کوتاه‌تر از گزارش

درمان قارچ سیاه با همکاری پزشکان متخصص

۶۶۹ فرد مبتلا به کرونا دیروز جان خود را از دست دادند و پیک پنجم هنوز به قله‌اش نرسیده است. این درحالی است که از استان‌های مختلف کشور خبر ابتلای بیماران مبتلا به کرونا به قارچ سیاه نیز مخابره می‌شود. در این شرایط اما داروهای لازم مانند آمفوتریسین B نیز در دسترس نیست. کمبود داروی این بیماری هم مزید بر علت شد تا هراس افزایش ابتلا به قارچ سیاه بیشتر به چشم بیاید. پس از آن بود که حتی سازمان غذا و دارو در اطلاعیه‌ای به مراکز درمانی داروهای جایگزین داروی اصلی این بیماری را اعلام کرد تا کمی از نگرانی‌ها در رابطه با آن کاهش یابد. حالا اما معاون درمان مجتمع بیمارستانی امام خمینی(ره)، تشخیص سریع بیماری قارچ سیاه را در بهبود بیماران بسیار کمک‌کننده دانسته و معتقد است درمان این بیماری که ترکیبی از جراحی و استفاده از داروهای ضدقارچ است با مداخله تیمی پزشکان متخصص امکان‌پذیر است.

به گزارش جام‌جم، علی دهقان‌منشادی دیروز در نشست تیم مدیریت درمان قارچ سیاه، رویکرد مدیریتی مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) را در مواجهه با بحران‌های مختلف بهره‌گیری از خرد جمعی و کار تیمی خواند و گفت: «براساس دستورالعمل‌های جهانی داروی اصلی و مؤثر این بیماری آمفوتریسین B است که اکنون متأسفانه با کمبود کشوری این دارو مواجهیم ولی با تلاش و پیگیری مسؤولان امیدواریم این مشکل به‌زودی رفع شود. در حال حاضر به عنوان داروی جایگزین از پوساکونازول که در کشور موجود است در درمان این بیماران استفاده می‌کنیم.»

به گفته او نکته بسیار مهم در درمان این بیماری همکاری تیمی گروه‌های تخصصی مربوط است. آن‌طور که برخی متخصصان بیماری‌های عفونی می‌گویند تشخیص سریع این بیماری اهمیت بسیار بالایی در روند درمانی آن دارد. به گفته آنها، قارچ موکورمایکوزیس در همه‌جا ازجمله در خاک، سبزی‌ها و میوه‌های در حال فساد وجود دارد و معمولا افراد سالم دچار این بیماری نمی‌شوند. ممکن است هاگ یا اسپور قارچ در سینوس‌ها بماند که در افراد سالم فقط کلونیزه می‌شود ولی در افراد با بیماری‌های زمینه‌ای اعم از دیابت کنترل نشده، بیماران پیوندی و افرادی که داروهای تخریبگر سیستم ایمنی مصرفی می‌کنند شروع به تکثیر در ریه و دستگاه تنفسی می‌کند. به این ترتیب این قارچ در سینوس افرادی که سیستم ایمنی بدن‌شان ضعیف است باعث عفونت سینوسی می‌شود که به‌دلیل مجاورت می‌تواند به چشم و مغز این بیماران گسترش یابد و چنانچه بیمار تحت درمان فوری قرار نگیرد امکان آسیب اعضا یا فوت بیمار نیز هست. علی دهقان در این‌باره یادآور شد: «نیاز است تیم درمانی متشکل از متخصصان چشم، مغز و اعصاب، گوش و حلق و بینی، بیهوشی، عفونی و داخلی در کنار هم مداخلات درمانی لازم را روی این بیماران انجام دهند.»

بنابراین لازم است پزشکان موارد ریسک ابتلای بیماران مبتلا به کرونا و دیگر بیماران (بیمارانی که دارای بیماری‌های زمینه‌ای یادشده هستند) به این عفونت قارچی را به‌خوبی بشناسند و نسبت به علائم بیماری در این بیماران هوشیارتر عمل کنند.

