

دریچه

نامه انجمن‌های علمی دانشگاه‌ها به

رئیس‌جمهور:

تدبیری برای حضوری شدن دانشگاه بیندیشید

● **شرق:** جمعی از انجمن‌های علمی دانشگاه‌های سراسری، در نامه‌ای به ابراهیم رئیسی، دلیل حضوری‌نشدن کلاس‌های دانشگاهی را جویا شدند. این انجمن‌ها با اشاره به اینکه هیچ اراده قاطع و نیروی عمل‌گرایی، در مدیریت دانشگاه‌ها تحت نظارت وزارت علوم برای بازگشایی حضوری دانشگاه‌ها وجود ندارد، به ضربات علمی ناشی از حضوری‌نشدن کلاس‌های دانشگاهی تاکید کردند. در این نامه که در اختیار روزنامه «شرق» قرار گرفته، آمده است:

جناب آقای سیدابراهیم رئیسی

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران

با سلام و احترام:

به استحضار می‌رساند نقش و جایگاه نهاد داشگاه در مسیر توسعه کشور و اهمیت کارکردی این نهاد برای تحول و ترقی جامعه بر هیچ‌کس پوشیده نیست. بعد از گذشت دو سال از تعطیلی دانشگاه‌ها به علت شیوع بیماری کرونا و انتقال ناگهانی امر آموزش به فضای سرد، محدود و اساسا غیرواقعی مجازی و اتلاف عمر، نیرو و هزینه‌های دانشجویان و اساتید در این وضعیت ناگزیر، امید بود که با بهبود شرایط و انجام واکنسیابسیون جمعی و کاشش تهدیدات ناشی از ویروس کرونا، بار دیگر شاهد حضور تمام دانشجویان در محیط دانشگاه باشیم. اما متأسفانه به رغم تأکیدات و دستورات جنابعالی و ابلاغ وزیر محترم کشور و مجوز ستاد ملی مقابله با کرونا و تلاش‌های وزیر محترم علوم، تحقیقات و فناوری، دانشگاه‌های کشور از پذیرش دانشجویان اعلام ناتوانی می‌کنند. ستاد ملی مقابله با کرونا به ریاست جنابعالی، به‌عنوان بالاترین رکن تصمیم‌گیری درباره محدودیت‌های کرونایی، مجوز برگزاری حضوری کلاس‌های درس را صادر کرده است، همچنین کلاس‌های درس و امتحانات دانشگاه‌های علوم پزشکی در عین آسیب‌پذیری بیشتر به صورت حضوری برگزار می‌شود. اما هیچ اراده قاطع و نیروی عمل‌گرایی، در مدیریت دانشگاه‌های تحت نظارت وزارت علوم برای بازگشایی حضوری دانشگاه‌ها وجود ندارد. مسلماً تداوم وضعیت فعلی علاوه بر اینکه صدمات جبران‌ناپذیری به نظام آموزش عالی و فرایند توسعه و شکوفایی کشور وارد خواهد کرد، برای دانشجویان هم از نظر آموزشی و هم از نظر روحی و روانی آسیب‌زا خواهد بود.

بنابراین با وجود فراهم‌بودن شرایط از‌سرگیری کلاس‌های حضوری دانشگاه‌ها و حضور تمام دانشجویان در محیط دانشگاه و همچنین خطر بافعل تداوم وضعیت فعلی برای دانشجویان، اساتید، داشگاه و آینده کشور، هیچ دلیلی برای تداوم وضعیت فعلی وجود ندارد و طبیعتاً عدم اراده قاطع و عدم‌عمل‌گرایی و حتی شاید عدم تمایل در سطح مدیریتی دانشگاه‌ها مانع اصلی بازگشت به شرایط عادی است. مسلماً واگذاری تصمیمات و اختیارات بازگشایی‌ها به سطح مدیریتی دانشگاه‌ها نتیجه‌ای جز انفعال و سرگردانی نخواهد داشت؛ مانند آنچه در بازگشایی مدارس شاهد هستیم.

بدین جهت از شما خواهشمندیم با التفات ویژه به امر بازگشایی دانشگاه‌ها و ازسرگیری مجدد فعالیت حضوری دانشجویان در محیط دانشگاه، ترتیبی اتخاذ فرمایید تا در ترم پیش‌رو (نیسمال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰) شاهد حضور تمام دانشجویان در محیط دانشگاه‌های کشور باشیم. امید است با حضور دانشجویان در دانشگاه‌های کشور، زیست دانشگاهی جان دوبارهای بگیرد - و عرصه تولید علم دوباره برنشاط و سرزنده گردد.

