گزارش خبری

دیابتی‌ها بخوانند

دیابت علت شایع نارسایی کلیه و هزینه‌های سرسام‌آور دیالیز در کشورهای توسعه‌یافته است. حداقل ۵۰ درصد از دیابتی‌ها از وضعیت بیماری خود آگاهی ندارند و مهم‌تر اینکه با رعایت برنامه غذایی سالم و افزایش سطح فعالیت بدنی، می‌توان تا ۶۰ درصد از وقوع بیماری دیابت نوع دو پیشگیری کرد.

شیوع بیماری دیابت با قند بر اثر عواملی همچون افزایش شیوع چاقی ناشی از شکل نادرست زندگی شهرنشینی و افزایش سن جوامع و حرکت به سوی سالمندی، در جهان به‌سرعت رو به افزایش است. مبتلایان به دیابت بیش از دیگران در معرض بروز عوارضی مانند اختلالات بینایی، حملات قلبی‌عروقی، قطع پا یا نارسایی کلیوی قرار دارند.

برای پیشگیری از دیابت دو راهکار اصلی، یعنی ارتقای سلامت و پیشگیری اولیه مطرح شده است. هدف از ارتقای سلامت، کمک به افراد برای برنامه‌ریزی یک سبک زندگی فعال و داشتن عادات غذایی سالم و بیروی از آن در تمام طول عمر است. هدف از پیشگیری اولیه نیز کمک به افراد در معرض خطر بیماری است تا بتوانیم با اجرای یک سبک زندگی فعال و عادات غذایی سالم، جلوی بروز بیماری را گرفته یا شروع آن را به تاخیر بیندازیم.

پیشگیری اولیه می‌تواند از طریق ارتقای سلامت و کاهش عوامل خطر به صورت فردی و در محیط جامعه حاصل شود. راهبردهای افراد پرخطر (تمرکز بر گروه‌های در معرض خطر دیابت) و جمعیتی (تمرکز بر کل جامعه) به عنوان دو شیوه در پیشگیری اولیه مطرح است و برای رسیدن به نتیجه مطلوب در کاهش شیوع دیابت، ترکیب این دو راهبرد لازم است.

اگر مبتلا به پیش‌دیابت (کلوکز ناشتای مختل و اختلال تحمل گلوکز)، دارای سابقه خانوادگی دیابت، بالای ۴۰ سال، صاحب مشاغل پرتنش و بی‌تحرک، مبتلا به پرفشاری خون و چربی خون بالا، چاقی، دارای اندازه دور کمر زیاد، دارای سبک زندگی بی‌تحرک و یا سابقه دیابت بارداری هستید، حتما در معرض خطر قرار دارید.

ارتباط دیابت با سبک زندگی چیست؟

این بیماری ارتباط خیلی نزدیکی با شیوه و سبک زندگی دارد. برای مثال، افرادی که فعالیت فیزیکی ندارند و چاق‌ترند، بیشتر دیابت می‌گیرند. شما در دنیا می‌بینید که شیوع چاقی رو به افزایش و به تبع آن تعداد دیابتی‌ها نیز رو به فزونی گرفته است. متاسفانه شیوه زندگی ما از شیوه زندگی با فعالیت فیزیکی زیاد به شیوه زندگی با فعالیت فیزیکی کم تبدیل شده است و اغلب به افرادی که ما بی‌تحرک تبدیل شده‌ایم.

در همه دنیا اثبات شده است در مناطقی که فست‌فودها وجود دارد، در مقایسه با مناطقی که رستوران‌های معمولی بیشتر است، شیوع دیابت فزونی دارد.

تغذیه‌هایمان همه ناسالم است. غذاهایی که خیلی ساده و ارزان در دسترس هستند، به اسم فست‌فود در سبد تغذیه ما قرار گرفته‌اند.

پنج نشانه ساده برای شناسایی افراد در معرض خطر بالای دیابت

پنج نشانه ساده برای شناسایی افراد در معرض خطر بالای دیابت شامل سن بالای ۴۰ سال، سابقه خانوادگی مثبت از دیابت، چاقی شکمی (دور کمر مردان بزرگ‌تر و مساوی ۹۴ سانتی‌متر و در خانم‌ها بزرگ‌تر و مساوی ۸۰ سانتی‌متر)، پیش‌دیابت (گلوکز ناشتای مختل بیشتر از ۱۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، قند دو ساعت بعد از غذا ۱۴۰ تا ۱۹۹ میلی‌گرم در دسی‌لیتر) و همچنین سبک زندگی بی‌تحرک است.

آزمون‌های تشخیصی ساده‌ای برای دیابت کاربرد دارند که از آن جمله می‌توان به قند خون ناشتا، آزمون تحمل گلوکز خوراکی، چربی‌های خون، سرعت سطح فعالیت بدنی، اندازه‌گیری شاخص توده بدنی و دور کمر، فشارخون، بررسی عادات غذایی و ارزیابی میزان تنش روحی اشاره کرد.