نشانه‌های بیماری

از علائم این بیماری هم بسیار گفته شده است، معاون درمان مجتمع بیمارستانی امام خمینی(ره) معتقد است این علائم از تنوع بالایی برخوردار است. او عنوان کرد: «پزشکان باید بر علائمی چون احساس گزگز یا درد گونه، تاری دید، بی‌حسی چشم، درد فک و صورت، ترشحات حلق و بینی به‌خصوص ترشحات خونی در بیمارانی که بیماری زمینه‌ای قبلی دارند بسیار حساس بوده و حتما یکی از تشخیص‌ها در این موارد موکورمایکوزیس باشد.»

به گفته دهقان، بسیاری از بیماری‌ها نیاز به مداخله تیمی گروه‌های مختلف پزشکی دارد و تنها با یک تخصص خاص قابل مدیریت نیست. بیماری قارچ سیاه نیز از این دست است. این بیماری از قبل بوده و در کشور به‌خوبی مدیریت می‌شده ولی در شرایط جدید (بحران موج پنجم کووید-۱۹ و انتشار گونه دلتا) افزایش یافته و نیاز است برنامه‌ریزی مدیران سلامت نیز براساس این واقعیت و نیازها انجام شود.

نیاز کشور به ۱۸۰ میلیون دوز واکسن کرونا

کریم همتی، رئیس جمعیت هلال‌احمر با تاکید بر این‌که برای واکسیناسیون کامل جامعه و خروج کشور از بحران کرونا به ۱۸۰ میلیون دوز واکسن نیاز داریم، گفت: «تاکنون بیش از ۲۰ میلیون دوز واکسن در ۱۷ محموله از چین به ایران وارد شده است.» وی افزود: «تلاش می‌شود از هفته آینده محموله‌های پنج میلیونی واکسن به کشور وارد شود و روند واردات شتاب بیشتری بگیرد.» / هلال احمر

بازگشایی مدارس با آموزش ترکیبی

علیرضا کمرئی، معاون آموزش متوسطه وزارت آموزش و پرورش گفت: «در سال تحصیلی جدید ۱۱ پروژه مرتبط با بازگشایی مدارس داریم که برمبنای آن عمل خواهیم کرد.» وی توضیح داد: «استراتژی آغاز سال تحصیلی، ترکیبی از آموزش حضوری و مجازی است، یعنی می‌توانیم در برخی از استان‌ها آموزش حضوری داشته باشیم. اما الزام نیست که در هر شرایطی به سمت آموزش حضوری برویم.» کمرئی تاکید کرد: «ما به بازگشایی مطلق فکر نمی‌کنیم، چون اولین اصل برای آموزش و پرورش، ایمنی دانش‌آموزان است.» / وزارت آموزش و پرورش

فراگیری کرونا رسیدگی به مسائل اعتیاد را مشکل‌تر از گذشته کرد

عکس: مهر

گفت‌وگو با سعید صفاتیان، تحلیلگر حوزه اعتیاد و رئیس پیشین کارگروه کاهش تقاضای اعتیاد مجمع تشخیص مصلحت نظام

غفلت ۸ ساله از معضل اعتیاد

مریم خباز

جامعه

آمارهای رسمی یک حرف می‌زنند و اتفاقات کف جامعه یک حرف دیگر. آمارهای رسمی می‌گویند ما با دو میلیون و ۸۰۰ هزار معتاد رسمی که کمتر از ۷۰ هزار نفرشان خیابان‌خواب و متجاهرند سر و کار داریم، ولی کف جامعه به ما می‌گوید این عددها باید بزرگ‌تر از اینها باشد. آمارهای رسمی می‌گویند میانگین سنی اعتیاد در ایران حدود ۲۴ سال است و تجربه اولین مصرف به دوره دبیرستان مربوط می‌شود ولی کف جامعه می‌گوید این عدد هم باید کمتر از این باشد و نه فقط از دبیرستانی‌ها که باید از بچه‌های ۱۲ و ۱۳ ساله هم حرف زد که ماهرانه نشئه می‌شوند و زیرکانه در آمارها نمی‌گنجند.