با تجدید احترام

انجمن علمی دانشجویی جامعه‌شناسی دانشگاه

شهید چمران اهواز، انجمن علمی جامعه‌شناسی

سیاسی ایران، اتحادیه انجمن‌های علمی دانشجویی

علوم اجتماعی، اتحادیه انجمن‌های علمی

دانشجویی علوم سیاسی، اتحادیه انجمن‌های

علمی دانشجویی تاریخ، اتحادیه انجمن‌های علمی

دانشجویی ریاضی، شورای هماهنگی کانون‌های

فرهنگی، هنری، دینی، اجتماعی دانشگاه شهید

چمران اهواز، شورای هماهنگی کانون‌های فرهنگی،

هنری، دینی، اجتماعی دانشگاه مازندران، انجمن

علمی دانشجویی علوم زیستی دانشگاه شهید چمران

اهواز، انجمن علمی دانشجویی ریاضی دانشگاه

شهید چمران اهواز، انجمن علمی دانشجویی فقه

و حقوق دانشگاه شهید چمران اهواز، انجمن علمی

دانشجویی مهندسی مواد دانشگاه شهید چمران

اهواز، انجمن علمی دانشجویی زراعت و اصلاح

نباتات دانشگاه شهید چمران اهواز، انجمن علمی

دانشجویی تاریخ دانشگاه شهید چمران اهواز، انجمن

علمی دانشجویی زمین‌شناسی دانشگاه شهید چمران

اهواز، انجمن علمی دانشجویی جامعه‌شناسی

دانشگاه اصفهان، انجمن علمی دانشجویی

بساتن‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی، انجمن علمی

دانشجویی جامعه‌شناسی دانشگاه مازندران، انجمن

علمی دانشجویی جامعه‌شناسی دانشگاه شهید

بهشتی، انجمن علمی دانشجویی علوم اجتماعی

پردیس حکیم فردوسی کرج، انجمن علمی

دانشجویی روابط بین‌الملل دانشگاه علامه طباطبایی،

انجمن علمی دانشجویی جامعه‌شناسی دانشگاه

فرهنگیان البرز، انجمن علمی دانشجویی تاریخ

دانشگاه فرهنگیان البرز، انجمن علمی دانشجویی

جغرافیا داشگاه فرهنگیان البرز.



بیش از دو دهه است که قوانین مختلف از جمله برنامه ششم توسعه، وزارت بهداشت را مکلف کرده است که نظام ارجاع در قالب برنامه پزشک خانواده در کشور اجرایی شود، برنامه‌ای که در روستاها در دولت هشتم آغاز و در خرداد ۱۳۹۱ پایلوت برنامه شهری آن معروف به نسخه ۰۲ در دو استان فارس و مازندران کلید خورد و هم‌زمان تلاش شد تا شیوه‌های دیگر استقرار برنامه در برخی از استان‌ها نیز مورد آزمون قرار گیرد، متأسفانه از همان ابتدا با وجود همدار کارشناسان نسبت به اشکالات ساختاری برنامه، مسئولان وقت وزارت بهداشت با شعار «این قطار باید حرکت کند و در حین حرکت ریل‌گذاری و اشکالات فنی آن برطرف شود» برنامه پزشک خانواده شهری با اشکالات فراوان کلید خورد و در همان ایستگاه فارس و مازندران متوقف شد، ساختار و چیدمان نیروی انسانی بر مبنای تعارض منافع و بدون پشتوانه علمی و راهبردی قطاری بر ریل نامناسب با موتور محرکه مونتاژشده از نظام‌های بهداشتی موفق جهان و ترکیب آن با دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی برای کشورهای توسعه‌نیافته، این برنامه به دور از واقعیت‌های اجتماعی و به‌خصوص حرکت جمعیتی کشور به‌اصطلاح بومی‌سازی شد که نتیجه آن بروز آشفتگی و نشانه‌های ازهم‌پاشیدگی شبکه بهداشتی مستحکم و پرافتخار کشور بود.

