

خبر

آمار بالای چاقی در مازندران

ایسنا: دبیر علمی کنفرانس ملی درمان چاقی از طریق «اسلیو کاسترکتومی»، با بیان اینکه بیشتر گروه‌های سنی کشور تحت تأثیر چاقی قرار دارند، گفت: «در حال حاضر و با استناد به آمار اعلام‌شده، حدود ۲۵ درصد جمعیت چاق و دارای اضافه‌وزن در کشور نیاز به درمان دارند».
رامین خطیب‌سمنانی افزود: «گسترش روزافزون زندگی ماشینی و افزایش امکانات رفاهی مردم برای تهیه غذاهای مختلف، باعث شد وزن افراد به مرور افزایش پیدا کند. با افزایش چاقی در سنین پایین، بیماری‌های قلبی نیز افزایش می‌یابد. از این‌رو داشتن برنامه تغذیه‌ای سالم و فعالیت بدنی برای کودکان و نوجوانان باید افزایش یابد».
به گفته او، یکی از الزام‌های مهم برای سنین پایین، فراهم‌شدن فضای فعالیت فیزیکی لازم در مدارس برای فعالیت‌های بدنی است که باید جدی گرفته شود و دانش‌آموزان را به ورزش تشویق کنند. او با بیان اینکه شیوع اضافه‌وزن و چاقی در دو دهه گذشته در ایران روند افزایشی داشته است، افزود: «روند چاقی در افراد کشور به‌شدت روی سلامت آنها و جامعه تأثیرگذار است و باید راهکارهای پیشگیرانه از سوی متولیان بهداشتی و اجرایی کشور و نیز خود افراد مبتلا بسیار جدی گرفته شود».
خطیب‌سمنانی هشدار داد: «شیوع چاقی اکنون نه‌تنها در ایران بلکه در همه کشورهای جهان روند افزایشی دارد و به‌نوعی بالاترین آمار سالانه مرگ‌ومیر کشورها محسوب می‌شود». او با اشاره به اینکه وضعیت چاقی در استان‌های مختلف کشور متفاوت بوده اما روند افزایشی است، تأکید کرد: «در سال‌های اخیر روند چاقی و اضافه‌وزن مازندرانی‌ها بیشتر از دیگر استان‌های کشور بوده و مردم این استان اکنون چاق‌ترین در کشور هستند».
خطیب‌سمنانی تغییر سبک زندگی شهروندان به سمت ماشینی‌شدن، کم‌تحركی و تغییر ذائقه‌های غذایی شهروندان را مهم‌ترین دلایل اضافه‌وزن و چاقی در ایران اعلام کرد و با توصیه شهروندان به اصلاح این شیوه‌های نادرست، خواستار مشارکت وزارتخانه‌های متولی سلامت، جهاد کشاورزی و صنایع غذایی برای تأمین مواد غذایی باکیفیت و سالم، همچنین دریافت مالیات برای غذاهای ناسالم و پرداخت سوبسید به موادی مانند لبنیات شد.

گزارش

سقوط به میدان فقر

او با تأکید بر مفهوم سلامت اجتماعی که طبق تعاریف سازمان جهانی بهداشت از وظایف دولت‌هاست، می‌گوید دولت‌ها موظف‌اند در سه حوزه کلیدی یعنی امنیت اقتصادی، امنیت اجتماعی و تأمین اجتماعی شرایطی فراهم کنند که فرد بتواند در صورت بروز بحران‌هایی مثل بیماری، بیکاری یا پیری، از یک پشتوانه حداقلی برخوردار باشد. در ادامه، او به تجربه زیسته بسیاری از کارمندان، معلمان و پرستاران اشاره می‌کند که ناچارند بعد از ساعت کاری برای تأمین هزینه‌های زندگی، به مشاغلی مانند رانندگی در تاکسی‌های اینترنتی بپردازند و اضافه می‌کند: «ما یک نیروی مولد فرهنگی را به‌جای اینکه برای تربیت نسل آینده آماده کنیم، در استرس و خستگی مداوم نگه می‌داریم. وقتی معلم یا پرستار ما مجبور است شب‌ها رانندگی کند، چطور می‌تواند فردا صبح با انرژی و خلاقیت وارد کلاس یا بیمارستان شود؟». او همچنین به مسئله فروپاشی اعتماد اجتماعی به واسطه نابرابری اقتصادی اشاره می‌کند و می‌گوید: «وقتی یک جوان می‌بیند که در اطرافیان‌ش هیچ‌کس توانایی پسی‌انداز یا برنامه‌ریزی بلندمدت ندارد، این نگاه در ذهنش نهاده می‌شود که پیشرفت و امنیت، دست‌نیافتنی است».
قاسم‌زاده تأکید می‌کند که بدون اصلاحات ساختاری در اقتصاد، نمی‌توان انتظار بهبود در شاخص‌های سلامت روان و امید به زندگی داشت: «جوانی که دائم نگرانی دخل و خرج ماهانه دارد، نمی‌تواند برای آینده برنامه‌ریزی کند. این اضطراب مزمن، فقط مختص فرد نیست، بلکه آینده کل جامعه را تهدید می‌کند».

