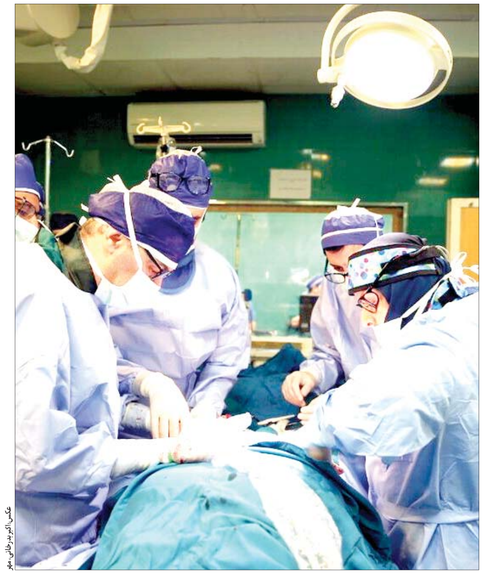

گزارش

## افزایش نگران‌کننده خودکشی پزشکان

اواخر سال گذشته بود که اعلام شد نرخ خودکشی در جامعه پزشکی افزایش پنج‌برابری داشته است. همان موقع نیما شهریارپور، متخصص طب اورژانس بیمارستان بهارلوی تهران، دراین‌باره به خبرآنلاین گفته بود: «کارگروهی از سوی انجمن روان‌پزشکی در سازمان نظام پزشکی تشکیل شد و با بررسی وضعیت سلامت روان ۲۵۳ رزیدنت روان‌پزشکی مشخص شد که فشار روانی وارده بر این جمعیت، جدی‌تر از چیزی است که تصور می‌شود.

طبق بررسی‌های انجام‌شده، آمار خودکشی در جامعه پزشکی ۳.۱ تا پنج برابر افزایش پیدا کرده است؛ به طوری که در جمعیت دستیاری (رزیدنتی) کشور که معادل ۱۴ هزار نفر است، سالانه به طور متوسط ۱۳ خودکشی منجر به مرگ داریم. براساس یافته‌ها، آمار خودکشی در میان پزشکان مرد ۴۰ درصد و در پزشکان زن ۱۳۰ درصد در مقایسه با جمعیت عمومی، افزایش یافته که عدد درخورتوجه و نگران‌کننده‌ای است».

او نقش سیستم آموزشی را در این فرایند مهم دانست و معتقد بود که سیستم آموزشی در ایران بیشتر جنبه تنبیهی دارد: «ساعات کاری طولانی و وحشتناکی برای رزیدنت‌ها تعیین می‌شود؛ بی‌توجه به اینکه این امر سبب کاهش بهره‌وری و دقت در افراد و حتی بروز خطاهای پزشکی می‌شود. این شرایط علاوه بر خستگی جسمی، تنش‌های روانی و بار مسئولیت بسیاری را به رزیدنت تحمیل می‌کند. در واقع وزارت بهداشت با این ترفندها و عملکرد فعلی، به جای استخدام و آموزش صحیح نیروی جوان، گویی یک‌سری برده بی‌جیره و مواجب را به خدمت گرفته تا سیستم معیوب خود را بچرخاند».

زنگ خودکشی پزشکان مدت‌هاست به صدا درآمده و هشدارهای لازم هم داده شده است؛ اما به نظر می‌رسد هنوز اقدام جدی و جدیدی در این زمینه انجام نگرفته است. اوایل فروردین امسال، حسین کرمانپور، مدیر روابط‌عمومی سابق سازمان نظام پزشکی، در گفت‌وگویی دلایل خودکشی پزشکان را عوامل متعددی دانسته بود.

او گفته بود که جامعه پزشکی که قرار است آینده کشور را تأمین کنند، یک سرمایه جدی به حساب می‌آیند: «اینکه عده‌ای داد می‌زنند و نگران این موضوع هستند، به این خاطر است که یک سرمایه با هزینه ملت در حال از بین رفتن است. مهاجرت پزشکان و خودکشی‌ها و ترک‌کردن طرح‌های‌شان نگرانی‌های جدی ایجاد می‌کند که سازمان نظام پزشکی و قسمت‌های مرتبط باید پاسخ‌گو باشند.

به نظر من علت این خودکشی‌ها طبقه‌بندی دارد و فقط علت مالی ندارد. علل مالی در رده‌های دوم و سوم است. مباحث کاری، امید به آینده و برخورد ساختارها و مباحث مالی در این بین مؤثر است. وقتی در سخت‌ترین رشته قبول می‌شوید، تضمین آینده هم مهم می‌شود. هزینه کنکور و تلاش بسیار و شب‌بیداری‌ها برای پزشک‌شدن و دریافت حقوق اندک به چه درد می‌خورد؟ ما هم که پزشک مانده‌ایم، شرایط سختی داریم. اگر دستمزد نیروی کار تأمین نشود، یک جای کار عیب پیدا خواهد کرد. مثل این است که شما قیمت یک کالا را کم نگه دارید؛ اما همان قیمت کم را هم پرداخت نکنید. به نوعی پزشک‌بودن در ایران صرفه اقتصادی ندارد. تنها چیزی که برای پزشکی مانده، بحث ارزش آن است».

او به وضعیت پزشکان در کشورهای توسعه‌یافته هم اشاره کرده بود: «در کشورهای در حال توسعه ازجمله ایران، نگاه ما به پزشکی نگاه کارگری است. در کشورهای پیشرفته، نگاه به پزشکی یک نگاه توأم با دانش و فناوری است که در اختیار هرکسی نیست. در تمام دنیا برای پزشکان ارزش قائل هستند و درآمدهای خوبی هم دارند. کسی که می‌خواهد به این ارزش دست پیدا کند، زحمت بسیاری هم می‌کشد. دولت‌ها نیز مراقب پزشکان هستند تا بی‌انگیزگی، آنها را به سوی خودکشی نکشاند».

### فکرکردن به خودکشی؟

موضوع خودکشی مختص جامعه پزشکی نیست؛ اما شواهد امر حاکی از این است که خودکشی در میان دستیاران پزشکی یا همان رزیدنت‌ها رواج بیشتری دارد؛ موضوعی که وحید شریعت، رئیس انجمن علمی روان‌پزشکان ایران هم آن را تأیید کرده است. شریعت در بهمن سال گذشته به انتخاب در این زمینه توضیحاتی داده و گفته بود: «مشاهدات میدانی نشان می‌دهد میزان خودکشی به طور کلی در کل جمعیت کشور افزایش پیدا کرده؛ اما به طور خاص در بین دستیاران پزشکی این افزایش بسیار بیشتر از جمعیت عمومی است. این موضوع را آمارهای خودکشی دستیاران پزشکی که رسانه‌ای شده و مطالعاتی که در بین خود دستیاران پزشکی درباره فکر خودکشی انجام شده، ثابت می‌کند و انکارکردنی نیست».

