



بهداشت روانی و روانپزشکی در افغانستان

دکتر جعفر بوآلهری^{##}، دکتر داوود شاه محمدی^{##}

چکیده

تاریخ معاصر افغانستان و تغییرات سریع حکومتی در سه دهه اخیر که همراه با تسلط فرهنگ بیگانه، تضعیف حکومت مرکزی و تشکیل حکومت‌های منطقه‌ای، جنگ‌های ۱۸ ساله داخلی و رکود توسعه کشور گردید اثرات نامطلوبی بر بهداشت و سلامت مردم داشته است. فعالیت‌های بهداشت روانی و روانپزشکی نیز که در ابتدای دهه اخیر دوباره آغاز گردیده بود، در طول ۴ سال گذشته به کلی ضعیف و بیشتر مراکز سرپایی و بستری تخریب و تعطیل گردید. علاقمندی سازمان جهانی بهداشت، گروهی از پزشکان افغانی و نیز مسئولین بهداشتی برخی از مناطق موجب شد تا در یکسال گذشته فعالیت‌های سریع و مفیدی در جهت سازماندهی مجدد فعالیت‌های بهداشت روانی و روانپزشکی در شرایط بحرانی این کشور صورت گیرد. در تابستان ۱۳۷۵ با کمک سازمان بهداشت جهانی و حضور سه ماهه روانپزشکان ایرانی در صفحات شمال کشور که از آرامش نسبی برخوردار بود، ده نفر از پزشکان عمومی از ولایات مختلف در یک دوره آموزش فشرده بهداشت روانی و روانپزشکی شرکت نمودند. با برنامه‌ریزی کوتاه مدت و دراز مدت که در این زمینه صورت گرفت امید است برنامه‌های بهداشت روان افغانستان در قالب اهداف جامعه‌نگر گسترش یافته و با وجود ادامه بحران، با کیفیت بهتری ارائه گردد.

Andeesheh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۱۲

کلیدواژه: روانپزشکی، بهداشت روانی، افغانستان، پزشکان عمومی.

ازبکستان و ترکمنستان هم مرز است. ۹۹٪ جمعیت این کشور مسلمان (۷۹٪ اهل سنت ۲۰٪ شیعه) هستند. اقوام گوناگون با زبانهای متفاوت در این کشور زندگی می‌کنند. در سال ۱۳۵۸، ۳۹٪ پشتون (زبان پشتو)، ۲۸/۵٪

کشور افغانستان با ۱۹/۱ میلیون نفر جمعیت (پنج‌دهمین کشور جهان) و ۶۴۷۴۹۷ کیلومتر مربع مساحت (چهل‌مین کشور جهان) در شمال شرقی ایران واقع شده و با کشورهای پاکستان، چین، تاجیکستان،

روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱. انستیتو روانپزشکی تهران.

روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱. انستیتو روانپزشکی تهران

تساجیک (دری)، ۷/۸٪ هزاره (دری) ۱۰/۳٪ ازبک (ترکی)، ۳٪ ترکمن (ترکمنی) و ۷/۵٪ دیگر اقوام در این کشور زندگی می‌کرده‌اند (اوکانر، ۱۹۹۴).

حکومت‌های مرکزی ۵۰ سال گذشته این کشور را پادشاهی محمد ظاهر شاه، جمهوری ژنرال محمد داوودخان، حکومت‌های کمونیستی نورمحمد ترکی، حفیظ اله امین، ببرک کارمل و نجیب اله تشکیل داده‌اند. پس از ۱۵ سال مبارزه ضد حکومتی بالاخره در سال ۱۳۷۱ حکومت کمونیستی نجیب اله سقوط و حاکمیت دولت اسلامی اعلام گردید، اما بلافاصله جنگ‌های داخلی آغاز گردید و قدرتهای محلی، مناطق مختلف کشور را در اختیار گرفتند و این وضعیت تاکنون ادامه دارد.

آسیب‌های ناشی از رویدادهای دو دهه گذشته موجب آوارگی و مهاجرت ۵ تا ۶ میلیون نفر به کشورهای پاکستان، ایران و سایر کشورها و مهاجرت شمار زیادی به مناطق امن‌تر به ویژه صفحات شمال کشور و کشته و مجروح شدن تعداد بسیاری از مردم شده است.

