یادداشت

## واگذاری ۳۷۳ فرزندخوانده از اول سال

**مهر:** کارشناس مسئول فرزندخواندگی بهزیستی استان تهران از واگذاری ۳۷۳ کودک بی‌سرپرست و بدسرپرست به خانواده‌ها از ابتدای سال جاری خبر داد و گفت: «پیش‌بینی می‌شود این عدد تا پایان سال به بیش از ۴۰۰ کودک برسد. همچنین حدود ۲۰۰ خانواده آماده تحویل فرزند در تهران در نوبت قرار دارند و نزدیک به دو هزار خانواده دیگر نیز در صف انتظار هستند». فاطمه محمدی‌سرشت با تشریح فرایند پذیرش و واگذاری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست گفت: «خانواده‌ها برای ورود به چرخه فرزندخواندگی، ابتدا در سامانه ملی فرزندخواندگی ثبت‌نام کرده و مدارکی شامل مدارک شناسایی، شغلی، تحصیلی، بیمه، ازدواج و مسکن را بارگذاری می‌کنند». او افزود: «پس از بررسی اولیه، کارشناسان شهرستان با متقاضیان تماس گرفته و زمان مصاحبه تعیین می‌کنند. در صورت احراز شرایط، خانواده‌ها موظف به طی‌کردن مراحل تکمیلی از جمله مشاوره تخصصی فرزندخواندگی، بازدید از منزل، معاینات پزشکی قانونی (سلامت جسمی، روانی و عدم اعتیاد) و استعلام‌های هویتی و سابقه‌ای هستند. در نهایت پرونده در کمیته فرزندخواندگی مطرح و درباره تأیید یا رد خانواده تصمیم‌گیری می‌شود». محمدی‌سرشت با اشاره به نحوه معرفی کودک به خانواده‌های تأییدشده گفت: «انتخاب کودک براساس شرایط خانواده انجام می‌شود و تلاش می‌کنیم از نظر ظاهری، بیشترین شباهت ممکن میان کودک و خانواده برقرار باشد». او با تأکید بر توسعه طرح «خانواده میزبان» افزود: «در این مدل، کودکان به صورت موقت در خانواده‌ها نگهداری می‌شوند تا فرایندهای قانونی تعیین تکلیف آنها طی شود. این رویکرد گامی مهم در مسیر حذف تدریجی مراکز نگهداری و جایگزینی آن با مراقبت خانوادگی است». کارشناس مسئول فرزندخواندگی بهزیستی استان تهران ادامه داد: «کودک پس از طی‌کردن مراحل قضائی و دریافت حکم، از خانواده میزبان تحویل خانواده متقاضی می‌شود. این فرایند معمولا بین دو تا سه هفته زمان می‌برد».

## بازنگری ارزشیابی کتاب‌های ابتدایی

دفتر برنامه‌ریزی و تألیف کتاب‌های درسی دوره ابتدایی و متوسطه سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی، «ارزشیابی دروس دوره ابتدایی»، «راهنمای عمل ارزشیابی دوره دوم متوسطه» و «بارم‌بندی دروس دوره اول متوسطه» را برای سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ بازنگری و منتشر کرد. این بازنگری با هدف تبیین استانداردها و شیوه‌های ارزشیابی، تسهیل برنامه‌ریزی درسی، پشتیبانی از طراحی آزمون‌های نهایی منطبق با اهداف آموزشی و یادگیری همچنین ایجاد وحدت رویه در فرایند سنجش انجام شده و برای بهره‌برداری دانش‌آموزان، دبیران، مدیران و طراحان آزمون‌های نهایی در سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ در دسترس قرار گرفته است. همچنین بارم‌بندی، کارنامه و جدول اهداف و نشانه‌های تحقق دروس پایه ششم ابتدایی و بارم‌بندی دروس دوره اول متوسطه برای آزمون‌های خرداد و شهریور ۱۴۰۵ به‌روزرسانی شده و به منظور استفاده دانش‌آموزان و همکاران آموزشی به صورت فایل پیوست قابل دسترسی است.