با آنکه فضاوت بر عملکرد پزشک خانواده و طرح تحول سلامت در شبکه بهداشتی کشور به‌دلیل عدم دسترسی پژوهشگران مراکز پژوهشی بی‌طرف به اطلاعات مورد نیاز میسر نیست و از طرفی در شیوه تولید و ثبت آمار و اطلاعات سامانه‌های ذی‌ربط نیز شک و شبهه زیادی وجود دارد اما تحلیل‌های میدانی از وضعیت شبکه بهداشتی کشور نشان می‌دهد که با وجود تلاش‌های بسیار در سطح صف و ستاد و هزینه اقتصادی چشمگیر که نظام سلامت برای استقرار برنامه تنها در دو استان فارس و مازندران متحمل شده است، اما مشکلات ساختاری در نحوه چیدمان نیروی انسانی، بی‌توجهی به نظارت کارشناسی خارج از تیم تدوین‌کننده و شیوه ارائه خدمات به جمعیت تحت پوشش موجب شده تا عملکرد شبکه نسبت به آنچه در دهه‌های ۶۰ تا ۸۰ انجام شد، دچار افت کیفی شده و چالش‌های مهمی را تجربه کند، به‌طوری که حتی در دو استانی که پزشک خانواده استقرار دارد، باوجود تحمیل هزینه‌های مضاعف ازسوی سازمان‌های بیمه‌گذار، نارضایتی‌ی در سطح ارائه‌دهندگان خدمت و گیرندگان خدمت بسیار مشهود است.

شوریه‌خنانه یا تغییر دولت‌ها بدون تحلیل صحیح اطلاعات و آسیب‌شناسی منطقی برنامه و کمترین توجه به

جامعه

پزشک خانواده در بن‌بست

تجارب جهانی و اولویت‌های جمعیتی کشور، با جابه‌جایی چند پاراکراف و تولید چند واژه سازمان جهانی بهداشت پسند، که اغلب مخرب هویت اعضای تیم به‌عنوان مهم‌ترین ابزار پیشبرد برنامه شده است و همچنین تولید سندهای متعدد، شاهد بهبود در عملکرد مبتنی بر شواهد در نسخه‌های مختلف برنامه نبودیم؛ چراکه همان رویکرد و شیوه راهبری که عامل زمین‌گیرشدن برنامه است، هربار با صفری دیگر، سدی جدید در مسیر دریافت خدمات با کیفیت قرار گرفته است، که علاوه بر نارضایتی خانواده‌ها سایر اعضای تیم (به‌جز پزشک تیم که مطالباتش منحترم شمرده می‌شود) هرروز بیشتر سرخورده و بی‌انگیزه می‌شوند و جمعیت تحت پوشش نیز هرروز بیشتر مشتاق دریافت خدمات سریایی تخصصی غیرضروری از بخش خصوصی است و منابع صندوق‌های بیمه به‌صورت مضاعف هزینه می‌شود.

به‌بارتزی قطاری که قرار بود در مسیر حرکت خود بر ریلی بی‌مقصد جلو ببرد و تعمیر و اصلاح شود، به پلي رسیده است که باوجود صرف هزینه بسیار از منابع اقتصاد سلامت، پایه‌های آن درحال فروریختن است و ادامه راه بر این ریل اثر تیرگی‌اش سقوط نباشد، توقف و ادامه بلعیدن منابع اقتصادی است. یکی از تشبیهات فاحش برنامه پزشک خانواده که با طرح تلاش سلامت در حوزه بهداشت از اوایل دهه ۹۰ سبب از هم پاشیده‌شدن شبکه بهداشت شد، ادغام خدمات سلامت باوروی، خدمات مربوط به زنان باردار و بهداشت مادر و کودک با خدمات عمومی بود که نه‌تنها هویت اعضای تیم را مخدوش کرده است، بلکه روند حرکت جمعیتی کشور را نیز کندتر کرده است.