در طول این سالهای طولانی ارتباط بین مناطق مختلف کشور قطع گردید و تولیدات کشاورزی و صنعتی کاهش یافت. تورم اقتصادی و سقوط واحد پول کشور (افغانی)، کاهش فعالیتهای آموزشی در سطوح مختلف و بسیاری از مسائل دیگر منجر به سقوط شاخصهای توسعه و بهداشت گردید و در نتیجه سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی جامعه مورد تهدید جدی قرار گرفت.

به طور کلی شاخصهای بهداشتی از مهمترین شاخصهای توسعه در یک کشور محسوب می‌شوند که متأسفانه کشور افغانستان نه تنها در جهت توسعه اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی پیشرفت نداشته بلکه در طی سالهای اخیر در رأس کشورهای قرار داشته که در بدترین شرایط بهداشتی به سر می‌برند. براساس گزارشهای مستند سازمان ملل متحد شاخصهای عمده بهداشتی در این کشور به شرح زیر است:

نرخ مرگ و میر زیر ۵ سال ۲۵۷، نرخ مرگ و میر زنان

باردار ۶۴۰، دسترسی به آب آشامیدنی سالم تنها برای ۲۱٪ مردم کشور فراهم است، امید به زندگی ۴۳ سال، واکسیناسیون مادران باردار بر علیه کزاز ۹٪ و بسیاری از شاخصهای تأسفانگیز بهداشتی دیگر ... (یونیسف، ۱۹۹۴).

آموزش نیز در این سالها وضعیت مطلوبی نداشته بطوریکه براساس منبع یاد شده فقط ۱۳٪ از کودکان به کلاس پنجم ابتدایی می‌رسند.

ادامه جنگ ویرانگر به ویژه در سالهای اخیر موجب بروز بسیاری از مسائل روانی و اجتماعی مردم افغانستان شده است. مهاجرت میلیونی، داغدیدگی، پاشیدگی خانواده‌ها و بروز معلولیتها از جمله این مسائل است. بسیاری از کودکان متحمل استرسهای بسیار شدیدی مانند مرگ والدین شده و شمار زیادی از آنان خود قربانی جنگ شده‌اند و یا آسیبهای جدی مانند قطع عضو یا بسیاری از واکنشهای شدید اضطرابی را تجربه کرده‌اند.

از سوی دیگر، کشت، مصرف و قاچاق تریاک و حشیش که بر پایه بررسیهای گذشته از آمار بالایی برخوردار بود (قبار، ۱۹۷۶) در سالهای اخیر از رونق ویژه‌ای برخوردار گردیده و در برخی مناطق منبع اصلی بودجه‌های فردی، اجتماعی و حتی حکومت محلی را تشکیل داده است.

در بررسی (قبار، ۱۹۷۶) نشان داد که در این دوران شایعترین بیماریهای روانی در مراکز سرپایی، افسردگی و شکایات جسمی بوده و در بیماران بستری در بیمارستان کابل ۲۲٪ دچار مانیک دپرسیو، ۱۹/۳٪ اسکیزوفرنیا و ۱۳٪ سوء استفاده دارویی بوده است (قبار، ۱۹۷۶).

تاریخچه بهداشت روانی

نخستین مرکز بیماران روانی در نیمه اول دهه ۱۳۱۰ بنام سرویس عقلی و عصبی علی آباد با ۸۵ تخت مردانه در کابل آغاز به کار کرد و چند دهه بعد در خیاطخانه آن ۳۰ تخت برای زنان نیز اضافه گردید و با نام بیمارستان

سنایی زیر نظر دانشکده پزشکی کابل قرار گرفت. این مرکز در اثر جنگ در سال ۱۳۷۲ تخریب و تخلیه گردید.

در سال ۱۳۵۰ شماری از بیماران روانی سرگردان در کابل در محلی بنام قلعه زمان خان با وضع فجیعی گردآوری و نگهداری شدند. پس از فوت تعدادی از آنها، بقیه به شهر جلال آباد منتقل و در یک مرکز نگهداری محبس‌گونه‌ای بدون پزشک مقیم و امکانات دارویی مناسب نگهداری شدند. این مرکز در حال حاضر با کمک دانشکده پزشکی جلال آباد با ۲۰ تخت فعالیت دارد.