خلاصه میان آمارهای رسمی و آنچه جامعه، بی‌ریا به تماشاچیانش عرضه می‌کند فاصله زیادی است؛ آنقدر که وقتی با سعید صفاتیان، تحلیلگر ارشد حوزه اعتیاد و رئیس پیشین کارگروه کاهش تقاضای اعتیاد مجمع تشخیص مصلحت نظام همکلام شدیم او هر نوع تردید را کنار گذاشت و به ما گفت فقط آنچه را که با چشم‌مان می‌بینیم، باور کنیم و مشت را نیز نمونه خروار بدانیم.

به این ترتیب ما در گفت‌وگو با صفاتیان درگیر آمارهای رسمی نشدیم چون او هیچ‌کدام از آمارها را دقیق نمی‌داند، بلکه با او از منظر شواهد عینی وارد بحث شدیم؛ شواهدی که چهره غم‌انگیزی دارند مثل پایین‌تر آمدن سن اعتیاد در کشورمان یا بیشترشدن اعتیاد زنان. البته او در این مصاحبه بیشتر از آن که به معلول‌ها بپردازد به علت‌ها پرداخت علت‌هایی که بیشتر به مدیریت مبارزه با این پدیده مربوط است.

در حوزه اعتیاد و مصرف موادمخدر در کشورمان مدتی است سکوت حکمفرماست. این سکوت آیا آرامش قبل از توفان است یا موضوع دیگری در میان است؟

بله، این موضوع مهمی است. بیشتر از یک‌سال است در کشور هیچ سر و صدا و فعالیت قابل ملاحظه‌ای حداقل در رسانه‌ها، فضای مجازی و در محافل کارشناسی در حوزه مبارزه با موادمخدر و در همه ابعاد آن چه در مقابله و چه در پیشگیری و درمان نمی‌بینیم. به‌نظرم علتش این است که برنامه‌ای وجود ندارد و هر آنچه که هست برنامه‌های تکراری است.

در حوزه نظامی و انتظامی تنها چیزی که برقرار است گرفتن محموله‌های خرد و کلان مواد مخدر است که برای مردم عادی شده و دیگر به آن واکنش نشان نمی‌دهند. اگر یک زمانی کشفیات ما ۸۰۰ تن بوده و حالا این به هزار تن رسیده البته یک فعالیت سنگین انتظامی برای آن صورت گرفته ولی کم و زیاد شدن این اعداد برای مردم فرقی نمی‌کند. در حوزه پیشگیری از اعتیاد نیز که عملا اتفاقی در کشور رخ نمی‌دهد. البته کارهایی در حال انجام است ولی هیچ کار خاص و نو که گفته شود در هیچ جای دنیا انجام نمی‌شود و برخاسته از ابتکار ماست، وجود ندارد. حتی اقتباس از طرح‌های کشورهای دیگر که ما درست آنها را انجام داده‌باشیم نیز وجود ندارد.

> با وضع موجود اعتیاد در کشور ما کنترل نمی‌شود بلکه روزبه‌روز بدتر هم می‌شود. در هشت سال گذشته و از زمان شروع به کار دولت آقای روحانی وضع بدتر از قبل شده‌است. در کشور ما چاپ فلان تعداد بروشور را جزو کارهای پیشگیرانه محسوب می‌کنند