در زمان اجرای برنامه بهداشت جمعیت تحت عنوان «تنظیم خانواده» در هر مرکز بهداشت، چهار واحد مستقل مشغول ارائه خدمات به خانواده‌ها بودند؛ واحد برح ناتال (مراقبت‌های دوران بارداری) که عملکرد آن در کاهش عوارض و مرگومیر مادران و نوزادان بسیار چشمگیر بود، واحد تنظیم خانواده که بر تشویق، ترغیب و گاه اجبار زوجین در استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و محقق‌شدن دو فرزند کافی است متمرکز بود، در این واحد علاوه بر جذب و استخدام فراوان نیروی انسانی مرتبط با در دسترس قرارگرفتن مجموعه کاملی از روش‌های پیشگیری از بارداری؛ ارائه کلاس‌های آموزشی ویژه چهره‌به‌چهره و حتی خانه‌به‌خانه اندر مزایای «فرزند کمتر، زندگی بهتر» فعال بود و البته محتوی بسیارش خودمراقبتی نیز در اختیار خانواده‌ها قرار می‌گرفت (پس از ابلاغ سیاست‌های جمعیتی نام واحد تنظیم خانواده به سلامت باوروی تغییر یافت)، واحد بهداشت مادر و کودک نیز عملکردی بسیار مؤثر در توانمندسازی زنان دارای کودک شیرخوار، تغذیه انحصاری با شیر مادر و پایش رشد و تکامل کودکان و در نتیجه کاهش مرگومیر کودکان زیر پنج سال و نوزادان داشت، واحد مامایی نیز رصد کلی سلامت زنان از بلوغ تا یائسگی، غربالگری سرطان سرویکس و پستان، پیشگیری

پرداخت‌ها به اعضای تیم پزشک خانواده و تعیین هزینه اثربخشی آن، در بازنگری مورد توجه قرار گیرد. با توجه به بحران کاهش نرخ باروری در کشور لازم است تا از ادامه ادغام خدمات سلامت باوروی، سلامت زنان، مراقبت‌های دوران بارداری و شیردهی، خدمات میانسالی و بلوغ، با خدمات عمومی اجتناب شود و این خدمات به‌صورت ویژه و اختصاصی از طریق خرید خدمت از بخش خصوصی یا احیای واحدهای تعطیل‌شده ذی‌ربط در شبکه بهداشت کشور در دسترس خانواده‌ها قرار گیرد. با عنایت ویژه به ماده ۴۶ و ۴۵ و بندهای الف، ب، ح و خ ماده ۵۰ و همچنین، بند پ ماده ۳۳، ماده ۳۵، ماده ۳۸، ماده ۴۱، ماده ۴۲، ماده ۴۸، ماده ۴۹، ماده ۵۵ و سایر بندهای «قانون جوانی جمعیت» و مأموریت وزارت بهداشت در این زمینه، لازم است تا از رویکرد انتزاعی در اجرای این قانون اجتناب شده و برای تسریع در اجرا، شرایط ارائه خدمات سلامت باوروی و مشاوره‌های قبل از ازدواج، مشاوره جنسی و زناشویی، حمایت از زوج نابارور، مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان در برنامه پزشک خانواده ارتقا یابد و با اجرای ماده ۴۵ از قانون جوانی جمعیت، شورای‌عالی بیمه شرایط بهره‌مندی هرچه سریع‌تر زنان کشور را از این ماده قانونی فراهم کند تا مأموریت‌های محوله این قانون به وزارت بهداشت در مسیر منطقی و جامع قرار گیرد. همچنین بخشی از بودجه پیش‌بینی‌شده برای اجرای قانون جوانی جمعیت در تبصره ۱۷ لایحه بودجه سال ۱۴۰۱ ذیل عنوان «رفاه و سلامت»، در اختیار اجرای ماده ۴۵ قانون فوق در اختیار سازمان‌های بیمه قرار گیرد.

با توجه به اهداف متعالی نظام سلامت در بهبود شاخص‌های بهداشتی مانند کاهش مرگومیر مادر و نوزاد، بهبود نرخ باروری و فرزندآوری، ترویج زایمان طبیعی، کاهش عوارض دوران بارداری و ارائه خدمات هزینه‌اثربخش در قالب UHC، لازم است تا ساختار نیروی انسانی و ارزش‌گذاری عادلانه و منطقی خدمات اعضای مختلف تیم پزشک خانواده اصلاح و برای اطمینان از ارائه خدمات باکیفیت در حوزه سلامت باوروی، فرزندآوری و به‌خصوص مراقبت‌های دوران بارداری، شیردهی، پس از زایمان، مشاوره زناشویی به زوج‌های جوان و همچنین خدمات مربوط به دوران بلوغ و میانسالی زنان (مانند غربالگری سرطان سرویکس و پستان و اختلال دوران قاعدگی و سلامت جنسی)، لازم است تا بند «د» ماده ۳۸ قانون سازمان نظام پزشکی و ماده ۳ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴/۲/۲۹ و اصلاحات و الحاقات بعدی آن در سال ۱۳۷۹ و ۱۳۸۳ ایمنی بر لزوم اخذ پروانه رسمی جهت اشتغال در امور پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی، آزمایشگاهی، فیزیوتراپی و مامایی، به‌طور شگخیزانه رعایت شود.