چند توصیه ساده برای عموم مردم

- اگرچه داشتن آگاهی نقش مهمی در حفظ سلامتی دارد، نکوش شما عامل اصلی پیشگیری از بیماری‌هاست.
- برای پیشگیری از دیابت، شیوه زندگی صحیح را همان‌گونه که کادر بهداشتی و درمانی به شما توصیه کردند، اجرا کنید.
- اگر سابقه خانوادگی دیابت دارید یا چاق هستید، بیشتر احتیاط کنید.
- اگر بی‌تحرک هستید یا فعالیت جسمی کمی دارید هرچه زودتر به دنبال اصلاح آن باشید.
- از همان دوره کودکی شیوه سالم غذاخوردن صحیح و سالم را به فرزندان خود آموزش دهید و آنها را از مصرف غذاهای آماده و سویچ و تنقلات نامناسب برحذر دارید.

چندی پیش نیز علیرضا استقامتی، رئیس انجمن دیابت کابریک ایران، به ایرنا گفته بود: ما با روند فزاینده ابتلا به دیابت، به یقین در آینده‌ای نه‌چندان دور با مشکلات عدیده‌ای در تأمین هزینه‌های درمانی و مراقبت از بیماران دیابتی روبه‌رو می‌شویم.

او با یادآوری این نکته که درمان‌های دیابت در بسیاری از مواقع گران‌قیمت هستند و هزینه قابل‌توجهی از بیمه این بیماری نیز به فرد تحمیل می‌شود، می‌افزاید: فردی که به دیابت مبتلا می‌شود، ممکن است به مشکلات چشمی، قلبی، کلیوی و اندام‌ها هم دچار شود که اینها تهدیدکننده زندگی در بخش‌ها، ای‌سی‌یو، سی‌سی‌یو، نوزدرمانی، دیالیز، پیوند عضو و خدایی ناکرده، قطع اندام دارد که هزینه‌های بسیار بالایی برای فرد و نظام سلامت خواهد داشت.

متن گفت‌وگوی ایرنا با این فوق‌تخصص غدد و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران در ادامه می‌آید:

بیماری دیابت یک بیماری بسیار شایع است. در دنیا بیش از ۴۶۰ میلیون نفر مبتلا به دیابت دارد که این برمبنای آمار اطلس دیابت ۲۰۲۱ میلادی است. اکنون، یعنی در سال ۲۰۲۴ میلادی، قطعا شیوع دیابت در دنیا بیشتر شده است و شاید از نیم‌میلیارد نفر نیز عبور کرده باشد.

در کشور ما طبق آخرین بررسی‌ها که مربوط به حدود چهار سال پیش است، هفت میلیون دیابتی داشته‌ایم که احتمالا تعدادشان اکنون بیشتر است. البته این روند در تمام دنیا رو به افزایش است. ما نمی‌توانیم این روند را متوقف کنیم، بلکه باید تلاش خود را بکنیم که این روند متوقف شود.

«شرق» از افزایش و تغییر الگوی مصرف دخانیات و داروهای ضدافسردگی در زنان ایرانی طی سال‌های اخیر گزارش می‌دهد:

هیولای دخانیات و افسردگی بر سر زنان ایرانی

مریم لطفی

«لام» سیگاری می‌گیراند و حرفه‌ای دود را حلقه می‌کند، رو به خنکای دم غروب میانه پاییز تهران. جوان است، حدود ۴۰ساله. یک دختر نوجوان دارد و تک‌والد است. تفریح یا به قول خودش، مُسکن روزگار سخت این زمانه برایش سیگار است و داروهای ضداضطراب و گاه الکل و مخدر: «تا دو سال پیش، یک پاکت سیگار را در دو روز می‌کشیدم. اما الان روزانه یک‌ونیم پاکت سیگار می‌کشم. البته دلیل این اتفاق فقط تغییروتحولات حوزه زنان به قدری شرایط اقتصادی و اجتماعی وحشتناک است و اضطرابی که مدام به زن‌ها تزریق می‌شود زیاد است که می‌تواند چنین واکنشی به دنبال داشته باشد. انگار نیاز داریم به جیزی وابسته شویم تا حداقل برای ساعتی از این فشارها یا دنیای واقعی دور شویم و به آن فکر نکنیم».

این تجربه لام است و برخی زنان دیگری که «شرق» با آنها به کیوکفت نشسته است. ماجرایی که رد آن را در آمار و ارقام ارائه‌شده از سوی وزارت بهداشت هم می‌توان دید: افزایش هولناک مصرف دخانیات در زنان جوان و همپای آن، شیوع بیشتر اضطراب و افسردگی زنانه. ماجرایی که کرچه همواره وجود داشته، اما به نظر می‌رسد در سال‌های اخیر و با افزایش فشارهای اجتماعی تحمیل‌شده بر زنان، مشهودتر است. این گزارش بر بررسی و تحلیل این عوامل متمرکز است.