در سال ۱۳۵۲ بیمارستان عمومی دانشکده پزشکی ننگرهار در شهر جلال آباد ابتدا با ۵ تخت و پس از آن با ۱۵ تخت بخش بستری روانپزشکی را ایجاد و افزون بر دارودرمانی، الکتروشوک (بدون بیهوشی) نیز به کار گرفته شد. نیروهای مسلح نیز از سالها قبل در کابل اقدام به ایجاد بخش روانپزشکی در دو بیمارستان عمومی نمودند.

این شرایط تا سال ۱۳۶۴ ادامه داشت و تعداد روانپزشکان در این دوران کمتر از ۳۰ نفر برآورد می‌شد.

در این سالها، ۲۱۰ بیمار روانی گردآوری گردیده و در سه قلعه مربوط به هلال احمر در کابل با وضع بسیار بدی نگهداری می‌شدند؛ اما بتدریج در جنگ داخلی بحال خود رها و مراکز تخریب یا تعطیل شدند.

به این ترتیب از آغاز جنگهای داخلی بیشتر امکانات بهداشت روانی کشور تخریب و بسیاری از کارکنان تخصصی مانند روانپزشکان کشور را ترک نموده و در نتیجه شکاف عمده بین نیازمندان به خدمت بهداشت روانی و امکانات موجود به ویژه نیروی انسانی و در رأس آنها روانپزشکان پدید آمد.

از سال ۱۳۶۴ با حمایت و مداخله سازمان بهداشت جهانی و علاقمندی معدود روانپزشکان کشور دور جدیدی فعالیت‌های بهداشت روانی و سازماندهی خدمات نوین روانپزشکی با ایجاد اداره مرکزی بهداشت روانی در وزارت بهداشت کشور آغاز گردید. در این تحول جدید که چند سالی طول نکشید و با گسترش جنگهای داخلی و

سقوط دولت مرکزی در سال ۱۳۷۱ متوقف شد، فعالیت‌های زیادی صورت گرفت (برنا آصفی، آ ۱۳۶۷). بیشتر این فعالیتها با حمایت و هدایت سازمان بهداشت جهانی سازماندهی می‌شد.

برنامه ملی بهداشت روانی کشور افغانستان توسط کمیته‌ای مرکب از کارشناسان وزارت صحت (بهداری) افغانستان و سازمان بهداشت جهانی تهیه و در یک کارگاه بهداشت روانی که در تاریخ ۲۹ و ۳۰ اوت ۱۹۸۷ (۱۳۶۶) در کابل تشکیل گردید مورد بحث و پذیرش قرار گرفت. هدفهای اصلی این برنامه عبارت از ایجاد و ارائه خدمات اساسی بهداشت روانی برای تمام مردم کشور و همچنین برای آسیب‌دیدگان از جنگ بود.

نخستین برنامه (آزمایشی) این طرح در سال ۱۳۶۷ با فراهم کردن خدمات درمانی در ۷ مرکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC^(۱)) آغاز گردید. چندین دوره آموزشی در زمینه بهداشت روانی برقرار و نزدیک به ۳۰۰ نفر پزشک و ۵۰۰ نفر از کارکنان PHC دوره‌های آموزشی را طی نمودند. همچنین مقدار زیادی مواد آموزشی که به زبان محلی تهیه شده بود بین شرکت‌کنندگان توزیع شد.

در سالهای اخیر دو دپارتمان بهداشت روانی در صفحات شمالی کشور تأسیس شد که ارتباط سامانمند با نظام بهداشتی عمومی کشور نداشته و خدمات سرپائی مؤثری به بیماران روانی و صرعی ارائه نموده است.

حمایت همه جانبه سازمان بهداشت جهانی از برنامه ملی بهداشت روان در کشور افغانستان موجب گردید که طی سالهای اخیر فعالیت‌های مربوطه به طور نسبی تداوم یابد. این حمایتها شامل اجرای برنامه‌های آموزشی در داخل و خارج کشور برای شماری از پزشکان و روانشناسان به صورت دوره‌های آموزشی در کشورهای ایران، هندوستان، لهستان و یا به صورت اعزام مشاوران موقت از کشورهای هند، ایران و پاکستان، همچنین ارسال

دارو و تجهیزات گوناگون بوده است. در ۵ سال گذشته سه گروه از پزشکان و کارشناسان افغانی جمعاً ۱۲ نفر دوره‌های کوتاه مدت آموزشی را در ایران فراگرفتند. و همچنین حضور فعال نمایندگان کشور افغانستان در گردهمایی‌ها و نشستهای کمیته بهداشت روانی سازمان بهداشت جهانی نیز نمونه‌ای از حمایت‌های سازمان بهداشت جهانی می‌باشد.