او آمار درخورتوجهی هم براساس نتایج تحقیقی که فهیمه سعید، استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، در سال ۱۴۰۱ روی تعدادی از رزیدنت‌ها انجام داده بود، ارائه داده بود: «این نتایج نشان داد که حدود ۳۰ درصد دستیاران پزشکی به خودکشی فکر کرده‌اند. این آمار حتی اگر تعمیم‌پذیر نباشد، به هر حال تخمینی از وضعیت موجود را نشان می‌دهد. مهم‌تر از نتایج این تحقیق تعداد دستیاران پزشکی هستند که خودکشی موفق داشته‌اند. آماری که سازمان نظام پزشکی اعلام کرده، نشان می‌دهد که در یک سال گذشته ۱۶ دستیار تخصصی خودکشی کرده‌اند. البته وزارت بهداشت حتما آمار دقیق‌تر و بیشتری دارد؛ اما متأسفانه این آمار را محرمانه می‌دانند و اعلام نمی‌کنند. اشکال مهمی که در کشور وجود دارد، این است که هر زمان مشکلی پیش می‌آید، قبل از هر کاری آمارها را محرمانه می‌کنند یا سریع تکذیب می‌کنند».

او گفته بود که شاخص آمار خودکشی بر مبنای تعداد در صد هزار نفر در سال است «اگر آمار ۱۶ خودکشی موفق رزیدنت‌ها را در یک سال اخیر مبنا قرار دهیم، با توجه به جمعیت حدود ۱۵ هزارنفری رزیدنت‌های کشور آمار خودکشی رزیدنت‌ها در ایران حدود صد در صد هزار نفر می‌شود. این آمار در جمعیت عمومی براساس آمار رسمی پزشکی قانونی ۶.۵ در صد هزار نفر است؛ البته تخمین‌های غیررسمی این میزان را حدود ۱۰ در صد هزار نفر نشان می‌دهد».

آمار خودکشی در ایران تا حدودی محرمانه تلقی می‌شود و اعداد و ارقام منتشرشده در این حوزه شفاف و روشن و دقیق نیست. طبیعتا آمار خودکشی پزشکان هم از همین منطق پیروی می‌کند؛ اما چیزی که به نظر می‌رسد، این است که آمار در همین حدود است؛ کمی بالاتر یا کمی پایین‌تر. البته این نکته را هم باید در نظر داشت که خودکشی در میان پزشکان هم ممکن است مانند دیگر گروه‌ها تمام و کمال رسانه‌ای نشود.

# یک پلان از کوه یخ

## روایت یک پزشک متخصص نورولوژی از مصائب پزشکان؛ از دریافتی‌های ناچیز تا ناامیدی و اقدام به خودکشی

عکس: اکبر درخانی، مهر

**مریم لطفی**
خبرنگار گروه جامعه

**فروردین ۱۴۰۳ هم برای جامعه پرستاری و پزشکی مرگ‌آلود بود. ۱۹ فروردین سامان احمدی، پرستار بیمارستان امام خمینی کرمانشاه، خودکشی کرد. پیش‌ازآن هم اخبار گاه‌به‌گاه خودکشی پزشکان کم نبود. سازی ناکوک در پس‌زمینه ناملایمات حرفه پزشکی؛ سال‌های طولانی درس و دانشگاه و بیمارستان، دوره طرح در نقاط دور و ناشناخته و تأمین حداقل‌های زندگی با کمترین دستمزدها. راهی ۱۳ساله که البته برای عده‌ای ناتمام مانده است. این روزها فشارهای اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کم نیست؛ نه‌فقط برای دانشجویان حرفه پزشکی، بلکه برای تمام مردم؛ اما حالا نوبت حرف‌های ناتمام پزشکان است که از راه رفته ۱۳ساله می‌گویند؛ از مشقت‌های راه و آنچه به پای برخی از دوستان و همکاران‌شان گرفت و برای همیشه آنها را از این قطار پیاده کرد.**

«مدت طولانی و بی‌وقفه تحصیل در رشته پزشکی مشکلات دانشجویان و شاغلان این رشته را بیشتر می‌کند؛ به‌ویژه آنکه اگر این دانشجویان حمایت مالی خانواده را نداشته باشند، شرایط برای آنها سخت‌تر هم می‌شود». این را «ناصح محی»، پزشک متخصص مغز و اعصاب، به «شرق» می‌گوید.

به گفته او این دانشجویان در دوران کارآموزی و کارورزی با اینکه همچنان در دوران تحصیل هستند، در قبال بیماران مسئول‌اند؛ درحالی‌که تقریبا هیچ دریافتی خاصی در برابر کاری که انجام می‌دهند، ندارند «در دو سال آخر تحصیل که دوران کارورزی پزشکی یا انترنی است، دانشجویان پزشکی مشابه یک پزشک عمومی و حتی بیشتر در بیمارستان فعالیت درمانی دارند. کشیک‌های شبانه هم هست و با توجه به شرایط بخش‌های مختلف ممکن است ۱۰ تا ۱۵ کشیک شبانه داشته باشند. هر روز صبح تا ظهر بیمارستان هستند، ۱۰ تا ۱۵ شب هم باید در بیمارستان کشیک بمانند. این کار خستگی و مسئولیت زیادی دارد و درعین‌حال هیچ پرداختی خاصی هم وجود ندارد. مثلا این افراد در سال پنجم یا ششم تحصیل‌اند و در این سال‌ها امکان هیچ‌گونه فعالیت اقتصادی نداشته‌اند. ممکن است بعد از پنج، شش سال خانواده‌ها هم دیگر امکان حمایت مالی از آنها را نداشته باشند. اینجا می‌تواند اولین نقطه ناامیدی و حتی پشیمانی از راه رفته باشد. در ۲۵، ۲۶سالگی وابستگی به خانواده برای تأمین حداقل مخارج زندگی کار سختی است».

به گفته او دریافتی دانشجوهای پزشکی در دوران کارورزی چیزی حدود دو میلیون تومان است؛ درحالی‌که نرخ تورم در کشور بیش از ۴۰ درصد است. دانشجویان پزشکی معتقدند که با بیشترکردن این رقم حداقل‌های زندگی‌شان تأمین می‌شود.

مشکل دیگری که دانشجویان پزشکی با آن مواجه‌اند، نگاهی سنتی و قدیمی اما رایج در فضاهای آموزشی و بیمارستان‌هاست. این پزشک می‌گوید: «در مرحله بالینی و زمانی که دانشجویان پزشکی در بیمارستان‌ها مشغول‌اند، چیزی که آزاردهنده است، فضای سطح‌بندی سنتی و قدیمی است. اکنون تا حدی این وضعیت بهتر شده؛ اما همچنان وجود دارد. دانشجویان و استادان در هر سطحی که هستند، افراد سطوح پایین‌تر را اذیت می‌کنند. متأسفانه به نظر می‌رسد این موضوع جا افتاده است که مثلا هرچه رزیدنت (دانشجوی دوره تخصص) بگوید، انترن باید انجام دهد.