لام به «شرق» می‌گوید اتفاقی عجیب‌تر را در میان اطرافیانش شاهد است: الکلی‌شدن زنانی که تا پیش از این تفننی مصرف می‌کردند: «تا همین چند سال پیش اغلب مردان الکلی را می‌دیدیم. اما الان من دوستان زنی دارم که الکلی شده و درگیر تراپی‌اند. فرزند استفاده از علف هم همین‌طور است. سال ۱۴۰۱ وسط آن اتفاقات دوستی داشتم که به جای سیگار رسما علف می‌کشید. نمی‌دانم چرا این کار را می‌کرد. اما مدت استفاده او و بعضی دوستی دیگر از اطرافیانم خیلی‌خیلی زیاد بود».

او از تجربه خودش درباره مصرف گل هم می‌گوید: «الان دیگر بول ندارم که علف بخرم. ولی الو داشته باشم هم برای خودم قانون گذاشته‌ام که بیشتر از یک نخ نکشم. ولی خب، ممکن است بعضی‌ها این اراده را نداشته باشند یا نخواهند که این مراقبت را بکنند. تجربه می‌دهند با مصرف علف همه دارای یک واقعی یا مختصات آن تا حدودی دور باشند. فکر نمی‌کنم خودم معتاد به علف باشم. چون اگر باشد می‌کشم و اگر نباشد نمی‌کشم. اما در افراطی‌هم می‌بینم زن‌های زیادی را که مصرف‌شان هم در مورد علف و هم نوشیدن الکل زیاد شده و به دنبال ترک آن باشند.

لام خودش هم به دنبال کم‌کردن مصرفش است. عوارض جسمی افزایش کشیدن سیگار دیگر اندام و زبانش را نشان می‌دهد: تخمه خریدم که مصرف را هم دارد تکران می‌کند. ریه‌ام هم واکنش نشان می‌دهد. تخمه خریدم که کمتر سیگار بکشم. کاموا هم گرفتم تا بافتنی به سرفکم باشم».

لام می‌گوید از واکنش اطرافیان درباره مصرف زیادش‌اش ابایی ندارد: «اساسا کسی را که بخواهد قضاوتم کند کنار می‌گذارم و معاشرتم را قطع می‌کنم. اما نگرانی دخترم را درباره سیگار کشیدنم می‌فهمم و به او حق می‌دهم و تحلیل می‌کنم. اما وقتی با دوستانم حرف می‌زنیم، می‌گویم خب، اگر نخوریم و نکشیم، چه‌کار کنیم؟ به شوخی می‌گویم بار سنگین حسی را چطور به دوش بکشیم؟ اما واقعا وضعیت جیغی شده. من تا سال ۹۶ و ۹۷ اصلا نمی‌دانستم علت چیست؟ الکل هم فقط در میهمانی‌ها خورده می‌شد. در اطرافم هم فقط یک آدم الکلی می‌شناختم. اما الان مصرف مخدر و الکل واقعا زیاد شده».

او تجربه مصرف داروهای اعصاب و افسردگی هم دارد: «مصرف این داروها برای من به مرور زمان هم بیشتر شد. دکتر اوایل فقط یک فلوکستین می‌داد. اما دیگر فلوکستین فایده‌ای نداشت و داروها هی اضافه می‌شد. الان کپ کیسه دوا دارم. کیفی دارم که تویش داروهایم را می‌ریزم. یک بار با دوستانم کافه بودم. من این کیف را دراوردم و با خنده گفتم نگاه کنید. میانسالی یعنی این. یک دفعه دیدم همه آن قوی کیف‌شان بسته‌های بزرگی درآوردند که پسر از قرص‌های اعصاب و روان بود».

او می‌گوید در اطرافش کسی را نمی‌شناسد که داروهای ضدافسردگی مصرف نکند: «در این چند سال همه‌جیز را رکارد و تنها دکتری که به رفتن پیش آن پایبندم، روان‌پزشک است. تویش مصرف قرص‌ها اصلا وضعیت بوابر تحمل‌پذیر نیست. یعنی اصلا جدیت، شدت و حدت خودش را دادمه می‌دهم. کاهی حجم داروهایم رو برابر و کاهی سه برابر هم شده است. اما حداقل هر شش ماه یک بار می‌رم پیش روان‌پزشک، کاهی داروها تغییر می‌کند اما دوز مصرف همچنان بالاست».

