سیاســت‌گذاری‌های کلان، نحوه درمان، پروتکل‌های درمانــی و ارائه آموزش‌های لازم برای افرادی که می‌خواهند در این زمینه فعالیت کنند، باید در وزارت بهداشت متمرکز شود و سازمان‌های دیگر در راســتای سیاست‌های ابلاغی با وزارت بهداشت همکاری کنند. بدیهی است تولیت امر تحقیقاتی به معنــای انحصار امر در یک وزارتخانه نیســت.برای معتاد روش‌های درمانی متعددی وجود دارد. خلاصه کــردن درمان بــه متادون خطری اســت که نباید به سادگی از کنار آن گذشت.دسترسی به انواع درمان‌ها امری ضروری و درمان با داروهای اگونیست یکی از این روش‌هاست (و نه الزاماً تنها راه).

استدلال توزیع وسیع متادون برای شکسته شدن بازار سیاه مواد مخدر پشتوانه تجربی و علمی قوی ندارد.مطالعات، سودمندی متادون را در درمان‌های نگه‌دارنــده به اثبات رســانده اســت و درمان‌های نگه‌دارنــده فقط برای گروه خاصی از معتادان مورد مصــرف دارد، بنابراین بخش اعظمی از آنها نیاز به اقدامات درمانی دیگری دارند.موضوع کاهش آسیب از بحث‌هــای دیگر اصولی و لازم جامعه ماســت. حقیقت وجود معتاد تزریقی و عوارض و زیان‌های ناشــی از اعتیاد، به جامعه ما تحمیل شــده اســت. سیاســت‌های کاهش آســیب گامی است به منظور کاســتن از عوارض فردی – اجتماعی و بهداشــتی اعتیاد. خوشبختانه این سیاست امروز از برنامه‌های جــدی وزارت بهداشــت اســت و بــا کمک همه دستگاه‌های مربوط به خوبی در حال اجراست.

***رئیس اداره پیشگیری از اعتیاد و آثارسوء مصرف مواد وزارت بهداشت**

گفت و گو با دکتر جهانی ، جانشین دبیر ستاد مبارزه با مواد مخدر به مناسبت روز جهانی مبارزه با مواد مخدر

متادون درمان معتادان پر خطر

دکتر جهانی را کمتر از یک ســال اســت که می‌شناسم، یعنی درست از زمانی که به عنوان پزشــک وظیفه در دفتر تحقیقات کاربردی بهداری ناجا مشــغول خدمت شــده‌ام. در این مدت فعالیت اصلی‌ام مستندسازی علمــی تاریخ بهداری بر مبنای ســاختار (Oral history) بوده اســت. دکتر محمدرضا جهانی اردیبهشــت امسال از ریاست بهداری کل ناجا به ســتاد مبارزه با مواد مخدر منتقل شــد و حالا به استناد گفته‌های پزشکان پیش‌کســوت نیروی انتظامی و با امانت‌داری کامل می‌توان ادعا کرد که تاریخ بهداری ناجا به دو دوره کاملاً مجزا تقســیم شــده است: دوره‌های پیشــین و دوره‌ای که دکتر جهانی ریاست آن را بر عهده داشت.صمیمانه آرزو می‌کنیم ایشان در مسئولیت جدید خود نیز گشایش‌گر فصلی تازه در مسیر نابسامان مبارزه با مواد مخدر باشند.

یاشا نهرینی–پیام کشاورز

آقای دکتر جهانی، در مورد طرح مبارزه با معتادان پر خطر برای ما بیشتر توضیح دهید.