مشکل دیگر حجم زیاد کار است که موجب می‌شود سطوح بالاتر به سبک نظامی مدیریت کنند تا کارها انجام شود. به نظر می‌رسد اراده‌ای هم برای حل این موضوع در سیستم بهداشتی کشور وجود ندارد. در بیمارستان‌ها بخش زیادی از کارها را دانشجویان انجام می‌دهند؛ درحالی‌که باید از سوی پزشکان قراردادی انجام شود؛ اما بیمارستان حاضر به هزینه نیست و از دانشجویان استفاده می‌کند».

### طرح‌های بی‌سابقه

دانشجوی مرد رشته پزشکی مانند دیگر رشته‌ها بعد از پایان تحصیل باید روانه سربازی شود؛ اما مردانی که به هر دلیل از سربازی معاف باشند و همچنین زنان فارغ‌التحصیل، باید برای یک دوره دوساله به طرح بروند. حرف و حدیث‌ها درباره دوره طرح بسیار است و برخی تفاوت چندانی میان سربازی اجباری و طرح قائل نیستند. «مُحی» که دوره طرح خود را در مناطق مرزی گذرانده است، به «شرق» می‌گوید: «امکان انتخاب مکان طرح برای پزشک وجود ندارد و این یکی از بزرگ‌ترین مشکلات دانشجویان پزشکی بعد از فارغ‌التحصیلی است. بارها شاهد بودیم که پزشکان طرحی آسیب‌های روانی بسیاری می‌بینند و همین آسیب‌ها می‌تواند مشکلات زیادی هم برای خودشان و هم برای مراجعان‌شان به وجود بیاورد».

او همین موضوع را یکی از موارد متعدد خودکشی یا اقدام به خودکشی دانشجویان پزشکی می‌داند: «واقعا بخشی از دلایل خودکشی دانشجویان پزشکی همین است. دانشجویی که هفت سال تحت فشارهای زیاد اقتصادی و محیط کاری بوده، بعد از فارغ‌التحصیلی باید به طرح برود. درحالی‌که محل و شرایط دوران طرح را نمی‌تواند انتخاب کند. طرح دوره‌ای اجباری است و توافقی میان فارغ‌التحصیلان و دولت وجود ندارد. فارغ‌التحصیل باید به طرح برود و بعد از آن می‌تواند هرگونه فعالیت دولتی یا خصوصی داشته باشد؛ درحالی‌که در دیگر رشته‌ها این‌طور نیست و بعد از فارغ‌التحصیلی گزینه‌هایی مانند کار با شرکت‌های خصوصی یا مراکز دولتی یا مهاجرت پیش‌روی آنهاست».

دانشجویان پزشکی می‌گویند خیلی وقت‌ها باید به نقاطی برای طرح بروند که هیچ شناختی از آنجا ندارند «مثلا پزشکی که از خراسان رضوی به غرب کشور می‌رود، علاوه بر درک تفاوت فرهنگی خستگی زیادی برایش به همراه دارد. برداشت ما این است که گویا وزارت بهداشت هوشمندانه پزشکان را به دورترین نقاط از محل زندگی یا تحصیل‌شان اعزام می‌کند؛ درحالی‌که به‌سادگی می‌شود این مشکل را حل کرد و پزشکان را براساس محل تحصیل یا محل زندگی پیش از تحصیل‌شان برای طرح اعزام کرد».

این پزشک وجود طرح در دوران پزشکی را در مقایسه با دیگر رشته‌ها به خودی خود ناعادلانه می‌داند و معتقد است که مشکلات موجود در نحوه اجرا و کیفیت آن، مشکلات را دوچندان می‌کند «بعد از دوران طرح هم انواع و اقسام بی‌عدالتی و سوءاستفاده از پزشکان ممکن است. اگر یک پزشک در دوران طرح به هر دلیلی بخواهد انصراف دهد، دقیقا انگار که یک سرباز از خدمت سربازی فرار کرده است. این پزشک امتیاز منفی می‌گیرد و باید در سامانه وزارت بهداشت دوباره برای طرح ثبت‌نام کند و چون امتیاز منفی دارد، این بار به جای بدتری در مقایسه با دفعه اول اعزام می‌شود. علاوه بر جریمه‌های دیگری که ممکن است با آن مواجه شود، مثل طولانی‌تر شدن زمان طرح».

او ادامه می‌دهد: «در آیین‌نامه‌ها ذکر شده است که شبکه بهداشت منطقه موظف است امکانات رفاهی را برای پزشک فراهم کند؛ اما در خیلی مواقع این اتفاق نمی‌افتد. مثلا در استان آذربایجان شرقی و در اطراف شهر تبریز که دوران کوتاهی برای طرح تخصص رفتم، امکانات رفاهی که شبکه بهداشت برای پزشکان متخصص فراهم می‌کرد، یک پاویون اشتراکی بود؛ درحالی‌که اگر پزشکی متأهل باشد، دچار مشکل می‌شود. شبکه بهداشت هم می‌گوید ما امکان اسکان را فراهم کرده‌ایم!».

موضوع دیگری که او به آن اشاره می‌کند، پرداختی‌هایی است که در دوران طرح برای پزشکان پیش‌بینی شده است «طرح اجباری است و مکان آن مشخص نیست و پزشکان پیش از اعزام اطلاعی از دریافتی آنجا ندارند و حتی نمی‌توانند درباره آن تحقیق کنند. حتی اگر در طول طرح هم چند ماه حقوق نگیرند، کاری از دست‌شان برنمی‌آید. فقط می‌توانند از طرح انصراف دهند که تبعات انصراف از طرح هم مشخص است. این سوءاستفاده‌ها برای کسی که هفت سال درس خوانده و از هرگونه فعالیت اقتصادی عقب مانده، خیلی سخت است».

### چرا خودکشی؟

پزشکان می‌گویند که مشکلات زمان طرح چندوجهی است؛ مکان طرح به نسبت محل زندگی و تحصیل فرد دور، ناآشنا و ناشناخته است. در این مدت پزشک حمایت آشنایانش را ندارد و در خیلی از مواقع اگر پزشک متأهل باشد، حتی امکان اینکه بخواهد همسر و فرزندانش را با خودش همراه کند، فراهم نیست. همه اینها در کنار دریافتی‌های ناچیز و حتی با تأخیرهای چندماهه و یک‌ساله است. این پزشک می‌گوید: «متأسفانه این موارد ممکن است پزشکان را به سمت آسیب به خود و خودکشی سوق دهد؛ اتفاقی که در مورد همکارمان خانم بخشی در لرستان افتاد هم به همین دلیل بود. مسئولان وزارت بهداشت تکذیب می‌کنند که چیزی به نام لیست سیاه وجود داشته باشد، درست هم می‌گویند. اما پزشکی که از طرح انصراف می‌دهد، به‌صورت غیررسمی در این لیست ثبت می‌شود. از خانم بخشی خواسته بودند علاوه بر انجام وظایف طرحی خود فعالیت آموزشی هم داشته باشد. درحالی‌که پزشک طرحی موظف به انجام فعالیت آموزشی نیست».