در حوزه درمان چطور؟

در حوزه درمان هم مراکز خصوصی درمان اعتیاد که از ۲۰ سال پیش مشغول به کارند به همان سبک همیشگی مشغولند و برای اینها هم هیچ برنامه جدیدی نیست. در واقع انگار مسؤولان ما در حوزه سیاستگذاری مواد مخدر جایگاه‌شان عوض شده و آدم‌های تصمیم‌ساز در جایگاه تصمیم‌سازی ننشسته‌اند. این درحالی است که ستاد مبارزه با مواد مخدر مرکز تصمیم‌سازی در کشور است و باید این ستاد با توجه به شرایط کشور روز به روز، هفته به هفته و ماه به ماه برنامه ارائه بدهد. به‌عنوان تازه‌ترین اتفاق می‌بینید که طالبان در افغانستان روی کار آمده و در سر خط اخبار جهان قرار گرفته. انتظار بود که در روزهای اخیر افراد تصمیم‌ساز در حوزه اعتیاد کشورمان تحلیل ارائه دهند و آینده‌نگری کنند که ما با تحولات اخیر در کشور همسایه چه کنیم اما می‌بینیم که هیچ تحرکی شکل نگرفت.

این بی‌تحرکی می‌تواند ناشی از تازه روی کارآمدن دولت باشد به‌طوری‌که خیلی‌ها ترجیح داده‌اند محتاط و دست به عصا باشند. این‌طور نیست؟

بله، شک نکنید این موضوع دخیل است؛ البته این بی‌تحرکی را نمی‌توان فقط به امروز ربط داد بلکه من هیچ‌گاه در سطح کلان و در مدیران‌ارشد حوزه موادمخدر کشورمان هیچ تحلیلی را ندیده‌ام.

به نظر شما بی‌تحلیلی در ستاد مبارزه با موادمخدر ناشی از چیست؟

به اعتقاد من علت این است که افراد مناسبی در جایگاه‌های مدیریتی نیستند و به عبارت دیگر، مدیران نه تصمیم‌سازند و نه تصمیم‌گیر بلکه مدیران اجرایی هستند، درحالی که ستاد مبارزه با موادمخدر، دستگاه اجرایی نیست بلکه دستگاه سیاستگذار و تصمیم‌ساز است. بخشی از بی‌تحرکی و بی‌تحلیلی را هم باید به تلاش برای حفظ پست‌ها ربط داد چون تصور غالب این است که نکند من امروز حرفی بزنم و چند ماه دیگر فلان شخص که حرفم به مذاقش خوش نیامده، این میز و صندلی را از من بگیرد. این تجربه‌ای است که خودم دارم. سال ۸۴ که دولت‌نهم روی کار آمده‌بود شروع برنامه‌های کاهش آسیب در کشورمان بود و نظرات مختلف و منتقدانه‌ای داشتم و خیلی‌ها به من می‌گفتند اگر دبیرکل جدید ستاد بیاید تو دیگر سمت نخواهی داشت اما این اتفاق نیفتاد چون دبیرکل ستاد به انتقادها گوش داد و پیشنهادها را عملی دید ولی الان وضع فرق‌کرده و استرس از دست‌دادن صندلی بالاست و مدیران ریسک نمی‌کنند، ضمن این که اغلب مدیران در بخش اعتیاد، کارشناس نیستند، درست برخلاف کشورهای دیگر دنیا که مدیران بخش موادمخدر همه کارشناسان حوزه‌های مختلف اجتماعی‌اند. پس در نتیجه چون ما این‌گونه نیستیم وضع همانی است که می‌بینید.

علاوه‌بر مدیران که سکوت کرده‌اند مدتی است قاچاقچیان هم در کشور ما ساکت‌اند و بازار مصرف نیز بسیار آرام و بی‌سروصدا سر در لاک خود دارد. معنی این سکوت چیست؟

سیستم قاچاق یک سیستم دینامیک و پویاست درحالی که تشکیلات مبارزه با موادمخدر درکشور ما سیستماتیک است؛ بنابراین قاچاقچی وقتی می‌بیند کشور آرام است و کسی کاری به کارش ندارد چرا برای خودش دردسر درست کند؟ قاچاقچی در وهله اول دنبال کسب پول است و وقتی می‌بیند پول به دستش می‌آید، مواد را با قیمت دلخواه می‌فروشد و کشورمان ورود جدی به حوزه پولشویی ندارد و قاچاقچیان به‌راحتی می‌توانند حوزه‌های مالی کشور را به هم بریزند و درآمد کسب کنند پس چرا شلوغ کنند؟