اعتیاد پدیده‌ای نیست که با یک دوره درمانی ریشــه‌کن شــود. اعتیاد به صورت یک بیماری مزمــن پیش‌رونده و عود کننده اســت. بیمار از جنبــه فیزیکی و جســمانی، از جنبــهٔ روحی و روانی و از لحاظ اجتماعی در اثر اعتیاد آســیب می‌بیند. درمان اعتیاد شــامل دارو درمانی، روان درمانی و مــددکاری اجتماعی اســت. در مورد درمان باید هر ســه مرحله درمان انجام شــود تا نتیجه مطلوبی به دســت آید. معتــادان علاوه بر آسیب‌های فردی موجب آسیب‌های جمعی نیز می‌شــوند به خصوص معتــادان ولگرد که مانند بمب عمــل می‌کنند و می‌تواننــد دیگران را نیز آلوده کنند. رویکرد ســتاد مبارزه با اعتیاد و مواد مخدر این نیســت که معتادان را دستگیر کرده و به زندان بفرستد. چون مطالعات نشان داده است که اهرم اجبار در ترک اعتیاد موثر نیست بنابراین تــلاش ما بر این اســت که معتــادان را به ترک اعتیاد تشویق کنیم و فرد خود بخواهد ترک کند. براساس مادهٔ ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر، فرد معتاد مجرم اســت مگر آنکــه تحت درمان قرار بگیرد. بر اساس همین قانون دولت موظف است هزینه‌هــا و امکانات لازم را بــرای درمان فراهم کند. در همین راستا در خرداد ماه امسال به منظور جمع‌آوری معتادان پرخطر، طرحی اجرا خواهد شــد که به عنوان «درمان پلیس مدار» محسوب می‌شــود. در این طرح نیروی انتظامی معتادان را جمع کرده و این افراد را به مراکز درمانی معرفی می‌کند. از ســوی وزارت بهداشــت ۲۹۳ مرکز درمانــی برای ترک اعتیاد وجود دارد که ســعی می‌شــود به ۵۹۰ مرکــز افزایش یابد. ســازمان بهزیســتی نیز ۴۲۱ مرکز دارد که در این طرح به ۷۷۷ مرکــز افزایش خواهــد یافت؛ در نتیجه در این طــرح ۱۱۹۰۰۰ نفر تحت پوشــش وزارت بهداشــت و ۲۰۵۰۰۰ نفر تحت پوشش سازمان بهزیســتی قرار می‌گیرند. ما در این طرح باعث افزایش دسترســی در سطح جامعه می‌شویم، به ایــن معنی که وقتی معتاد بــه این مراکز مراجعه نمی‌کند، ما به او مراجعه می‌کنیم. نحوهٔ کار نیز به این صورت است که تیم‌هایی تشکیل می‌شوند، به ســراغ معتادان می‌روند و ســعی می‌کنند آنها را به ســمت مراکز درمانی بکشــانند. اگر معتاد خانواده‌ای داشته باشد سعی می‌شود خانواده در درمان فرد وارد شــود. اگر درمان فرد معتاد را به صورت مثلثی در نظر بگیریم؛ خانواده، درمانگر و بیمار، رأس های مثلث را تشکیل می‌دهند. سایر معتادان به مراکز درمانی فرستاده می‌شوند. آن دســته از معتادانی که مقاومت می‌کنند به مراکز نگهداری که از پیش در ده شهر پیش‌بینی شده و به صورت اردوگاه اســت، برده می‌شوند. در این مراکز تحت نظارت پزشکان و سایر متخصصین بــرای معتــادان کار درمانی آغاز می‌شــود. این معتــادان حداکثر به مدت ۳ مــاه تحت مراقبت قرار گرفته و در طول این ۳ ماه سم‌زدایی شده و تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار می گیرند. ترخیص این افراد بنا بر تشخیص پزشک است. آنهــا پس از ترخیص به حال خود رها نشــده و به یکی از مراکز وزارت بهداشــت یا بهزیســتی معرفی می‌شــوند. بــرای این افــراد یک کارت شناسایی با اعتبار دو هفته صادر می شود تا مانع فرار آنها شــود. بنابراین اگر فردی مراجعه نکند و یا اعتبار کارتش به پایان رســیده باشــد، دیگر بیمار محسوب نمی‌شود و با او برخورد انتظامی صــورت می‌گیرد و پس از دســتگیری به مراکز اردوگاهی فرســتاده می‌شود. این چرخهٔ کنترلی ادامه می‌یابد تا جایی که ورودی آن کاهش یابد.

بقیه در صفحه ۲

محدودیت در اعزام دانشجویان گروه پزشکی به خارج از کشور ۳

سرشماری پزشکان یا همان بازآموزی پزشکان ۴

میزگرد با حضور رخشان بنی اعتماد کارگردان فیلم خون بازی و کارشناسان اعتیاد
زیر پوست شهر ۵

اول بازی کنید بعد جراحی ۶

داروشناسی
زولپیدم بخور و بخواب! ۸

خبر

فرار مغزها مشکل جوامع اسلامی

دکتر مبشــر شیخ، نماینده ســازمان جهانی بهداشت، در مراســم اختتامیه اجلاس رؤسای دانشــکده‌های پزشــکی کشــورهای اسلامی، ضمــن ابراز خرســندی از شــرکت در چنین اجلاس با شکوهی گفت: « مهاجرت پزشکان و فرار مغزها از کشــورهای اســلامی یکی از مشکلاتی است که جوامع اسلامی با آن روبرو هســتند و باید بــرای حل این مشــکل تدابیر ویژه‌ای اندیشــیده شــود». در این مراسم که با حضور دکتــر لنکرانی وزیر بهداشــت، درمان و آمــوزش پزشــکی، مهندس شایســته، مدیر عامل منطقه آزاد کیش، دکتر مبشــر شیخ، دکتر صــدری نماینــده ISESCO در ایران و دیگر شرکت‌کنندگان برگزار شــد، دکتر مبشر شیخ ضمن تشکر از وزارت بهداشت، دکتر لاریجانی و تیم ایشــان که بــا برگزاری ایــن اجلاس و دعــوت از رؤســای دانشــکده‌های پزشــکی کشورهای اسلامی در مورد موضوعات مهمی از جملــه Networking، اخلاق پزشــکی، آموزش مجــازی و رتبه بندی دانشــکده‌های پزشــکی بحث و تبادل‌نظر کردند، افزود: «در دهه‌های گذشته کشورهای در حال توسعه که به طور عمده از کشورهای جهان اسلام هستند، با چالش‌های زیادی از جمله خدمات بهداشتی نامناســب، ســرمایه گذاری ناکارآمد و کمبود امکانات آموزشی روبرو بودند».

وی ضمن بیان مطلب فوق افزود: «اقداماتی کــه در ایــن زمینــه در کشــورهای اســلامی صورت گرفته متناســب با نیازهای این جوامع نیســت و لازم است با یک برنامه ریزی پویا و سیستماتیک برای توسعه این کشورها تدابیری اندیشیده شود».

وی در ادامه سخنان خود به بهبود وضعیت سیستم‌های بهداشــتی در میان جوامع اسلامی اشــاره کرد و گفــت: «ما بایــد از نظر اخلاقی هــم جوابگوی نیازهای جوامع خود باشــیم و WHO نیــز تــلاش می‌کند در مورد مســائل بهداشــتی از جملــه ایدز و... با بــه روز کردن سیســتم‌های بهداشــتی، با اهداف مشترک این اجــلاس همگام شــود و اقداماتــی را در این خصوص انجام دهد».