نابرابری ساختاریافته

حسین راغفر، اقتصاددان و استاد دانشگاه است. موضوعات مطرح‌شده از سوی جوانان قشر متوسط، موضوعی است که «شرق» با او مطرح می‌کند. او می‌گوید، ادامه آن به تجربه جوان طبقه متوسط با آن مواجه است، نه صرفا مسئله درآمد، بلکه شکلی از نابرابری ساختاریافته و بی‌وجهی نظام‌مند حاکمیت به نیازها و حقوق اساسی شهروندان است. به باور او، جوانانی که امروز با مشکلات معیشتی، بیکاری، ناتوانی در تأمین مسکن و محرومیت از آموزش و خدمات سلامت روبه‌رو هستند، عملا بار ناکارآمدی یک ساختار اقتصادی معیوب را بر دوش می‌کشند. راغفر با اشاره به افزایش افسارگریخته قیمت‌ها، یک نمونه آن جهش ۶۰ تا ۷۰ درصدی قیمت خودروها را در سقون متناژکاران در آذرماه گذشته است، این وضعیت را حاصل بی‌ثباتی بازار و فقدان کنترل دولت می‌داند. به گفته او، درحالی‌که قیمت کالاها و خدمات روبه‌روز افزایش می‌یابد، درآمد طبقه متوسط، که عمدتا حقوق‌گیرند، متناسب با این رشد بالا نمی‌رود. این گروه امکان جبران تورم از طریق افزایش نرخ خدمات یا فروش کالا را ندارند، بنابراین در معرض فشار مستمر و فرساینده اقتصادی قرار گرفته‌اند. او معتقد است وضعیت وخیم طبقه متوسط فقط بخشی از بحران است؛ زیرا گروه‌های فرودست با چالش‌های بسیار شدیدتری روبه‌رو هستند. او توضیح می‌دهد: «طبق آمار رسمی، ۲۶ درصد از جوانان ۱۵ تا ۲۵ساله نه در حال تحصیل‌اند، نه شغلی دارند و نه مهارتی آموخته‌اند». در چنین شرایطی، به گفته راغفر، جامعه با افزایش آسیب‌های اجتماعی از جمله خشونت، خف‌گیری و قتل‌های ناشی از سرقت مواجه است که نمونه‌های آن بی‌سارند. راغفر این خشونت‌های فردی را نشانه‌ای از خشم انباشته‌شده جوانانی می‌داند که در جامعه‌ای مملو از تضادهای طبقاتی زندگی می‌کنند: «این جوانان، با خشم و عصبانیت به نظام تصمیم‌گیری کشور نگاه می‌کنند، چون آن را مقصر اصلی ناکامی‌های خود می‌دانند و تا حدود زیادی هم حق دارند». یکی از دغدغه‌های مهمی که این اقتصاددان به آن اشاره می‌کند، از بین رفتن حساسیت سیاسی و اجتماعی در میان نسل جوان طبقه متوسط است. به باور او، این طبقه که زمانی نقش پررنگی در مطالبات عمومی و مشارکت‌های سیاسی داشت، امروز به واسطه فشارهای اقتصادی و احساس بی‌تأثیری از فرآیندهای تصمیم‌گیری، به نوعی سیاست‌زدایی شده است. راغفر می‌گوید: «امروز طبقات متوسط و پایین، هیچ دغدغه‌ای درباره مسائل ملی ندارند. علتش هم روشن است: آنها هیچ نشانه‌ای از دغدغه‌مندی حاکمیت درباره خود نمی‌بینند». او با اشاره به وعده‌های انتخاباتی رئیس‌جمهور شامل ریشه‌کنی گرسنگی، آموزش همگانی و سلامت همگانی، یادآوری می‌کند که این وعده‌ها برگرفته از قانون اساسی‌اند که نه‌تنها محقق نشده‌اند، بلکه هیچ‌کس برای برابریشان اعتماد عمومی را فرسوده و احساس بی‌پناهی را در میان نسل جوان تشدید کرده است. به گفته او، این بی‌تفاوتی حاکمیت، به شکل مستقیم و روزمره، اضطراب جوانان و خانواده‌های‌شان را افزایش داده است؛ به‌ویژه در حوزه‌هایی مثل ازدواج، مسکن، اشتغال و آینده‌نگری. در بخش دیگری از گفت‌وگو، راغفر مسکن را یکی از مهم‌ترین شاخص‌های فروپاشی امید در میان جوانان می‌داند: «جوانان امروز طبقه متوسط هستند، دیگر نه‌تنها قدرت خرید مسکن ندارند، بلکه حتی رویای خانه‌دارشدن هم برای‌شان دور از ذهن شده است. این وضعیت در کنار شغل‌های بی‌ثبات، نبود امنیت اقتصادی و فشارهای تورمی، نسلی را شکل داده که نه برای امروز برنامه دارد، نه برای آینده افقی روشن می‌بیند».