سیستم قاچاق یک سیستم خوش‌فکر است. من با بسیاری از قاچاقچیان بزرگ صحبت کرده‌ام؛ کسانی که اتاق‌فکر موادمخدر هستند. این افراد به معنی واقعی کلمه تصمیم‌ساز و تصمیم‌گیرند و مطمئن باشید برای پنج سال بعد برنامه دارند. بی‌تردید اکنون نیز مشغول فکرند که با طالبان چه نوع رابطه‌ای داشته‌باشند و روی چه موادی کار کنند و اگر احیانا به مشکلی برخوردند آن را چطور حل کنند. پس با این سیستم فعال و خوش‌فکر نباید منفعل و سست و سنتی برخورد کرد.

الان جدیدترین برنامه‌های پیشگیری و درمان اعتیاد در دنیا چیست؟

درحوزه درمان، ماندگاری در درمان اصل است. در دنیا بحث بر سر این است که این ماندگاری در درمان آیا باید با سالم‌بودن مطلق یعنی با پرهیزمداری مطلق همراه باشد یا با کاهش آسیب که غالب نگاه‌ها به سمت کاهش آسیب رفته‌است.

در واقع گفته نمی‌شود افراد، تحت‌پوشش خدمات‌درمانی اعتیاد قرار بگیرند و اگر تا دیروز روزانه سه گرم هروئین مصرف می‌کرد حالا این را در مدتی کوتاه به صفر برساند؛ بلکه گفته می‌شود این ترک مواد باید تدریجی اتفاق بیفتد و اگر سه گرم امروز به دو گرم در سال بعد رسید همین کاهش از عوارض مواد بر بدن فرد می‌کاهد. به عبارت دیگر پرهیزمداری مطلق یعنی برنامه‌ای که ما دنبالش هستیم دیگر در جهان مدنظر نیست بلکه کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف موادمخدر اولویت دارد. البته در حوزه درمان، مسائل ریزتری هم موردتوجه است مثل بالابردن پوشش درمان، و ارائه خدمات روان‌درمانی به جای تکیه بر داروهای مرسوم برای ترک و تولید داروهای جدید.

درحوزه پیشگیری هم، سطح‌بندی جامعه و بالابردن هرچه بیشتر آگاهی افراد و خانواده‌ها در اولویت قرار دارد. اکنون دیگر دولت‌ها در بخش پیشگیری و درمان اعتیاد خودشان را مستقیما درگیر نمی‌کنند بلکه کارها را به سازمان‌های مردم‌نهاد و بخش خصوصی می‌سپارند؛ البته در کشور ما نیز بخش درمان به بخش خصوصی سپرده شده و اگر این بخش نباشد عملا درمان اعتیاد دچار فروپاشی می‌شود ولی در حوزه پیشگیری به بخش خصوصی اجازه فعالیت داده نمی‌شود و در این حوزه واقعا عقبیم.

چرا اجازه ورود به بخش خصوصی داده نمی‌شود؟

چون این نگاه در سطح کلان وجود دارد و نه‌فقط در حوزه موادمخدر بلکه به سازمان‌های مردم‌نهادی که در سایر بخش‌های مربوط به آسیب‌های اجتماعی کار می‌کنند نیز اجازه فعالیت در حوزه پیشگیری داده نمی‌شود و اینها با مشکلات عدیده مواجه‌اند.