البته خودکشی آسیبی گسترده است که سایه سیاه آن مختص جامعه پزشکی نیست اما متأسفانه شواهد نشان می‌دهد اقدام به خودکشی و خودکشی موفق در جامعه پزشکی زیاد است. این پزشک به‌جز اشاره به اخبار خودکشی همکاراش که رسانه‌ای شده به موارد دیگری هم اشاره می‌کند: «به‌جز خودکشی همکارانی که در رسانه‌ها به آن پرداخته شده، از خودکشی چند نفر از همکاران نزدیکم هم مطلعم. حداقل سه نفر از آنها در دوران طرح و در مراکز روستایی به خودکشی اقدام کردند. یادمان نرود موضوعی که منجر به خودکشی می‌شود، همیشه یک اتفاق بزرگ نیست. استرس‌های انباشته متعدد می‌توانند فرد را به نقطه‌ای برساند که فکر کند دیگر کاری نمی‌تواند برای زندگی‌اش انجام دهد».

این متخصص مغز و اعصاب از تجربه خودش در دوران طرح یاد می‌کند: «دوره طرحم را در روستاهای کوهستانی استان کردستان گذراندم. بارها و بارها با شرایطی مواجه بودم که در هوای برفی جاده مسدود بود و مادر باردار با شریط زایمانی یا بیماران اورژانسی در راه مانده بودند و این استرس خیلی زیادی را به پزشک و باقی کادر درمان وارد می‌کرد. علاوه بر این استرس‌ها باید با حداقل امکاناتی که داشتیم، کاری برای بیمار انجام می‌دادیم. صرف نظر از اینکه در این شرایط پزشک موفق شود کاری برای بیمار انجام دهد یا نه، فارغ از اینکه از لحاظ قانونی مسئولیتی متوجه پزشک باشد یا نه، این پزشک فشار بسیار زیادی را متحمل می‌شود. حتی اگر درنهایت همه چیز به‌خوبی پیش برود و بیمار نجات پیدا کند».

به گفته دکتر محی، در تمام این حالات و شرایط و بعد از تحمل استرس‌های روزانه و بی‌وقفه و حتی درگیری‌هایی که ممکن است پزشک با همراهان بیمار داشته باشد، به لحاظ انسانی انتظار این است که این پزشک در روز مرخصی یا تعطیلش آرامش و امکان استراحت ذهنی داشته باشد. اما در همین زمان هم این پزشک با مشکلات متعددی روبه‌روست؛ «جای مناسبی برای سکونت ندارد، پانسیون ندارد، سقف خانه چکه می‌کند، آب ندارد، سه ماه حقوق نگرفته و... . مجموعه بسیار زیاد این استرس‌ها موجب می‌شود وقتی پزشک خود را در موقعیتی می‌بیند که نه امکان خارج‌شدن از سیستم را بنا به دلایلی که گفتم دارد و نه توان ادامه این وضعیت، به سمت اقدامات ناخوشایندی از جمله خودکشی سوق یابد».

این متخصص نورولوژی معتقد است مواردی از خودکشی‌های منجر به مرگ که رسانه‌ای می‌شود، کوه یخی از اقدام به خودکشی پزشکان است. اما موارد متعدد دیگری از خودکشی‌های ناموفق هم هستند که اثرات بسیار بدی، هم بر خود فرد باقی می‌گذارند و هم برای خانواده و همراهان او؛ «پزشک کسی است که قرار است دردهای دیگران را درمان کند اما در این شرایط هم نگاه این شخص به خودش و هم نگاه دیگران به او تغییر می‌کند و به‌نوعی اعتبار این پزشک ممکن است خدشه‌دار شود. چرخه باطلی ایجاد می‌شود و این پزشک را در معرض آسیب بزرگ‌تری قرار می‌گیرد».

### مصائب رزیدنتی

ناصح محی می‌گوید دوره تخصص چهار سال بسیاربسیار سخت است: «به نظر من دوره رزیدنتی یکی از بدترین دوره‌هایی است که یک انسان در ایران می‌تواند تجربه کند. به عنوان پزشک عمومی خدمت سربازی را در دو تا از مرزهای دور و سخت ایران گذراندم اما حالا می‌گویم که دوره رزیدنتی از تجربه دوران سربازی در نقطه صفر مرزی هم بدتر است. بدترین مشکل دوره رزیدنتی این است که بعد از هفت سال درس‌خواندن و گذراندن دو سال طرح باز هم باید چهار سال سخت سپری شود و پزشک هنوز هیچ فعالیت اقتصادی مشخصی نداشته باشد. طبیعتا این فرد زیر فشارهای مالی زیادی است. دریافتی این پزشک حتی تابع قانون کار هم نیست و کمتر است. الان رزیدنت‌های مجرد ماهی هشت‌میلیون و رزیدنت‌های متأهل ماهی ۱۰ میلیون تومان دریافتی دارند. در خیلی از نقاط ایران با هشت تا ۱۰ میلیون تومان حتی امکان اجاره خانه هم ممکن نیست چه برسد به سایر هزینه‌های جاری زندگی. این استرس مداوم با فرد است، آن‌هم نه برای یک کارآموز و دانشجو، برای کسی که به عنوان یک پزشک کار می‌کند و در قبال بیمارانش مسئولیت حرفه‌ای و قانونی دارد».

به گفته او ساده‌ترین کاری که برای پزشکان می‌توان انجام داد این است که دوره رزیدنتی پزشکی به‌عنوان یک شغل تعریف شود تا دریافتی پزشکان بیشتر شود، درحالی‌که این کار تاکنون انجام نشده است؛ «برای همین است که می‌بینیم صندلی تخصص در خیلی از رشته‌ها حتی رشته‌هایی که برای نظام درمان و بهداشت کشور حیاتی هستند، خالی می‌مانند. مثلا در علوم پزشکی تبریز رشته طب اورژانس که رشته‌ای مادر محسوب می‌شود، در دو سال گذشته فکر می‌کنم ۱۸ تا ۲۰ نفر ظرفیت داشت. اما سال قبل دو نفر و سال جاری فقط یک نفر در این رشته جذب شده است. یعنی تبریز که الان باید ۲۰ رزیدنت طب اورژانس می‌داشت و چهار سال بعد ۲۰ متخصص طب اورژانس، الان فقط دو رزیدنت دارد».