وضع موجود

در حال حاضر بسیاری از فعالیتهای بهداشت روانی بویژه در کابل، استانهای مرکزی و جنوبی به طور نسبی یا کامل متوقف شده‌اند. در این کشور فعلاً تعداد انگشت شماری روانپزشک متخصص، ۱۵-۱۰ نفر دیپلومای روانپزشکی و نزدیک به ۲۵ نفر پزشک عمومی فعال در پذیرش و درمان بیماران روانی وجود دارد. تعداد اندکی

روانشناس عمومی و بالینی و نیز پرستار در این بخش کار می‌کنند. ۴ بیمارستان روانی یا بخش نگهداری بیماران مزمن با تعداد ۲۵-۱۰ تخت در هر یک وجود دارد (برنا آصفی، ۱۳۶۷). بدنبال حمایت وسیع سازمان بهداشت جهانی در یکسال گذشته دوره‌های آموزش کوتاه مدت پزشکان عمومی در چند نوبت برقرار و تعدادی از این پزشکان توانسته‌اند در کار روزانه خود به درمان سرپایی بیماران یا ارجاع آنان به پزشکان متخصص بپردازند. جدول ۱ فراوانی این امکانات را در ۶ استان مرکزی و شمالی کشور که اطلاعات آن در بررسی محلی و مشاهده‌ای بدست آمد نشان می‌دهد.

در میان این ۶ استان ننگرهار با ۱۵ تخت بستری در یک بیمارستان عمومی و ۲۰ تخت در مرکز نگهداری بیماران مزمن تنها استانی است که تخت بستری قبلی خود را حفظ و به ارائه خدمات ادامه داده است. فاریاب نیز پس

جدول ۱- امکانات بهداشت روانی و روانپزشکی در ۶ استان شرکت کننده در دوره آموزشی

استان (مرکز)	تعداد تخت بستری	متوسط مراجعه روزانه به کلینیک سرپایی	پزشکان در ارتباط با برنامه			جمعیت استان (نفر) ۱۹۹۵
			روانپزشک	دیپلوما [#]	پزشک عمومی	
بلخ (مزارشریف)	۴	۱۰	۱	۳	۲	۷۹۷۱۷۱
جوزجان (شیرغان)	۳	۱۰	-	۱	۵	۸۲۱۱۶۹
فاریاب (میمنه)	۵	۸	-	۱	۳	۸۱۴۰۶۵
سمنگان (آبیک)	-	-	-	-	-	۳۸۰۲۸۴
بدخشان (فیض آباد)	-	-	-	-	-	۶۹۳۹۵۷
ننگرهار (جلال آباد)	۳۵	۱۵	۱	۱	۳	۱۰۴۰۷۲۹
جمع	۴۷	۴۲	۲	۶	۱۳	۴۵۴۷۳۷۵

به پزشکان عمومی گفته می‌شود که دوره‌های آموزشی ۳ ماهه تادوساله در زمینه روانپزشکی و بهداشت روان را گذرانیده باشند

از یک دوره ارائه خدمات بهداشت روانی همراه با ایجاد تخت بستری در بیمارستان عمومی، درمانگاه سرپائی، برنامه‌های آموزش عمومی و ایجاد انجمن بهداشت روانی از داوطلبان بهداشتی (رضاکاران) در حالتی نیمه فعال بخشی از فعالیتهای خود را ادامه می‌دهد.

تجربه نو دیگر در بهداشت روانی، ایجاد مرکز بهداشت روانی استانهای شمالی (مرکز صحت روان صفحات شمال) است. این مرکز در ساختمانی مستقل در سال ۱۳۷۱ تأسیس گردید. واحدهای آن شامل درمانگاه سرپائی، گروه درمانی، واحد ناتوانیهای یادگیری، داروخانه و مدیریت بوده و روانپزشک و پزشکان عمومی فعال آن مرکز در صورت لزوم می‌توانند بیماران خود را در یک بیمارستان عمومی شهر بستری نمایند.

