

پیشگیری از اعتیاد برای کودکان مغفول مانده است

□ مریم کیانی /
انجام تحقیق «بررسی وضعیت کودکان درگیر اعتیاد در ایران در مناطق معضل خیز» حدود پنج ماه طول کشید و در این تحقیق، ۱۵۰ کودک از مجموع ۱۷۰۰ کودک تحت پوشش جمعیت امام علی (ع) مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۱۶ نفر آنها اعتیاد داشتند. تحقیق در ۱۰ استان تهران، البرز، مازندران، گلستان، خراسان رضوی، خراسان جنوبی، بوشهر، هرمزگان، کرمان و زنجان انجام شد که استان های تهران و خراسان رضوی بیشترین تعداد کودکان درگیر اعتیاد را داشتند اما در خراسان جنوبی، وضعیت اعتیاد کودکان شرایط بدتری داشت. چنان که در استان تهران، بیمارستان لقمان - به دشواری - می پذیرفت که کودکان معتاد را بستری و درمان کند اما در خراسان جنوبی، هیچ بیمارستانی حاضر به پذیرش کودکان معتاد نبود و حتی یک بیمارستان هم که کودکان را پذیرش کرد هیچ پزشک و پرستاری به بالین بچه ها نفرستاد و ما برای این کودکان پرستار استخدام کردیم و چون بیمارستان، حتی دارو هم در اختیارمان نگذاشت، وقتی کودکان در اثر ترک دچار تشنج شدند پرستار مانعی داشت چه کند. ضمن آنکه کودکان معتاد بدون شناسنامه هم به هیچ وجه پذیرش نمی شدند. در استان تهران با مواردی مواجه بودیم که کودک، خودش برای درمان اعتیاد اقدام می کرد چون با وجود آنکه نمی دانست معتاد است اما می فهمید دچار وضعیت بدی است. می فهمید انرژی اش خیلی بالا رفته اما نمی دانست چه اتفاقی افتاده است. کارهای ناهنجاری می کرد و دچار عذاب وجدان می شد که چرا دست به این کارها زده است. کودکان که مصرف کننده محرکها بیش از مصرف کنندگان تریاک و هروئین دچار این حالت ها شده بودند و بیشتر از سایرین میل داشتند خودشان را از این وضع رها کنند. البته تر جیح اغلب کودکان هم مانند بزرگسالان به مصرف محرکها بود ضمن آنکه در زمان انجام تحقیق، این مواد هم ارزان تر و در دسترس تر بود. البته مادر تحقیق مان به نتیجه قطعی بیشتر بودن تعداد پسران معتاد نسبت به دختران معتاد نرسیدیم چون دختران در صورت معتاد شدن، بیشتر مورد سوءاستفاده قرار می گیرند و خانواده ترجیح می دهد سوءاستفاده هم در همان محیط خانه و نه بیرون از خانه اتفاق بیفتد. چنانکه دختری که توسط برادرش معتاد شده بود، در خانه بود و برادر برای خواهر مشتری می آورد و از این راه درآمد داشت. اما نتایج تحقیق، مارا به شدت در مورد مغفول ماندن پیشگیری از اعتیاد در کودکان نگران کرد. وقتی باین نتایج سراغ مسؤولان می رفتیم می دیدیم که اولین اقدامشان ایجاد کمپ و مرکز درمانی است در حالی که ایجاد کمپ باید آخرین راه باشد و در ابتدا الفلی صورت گیرد که کودک به سمت اعتیاد کشیده نشود. ما شاهد بودیم که تعداد کودکان معتاد به سرعت رو به افزایش است. شهر پور ماه ۱۳۹۳ تعداد کودکان معتاد شناسایی شده توسط ما ۳۰ نفر بود اما ظرف مدت پنج ماه و تا پایان انجام تحقیق به ۱۱۶ نفر رسیده بود. اعتیاد بسیاری از کودکان، اجباری بود و آنها حتی نسبت به ترک مواد آگاهی نداشتند و همین عوامل می تواند باعث طولانی تر شدن دوران اعتیاد آنها شود. به خصوص اگر اعتیاد و بلوغ شان تفران زمانی داشته باشد دچار اختلالات جنسی فراوان خواهند شد. ما با موارد متعدد پسرهای نوجوان معتادی مواجه شدیم که در کودکی قربانی آزار واذیت جنسی شده بودند و حالا در نوجوانی، خودشان هم دنبال طمعهای برای آزار واذیت جنسی بودند.