بررسی «شرق» از ثبت موارد جدید خودکشی پزشکان و رزیدنت‌ها؛ در ۳ هفته، ۵ مرگ خودخواسته گزارش شد

شیفت آخر

آمارها نشان می‌دهد حدود ۴۰ هزار دانشجوی علوم پزشکی نیازمند مداخلات روان درمانی هستند؛ عددی که نشان می‌دهد سلامت روان در این گروه به بحرانی جدی تبدیل شده و فقط با برنامه‌های سطحی قابل حل نیست



مریم لطفی

این تحلیلگر حوزه پزشکی تأکید می‌کند که بسیاری از این موارد نتیجه فشارهای ساختاری و نهادینه‌شده در نظام آموزش پزشکی است و می‌توان با اصلاح قوانین و آیین‌نامه‌ها، بخش عمده‌ای از این بحران را کاهش داد. او می‌گوید: «موارد متعدد از خودکشی‌ای را می‌توانم ندانه‌انه مثال بزنم؛ حتی پزشکان متخصصی که کاملاً واجد صلاحیت بوده‌اند، تحت فشارها جان خود را از دست داده‌اند».

یزدانی به مواردی اشاره می‌کند که قوانین و ساختار وزارت بهداشت عامل مستقیم حادثه بوده‌اند: «پرستو بخشی، پزشکی که پدر و مادرش را از دست داده بود و افسردگی شدیدی داشت. تحت فشار نظام آموزشی مجبور به گذاردن طرح شد و به‌وضوح می‌شد از طریق مدیریت درست شرایط، جان او را حفظ کرد». او ادامه می‌دهد: «خانم دکتر قلبی در لرستان، در فروردین پاراسل خودکشی کرد. این موارد فقط مسئله فردی نبود، بلکه فشارهای ساختاری و سوءمدیریت در توزیع نیروها و کنترل شرایط کاری نیز نقش داشت». یزدانی به دیگر نمونه‌ها نیز اشاره می‌کند: «خانم دکتر آل‌سعیدی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران که خانواده‌ای سطح بالا داشت، بر اثر فشارهای روانی و یابس فلسفی اقدام به خودکشی کرد. پزشکی در یزد که سابقه طلاق و فشارهای گروه کاری داشت، در سال گذشته خودکشی کرد».