در حال حاضر داروی روانپزشکی در کشور وضع رضایت بخشی ندارد. همه داروها وارداتی و بیشتر آنها قاچاق و توسط افراد غیرحرفه‌ای از کشورهای همسایه آورده می‌شود. معمولاً، این داروها از کیفیت خوبی برخوردار نیستند و در داروخانه‌های خصوصی در شرایط بسیار بدی نگهداری و با چند برابر قیمت بفروش می‌رسد که برای بیماران بسیار گران است. بنابر این بدلیل کمبود پزشک و مشکل دارو تقریباً تمامی بیمارانی که به پزشک دسترسی پیدا می‌کنند و نیاز به ادامه درمان دارند، درمان خود را پی‌گیری نموده و بیماریشان عود می‌کند.

در سراسر کشور چندین دانشکده طب از جمله دانشکده‌های طب کابل، جلال آباد و مزار شریف وجود دارد. در این دانشکده‌ها آموزش روانپزشکی و روانشناسی به دلایل گوناگون به خوبی ارائه نمی‌شود که یکی از دلایل عمده آن کمبود جدی مواد و منابع آموزشی در کتابخانه‌ها و کتابفروشیها می‌باشد.

با توجه به اینکه رادیو، تلویزیون و نشریات یا نیمه تعطیل و یا در اختیار برنامه‌های اجتماعی و سیاسی قرار دارند آموزش بهداشت روانی از رسانه‌ها بندرت صورت می‌گیرد. در طی سالهای اخیر پژوهش در روانپزشکی و

بهداشت روانی صورت نگرفته و بنابر این نمی‌توان تخمین درستی در مورد شیوع و پراکندگی بیماریهای روانی و نیز سایر موضوعاتی مانند نگرش و آگاهی مردم در این مورد ارائه نمود. اما بررسیهای موردی و بالینی نشان می‌دهد که نگرش عمومی مردم در مورد بیماریهای روانی، علل بیماریها و درمان دارویی منفی است، آگاهی آنان در همه موارد پائین بوده و موارد بسیاری درمانهای سنتی نادرست و یا کوتاهی در درمان و رها کردن درمان بیماران وجود دارد.

آموزش پزشکان عمومی بوسیله WHO

در ده سال گذشته تجارب مختلفی از اعزام پزشکان، روانشناسان و پرستاران به کشورهای خارج برای طی دوره‌های کوتاه مدت وجود داشت. این کار با توجه به کارآیی پائین آن و شرایط جدید و بحران در کشور که مانع اعزام افراد به خارج از کشور می‌شد موجب گردید که مشاورانی از سایر کشورها برای آموزشهای تکمیلی به افغانستان اعزام گردند. در همین راستا در مهر ماه ۱۳۷۴ به منظور ایجاد تقویت سطح دوم ارجاع همزمان با اعزام یک نفر مشاور ایرانی ۴۸ نفر پزشک عمومی در طی سه دوره کوتاه مدت آموزش بهداشت روانی را گذرانیدند. در تابستان ۱۳۷۵ نیز با حمایت جدی سازمان بهداشت جهانی و مشاور منطقه‌ای بهداشت روان در مدیترانه شرقی یک دوره آموزش فشرده روانپزشکی و بهداشت روان سه ماهه برای ده نفر از پزشکان عمومی مناطق مختلف کشور ارائه گردید.

در این دوره ۹ پزشک عمومی و یک روانپزشک در آموزش روانپزشکی و مدیریت بهداشت روانی شرکت کردند. به علاوه همراه با ۵ پزشک دیگر که مدرسین دانشکده پزشکی مزار شریف بودند (در جمع ۱۵ نفر) یک کارگاه آموزشی یک هفته‌ای روش پژوهش در روانپزشکی و بهداشت روانی نیز اجرا شد.