□ مسؤول تحقیق «بررسی وضعیت کودکان درگیر اعتیاد در ایران در مناطق معضل خیز»

اغلب کودکان به اجبار خانواده ها معتاد می شوند

□ محمد قهرمانی /
اعتیاد کودکان با اعتیاد بزرگسالان بسیار متفاوت است، چون کودکان اختیاری از خودشان ندارند و بسیاری از کودکان معتاد هم به اجبار یا مبتات از اعتیاد پدر و مادر یا زندگی در مکان های معضل خیز به اعتیاد مبتلا شده اند. در موارد بسیاری هم مادر در دوران بارداری و شیردهی معتاد بوده و اعتیاد به چنین یا نوزاد هم منتقل شده است. وقتی به کودکان معتاد مصاحبه می کنیم متأسفانه شاهد هستیم که بسیاری از آنان از اعتیاد خودشان بی خبرند و در چنین شرایطی با کمبود جدی مرکز تخصصی و متخصصان درمان اعتیاد کودکان مواجهیم. البته مسؤولان سازمان پستی پستی اعلام کرده اند که پروتکل درمان اعتیاد کودکان آماده است و با راه اندازی مراکز تخصصی درمان اعتیاد کودکان هم این پروتکل اجرایی می شود. اما مهم ترین مشکل در مسیر درمان اعتیاد کودکان این است که برای درمان یک کودک معتاد و بستری او در یک مرکز درمانی، باید حتما والدین کودک مجوز کتبی اجازه درمان او را بدهند و در غیر این صورت، مراکز درمانی از پذیرش، بستری و درمان کودک خودداری می کنند در حالی که فرد بالای ۱۸ سال با چنین مشکلی مواجه نیست. کودکان معتاد حتی پس از درمان، باز به همان خانواده معتاد و محل معضل خیز برمی گردند. به خانهای برمی گردند که پدر یا مادر، اغلب مشاغلی ناپایدار و ناسالم دارند و سطح سوءاد و آگاهی و سلامت و بهداشت در چنین خانواده هایی بسیار پایین است و احتمال عود اعتیاد کودک در چنین شرایطی بسیار زیاد است. کودکان معتاد اغلب مورد آزار و اذیت های جسمی و جنسی فراوان قرار می گیرند و درآمدی هم ندارند که بتوانند از خانواده و محل معضل خیز جدا شوند. مجموع این شرایط، درمان اعتیاد کودکان را با مشکلات بیشتری روبه رو می کند. در عین حال، مهم ترین دوران رشد جسمی و روحی در همان سنین کودکی است. کودک کالی که درگیر اعتیاد می شوند ممکن است اعتماد به نفس شان را از دست بدهند یا به دلیل آزار و اذیت های جنسی یا اجبار به تکدی گری و دزدی، شخصیت شان دچار آسیب های فراوان شود. مواد مخدر به هیچ وجه تأثیر مثبت در رشد جسمی و روحی کودکان ندارد بلکه رشد ذهنی و جسمی و مغزی آنها را دچار آسیب های فراوان کرده ضمن آنکه کودک به تغذیه هم بی توجه می شود و چون اولویت کودک، مواد مخدر خواهد بود، در دریافت نیازهای اولیه بدن، مواد پروتئینی و ویتامین ها که لازمه رشد سالم است هم محروم می ماند. در حالی که مادر یک فرد بزرگسال معتاد، با ناسانی مواجه هستیم که ۲۰ یا ۲۵ سال از زندگی خود را سالم گذرانده و قطعا مشکلات سلامت در این فرد در مقایسه با کودک کمتر خواهد بود. متأسفانه تحلیل امار تحقیق جمعیت امام علی (ع) در مورد اعتیاد کودکان به ما نشان داد که آن سن، ابتلا به اعتیاد در کودکان بسیار پایین است و ما هم فکر نمی کردیم که اعتیاد در کودکان تا این حد گسترده و جدی باشد. تصور ما این بود که کودکان معتاد اغلب به دلیل کنجکاوی و فشار گروه همسالان یا اجبار روسای باند های تکدی گری به سمت اعتیاد کشیده می شوند، در حالی که نتایج تحقیق به ما نشان داد که اتفاقا، خانواده از مهم ترین عوامل گرایش کودکان به سمت اعتیاد است.