یزدانی به نحوه برخورد با متخصصان در مناطق محروم نیز اشاره می‌کند: «در خرم‌آباد، برخی بزرگان علمی با پزشکان مثل رزیدنت‌های پایین‌رده رفتار می‌کنند. نمونه‌ای که در مورنینگ رخ داد، یکی از پزشکان شاخته‌شده این منطقه برگه او کوپ پزشک را پاره و او را تحقیر می‌کند. این سلطه‌گری و رفتارهای غیر حرفه‌ای در مناطق مختلف باعث فشار روانی شدید شده است». او به محدودیت‌های مالی و فشارهای طولانی شیفت‌ها هم اشاره می‌کند: «رزیدنت‌ها با درآمد اندک، بیش از ۳۰۰ تا ۴۰۰ ساعت کار در ماه دارند. هرچند دریافتی‌ها نسبت به گذشته افزایش یافته، اما حجم کار و انتظارات جامعه باعث فشارهای شدیدی است. حتی در خرید هدیه یا انجام امور روزمره، انتظارات متفاوت و غیرواقعی فشار مضاعف ایجاد می‌کند». او معتقد است با تغییرات هدفمند در قوانین و آیین‌نامه‌ها می‌توان از بسیاری از این موارد پیشگیری کرد. مثلا اصلاح نظام توزیع نیروها، بازخواست مسئولان دانشگاه‌ها در موارد خودکشی دانشجویان و رزیدنت‌ها و ایجاد سیستم‌های حمایتی مؤثر. یزدانی در پایان تأکید می‌کند: «وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها باید مسئولیت‌پذیر باشند. وقتی دانشجویی رزیدنتی بر اثر فشارهای محیطی یا ساختاری خودکشی می‌کند، مسئولان باید به‌سرعت اقدامات اصلاحی انجام دهند. نه اینکه به برجسب‌گذاری یا سرپوش‌گذاشتن، مسئله را نادیده بگیرند. اصلاح قوانین و نظارت دقیق می‌تواند شرایط را عادلانه‌تر کرده و از بروز موارد مشابه جلوگیری کند».

فشار طرح‌های اجباری

پس از پایان تحصیل، مردان پزشک اگر از خدمت سربازی معاف نباشند، باید به خدمت نظام وظیفه بروند و زنان و مردان معاف‌شده نیز ملزم هستند دو سال دوره طرح اجباری را در نقاط تعیین‌شده توسط وزارت بهداشت بگذرانند. این طرح اگرچه با هدف جبران کمبود نیرو در مناطق محروم طراحی شده، اما سال‌هاست به عنوان یکی از سخت‌ترین و پرجالش‌ترین مراحل زندگی حرفه‌ای پزشکان جوان شناخته می‌شود. بسیاری از پزشکان تفاوت چندانی میان «سربازی اجباری» و «طرح پزشکی» قائل نیستند. ناصح محی، متخصص مغز و اعصاب که دوره طرح خود را در مناطق مرزی گذرانده است، در گفت‌وگو با «شرق» تجربه‌اش را این‌گونه روایت می‌کند: «انتخاب محل خدمت در اختیار پزشک نیست و این اجبار، زمینه‌ساز فشارهای سنگین روانی برای جوانانی می‌شود که تازه از یک دوره تحصیلی طاقت‌فرسا بیرون آمده‌اند». او این اجبار را یکی از دلایل مهم افزایش آمار اقدام به خودکشی و خودکشی موفق در میان پزشکان می‌داند.

به گفته این پزشک، مشکلات طرح فقط به اجبار در انتخاب مکان خلاصه نمی‌شود؛ پزشکان جوان در بسیاری مواقع به مناطقی فرستاده می‌شوند که هیچ شناختی از فرهنگ، شرایط اجتماعی یا حتی وضعیت زیرساختی آن ندارند. دوری از خانواده، نداشتن امکان همراهی همسر و فرزندان برای پزشکان متاهل، نبود پائسبون و مسکن مناسب و حتی شرایط غیرانسانی زندگی -از خانه‌های فرسوده گرفته تا قطعی آب و برق و عدم دسترسی به امکانات رفاهی- از جمله مواردی است که فشار مضاعفی بر آنها وارد می‌کند. این فشارها در حالی است که دستمزدهای پایین، پرداخت‌های با تأخیر چندماهه یا حتی یک‌ساله، انگیزه و توان ادامه کار را بیش از پیش کاهش می‌دهد.