آیا سازمان‌های مردم‌نهاد در همه جای دنیا این همه مشکل دارند؟

تا حدی بله چون سازمان‌های مردم‌نهاد قدرت می‌گیرند و به‌تدریج صاحب نفوذ می‌شوند. ۲۰ سال پیش من به همراه یک گروه از کشورمان عازم یکی از شهرهای ایتالیا شدم. آنجا از یک مرکز تی‌سی (مرکز درمان اجتماع‌محور) بازدید کردیم که یکی از بزرگ‌ترین مراکز در حوزه درمان اعتیاد در دنیاست. این مرکز به نقطه‌ای از موفقیت رسیده‌بود که مسؤولان سیاسی نه فقط در ایتالیا بلکه در کشورهای همسایه آن نیز به این مرکز نماینده می‌فرستادند تا از قدرتش استفاده کنند و برای خودشان جایگاهی به دست بیاورند. پس ان‌جی‌اوها تا این حد می‌توانند قدرتمند شوند و این قدرت چیزی نیست که خیلی‌ها بخواهند.

این‌که می‌گویید ما در حوزه پیشگیری از اعتیاد به‌شدت عقبیم حرف درستی است. فعالیت‌های پیشگیرانه در کشور ما خلاصه شده‌است به چاپ چند بروشور، چند پیام رسانه‌ای و حداکثر چند تیزر که تاثیرگذار هم نیستند. پس عجیب نیست اگر تا به حال موفق به کاهش میل به مصرف موادمخدر در کشورمان یا کنترل اعتیاد نشده‌ایم.

باید به‌عنوان یک حقیقت بپذیریم که با وضع موجود، اعتیاد در کشور ما کنترل نمی‌شود بلکه روزبه‌روز بدتر هم می‌شود. در هشت سال گذشته و از زمان شروع به کار دولت آقای روحانی وضع بدتر از قبل شده‌است. در کشور ما چاپ فلان تعداد بروشور را جزو کارهای پیشگیرانه محسوب می‌کنند در حالی که این کار در هیچ جای دنیا انجام نمی‌شود چون اساسا چاپ بروشور، برنامه نیست و خنده‌دار است اگر آن را در خارج کشور مطرح کنیم. من دوبار در اجلاس موادمخدر سازمان ملل شرکت کرده‌ام و آنجا مورد سؤال قرار گرفته‌ام که آیا چاپ بروشور آموزشی در کشور شما برنامه است؟ یا اگر گزارش داده‌اید که فلان تعداد جشنواره برگزار کرده‌اید نتایج آنها چه بوده‌است؟

گفتید که در هشت سال عمر دولت‌های یازدهم و دوازدهم وضعیت اعتیاد در کشورمان بدتر شد. ملاک‌های شما برای بدتر شدن چیست؟

در این هشت سال سن اعتیاد پایین‌تر آمد، اعتیاد در زنان بیشتر شد، نگاه به اعتیاد بیشتر مقابله‌ای شد، مدیران در حوزه اعتیاد ضعیف‌تر شدند و کارشناس نبودند، ارتباطات بین‌المللی در حوزه مواد مخدر به‌شدت کاهش یافت و پیشگیری نادیده گرفته شد و یک برنامه بسیار سطحی از آن به‌جا ماند. گرچه ملاک‌های دیگری هم وجود دارد اما همین شش مورد وضعیت نامطلوب را به‌خوبی نشان می‌دهد.

سن اعتیاد به نوجوانی رسیده

بالاخره سن شروع اعتیاد در کشورمان چند سال است، چون می‌دانید که در این باره عددهای مختلفی بیان می‌شود. کدام یک از این عددها واقعی‌اند؟

هیچ‌کدام‌شان. شما به‌عنوان یک خبرنگار باید آنچه را که در جامعه می‌بینید باور کنید. در محله ما یک پارک است که غروب‌ها نوجوان‌های ۱۳ ساله به بالا مشغول مصرف حشیش هستند. شما یک بار غروب‌ها سری به سواحل دریا بزن، آنجا هم حتما نوجوان‌ها را مشغول مصرف مواد خواهید دید. این خودش آمار است، پس نیازی نیست یک سازمان رسمی به ما آمار بدهد. واقعیت جامعه ما که مردم به‌خوبی آن را لمس می‌کنند، این است که سن اعتیاد در کشورمان پایین است، حالا مسؤولان هر آماری می‌خواهند بدهند.