این پزشک همین دریافتی‌های ناچیز را عاملی می‌داند تا برخی پزشکان عمومی انجام فعالیت‌های اقتصادی خارج از این حیطه را به‌صرفه‌تر از واردشدن در دوره رزیدنتی بدانند: «چون بعد از دوره چهارساله رزیدنتی، یعنی بعد از ۱۱، ۱۲ سال، باز هم این پزشک باید دوره طرح رزیدنتی را بگذراند. این طرح هم مشابه طرح عمومی است و بازهم هیچ اختیار و انتخابی ندارد. اگر انصراف دهد هم اجازه فعالیت در زمینه پزشکی را ندارد. مگر اینکه دوباره ثبت‌نام کند و طرح را بگذراند. بعد از تمام اینها و زمانی که فرد به‌عنوان یک پزشک متخصص کار را شروع می‌کند، بازهم باید براساس تعرفه‌های دولتی کار کند. اگر دولت معتقد است باید شرایط اقتصادی مردم را برای اقدامات پزشکی آنها لحاظ کند، حداقل کاری که می‌تواند برای پزشکان انجام دهد این است که یارانه‌ای برای آنها در نظر بگیرد. اگر معتقدیم مردم توان پرداخت هزینه واقعی خدمات پزشکی دریافتی را ندارند، دولت باید فکری برای این موضوع کند و به ارائه‌دهندگان خدمت کمک کند. نه اینکه آنها را وادار کند با هر تعرفه و قیمتی کار کنند».

او توضیح می‌دهد: «در یک سال گذشته قیمت یک دستگاه نوار عصب و عضله با توجه به نرخ دلار سه یا چهار برابر شد. هزینه‌های تعمیر، نگهداری و سرویس این دستگاه هم همین‌طور. با این شرایط هزینه انجام نوار عصب در یک سال گذشته ثابت بوده و حالا که قرار است که تغییر کند هم ۳۰، ۳۵ درصد افزایش داده شده است. به عنوان یک پزشک متخصص مغز و اعصاب اگر دستگاه نوار عصبی که خریده‌ام را بفروشم، برایم به‌صرفه‌تر از این است که بخواهم با آن کار کنم! جمیع این شرایط بیش از پیش پزشکان را به انجام فعالیت‌های اقتصادی خارج از حیطه پزشکی، مهاجرت و در بدترین حالت خودکشی سوق می‌دهد».

### فهیمه سعید، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی در گفت‌وگو با «شرق» بررسی کرد:

# ۳ موج خودکشی پزشکان

عکس: سجاد حیات‌پور، باشگاه خبرنگاران جوان

**سامان موحدی‌راد**
خبرنگار گروه جامعه

**سامان موحدی‌راد: شنیدن اخبار خودکشی پزشکان و کادر درمان در سال‌های اخیر خبری تکرارشونده است و هر بار چند خبر از این دست در کنار هم قرار می‌گیرند که همه از بد بودن وضعیت آن سخن می‌گویند. با این حال موضوع خودکشی خبری نیست که چندان آمار و اطلاعات رسمی درباره آن بیان شود. به‌ویژه اگر پدیده خودکشی در میان قشری رایج شود که هم تأمین‌کننده سلامت و امنیت روانی شهروندان هستند و هم در سال‌های اخیر اخبار مهاجرت‌شان ایرانی‌ها را نگران کرده است. با این حال و در این زمینه برخی پژوهش‌ها هم انجام شده که می‌تواند تصویری حداقلی از وضعیت ممکن را به ما ارائه دهد. فهیمه سعید، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، ازجمله چهره‌های دانشگاهی است که مطالعه‌ای را در این زمینه انجام داده است. خانم سعید نتایج این پژوهش را سال گذشته و در خلال مراسمی که به مناسبت روز جهانی «پیشگیری از خودکشی» برگزار شده بود، ارائه داد. انتشار اخبار چند وقت اخیر و ماجرای خودکشی پرستو بخشی، بهانه‌ای شد تا با او دراین‌باره گفت‌وگو کنیم.**

**در چند سال اخیر به‌ویژه سال‌های بعد از کرونا اخبار خودکشی جامعه پزشکی مورد توجه بیشتر رسانه‌ها و مردم قرار گرفته است. آیا می‌توان گفت که پزشکان اکنون گروهی «در معرض خودکشی» هستند یا بیشتر از گروه‌های دیگر شغلی دست به خودکشی می‌زنند؟**

یکی از فاکتورهای خطر برای اقدام به خودکشی مسئله شغل است. در مطالعاتی که در جهان انجام شده، مشخص شده که پزشکان و پرستاران دارای ریسک بالایی از نظر خودکشی هستند. البته این داده به این منظور نیست که مطلق باشد؛ ولی این معنی را می‌دهد که سطح بالایی از ریسک خودکشی مربوط به این شغل است. البته این موضوع در جوامع مختلف تا حدودی با همدیگر متفاوت است؛ ولی در کل گفته می‌شود اصولا پزشک‌ها در ریسک بالایی از خودکشی قرار دارند.

**شما پژوهشی در زمینه خودکشی پزشکان انجام داده‌اید. در ابتدا می‌توانید کمی درباره این پژوهش و یافته‌هایش به ما توضیحاتی بدهید؟**

سال ۱۴۰۰ بود که ما با اولین موج خودکشی در دستیاران روبه‌رو شدیم، عمدتا هم این اتفاق در شهر تهران رخ داده بود. طبیعتا چنین مسئله‌ای وضعیت شوکه‌کننده‌ای هم ایجاد کرده بود. حوالی دی و بهمن‌ماه همان سال من مطالعه‌ای درباره وضعیت افکار خودکشی در بین دستیاران پزشکی آغاز کردم.

دایره مطالعاتی من هم با توجه به گستردگی داده‌ها در تهران به این شهر محدود می‌شد و در واقع روی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران تمرکز کردم. در این مطالعه ۳۵۳ نفر از دستیاران پزشکی مورد مطالعه قرار گرفتند که اگر بخواهم نتایج این بررسی را خیلی کوتاه بیان کنم، این بود که شیوع افکار خودکشی در میان این قشر ۳۴،۳ درصد است و ۱۰ درصد هم در وضعیت پرخطر قرار داشتند. همچنین شیوع کلی افسردگی ۶۹ درصد بود و افسردگی شدید و بسیار شدید ۲۵ درصد. یکی دیگر از داده‌های این پژوهش هم این بود که شیوع کلی اضطراب ۶۳ درصد بود و همین‌طور شیوع کلی استرس هم عدد ۶۵ درصد را نشان می‌داد.غیر از عواملی که من در مطالعه‌ام بررسی کردم، یک‌سری عوامل دیگر را هم قطعا باید در اینجا بیان کنیم که اینها هم از دیگر نتایجی بود که در مصاحبه با دستیارها به دست آمد.