رشد ۱۹۰درصدی مصرف سیگار در زنان جوان

به‌تازگی وزارت بهداشت اعلام کرده است که سالانه حدود ۵۰ هزار نفر در ایران به دلیل مصرف سیگار جان‌شان را از دست می‌دهند. گفته شده در سال ۱۴۰۰، مصرف دخانیات در مردان سه برابر و در زنان ۱۱ درصد افزایش یافته است. علیرضا رئیسی، معاون بهداشت وزارت بهداشت، زنان رسانه‌ها در مقابله با تبلیغات نادرست مصرف سیگار را بسیار مهم دانسته است: «باید فرهنگ‌سازی منفی در سریال‌های تلویزیونی اتفاق بیفتد».

او به افزایش ۵۲درصدی مصرف قلیان در این سال‌ها اشاره کرده و گفته علت اصلی این موضوع زیادشدن تبلیغاتی معطر با رایحه‌های مختلف است که نتیجه تبلیغ و جذب بیشتر افراد به مصرف بوده است و باید با جدیت با آنها برخورد کرد. او ممنوع‌کردن مصرف سیگار برای افراد زیر ۱۸ سال و همچنین پیشگیری از نخ‌فروشی سیگار را اقدامی دیگر در این زمینه می‌داند.

افزایش مصرف دخانیات در زنان یکی از موضوعات مهم امروز است. چیزی که علاوه‌بر مشاهدات میدانی و جمع‌ها و گعده‌ها، آمار و ارقام نیز مؤید آن است. سال گذشته رئیس دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات وزارت بهداشت از افزایش ۱۹۰درصدی مصرف روزانه سیگار در زنان گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال خبر داده بود: «مقایسه مصرف دخانیات در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال در سال ۱۴۰۰ در مقایسه با مطالعه قبلی که سال ۱۳۹۵ انجام شده بود، نشان می‌دهد که در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال مصرف زنان از ۰.۱ درصد به ۰.۲۹ درصد افزایش یافته است و این یعنی ۱۹۰ درصد مصرف روزانه سیگار در این گروه سنی افزایش یافته است. همچنین در مردان این مصرف از حدود پنج درصد در سال ۱۳۹۵ به ۷.۱۶ درصد در سال ۱۴۰۰ رسیده است که این یعنی ۴۶ درصد مصرف روزانه سیگار در این گروه سنی افزایش یافته است.

به گفته او در این سال، ۱۵.۴۳ درصد گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال مصرف‌کننده انواع محصولات دخانی بودند که ۶.۲۸ درصد زنان و ۲۶.۹۱ درصد مردان را شامل می‌شود. مقایسه این درصدها با دوره قبلی مطالعه در سال ۱۳۹۵ نشان داد که در مردان ۱۵.۶ درصد و در زنان ۹۰.۸۸ درصد افزایش مصرف دخانیات را داشتیم.

به گفته او از میان پنج عامل خطر بروز بیماری‌های غیرواگیر، دخانیات مهم‌ترین عامل خطر بیماری‌های غیرواگیر شناخته شده است. براساس آخرین آمارها در ایران، ۹۵.۸۲درصد مردان و ۴.۲۴ درصد زنان مصرف‌کننده دخانیات بودند و به طور متوسط ۱۲ درصد گروه سنی بالای ۱۸ سال مصرف‌کننده انواع محصولات دخانی بودند. او به رشد ۵۰درصدی مصرف قلیان عام اشاره کرده است: «قلیان محصولی است که به دلیل افزودنی‌ها و مواد معطری که در آن به کار می‌رود، باعث می‌شود از بین محصولات دخانی، بیشتر مورد استفاده افراد قرار گیرد و جوانان و نوجوانان به دلیل وجود همین مواد معطر در تنباکوی معسل و میوه‌ای قلیان، فکر می‌کنند که ماده مفیدی را مصرف می‌کنند.

او گفته است که دود تنباکو و سیگار حاوی بیش از هفت هزار ماده شیمیایی است که سمی‌بودن بیش از ۴۰۰ نوع آن و سرطان‌زایی بیش از ۷۰ نوع این مواد شیمیایی به اثبات رسیده است. ترکیبات معطر علاوه‌بر تاثیری که بر جذابیت و افزایش گرایش افراد به مصرف دارد، با ایجاد ترکیبات حلقوی سرطان‌زا در فرایند سوختن، تاثیر بیماری‌زایی این محصولات را به مراتب افزایش می‌دهد. هر دعده قلیان معادل مصرف ۱۰۰ تا ۲۰۰ نخ سیگار است.

اردیبهشت امسال هم مخبرحدا مسجدی، دبیرکل جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات، در نشست خبری خود خبر داده بود که آمار مصرف دخانیات در ایران به زیر ۱۰سالگی رسیده و استعمال دخانیات در سنین دختران زیر ۱۵ سال ۱۳۵ درصد رشد داشته است. او گفته بود: «سالانه سه‌میلیارد دلار برابر با ۱۸۰ هزار میلیارد تومان خرج دخانیات در کشور می‌شود. این درحالی است که دو برابر این رقم ما صرف درمان بیماری‌های مرتبط با دخانیات می‌کنیم. باید ۲۰ درصد قیمت یک بسته سیگار مالیات پرداخت شود، اما متاسفانه در ایران این مالیات فقط ۳۰ درصد است».