آموزش بهداشت روان و روانپزشکی توسط سه نفر از

روانپزشکان ایرانی مشاور سازمان بهداشت جهانی صورت گرفت و ارزشیابی دوره بصورت پیش و پس آزمونهای نظری و عملی با همکاری اساتید انستیتو روانپزشکی راولپندی، انستیتو روانپزشکی تهران و یکی از استادان روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اجراء شد. هدف اصلی این دوره تربیت پزشکان عمومی بمنظور راهاندازی برنامه بهداشت روانی در استانهای مختلف بود. این استانها همچنانکه در جدول یک مشاهده می شود یا فاقد واحد و فعالیت بهداشت روانی بودند (سمنگان و بدخشان) و یا واحدهایی وجود داشت که تنها به فعالیتهای روانپزشکی محدود سرپایی و در یک مورد بستری (ننگرهار) مشغول بودند. در این دوره ۷ نفر پزشک مرد و ۳ پزشک زن شرکت نمودند که از هر یک از ولایات بلخ، ننگرهار، جوزجان و فاریاب ۲ نفر و از ولایات سمنگان و بدخشان ۱ نفر دوره سه ماهه را طی نمودند. روش آموزش به صورت دروس نظری (۱۲۰ ساعت) و دروس بالینی و عملی (۲۳۰ ساعت) و کارگاه روش تحقیق (۵۲ ساعت) در نظر گرفته شده بود. محتوای آموزش شامل علوم پایه، علوم بالینی روانپزشکی، ادغام بهداشت روان و مدیریت در بهداشت روان و روش پژوهش بود.

ارزشیابی قبل و بعد از دوره آموزشی در زمینههای دانش و نگرش نسبت به موضوعهای روانپزشکی و بهداشت روانی و همچنین ارزیابی مهارتهای بالینی نشان داد که اجرای این دوره تواناییهای پزشکان شرکت کننده را بالا برده و توانایی اجرای برنامههای بهداشت روانی را در قالب نظام بهداشتی و ارائه خدمات اولیه بهداشت روانی مطابق طرح کشوری و توصیههای سازمان بهداشت جهانی (سارتوریوس، ۱۹۸۷) به جمعیت تحت پوشش به دست آورده اند.

نتیجه گیری

با توجه به وضعیت بحرانی کشور افغانستان و کمبود

تسهیلات و نیروی انسانی در زمینه ارائه خدمات بهداشت روانی از یک سو و نیاز جدی جامعه به این گونه خدمات از سوی دیگر، تربیت نیروی انسانی متخصص از اولویتهای مهم بهداشت روانی این کشور به شمار می رود. موفقیت دوره آموزشی ۳ ماهه روانپزشکی و بهداشت روان برای ۱۰ نفر از پزشکان مناطق مختلف کشور موجب تقویت این باور گردید که حتی در شرایط بحران همچون زمان جنگ ویرانگر و طولانی می توان به آرمان "بهداشت برای همه" فکر کرد و این تفکر را حتی در ابعاد بهداشت روانی نیز گسترش داد. امید است که این هسته اولیه نیروی انسانی آموزش دیده بتوانند این نوع آموزشها را به گروههای پزشکی دیگر انتقال داده و موجبات گسترش آموزش در سطح وسیعی از پزشکان و پیراپزشکان گردند.

قدردانی

بی هیچ تردید اهداف دوره سه ماهه آموزش پزشکان افغانی بدون کمک و حمایت سازمان بهداشت جهانی و منطقه مدیترانه شرقی قابل حصول نبود، در این راستا مراتب تشکر عمیق خود را از جناب آقای دکتر حسین جزایری مدیر محترم منطقه و جناب آقای دکتر احمد محیط مشاور محترم بهداشت روان سازمان بهداشت جهانی منطقه مدیترانه شرقی ابراز می داریم. از نمایندگان سازمان بهداشت جهانی در داخل کشور افغانستان جناب آقای دکتر عاشور جبرئیل، دکتر دیک، دکتر داوود الطاف و همچنین از پروفیسور موسی وردک ریاست صحت عامه صفحات شمال کشور افغانستان تشکر و سپاسگزاری می نماید.

در پایان از اساتید عزیز دانشکده طب مزار شریف آقایان دکتر سعید عظیمی، دکتر ترابی، دکتر عالمی، دکتر نصرت و همچنین از شرکت کنندگان عزیز آقایان دکتر جلال، دکتر شیوا، دکتر فاضل رحیم، دکتر نصرت، دکتر محبی، و خانمها دکتر فریده نظیفی، دکتر آصفی و دکتر حکیمی که عاشقانه در دوره شرکت کردند تشکر و

منابع

برنا آصفی، محمد صادق (آ ۱۳۶۷). استعمال ناپاکار مواد دوايي و

مشروبات الکھولي، کابل: مطبعه دولتي.