یکی از مهم‌ترین آنها فرسودگی است. دستیاران با حجم کاری بسیار زیادی روبه‌رو هستند. شیفت‌های طولانی، اختلال خواب، خستگی زیاد در کنار یک عامل مهم دیگر که کاهش کرامت آنهاست، از دیگر عوامل مؤثر در این وضعیت بود. متأسفانه درحال‌حاضر امنیت جانی و امنیت روانی پزشکان و کادر درمان آن‌چنان در بیمارستان‌ها به‌ویژه بیمارستان‌های دولتی تأمین نمی‌شود. پزشکان و کادر درمان اغلب مورد اهانت قرار می‌گیرند که حالا می‌تواند از طرف مراجعان باشد یا از طرف مقام بالادستی. به نظر می‌رسد هیچ حمایتی هم از دستیاران در این فضا وجود ندارد. حتی می‌شود به تعدادی از مواردی که بازداشت در بیمارستان اتفاق افتاده هم اشاره کرد که مثلا به خاطر شکایت بیمار یا همراهانش پزشک بازداشت شده است. پیش‌ازاین با چنین چیزی مواجه نبودیم و رواج این رفتارها در شرایط کنونی از عواملی است که کرامت پزشکان را کاهش داده و موجب تشدید این وضعیت برای آنها شده است.

**این گزاره که «خودکشی در میان پزشکان و دستیاران تخصصی» در چند سال اخیر در حال رشد است تا چه میزان درست است؟**

بگذارید ابتدا برخی مفاهیم را تعریف کنیم. «افکار خودکشی» یعنی این فکر که «من باید خودکشی کنم» به ذهن فرد خطور کرده است؛ اما «اقدام به خودکشی» یعنی فرد از مرحله فکرکردن به آن عبور کرده و دست به خودکشی زده است. این نکته را هم باید بدانید که اصولا افکار خودکشی بسیار شایع‌تر از موارد اقدام به خودکشی است؛ یعنی قرار نیست همه آنهایی که افکار خودکشی دارند، اقدام به خودکشی کنند. پس اگر ما با مواردی از اقدام به خودکشی روبه‌رو هستیم؛ یعنی پشت آن تعداد بیشتری از افکار خودکشی وجود دارد.

از سوی دیگر باید بدانید که ما پیش‌ازاین درباره شیوع افکار خودکشی در بین دستیاران اصلا مطالعه‌ای در ایران نداشتیم. تنها مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۰ در دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده که تنها می‌گوید ۲۳ درصد دستیاران افسردگی شدید و بسیار شدید دارند.

اما این مطالعه نشان داد نسبت به جامعه، افکار خودکشی در بین دستیاران شیوع بیشتری دارد. البته مطالعات در کشورهای دیگر هم تقریبا این موضوع را تأیید می‌کنند؛ ولی مسئله‌ای که ما در زمان انجام این مطالعه با آن روبه‌رو بودیم که نباید نادیده گرفته شود «دوران کرونا» است. در آن دوران همان‌طورکه می‌دانید، شیفت‌های کاری بسیار سنگین شده بود و دستیاران تحت تأثیر شرایط بد اقتصادی و شرایط بد کاری قرار داشتند. البته مطالعات دیگری هم در کشورهای دیگر این وضعیت را تأیید می‌کند که در زمان کرونا وضعیت سلامت روان پزشکان چندان مناسب نبوده است. به هر روی باید بدانیم که در مطالعه‌ای که من انجام دادم، این آمار خیلی زیاد بود.

مثلا مطالعات جهانی نشان می‌دهد که شیوع اضطراب و افسردگی در بین دستیاران بیشتر از مردم جامعه است یا در آمریکا در سال ۲۰۱۹ اعلام شد که شیوع افسردگی ۱۹ درصد است و در این میان دستیارهای پزشکی ۳۱ درصد افکار خودکشی داشتند که عدد قابل توجهی برای یک صنف است. در ژاپن و در سال ۲۰۲۲ شیوع افسردگی را ۲۴ درصد اعلام کردند و افکار شیوع خودکشی در میان دستیارهای پزشکی را ۵،۵ درصد.

**در چند وقت اخیر و با مرگ دکتر پرستو بخشی بار دیگر صحبت‌هایی درباره گسترش خودکشی در میان پزشکان مطرح شد. آیا این موضوع در یکی دو سال اخیر بغرنج شده است؟**

آن چیزی را که ما در این سال‌ها از سال ۱۴۰۰ به بعد با آن روبه‌رو هستیم، می‌توان حداقل در سه موج خودکشی دسته‌بندی کرد. سال ۱۴۰۰ که اولین موج بود، در کرونا اتفاق افتاد. بعد سال ۱۴۰۱ این روند ادامه پیدا کرد و سال ۱۴۰۲ متأسفانه سیاه‌ترین سال بود.

همین‌طور در بهار امسال یعنی ۱۴۰۳ متأسفانه یکی دیگر از پزشکان جوان طرحی را از دست دادیم که ایشان در ۱۴۰۲ دستیار قلب بودند که با شروع سال جدید در فروردین‌ماه متأسفانه ایشان را هم از دست دادیم. آن چیزی که داریم می‌بینیم موارد اقدام به خودکشی زیاد شده است. ولی قاعدتا برای اینکه این را مستندتر بتوانیم بیان کنیم، بهترین مرجعی که می‌تواند این سؤال را پاسخ دهد، سازمان پزشکی قانونی است که این موارد مرگ‌ومیر را ثبت می‌کنند. ولی آن چیزی که ما مشاهده می‌کنیم در سه سال اخیر نسبت به گذشته این موارد بیشتر شده است. البته مطالعه‌ای هم در این مورد نیست و حتی شیوع افکار خودکشی هم بیش از این در دستیارها سنجیده نشده بود یا حداقل تا جایی که من می‌دانم سنجیده نشده بود.

در مورد مرگ دکتر پرستو بخشی باید بگویم که شاید یکی از کیس‌هایی که در سال ۱۴۰۰ من بررسی کردم ایشان بودند. بنا بر اطلاعاتی که اکنون ما به دست آوردیم ایشان با مسئله افسردگی روبه‌رو بودند. مسائلی برای‌شان پیش آمده بود که مهم‌ترینش دو غم بزرگ از دست دادن پدر و مادر بود و بابت این موضوع مدارک هم ارائه کرده بودند. ولی متأسفانه درخواست ایشان مورد قبول قرار نگرفت و نهایتا ایشان را از دست دادیم.

**مهم‌ترین عواملی که موجب خودکشی پزشکان می‌شود، چیست؟**

در مطالعه‌ای که من انجام دادم، جزء عوامل پیش‌بینی‌کننده افکار خودکشی سابقه سوء مصرف الکل و مواد، سابقه اقدام قبلی به خودکشی، سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی، سابقه خودزنی و چیزی که خیلی باید به آن توجه کنیم «حجم کاری» یا همان تعداد شیفت در یک ماه، میزان افسردگی و همین‌طور سطح درآمد بود. هر چقدر درآمد دستیاران کمتر بوده، میزان افکار خودکشی شیوعش بیشتر می‌شد. خوشبختانه تصمیم گرفته شده که سطح درآمد دستیاران بالاتر برود.