شاید بتوان یکسی از علل افزایش بیشتر مصرف سیگار در زنان را نگاه جنسیتی در مقابله با آن دانست. موضوعی که در برخی مقالات و پژوهش‌های دانشگاهی نیز به آن اشاره شده است. درواقع رنگه غالب این است که مصرف دخانیات بیشتر یک بیماری مردانه است. این نگاه جنسیتی و ناآگاهی زنانه به اثرات مصرف سیگار می‌تواند یکی از علل افزایش شیوع بیشتر سیگار در زنان تلقی شود؛ البته تنها یکی از این علل.

به گفته سازمان جهانی بهداشت، ایمدمی دخانیات یکی از بزرگ‌ترین تهدیدات بهداشت عمومی است که جهان تاکنون با آن روبه‌رو بوده است و سالانه بیش از هشت میلیون نفر را در سراسر جهان می‌کشد.

بیش از هفت میلیون نفر از این مرگ‌ومیرها ناشی از مصرف مستقیم دخانیات است درحالی‌که حدود ۱.۳ میلیون نفر به دلیل قرارگرفتن افراد غیرسیگاری در معرض دود دست‌دوم از بین می‌روند.

کفته می‌شود حدود ۴۰ درصد از ۱.۳ میلیارد مصرف‌کننده دخانیات در سراسر جهان در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند که در آنها بار بیماری و مرگ ناشی از دخانیات سنگین‌ترین است.

افسردگی بیشتر در زنان

علاوه‌بر افزایش مصرف دخانیات در زنان، افسردگی نیز همپای آن در جامعه زنان ایرانی رشد کرده است. به‌طور کلی، متخصصان «افسردگی» را شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی میان ایرانیان می‌شناسند اما این وضعیت به مراتب میان زنان بدتر است. وحید شریعت، رئیس انجمن روان‌پزشکان ایران، معتقد است بس از افسردگی، اختلال اضطرابی در جایگاه دوم شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در میان ایرانیان قرار دارد.

او گفته است که به‌طور معمول، فراوانی اختلالات افسردگی و اضطرابی میان زنان نسبت مردان بیشتر و حدود دو برابر است: «اگرچه پاسخ به پرسش «چرا میزان ابتلا به افسردگی در میان زنان نسبت به مردان بیشتر است؟» بسیار مفصل است، اما دلایلی مانند «تغییرات هورمونی» که مربوط به مسائل بیولوژیک می‌شود و همچنین دلایلی مانند «تغییر نقش افراد»، «تفاوت در نقش‌ها»، «انتظارات از زنان»، «امکانات در دسترس زنان» و «شرایطی که جامعه به زنان تحمیل می‌کند» که جزء مسائل اجتماعی هستند، در بروز فراوانی بیشتر افسردگی در میان زنان نسبت به مردان نقش دارند».

الگوی جهانی نیز به بیشتربودن افسردگی در زنان اشاره دارد. گفته می‌شود که تقریبا ۲۸۰ میلیون نفر در جهان افسردگی دارند. افسردگی بین زنان حدود ۵۰ درصد بیشتر از مردان است. در سراسر جهان، بیش از ۱۰ درصد از زنان باردار و زنانی که به‌تازگی زایمان کرده‌اند، افسردگی را تجربه می‌کنند. همچنین سالانه بیش از ۷۰۰ هزار نفر بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند. خودکشی چهارمین عامل مرگ‌ومیر در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال است.

تاثیرعوامل غیرقابل کنترل

شیوع این چول دیگری است که مستقل زندگی می‌کند. حدود ۳۰ساله است و به گفته خودش جنساسالی است که دچار افسردگی شدید است: «اولین بار که دکتر تشخیص داد افسردگی دارم ۷سالم بود. در دوره‌هایی این افسردگی شدید شده و در زمان‌هایی هم کمتر بوده است. ولی بعد از اتفاقات ۱۴۰۱ همه‌چیز بیشتر شد».

شین تجربه بازداشت یک‌ماهه در دوران اعتراضات سال ۱۴۰۱ را دارد: «پس از این جریانات، دکتر دوز مصرف داروهایم را بیشترکرد. پس از بازداشت بینک‌ها و اضطراب‌هایم خیلی شدید شد. تا بیش از آن حملات پنیکم شاید ماهی یک بار و یا صرفا وقتی که اتفاق خیلی بدی برایم می‌افتاد بود. اما الان تبدیل به یک اتفاق مداوم شده است. برگشت به حوزه اضطراب‌ها و استرس‌هایم بیشتر شد. حمله‌ها هم شدیدتر شدند».