محی تأکید می‌کند که تراکم این مشکلات می‌تواند پزشک را به نقطه‌ای برساند که هیچ راهی جز آسیب‌زدن به خود نبیند. او به نمونه‌هایی اشاره می‌کند؛ ازجمله خودکشی پرستو بخشی، پزشک طرحی در لرستان که بنا بر گزارش همکارانش تحت فشار وظایف غیرقانونی و شرایط طاقت‌فرسای کاری قرار داشت. به گفته این متخصص نورولوژی، مواردی که رسانه‌ها به آنها پرداخته‌اند فقط بخش کوچکی از واقعیت را نشان می‌دهد. در کنار خودکشی‌های منجر به مرگ که علنی می‌شوند، بارها پزشکان در دوران طرح در مراکز خودکشی اقدام به خودکشی کرده‌اند که در نهایت نجات یافته‌اند. این موارد ناموفق اما آسیب‌های روانی و اجتماعی شدیدی برای فرد و خانواده‌اش به جا می‌گذارد و چرخه‌ای از ناامیدی و فشار را تشدید می‌کند. محی تجربه شخصی‌اش را چنین بازگو می‌کند: «در روستاهای کوهستانی کردستان بارها شاهد مسدودشدن جاده‌ها در برف سنگین بودم و بیماران اورژانسی با زان باردار در مسیر درمان مانده‌اند. در چنین شرایطی، پزشک با حداقل امکانات و حداکثر استرس دست به کار می‌شود و حتی در صورت موفقیت، بار روانی سنگینی بر دوش او باقی می‌ماند». به گفته او: «وقتی چنین فشاری با کمبودهای معیشتی و نبود حمایت‌های روحی ترکیب می‌شود، پزشک به تدریج خود را در موقعیتی می‌بیند که نه امکان خروج دارد و نه توان ادامه‌دادن». این روایت نشان می‌دهد که خودکشی پزشکان فقط یک واقعه فردی نیست، بلکه محصول ساختاری است که پزشک جوان را از همان آغاز کار در چرخه‌ای از فرسایش روانی، فشار اجتماعی و محرومیت معیشتی قرار می‌دهد.

خودکشی زنان پزشک بیش از مردان

براساس گزارش‌های رسمی و اظهارات کارشناسان، وضعیت سلامت روان در میان دستیاران تخصصی و پزشکان زن در ایران بحرانی‌تر است. وحید شریعت، رئیس انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، در اواخر سال ۱۴۰۲ اعلام کرد در یک سال گذشته دست‌کم ۱۶ دستیار تخصصی خودکشی کرده‌اند. او یادآور شد که وزارت بهداشت آمار دقیق‌تر و بیشتری از این موارد در اختیار دارد، اما این اطلاعات محرمانه نگه داشته می‌شوند و به‌طور عمومی منتشر نمی‌شوند.

نازیلا شاه‌منصور، روان‌پزشک، در شهریور ۱۴۰۳ با تحلیل داده‌های موجود به خبرآنلاین گفته بود که فشار روانی و پزشکان زن به‌مراتب بیشتر است. به گفته او، در میان ۱۳ مورد خودکشی ثبت‌شده در سال گذشته، ۱۱ نفر زن بوده‌اند. این در حالی است که در جامعه عمومی، خودکشی منجر به مرگ در مردان از زنان بیشتر است. او گفته است که پزشکان زن حدود ۱۲۰ درصد بیشتر از جمعیت عمومی زنان افکار خودکشی را تجربه می‌کنند، درحالی‌که این درصد برای پزشکان مرد ۴۰ درصد است. این آمار نشان می‌دهد زنان پزشک به دلیل فشارهای کاری، مسئولیت‌های چندگانه و چالش‌های اجتماعی و حرفه‌ای، در معرض آسیب‌های روانی شدیدتری هستند و ضرورت اقدامات پیشگیرانه و حمایت‌های مؤثر در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی بیش از پیش احساس می‌شود.