پ: کویا قرار است شد ارزش‌های شبکه بهداشتی کشور

که توسط فرهنگستان علوم پزشکی کشور تدوین شده

است، رونمایی شود، ان‌شالله که خیر است.

● **شرق:** جانشین معاون دفتر مشاوره و امور شناختی سازمان بهزیستی کشور با اشاره به برخی نتایج گزارش سامانه ارزیابی وضعیت روان‌شناختی بهزیستی: بر اساس سامانه خودارزیابی روان‌شناختی بهزیستی، ۶۸ درصد از مراجعه‌کنندگان دارای افسردگی خفیف، ۱۶ درصد دارای افسردگی متوسط و ۱۶ درصد دارای افسردگی شدید بوده‌اند. مه‌ری امیری گفت: بر اساس دقیق‌ترین مطالعه اپیدمیولوژیک جهانی، ناتوانی‌های ناشی از بیماری سلامت روان در برابر، نسبت به کل ناتوانی‌های ناشی از سایر بیماری‌ها، ۹٫۲۵ درصد است و این وضعیت در سطح جهانی ۴٫۸۲ درصد گزارش شده است. بر اساس آخرین پیمایشی که در کشور انجام گرفته، ۲۳٫۴ درصد از مردم از انواع اختلالات روانی رنج می‌برند.

● **شرق:** جانشین معاون دفتر مشاوره و امور شناختی سازمان بهزیستی کشور با اشاره به برخی نتایج گزارش سامانه ارزیابی وضعیت روان‌شناختی بهزیستی: بر اساس سامانه خودارزیابی روان‌شناختی بهزیستی، ۶۸ درصد از مراجعه‌کنندگان دارای افسردگی خفیف، ۱۶ درصد دارای افسردگی متوسط و ۱۶ درصد دارای افسردگی شدید بوده‌اند. مه‌ری امیری گفت: بر اساس دقیق‌ترین مطالعه اپیدمیولوژیک جهانی، ناتوانی‌های ناشی از بیماری سلامت روان در برابر، نسبت به کل ناتوانی‌های ناشی از سایر بیماری‌ها، ۹٫۲۵ درصد است و این وضعیت در سطح جهانی ۴٫۸۲ درصد گزارش شده است. بر اساس آخرین پیمایشی که در کشور انجام گرفته، ۲۳٫۴ درصد از مردم از انواع اختلالات روانی رنج می‌برند.

مراجع دینی در قم ارسال کرد تا مفاد آن در تضاد با شرع اسلام نباشد. این در حالی است که با وجود برخی تبعیض‌ها که نیازمند بررسی مجدد آن با توجه به مسائل امروز جامعه است، بانوان از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند و بسیاری از تعالیم و آموزه‌ها، احادیث و روایات بر حفظ کرامت و امنیت زنان و رعایت حقوق مادی آنها تأکید دارند. گذشته از این، آسیب‌پذیریودن زنان قربانی خشونت، شیوع اشکال مختلفی از آن در جامعه و به صدا در آمدن زنگ خطر در خصوص وضعیت بحرانی زنان تحت آزار به‌ویژه در مناطق محروم و حاشیه و خلأهای قانونی، لزوم تصویب فوری قوانین کارشناسی‌شده در حمایت از زنان قربانی خشونت بیش‌ازپیش از اهمیت برخوردار است. با این حال متأسفانه با وجود اعلام وصول این لایحه از سوی مجلس هنوز هیچ جلسه‌ای در فراکسیون زنان و کمیسیون اجتماعی مجلس برای بررسی مفاد و سازوکارهای اجرایی آن تشکیل نشده است؛ پس به نظر می‌رسد برای نمایندگان مجلس لزوم تصویب «قانون مقابله با نقض حقوق بشر و اقدامات ماحراجوانیه و تروریستی آمریکا در منطقه» آن هم در عرض ۷۲ ساعت پس از وصول از سوی هیئت‌رئیس مجلس از اهمیت بسیار بالاتری نسبت به تصویب قوانین حمایتی در مواجهه با زنان قربانی خشونت خانگی برخوردار است.