وان‌پزشک به شین گفته است که ریشه اضطراب‌های او بیرونی است و برای همین هم کاهی دوزه او به اندازه‌ای که باید پاسخ‌گو نیست: «یکی از داروهایی که مصرف می‌کنم لامازین است. دکتر دوز این دارو را برایم بیشتر کرده اما کفت علتی اضطراب‌هایی بیرونی است دارو هم نمی‌تواند کاری بکند. وقتی بینک‌ها شدید می‌شود داروی دیگری که برای حمله است هم مصرف می‌کنم. کاهی در طول روز چند مرتبه حملات پنیک شدیدی بینک می‌افتد و این موضوع خیلی اذیتم می‌کند».

شین شاغل است و این وضعیت در زن‌هایی که سر کار است مشکلاتش را بیشتر می‌کند: «دوست ندارم کسی متوجه شود. اما چه‌کار کنم؟ البته وان‌پزشکم تشکیلاتی را برای چنین موقعیت‌هایی گفته است. البته وقتی حمله شدید است نه این تکنیک‌ها کار می‌کند و نه دارو. میزان افسردگی‌ام در شش ماه گذشته خیلی‌خیلی شدیدتر شده است. در دوره‌هایی تراپیستم می‌کفت که وضعیتم خطرناک است و باید خیلی مراقب باشم. مثلا می‌کفت سعی کنم همیشه کسی کنارم باشم. می‌کفت درباره خودکشی صلاتی نخوانم. تویی خانه وسیله تیز کند نباشم. میزان داروهایی که در خانه دارم باید نزد مادرم مشخصی بیشتر باشد که مبادا به خودم آسیب برنم».

او می‌کوید در تابستان به کوشکت اجتماعی برفشارتر بود: اضطراب‌های او همه‌جیی بیشتر شده بود: «باید مراقب باشم و با استفاده از دارو، تکنیک‌های وان‌شانس و وان‌پزشک، بیادهروی و یا کار خیلی زیاد وضعیتم را کنترل کنم. اما وقتی وضعیت سیاسی، اجتماعی و اقتصادی ما به این شکل است، مخصوصا برای زنان، چطور می‌شود وضعیت را کنترل کرد؟»

متغیر مهم تحولات اجتماعی

امیرحسین جلالی نودشن، روان‌پزشک اجتماعی، معتقد است که اساسا منابع استرس در زنان بیشتر است. او به «شرق» می‌گوید: «در هر جمع‌بندی از چرایی افزایش و یا فراوانی کلی مشکلات رفتاری در زنان و دختران ایرانی، این موضوع را نباید نادیده گرفت که این گروه منبع جمعیتی، در چند دهه گذشته همواره تحت فشارهای مختلفی بوده‌اند. علاوه‌بر دلالت‌های میدانی، پژوهش‌های اجتماعی و روان‌شناختی نیز این موضوع را تأیید می‌کنند که منابع تولید استرس برای زنان متوع‌تر از مردان است. به عنوان مثال، در خانه و خانواده تکلیف‌های در نظر گرفته شده و انتظارات اجتماعی از این در نقش مادری و زن خانه می‌تواند به عنوان منابع مهم استرس عمل کند. این مسئله در مورد استرس‌های ناشی از نابرابری‌های حقوقی یا تبعیض‌های اجتماعی نیز باید مد نظر قرار گیرد. در حقیقت اثر تنش ناشی از نقش‌های دوگانه و چندگانه زن به عنوان مدیر خانه و کودکان به بیرون از خانه کار می‌کند و درعین‌حال همچون گذشته با این انتظار اجتماعی روبه‌روست که باید در خانواده و جامعه تمام و کمال عهده‌دار مسئولیت باشد. مولد استرس و تنش قابل توجه می‌تواند باشد».

او معتقد است که این وجه موضوع را باید در کنار این گزاره قرار دهیم که اساسا زندگی در ایران برتنش است: «براساس پژوهش‌های انجام‌شده، می‌دانیم که دامنه تنش‌هایی که افراد در زندگی روزمره تجربه می‌کنند، فارغ از جنسیت و گروه‌های مختلف زنان دارد است. درواقع نابابری‌های اقتصادی و وضعیت فرهنگی ویژه ایران از حیث گذار از جهان قدیم به تجدد، به عنوان عامل جدی تنش‌زا باید مد نظر باشد».