خبر روز

اقدام به خودکشی زنان؛ سه برابر مردان



ایسنا: معاون سلامت اجتماعی سازمان بهزیستی کشور گفت: «مطالعات مختلف در جهان نشان می‌دهد که زنان سه برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند، اما نرخ مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی در مردان سه برابر بالاتر است. این تفاوت عمدتا به دلیل روش‌های انتخاب‌شده برای خودکشی است، به‌طوری‌که مردان معمولاً روش‌های خشن‌تری را برمی‌گزینند تا منجر به مرگ قطعی شود».

حسین موسوی‌چلک با اشاره به روند افزایشی خودکشی در ایران، گفت: «موضوع خودکشی به عنوان یکی از آسیب‌های اجتماعی در دهه اخیر را دیگر نمی‌توان نادیده گرفت. اگرچه نرخ رسمی خودکشی در ایران نسبت به میانگین جهانی پایین‌تر است، اما آمارهای موجود به‌ویژه در سال‌های قبل که توسط پزشکی قانونی ارائه می‌شد، از افزایش نرخ خودکشی در کشور حکایت دارد که همین موضوع موجب ضرورت مداخلات جدی و برنامه‌ریزی هدفمند شده است». او درباره دلایل مختلف خودکشی گفت: خودکشی پدیده‌ای پیچیده و چندعاملی است. به طور قطع، اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب و اعتیاد نقش مهمی در این زمینه ایفا می‌کنند، اما نمی‌توان این مسئله را صرفا به عوامل زیستی یا روان‌پزشکی محدود کرد.

مسائل اقتصادی، فشارهای اجتماعی، احساس ناکارآمدی، شکست‌های مکرر در حوزه‌های شغلی و فردی، فقدان مهارت‌های مقابله با بحران و حتی شرایط محیطی و خانوادگی همه در بروز افکار و اقدام به خودکشی دخیل هستند. موسوی‌چلک تأکید کرد: «در برخی موارد، افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، هیچ‌گونه تشخیص رسمی اختلال روانی نداشته‌اند؛ بنابراین نمی‌توان گفت هر فردی که خودکشی می‌کند، بیمار روانی است یا الزاما اختلال روانی دارد. این موضوع نشان می‌دهد که خودکشی یک مشکل صرفا فردی نیست، بلکه باید در چارچوب یک نگاه سیستماتیک، فرهنگی و اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد».

این‌سندکار اجتماعی درباره روش‌های شناسایی افراد دارای افکار خودکشی توضیح داد: «شناسایی افراد در معرض خطر یکی از مهم‌ترین مراحل پیشگیری است. علائم هشداردهنده متنوعی وجود دارد که می‌تواند به سمدکاران اجتماعی، روان‌شناسان و حتی اعضای خانواده و دوستانه، بروز اختلالات خواب و تغییر در عادات تغذیه، بیان جملات با نوتش مطالبی که نشانه‌ای از تمایل به پایان‌دادن به زندگی دارند، همچنین قرارگرفتن در محیط‌های خانوادگی یا اجتماعی پر تنش و نابسامان هم در برنامه‌ریزی برای اقدام به خودکشی مؤثر است». موسوی‌چلک با اشاره به فعالیت‌های اورژانسی اجتماعی سازمان بهزیستی گفت: «اورژانس اجتماعی با رویکرد غیرقضائی فعالیت می‌کند و تمرکز آن بر بازیوند خانواده و حمایت روانی است. افراد در معرض خطر می‌توانند به‌صورت خودمعرّف با این مرکز تماس بگیرند که این نشان از اعتمادسازایی بالای این نهاد است». او درباره خدمات حمایتی افزود: «اگر فردی در محیط ناامن باشد، سازمان بهزیستی قادر است او را متناسب با شرایطی که دارد در مراکز حمایتی نگهداری تحت مراقبت قرار دهد. همچنین، مداخلات پس از اقدام به خودکشی و پیگیری‌های مستمر برای جلوگیری از تکرار این رفتار، در دستورکار قرار دارد».