موضوع دیگر؛ ابهام در مورد آینده است. قبل از این پزشکان می‌دانستند که با تمام‌شدن درس‌شان و گرفتن تخصص‌شان می‌توانند درآمد مناسبی داشته باشند و آینده‌شان را تأمین کنند. شما باید این موضوع را هم در نظر بگیرید که کسی که متخصص می‌شود، دیگر ۳۰ سال را رد کرده و انگار تازه می‌خواهد وارد بازار کار شود. زمانی که وارد بازار کار می‌شود، نه سرمایه‌ای دارد، نه خانه، نه ماشین، نه رفاه! چشم‌اندازی هم در این باره در حال حاضر برای پزشکان جوان چندان وجود ندارد. مثلا همین دو سه روزه ویزیت‌های سال جدید هم ابلاغ شده که مثلا ۲۵۱ تومان برای یک متخصص در نظر گرفته شده که نشان می‌دهد دورنمای مالی این شغل چگونه خواهد شد. این ناامیدی از آینده یکی از فاکتورهایی است که خیلی دستیاران را در حال حاضر تحت تأثیر قرار می‌دهد. موضوع دیگر که در دو سال گذشته خیلی در این قضیه بارزتر بود، تعهدات محضری است که از دستیاران گرفته می‌شود، بابت اینکه وقتی وارد رشته تخصص می‌شوند، تعهد می‌دهند که انصراف ندهند و همین‌طور طرح را بگذرانند که دورای بسیار سنگین است. برخی دستیاران حتی برای پیداکردن ضامن هم دچار مشکل می‌شوند و شما تصور کنید کسی که بهترین سال‌های جوانی‌اش را برای درس‌خواندن گذاشته حالا وارد تخصص می‌شود و اولین اقدامش این است باید تعهد بدهد تا بتواند ادامه دهد. وقتی که تعهد داد و وارد دستیاری شد، هر زمانی که بخواهد انصراف بدهد، این راه بسته است به خاطر اینکه با جریمه‌های بسیار سنگینی روبه‌رو می‌شود. یکی از مواردی که دستیاران می‌گفتند، این بود که دوست دارند انصراف بدهند ولی حتی اگر بخواهند این کار را انجام دهند آن‌قدر نگران ضامن‌ها می‌شوند که راهی جز ادامه‌دادن ندارند.

اینها چیزهایی است که باید به‌فوریت دیده شود. یک موضوع دیگر هم داریم و آن هم اینکه خودافشایی اتفاق نمی‌افتد. یعنی به نظر می‌رسد زمانی که پزشکان با موضوع افسردگی، استرس یا افکار خودکشی روبه‌رو هستند، چندان این را بیان نمی‌کنند و درخواست کمک نمی‌کنند.

اعتقاد کلی وجود دارد که اصولا باید یک سیستم ویژه پزشک‌ها (یا کلا کادر درمان) برای سلامت روانی‌شان تعریف شود. اقدامی که الان نظام پزشکی با کمک انجمن علمی روان‌پزشکان ایران دارد انجام می‌دهد و یک طرح‌ریزی انجام داده است. این یک سیستم فوریت‌های مخصوص پزشکان است که بتوانند با این سیستم تماس بگیرند و به‌خصوص درمورد افکار خودکشی کمک بگیرند. این به نظر می‌رسد اقدام منظم و سیستماتیکی است که تا اینجا انجام شده که البته باید ببینیم چقدر موفقیت پیدا می‌کند.

**آیا در سال‌های اخیر و با توجه به حساسیت‌های عمومی ایجادشده بعد از اخبار خودکشی پزشکان، درباره وضعیت سلامت روان آنها خدمات مناسبی هم به آنها ارائه شده است؟**

باید عرض کنم هرچند با تأخیر، ولی ما شاهد بودیم که اتفاقات ۱۴۰۲ بیشترین واکنش را در سیستم داشت. جلسات متعددی در وزارت بهداشت، نظام پزشکی و در دانشگاه‌ها در مورد این موضوع تشکیل شد؛ ولی متأسفانه بازخورد خوبی به دستیاران داده نشد یعنی آنچه دستیاران می‌گویند این است که ما متوجه نشدیم این موضوع دیده شده و دارد اصلاحاتی اتفاق می‌افتد یا خیر؟

اقدام خوبی که اخیرا اتفاق افتاد، این بود که تصویب شد حقوق دستیاران افزایش پیدا کند که این را به نظر من می‌توان یک اقدام مثبت در نظر گرفت. یکی از معضلات اصلی دوران دستیاری این است که تکلیف دستیاری مشخص نیست. معلوم نیست شغل است یا بالاخره تحصیل است. یعنی یک کار دانشجویی است. در عین اینکه شغل محسوب نمی‌شود، ولی دستیار با تبعات یک شغل روبه‌روست مثلا امکان شکایت‌کردن از او وجود دارد. آیین‌نامه‌ای وجود دارد که می‌گوید باید چقدر در ماه کشیک بدهد اما خیلی وقت‌ها دستیاران ما بیشتر از آن حدی که تعریف شده کشیک می‌دهند، ولی از طرف دیگر حقوق‌شان کمتر از آن حدی است که باید باشد و به عنوان یک کار در نظر گرفته شده باشد. بیمه ندارند. بیمه مسئولیت ندارند. بیمه بازنشستگی ندارند.

نگاه

## کمبود پزشک و پرستار در کشور؟

**شرق:** سختی کار پزشکاران و پرستاران و حقوق اندک و مسائل متعددی که باعث می‌شود برخی از آنها گه‌گاه به اقدامات ناخوشایندی از جمله خودکشی روی بیاورند، تمام قصه نیست. موج مهاجرت به جامعه پزشکی و پرستاری هم رسیده است و یکی از نگرانی‌های جامعه پزشکی و پرستاری می‌تواند مهاجرت این گروه، استعفا، ترک کار، تغییر شغل و البته مهاجرت آنها باشد.

مهر سال گذشته، عوض حیدرپور، متخصص بیهوشی و استاد دانشگاه در گفت‌وگو با خبرآنلاین از مهاجرت سالانه ۱۰ هزار کادر پزشکی از کشور خبر داده بود؛ «برای پزشکان پیامک ارسال می‌شود که اگر ۵۵ سال به بالا نداشته باشید به‌راحتی در آلمان پذیرش می‌شوید، پزشکی که ۵۵ سال سن داشته باشد تقریبا ۲۰ سال تجربه کار دارد، آن‌وقت با مهاجرت آنها یک تجربه این‌چنینی به‌راحتی گیر کشورهای دیگر می‌آید».