□ روانشناس خانه علم فرخزاد (جمعیت امام علی)

اعتیاد کودکان هنوز یک پدیده ناشناخته است

□ زهرا رحیمی /
به نظر من مهم ترین علت اعتیاد کودکان، فقر فرهنگی خانواده این کودکان است و البته نباید از در دسترس بودن مواد غافل شد. ما با خانواده هایی مواجه شدیم که معتاد نبودند اما کودک آنها با دسترسی آسان به مواد و از طریق گروه همسالان دچار اعتیاد شده بود. مواد در بازار اقتدر فراوان است که این کودکان با تکدی گری، کار در خیابان یا حتی ورود به چرخه خرید و فروش مواد می توانند مقدار مورد نیاز شان را تأمین کنند. اما تحقیق ما نشان داد که در استان های پرخطر از نظر اعتیاد بزرگسالان، با رقم قابل توجهی از اعتیاد کودکان هم مواجه هستیم. البته اعتیاد کودکان کان هنوز آنقدر پیچیده و ناشناخته است که راهکار مشخص و جواب مشخصی برای آن نداریم. حتی هنوز نمی دانیم تفاوت های جدی اعتیاد کودک با یک فرد بزرگسال چیست. اما می دانیم که کودکان هم مانند بزرگسالان، در معرض خطر انتقال بیماری هایی همچون ایدز قرار دارند چون در این تحقیق با روابط جنسی کودکان و تزریق مشترک از طریق سرنگ آلوده مواجه شدیم که قطعا خطر انتقال ایدز را در کودکان افزایش می دهد. در عین حال مادر درمان کودکان معتاد با مشکلات متعددی مواجهیم. در کل کشور یک کمپ درمان اعتیاد کودکان وجود دارد که آن هم به صورت آزمایشی کار می کند. کودکان معذای که به علت مصرف بیش از حد دچار اوردوز شده اند آسان تر در مراکز درمانی پذیرش می شوند و همچنان با مشکل پذیرش و بستری کودکانی مواجه هستیم که دچار اعتیاد مزمن هستند. در عین حال کودک کالی که به کمپ های نگهداری بزرگسالان منتقل شده اند آنقدر مورد آزار و اذیت های جسمی و جنسی قرار گرفته اند و گرفتار اتفاقات بد شده اند که می گوئیم کاش معسادی مانند برای ترک نمی رفتند. بی توجهی به اینکه در یک کمپ درمان اعتیاد، کودک معتاد باید از بزرگسال معتاد جدا باشد چون هنوز به سن بلوغ نرسیده و دغدغه و مشکل او با یک بزرگسال معتاد متفاوت است نشان می دهد که از درمان اعتیاد کودکان حمایتی نمی شود.

□ مدیر عامل جمعیت امداد دانشجویی امام علی (ع)

مروری مختصر بر اعتیاد کودکان در ایران

ویرانی در غبار



تحقیق مرکز

تحقیقات ایدز (وزارت بهداشت)

بر ۱۰۰۰ کودک کار

و خیابان در شهر تهران (۱۳۹۰)

۴ الی ۵ درصد کودکان مورد

مطالعه HIV مثبت بودند

۱۵ درصد کودکان مورد مطالعه

مصرف کننده مواد مخدر بودند

و شیوع ایدز در مصرف کنندگان

مواد ۹ درصد بود

طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم

بهدارستی و توانبخشی درباره ۲۸۹

کودک کار و خیابان شهر تهران

(۱۳۹۲ - ۱۳۹۱)

۶/۲۵ درصد

۸/۹ درصد پسر - ۱/۴ درصد دختر

سابقه مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر داشتند

مادر مصرفی کودکان مورد مطالعه

در ۶ ماه منتهی به تحقیق

۲۶ نفر سیگار،

۹ نفر قلیان، ۷ نفر الکل سفید، ۵ نفر آکس و

شیشه، ۷ نفر تریاک، ۲ نفر متادون، ۱ نفر هروئین

و کراک



وضعیت مادر

کودک

مصرف کننده

(تحصیل، شغل،

اعتیاد، شرایط حضور)

وضعیت اعتیاد کودک

در هنگام تولد

۳۴ درصد

۶۶ درصد

دارد ندارد

در حال تحصیل

به سن مدرسه

نرسیده اند

۳۳ درصد

در حال تحصیل

۲۰ درصد

ترک تحصیل کرده اند

۱۳ درصد

بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت پدر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت مادر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت پدر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت مادر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت پدر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت مادر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت پدر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت مادر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت پدر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت مادر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت پدر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت مادر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت پدر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت مادر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت پدر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت مادر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت پدر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده

۱۴ درصد از کار افتاده

۱۰ درصد معتاد

۱۱۴ درصد بی سواد

۲۳ درصد بیکار

وضعیت مادر

کودک مصرف کننده

(تحصیل، شغل، اعتیاد، شرایط حضور)

۱۳ درصد بیمار

۹ درصد فوت

۳ درصد رها کرده