با وجود خلأهای قانونی درخصوص برخورد دستگاه قضائی با زنان تحت آسیب قوانین موجود گرچه کافی نیست؛ ولی پتانسیل مجازات اغلب اقدامات مجرمانه علیه زنان با توسل به این مواد قانونی وجود دارد که با طرح صحیح موضوع از سوی وکیل دادگستری، احتمالاً تحت‌عنوان یکی از اتهامات مندرج در قانون مجازات اسلامی قابل تعقیب و مجازات است؛ ازاین‌رو نقش وکیل دادگستری در پیگیری موارد خشونت خانگی از اهمیت خاصی برخوردار است. بسیاری از زنان قربانی خشونت به دلیل چهل نسبت به حقوق قانونی خود و بی‌اطلاعی درباره امکان پیگیری قضائی موضوع، نامنی در فضای خانه و عدم درآمد کافی برای پرداخت حق‌الوکاله گمان می‌کنند امکان دسترسی کند و وکیل دادگستری آن هم وکلایی که به صورت داوطلبانه وکالت آنها را قبول کنند و حق‌الوکاله‌ای نیز دریافت نکنند، وجود ندارد؛ بنابراین از طرح شکایت و تعقیب قضائی خشونت خانگی منصرف می‌شوند و همین امر موجب چرخه تکرار خشونت علیه آنان می‌شود. ازاین‌رو با توجه به تجربه فعالیت اجتماعی که در مناطق محروم و آسیب‌پذیر داشتیم، ایده تشکیل گروهی از وکلای دادگستری که به طور داوطلبانه حاضر به پذیرش پرونده شکایت بانوان تحت آزار و خشونت هستند، برایم شکل گرفت. خوشبختانه پس از تشکیل گروه و اعلام آن در تویتیر تعداد وکلای داوطلب بیشتری درخواست پذیرش این پرونده‌ها اعلام آمادگی کردند و درحال حاضر در برخی از شهرهای بزرگ همکاران وکیل داوطلب انجام امور وکالتی زنان قربانی خشونت و آزار هستند.

ازاین‌رو بانوانی که در وضعیت مخاطره‌آمیز و تحت ششونت و اذیت و آزار شدید هستند، می‌توانند از خدمات مشاوره‌ای رایگان گروه وکلای داوطلب بهره

برند و درصورتی‌که موضوع نیازمند تعیین وکیل باشد، یکی از همکاران به

طور رایگان و داوطلبانه وکالت ایشان را می‌پذیرد.

● **شرق:** جانشین معاون دفتر مشاوره و امور شناختی سازمان بهزیستی کشور با اشاره به برخی نتایج گزارش سامانه ارزیابی وضعیت روان‌شناختی بهزیستی: بر اساس سامانه خودارزیابی روان‌شناختی بهزیستی، ۶۸ درصد از مراجعه‌کنندگان دارای افسردگی خفیف، ۱۶ درصد دارای افسردگی متوسط و ۱۶ درصد دارای افسردگی شدید بوده‌اند. مه‌ری امیری گفت: بر اساس دقیق‌ترین مطالعه اپیدمیولوژیک جهانی، ناتوانی‌های ناشی از بیماری سلامت روان در برابر، نسبت به کل ناتوانی‌های ناشی از سایر بیماری‌ها، ۹٫۲۵ درصد است و این وضعیت در سطح جهانی ۴٫۸۲ درصد گزارش شده است. بر اساس آخرین پیمایشی که در کشور انجام گرفته، ۲۳٫۴ درصد از مردم از انواع اختلالات روانی رنج می‌برند.

خبر

۲۳٫۴ درصد ایرانیان از انواع اختلالات روانی رنج می‌برند

● **شرق:** جانشین معاون دفتر مشاوره و امور شناختی سازمان بهزیستی کشور با اشاره به برخی نتایج گزارش سامانه ارزیابی وضعیت روان‌شناختی بهزیستی: بر اساس سامانه خودارزیابی روان‌شناختی بهزیستی، ۶۸ درصد از مراجعه‌کنندگان دارای افسردگی خفیف، ۱۶ درصد دارای افسردگی متوسط و ۱۶ درصد دارای افسردگی شدید بوده‌اند. مه‌ری امیری گفت: بر اساس دقیق‌ترین مطالعه اپیدمیولوژیک جهانی، ناتوانی‌های ناشی از بیماری سلامت روان در برابر، نسبت به کل ناتوانی‌های ناشی از سایر بیماری‌ها، ۹٫۲۵ درصد است و این وضعیت در سطح جهانی ۴٫۸۲ درصد گزارش شده است. بر اساس آخرین پیمایشی که در کشور انجام گرفته، ۲۳٫۴ درصد از مردم از انواع اختلالات روانی رنج می‌برند.