جلالی نودشن در مورد افزایش آمار استفاده از دخانیات در میان زنان معتقد است که موضوع تابوهای اجتماعی و تعاریفی که از نقش زن در جامعه وجود دارد را در میان همه عوامل تنش‌زایی که منجر به اختلالات روانی و رفتاری و افزایش گرایش به مواد مخدر و سیگار می‌شود باید در نظر گفت و می‌افزاید: «همچنان زن ایرانی با سنجه زن نجیب یا عفیف با تعریف بیش از پنج دهه پیش ارزیابی می‌شود. از آن جمله زن عفیف بلند حرف نمی‌زند و یا سیگارکشیدن یا نجابت ناسازگار است. با وجود این، دستکم در دو سه دهه اول پس از انقلاب که با چیرگی و تسلط نگاه‌های ایدئولوژیک روبه‌رو بودیم، با به عبارتی نهادهای سنتی مثل خانواده، مدرسه یا نهاد دین کارایی بیشتری داشتند و افراد از آنها تبعیت می‌کردند، کمتر شاهد روی آوردن دست‌کم آشکار به شیوه‌های کنترل سنتی که یکی از آنها استفاده از دخانیات و مواد مخدر است در میان زنان بودیم. اما به مرور زمان با کاهش قدرت سنت و به عبارتی شکل‌گیری چیزی که جامعه‌شناسان به آن «سلف زنانه» می‌گویند، وضعیت تغییر کرد».

این روان‌پزشک ادامه می‌دهد: «در دو سه دهه گذشته تصور بر این بود که آن ارزش‌ها و مطالبه‌هایی که در قالب جنبش زنان تعریف می‌شد، خصوصا اقلیت کمتری از زنان جامعه است. اما از سال ۱۳۹۰ به بعد مشخص شد که برخی نیازها و خواسته‌های گفته‌شده کمتر سازگار با آن تعریف قدیمی، در بین جمعیت بیشتر جامعه هم کم‌وبیش می‌تواند مقبولیت داشته باشد. یعنی دست‌کم این گروه از جامعه اگر خود از آن تبعیت نکند، اما آن را در گروه دیگری از جامعه برمی‌تابد و مدارای بیشتری روا می‌دارد. درواقع زنان صدایی بیدا کردند و آن تصورهای کلیشه‌ای از حدود زنادی کنار زده شد. در نتیجه بخشی از نمود افزایش مصرف دخانیات به طور مشخص یا عریان مصرف‌کردن آن در جامعه عموما نمایان شد».

به عقیده او قبلا هم برخی زنان از دخانیات استفاده می‌کردند، اما دور از چشم همکاران یا اعضای خانواده، اما نیویی که این نیازها را سرکوب می‌کرد، به واسطه تغییرات فضایی، اجتماعی و شرایط جدیدی که ایجاد شده دیگر کارایی ندارد. به عبارتی نوعی قدرت زنانه درراپر زنانه مسلط مردانه ایجاد شده که سرکوب را بی‌اثر یا دست‌کم کم‌اثر کرده است.

البته جلالی‌نودشن تاکید می‌کند که میزان کرایش به دخانیات، الکویی جهانی هم دارد: «ممکن است مثلا در جامعه‌های مصرف دخانیات در کروه‌های سنی مختلف به شکل معناداری کمتر از جامعه‌های دیگر باشد؛ چراکه پارامترهای فرهنگی یا موضوعات دیگری مثل تنظیمات اقتصادی یا نوع مالیاتی که بر دخانیات اعمال می‌شود، روی این مسئله تاثیرگذار است. اما به طور معمول یک برابری و نزدیکی نسبی را در سطح جهانی شاهد هستیم».

این متخصص ادامه می‌دهد: «اما وقتی فرد آکاه می‌شود یا تغییر در روندهای اجتماعی به او این آکاهی را می‌دهد که می‌تواند بیرون از خانه کار کند و به اندازه مردان حقوق داشته باشد، با حق دارد به اندازه آنها حق انتخاب داشته باشد، در این صورت، ویژگی‌های فیزیکی و فیزیولوژیک او باید به عنوان بخشی از زیست انسانی‌اش مد نظر قرار بکیرد و نباید منبع محرومیت او تلقی شود. بلکه جامعه و سیستم کاری باید خودشان را با زن هماهنگ کنند».

مصرف دخانیات؛ نوعی برون‌ریزی

به کفته جلالی نودشن، تا بیش از این زنان بیماری‌های مختلفی را تجربه می‌کردند که بخش زیادی از آن به دلیل تخلیه‌نشدن تنش بود و در بیماری‌های روان‌تنی مانند فشار خون، دردهای پراکنده بدنی و خستکی مزمن یا احساس تلخ‌کامی خودش را بروز می‌داد. اما الان بخش زیادی از این تنش‌ها برون‌ریزی می‌شود. مثلا ممکن است بخش زیادی از این تنش‌های متراکم به شکل مصرف دخانیات و حتی مخدر تخلیه شود. می‌گوید: «این به معنی بهتر یا بدتر شدن وضعیت نیست. چون مصرف دخانیات هم موجب ازبین‌رفتن بدن و شیوه‌های کنترل تنش که یکی از آنها استفاده از دخانیات و مواد مخدر است در میان زنان بودیم. اما به مرور زمان با کاهش قدرت سنت و به عبارتی شکل‌کیری خیابان باشد و نه خودخوری یا مصرف کسترده سیکار و مخدر».