او عددها و رقم‌های مهاجرت این قشر را وحشتناک خوانده بود: «هر هفته که سراغ یکی از همکاران را می‌گیریم باخبر می‌شویم مهاجرت کرده است، سالی ۱۰ هزار نفر از مجموعه کادر پزشکی (پزشک، پرستار، ماما) از کشور مهاجرت می‌کنند».

مشکلات و معضلات جامعه پرستاری هم کم نیست. چند روز پیش خبر استعفای جمعی پرستاران در چالوس منتشر شد و البته حواشی بسیاری هم به همراه داشت. خبر این بود که ۲۲ پرستار بیمارستان تخصصی طالقانی چالوس در کمتر از سه ماه استعفا داده‌اند.

البته مدیر شبکه بهداشت و درمان چالوس این موضوع را تکذیب کرد و گفت اینکه در فضای مجازی اعلام شده است ۲۰ پرستار بیمارستان آیت‌الله طالقانی به دلیل مشکلاتی که در سیستم بهداشت و درمان وجود دارد استعفا داده‌ان، به هیچ وجه صحت ندارد. البته او گفته بود که منکر مشکلات در بیمارستان از جمله کمبود نیرو و امکانات نیست، اما این مشکل کل کشور است و بخش عمده مشکلات در بیمارستان چالوس به علت طلبی است که از شرکت‌های بیمه وجود دارد و این موجب شده است امکانات درخور شأن بیمارستان نباشد.

با این حال محمدجواد قربانپور، یکی از پرستاران باسابقه بخش اورژانس بیمارستان طالقانی چالوس، از مشکلات موجود در این بیمارستان توضیحاتی به ایرنا داده است: «در گذشته وقتی بیمار می‌خواست بستری شود به بیمار بسته‌ای داده می‌شد که درون آن ملافه هم بود اما الان به بیمار می‌گوییم که قبل از بستری ملافه را تهیه کند و با خود بیاورد و حال مابقی وسایل مثل سرم بماند که شدیدا کمبود وجود دارد. سختی‌های زمان کرونا را پشت سر گذاشتیم و وزارت بهداشت بارها وعده جبران برای پرستاران را داد اما دریغ از عمل به همه این وعده‌ها و تنها ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان به حساب پرستاران واریز شد». او گفته بود: «پرستاری را می‌شناسم با وجود اینکه مدت زمان خیلی کوتاهی آمده است اما استخدام شده و امثال من با این‌همه سابقه همچنان شرکتی یا قراردادی هستند. کارانه ما پنج سال قبل حدود ۸۰۰ تا ۹۰۰ هزار تومان بود و در حال حاضر بعد از گذشت این چند سال هنوز همان مبلغ است. حقوقی که با این‌همه سابقه داده می‌شود ۱۳ میلیون است که تا به دست ما برسد تنها ۱۰ میلیون می‌شود؛ نمی‌توان خرج زندگی را تأمین کرد اما پزشکان چندین برابر ما پرستاران حقوق دارند، در حالی که بخش اعظم کار درمان بر عهده پرستاران است که شب و روز ایستاده‌اند. برای تأمین هزینه‌های زندگی اگر برای جابه‌جایی مسافر وقت می‌گذاشتم مقرون‌به‌صرفه بود و درآمدش چندین برابر پرستاری بود، گاهی با فرزندم جرئت اینکه به فروشگاهی بروم، ندارم چون طی چند سال اخیر برای تأمین زندگی ناچار به گرفتن چند فقره وام شده‌ام و حقوق دریافتی همان چند روز اول تمام می‌شود».

### کمبود پرستار

علاوه بر استعفا، مهاجرت پرستاران یکی دیگر از نگرانی‌های حوزه بهداشت و درمان کشور است. تابستان ۱۴۰۱ رصدخانه مهاجرت طی یک مطالعه پیمایشی نرخ مهاجرت و عوامل مؤثر بر فعالیت نیروی انسانی حوزه سلامت را بررسی کرد. بر اساس این مطالعه بیش از ۵۰ درصد از شرکت‌کنندگان درباره عوامل مهاجرت در حوزه سلامت، معتقد بودند بی‌ثباتی اقتصادی و اجتماعی در ایران، وجود فساد نهادینه‌شده در کشور و شیوه حکمرانی مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر مهاجرت است. حدود ۵۰ درصد از شرکت‌کنندگان دانشجو و شاغل در بخش‌های سلامت این تحقیق هم معتقدند که خارج از ایران کیفیت زندگی بهتری در انتظار آنهاست و فقط دو درصد برای پیوستن به خانواده و آشنایان قصد خروج از کشور را دارند.

چندی پیش، محمد شریفی‌مقدم، دبیر کل خانه پرستار هم در گفت‌وگو با «شرق» از کمبود پرستار در کشور خبر داده بود: «در ایران با کمبود پرستار مواجه هستیم. در دنیا یک نرمی برای پرستاری وجود دارد. مثلا در اروپا به ازای هر هزار نفر، ۱۰ پرستار وجود دارد. در بعضی جاها این تعداد به ۱۲ نفر هم می‌رسد و بعضی جاها نیز هشت تا ۹ پرستار در ازای هزار نفر موجود هستند. متوسط این رقم شش تا هفت پرستار است. سازمان بهداشت جهانی حداقل این رقم را سه نفر اعلام کرده است. یعنی اگر به ازای هر هزار نفر کمتر از سه پرستار وجود داشته باشد، مردم دچار خسارت می‌شوند و مرگ‌ومیر بالا می‌رود. یعنی تعداد پرستار با میزان مرگ‌ومیر ارتباط مستقیمی دارد. در کشور ما این رقم ۱.۶ تا ۱.۷ پرستار به ازای هر هزار نفر جمعیت است. یعنی تعداد پرستاران در ایران نصف حداقل استاندارد جهانی است. بنابراین مردم هم نصف خدماتی را که باید دریافت کنند، نمی‌گیرند». او گفته بود که پرستاران موجود، انگیزه‌ای برای ادامه کار ندارند: «در دنیا پرستاران جزء قشری هستند که بالاترین حقوق‌ها را می‌گیرند؛ چراکه این شغل سخت، پرخطر، پرمسئولیت و پراسترس است. برای همین دولت‌های مختلف در دنیا نگاه ویژه‌ای به این شغل دارند تا به طرق مختلف بتوانند از سختی این شغل کم کنند. انگیزاننده‌های مالی و حقوق یکی از همین شیوه‌هاست. مثلا پرستاران در اروپا حدود سه تا چهار هزار یورو حقوق می‌گیرند، یا در آمریکا به طور متوسط حدود پنج هزار دلار دریافتی دارند. در عین حال تعداد پرستاران هم به‌قاعده است و فشار روی آنها به نسبت کشور ما کمتر است».