یعنی می‌گویید هرچه که من و شما می‌بینیم حجت و مشت نمونه خروار است؟

بله دقیقا. موادمخدر در همه جای کشور ما هست و در هر محلی قابل تهیه است. من آخر هفته‌ها کوهنوردی می‌کنم و در ارتفاعات که قبلا بوی گوسفند حس می‌شد حالا بوی حشیش به مشام می‌رسد. این اتفاق در همه جا دارد رخ می‌دهد و اینجا و آنجا ندارد. در دنیا رسم براین است که یک موضوع امنیتی را به موضوع سیاسی و سپس به موضوع اجتماعی تبدیل کنند تا آن را حل کنند، ولی ما داریم برعکس عمل می‌کنیم و یک موضوع اجتماعی را داریم سیاسی و امنیتی می‌کنیم و کارها را به سمت سخت‌تر شدن می‌بریم.

معتادان در حال خوش‌تیپ شدن هستند

علاوه‌بر پایین آمدن سن اعتیاد در کشورمان موضوع قابل لمس دیگری هم وجود دارد، این که دیگر معتادان افراد ژولیده و تابلو نیستند بلکه خیلی از آنها آدم‌های اتوکشیده و عطر و ادکلن زده‌ای هستند که حتی احتمال معتاد بودن‌شان به ذهن هم خطور نمی‌کند. این پدیده ناشی از چیست؟

بله این اتفاق تقریبا در حال همه‌گیر شدن است و اگر کسی متخصص نباشد نمی‌تواند از روی قیافه افراد پی به اعتیادشان ببرد. این موضوع دلایل مختلفی دارد مثل بهتر شدن تغذیه افراد مصرف‌کننده یا این که می‌دانند نباید درجامعه تابلو شوند. موضوع مهم‌تر این است که تابوی اعتیاد در کشورمان شکسته و بسیاری از خانواده‌هایی که برای درمان اعتیاد می‌آیند راضی‌اند فرزندشان داغان نشود و مواد کم‌خطرتر را ادامه دهد.

نوع مواد مصرفی هم در خوش‌قیافه ماندن معتادان اثر دارد؟

بهتر است بگوییم الگوی مصرف مواد روی خوش‌قیافه ماندن معتادان اثر دارد. مدتی است برخی معتادان از سمت مصرف خوراکی مواد به سمت وافور چرخش پیدا کرده‌اند. این روش مسلما عوارض کمتری نسبت به مصرف خوراکی دارد و باعث می‌شود عوارض اعتیاد دیرتر بروز کند. این که در جامعه ما برخی پول‌های بادآورده به دست عده‌ای می‌رسد نیز در تغییر الگوی مصرف مواد نقش دارد که باید مورد توجه باشد.

به نظر شما برای کنترل این وضع و این که لااقل اوضاع‌مان بدتر از آنچه هست نشود باید چه کار کنیم؟

قبل از هر کار، شخص رئیس‌جمهور که رئیس ستاد مبارزه با موادمخدر است برای یک بارهم که شده شخصی غیرنظامی و غیرسیاسی را به عنوان دبیرکل ستاد انتخاب کند. سپس در انتخاب اعضای ستاد، تجربه کار در حوزه اعتیاد و موادمخدر ملاک قرار بگیرد یعنی افرادی به کار گمارده شوند که از این حوزه سر درمی‌آورند و مهم‌تر این که برنامه کارشناسی داشته‌باشند. سوم این که کسانی در راس امور قرار بگیرند که به اعتیاد نگاه اجتماعی دارند. اگر افراد درست انتخاب شوند کارشناسان هم پشت سرشان می‌آیند و برنامه‌ها روی ریل اجرا قرار می‌گیرد. اگر این تغییرات ایجاد نشود هیچ برنامه‌ای درحوزه اعتیاد قابل اجرا نخواهدبود.