نکته دیکر این است که در ایران نمی‌توان به طور مشخص کفت مصرف دخانیات در کدام قشر بیشتر است. این روان‌پزشک درباره‌اره توضیح می‌دهد: «در حد بررسی من پژوهشی به صورت دقیق این دو حوزه موضوع -قوانی طبقاتی مصرف دخانیات- را بررسی نکرده است. اما چیزی که می‌توان حدس زد این است که در ایران مصرف دخانیات موضوعی طبقاتی نیست. اما تبعیض جنسی وضعیتی هم مشهود باشد. احتمال فراوانی مصرف در طبقات پایین‌تر منطقی‌تر به نظر می‌رسد. طبیعتا پول، رفاه به همراه دارد. اگر بیماری ایجاد شود. قرد مرفه می‌تواند به بهترین پزشک مراجعه کند. اگر مثلا دستگاه یا ابزاری الکتروینکی در خانه فارندتان عیب کند، بلافاصله می‌توانند به صورت آنلایس بهترین جایکزین موجود در بازار را سفارش دهند. این وضعیت -البته بدن با ابزار- برای یک فرد فورومست. اگر باعث محرومیت از سلامت یا ابزار جایکزین نشود، دستکم یک راه پریچ‌وخم و پرتنش را برای رفع عیب، سر پزشکی یا مداوا و جایکزین به همراه دارد. بنابراین طبقات بیشتر پی‌ترین به دلیل صرفه‌جویی‌های موجود بیشتر در معرض آسیب‌های زیانی-رفتاری و از جمله استفاده دخانیات قرار دارند».

علل افزایش افسردگی

او به مصرف بیشتر داروهای ضداضطراب و افسردگی در زنان هم اشاره می‌کند. اما پیش از آن تاکید می‌کند که علاوه‌بر افزایش آگاهی در زمینه در سال‌های اخیر، اساسا زنان تمایل بیشتری به دریافت خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناسی دارند و این موضوع نیز الکوی جهانی دارد: «تحلیل جهانی این است که اساسا منابع تنش برای زنان بیشتر است و درعین‌حال زنان کشورهای بیشتری برای دریافت کمک و بهره‌کیری از خدمات درمانی دارند. نکته دیکر این است که در فرهنگ‌های سنت‌تر و مردسالار، مردان تنش‌هایی که تجربه می‌کنند را کمتر بروز می‌دهند. این موضوع حتی در پژوهش‌های ملی و نه صرفا پژوهش‌های بالینی هم مشهود است.

مردان به علت کلیشه‌های اجتماعی موجود، حرف‌زدن راجع‌به تنش یا افسردگی را برخلاف مردانکی می‌دانند».

موضوع دیگری که این روان‌پزشک به آن اشاره می‌کند، علل و زمینه‌های فیزیولوژیک در زنان است که می‌تواند بروز افسردگی و اضطراب را در این کروه بیشتر کند: «اصولا شیوع بالاتر افسردگی و اضطراب در زنان مسئله‌ای پیچیده است که تحت تاثیر ترکیبی از عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی قرار دارد. از حیث علمی در دهل درربابر آن زنان در دوران بلوغ، قاعدگی، بارداری، پس از زایمان و یائسگی تغییرات هورمونی و اجتماعی را تجربه می‌کنند که می‌تواند بر خلق‌وخو تاثیر بکذارد. به عنوان مثال، استروژن و پروژسترون می‌توانند شیمی مغز را تحت تاثیر قرار دهند و بر تنظیم خلق و پاسخ به استرس تاثیر بکذارند. از سویی، برخی از عوامل زنتیکی که بر افزایش احتمال بروز اختلالات خلقی اثر می‌کذارند، ممکن است در زنان شایع‌تر باشد یا به شکل متفاوتی بروز کند. در کنار این مسئله، چنان‌که پیش‌تر اشاره شد، انتظارات اجتماعی می‌تواند فشار بیشتری بر زنان وارد کند تا نقش‌های مختلفی مانند مراقبت‌کننده، همسر یا کارمند یا به حد کمال ایفا کند».

او در توضیحات بیشتری می‌کوید: «در سطح جهانی، زنان بیشتر از مردان احتمال دارد که تجربه‌های آزار جنسی، خشونت خانکی و آزار عاطفی را تجربه کنند. این تجربیات آسیب‌زا عوامل خطر قوی برای افسردگی و اضطراب محسوب می‌شوند. از سوی دیکر، با اینکه زنان معمولا به‌طورکلی شبکه‌های حمایت اجتماعی قوی‌تری دارند، اما ممکن است در مواجهه با چالش‌های عاطفی، احساس انزوای اجتماعی یا انک بیشتری را تجربه کنند. به‌ویژه در فرهنگ‌هایی که انتظارات جنسیتی سخت‌کیرانه‌ای دارند