برنا آصفی، محمد صادق (ب ۱۳۶۷). طب روانی (روانپزشکی) در خدمت

همه با ضمیمه مقررہ صحت روانی ۱۳۶۵، کابل: مطبعه دولتي.

داویدیان، هاراطون و ساعدی، غلامحسین (۱۳۴۴). تجزیه و تحلیلی از آل

وامالصییان بر مبنای روانشناسی، مجله سخن، دوره شانزدهم، شماره

اول، بهمن ماه.

Gobar, A. S. (1976). Drug abuse in Afghanistan, *Bulletin on*

Narcotics, 18, No 2, April- June.

O' Conner, R. W. (1994). *Health care in Muslim Asia*,



سرود بازگشت

غروب در نفس گرم جاده خواهیم رفت

پیاده آمده بودم، پیاده خواهیم رفت

طلسم غربتم امشب شکسته خواهد شد

وسفر هام - که تهی بود - بسته خواهد شد

و در حوالی شبهای عید، همسایه!

صدای گریه نخواهی شنید، همسایه!

همان غریبه که فلک نداشت خواهد رفت

و کودکی که عروسک نداشت خواهد رفت

منم تمام افق را به رنج گردیده

منم که هر که مرا دیده در گذر دیده

منم که نانی اگر داشتیم از آجر بود

و سفر هام - که نبود - از گرسنگی پر بود

به هر چه آینه تصویری از شکست من است

به سنگ سنگ بناها نشان دست من است

اگر به لطف و اگر قهر، می شناسندم

تمام مردم این شهر می شناسندم

من ایستادم اگر پشت آسمان خم شد

نماز خواندم اگر شهر این ملجم شد

طلسم غربتم امشب شکسته خواهد شد

وسفر هام - که تهی بود - بسته خواهد شد

اگر به لطف و اگر قهر، می شناسندم

تمام مردم این شهر می شناسندم

من ایستادم اگر پشت آسمان خم شد

نماز خواندم اگر شهر این ملجم شد

طلسم غربتم امشب شکسته خواهد شد

وسفر هام - که تهی بود - بسته خواهد شد

غروب در نفس گرم جاده خواهیم رفت

پیاده آمده بودم، پیاده خواهیم رفت

چگونه باز نگردم؟ که سنگرم آن جاست

چگونه؟ آه! مزار برادرم آن جاست

چگونه باز نگردم؟ که مسجد و محراب

و تیغ، منتظر بوسه بر سرم، آن جاست

اقامه بود و اذان بود آنچه این جا بود

قیام بستن و الله اکبرم آن جاست

شکسته بالای ام این جاشکست طاقت نیست

کرانه ای که در آن خوب می پریم، آن جاست

مگیر خرده که یک پا و یک عصا دارم

مگیر خرده، که آن پای دیگرم آن جاست

شکسته می گذرم امشب از کنار شما

و شرمسارم از الطاف بی شمار شما

من از سکوت شب سردتان خبر دارم

شهادت داده ام، از دردتان خبر دارم

تو هم بسان من از یک ستاره سر دیدی

پدر ندیدی و خاکستر پدر دیدی

تویی که کوچه غربت سپرده ای با من

و نعش سوخته بر شانه برده ای با من

تو زخم دیدی اگر تازیانه من خوردم

توسنگ خوردی اگر آب ودانه من خوردم

اگر چه مزرع ما دانه های جو هم داشت

و چند بته مستوجب درو هم داشت

اگر چه تلخ شد آرامش همیشه تان

اگر چه کودک من سنگ زد به شیشه تان

اگر چه سببی از این شاخه ناگهان گم شد

- و مایه نگرانی برای مردم شد -

اگر چه متهم جرم مستند بودم

اگر چه لایق سنگینی لحد بودم

دم سفر میسندید ناامید مرا

ولو دروغ، عزیزان بجل کنید مرا

تمام آنچه ندارم، نهاده خواهیم رفت

پیاده آمده بودم، پیاده خواهیم رفت

به این امام قسم! صبح عازم سفرم

به غیر خاک حرم چیز دیگری نبرم

خدا زیاد کند اجر دین و دنیاتان

و مستجاب شود باقی دعاها تان

همیشه فلک فرزندهای تان پر باد

ونان دشمنتان - هر که هست - آجر باد

مشهد مقدس - ممدکاظم کاظمی

به نقل از اطلاعات ۱۳۷۰/۲/۱۳