گزارش

## فرسایش امید در طبقه متوسط

ادامه از صفحه ۸

این وضعیت موجب می‌شود حتی نسبت به گذشته نیز شک و تردید داشته باشند. وقتی افق‌ها تیره و تار می‌شود، امکان هرگونه تصمیم‌گیری از دست می‌رود و افراد به تله فقر دچار می‌شوند. در شرایطی که افراد از نااطمینانی‌های اقتصادی رنج می‌برند، انتخاب‌های نادرست زیادی انجام می‌دهند. مثلا فرد ممکن است چیزی را که نیاز ندارد، به دلیل ترس از دست دادن آن در آینده نزدیک، بخرد. این نوع رفتارها در مواقع بحران اقتصادی، به‌ویژه در جوامع با درآمد پایین، بارها مشاهده شده است. مثلا در برخی کشورهای اروپای شرقی، مردم در بدترین زمان‌های اقتصادی، بیشترین میزان خرید لباس‌های مدرن را انجام داده‌اند؛ چراکه می‌دانستند پول‌شان برای خرید نیازهای ضروری زندگی کفایت نمی‌کند، بنابراین ترجیح می‌دادند آن را برای چیزهایی که به رضایت آنی آنها می‌انجامید، خرج کنند». این جامعه‌شناس همچنین به تأثیرات اجتماعی فقر و بحران اقتصادی بر رفتارهای عمومی اشاره می‌کند: «بی‌ثباتی اقتصادی به طور معمول به شورش‌های گرسنگان منتهی نمی‌شود. در شرایطی که فقر شدید در طبقات پایین جامعه وجود دارد، اعتراضات بیشتر از سوی طبقات متوسط یا کسانی که از نظر فرهنگی تغییراتی را تجربه کرده‌اند، بروز می‌کند. ایرانیان حتی در شرایط قحطی و فقر، بیشتر از آنکه در پی نان باشند، در جست‌وجوی کرامت انسانی خود هستند. طبقه متوسط به دلیل تغییرات اقتصادی و اجتماعی، بیشترین آسیب را دیده است. این طبقه که پیش‌تر از امکانات نسبی بیشتری برخوردار بود، اکنون مجبور است کیفیت سبک زندگی خود را کاهش دهد. به‌همین‌دلیل، اعتراضات عمدتا از سوی همین طبقه صورت می‌گیرد. این اعتراضات ریشه در احساس تحقیر و بی‌عدالتی دارند. مهاجرت تحصیل‌کرده‌ها و نخبگان که پیش از این در جامعه ایران مشاهده می‌شد، اکنون به نرخ بالایی رسیده است. علاوه بر این، شاهد افزایش افسردگی و خودکشی در بین گروه‌های مختلف، ازجمله پزشکان و پرستاران هستیم. این شرایط به نوعی به مهاجرت به درون منجر شده است. بسیاری از افراد، به دلیل فشارهای اقتصادی و اجتماعی، دیگر نمی‌توانند معنایی برای زندگی خود بیابند. از طرفی در شرایط بی‌ثباتی اقتصادی و اجتماعی، آستانه تحریک‌پذیری افراد بالا می‌رود. در کوتاه‌مدت، واکنش‌های غیرعقلانی افزایش می‌یابد؛ به‌ویژه در فضای مجازی، افراد به‌راحتی خشم خود را ابراز می‌کنند. این نوع خشم‌ها اغلب در واکنش به احساس تبعیض یا نابرابری‌های اجتماعی است. این وضعیت باعث افزایش خشونت و بروز رفتارهای منفی در فضای عمومی می‌شود». توحیدلو در نهایت بر لزوم تغییر نگاه به مشکلات جامعه تأکید می‌کند: «برای حل بحران‌های اقتصادی و اجتماعی، نیازمند بازنگری جدی در سیاست‌ها و شیوه‌های حکمرانی هستیم. نخستین گام برای برقراری ثبات اقتصادی، بازگرداندن اعتماد مردم است. در این شرایط، مردم باید احساس کنند صدای آنها شنیده می‌شود و تصمیم‌گیری‌ها با توجه به خواسته‌های آنها انجام می‌شود. حکمرانی خوب و شفافیت در امور اقتصادی می‌تواند به کاهش فساد و ارتقای اعتماد عمومی کمک کند».

### نیاز به یک اصلاح فوری

طبق گزارش‌های وزارت بهداشت، شیوع اختلالات روانی، به‌ویژه افسردگی و اضطراب، در سال‌های اخیر به طور چشمگیری افزایش یافته است. بررسی‌های متعدد نشان می‌دهد فشارهای اقتصادی، بی‌ثباتی شغلی، نارضایتی از شرایط شغلی و کاهش قدرت خرید، از عوامل اصلی این مشکلات هستند. بااین‌حال، جوانان از طبقه متوسط بیشترین آسیب را می‌بینند. این شرایط باعث افزایش حس نارضایتی، استرس، تنهایی و حتی فرسودگی روانی در میان آنان شده است. با توجه به این بحران‌ها، روان‌شناسان و جامعه‌شناسان معتقدند سرمایه روانی جامعه که شامل امید و احساس تأثیرگذاری فردی است، به طور جدی در حال کاهش است. این موضوع می‌تواند منجر به مشکلات اجتماعی مانند افزایش خشونت و رفتارهای منفی در جامعه شود. همچنین، بی‌ثباتی اقتصادی باعث کاهش توانایی مردم برای برنامه‌ریزی بلندمدت و تصمیم‌گیری صحیح شده و زمینه‌ساز رفتارهای غیرعقلانی و افزایش نارضایتی عمومی می‌شود. در نهایت، تحلیل‌های مختلف و اظهارات متخصص‌های این حوزه نشان می‌دهد که برای رفع این مشکلات و جلوگیری از گسترش آنها، نیاز به مداخلات ساختاری و اصلاح سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی وجود دارد.

### مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت در گفت‌وگو با «شرق» از اهمیت توجه به سلامت روان جامعه در شرایط فعلی می‌گوید

# شناسایی افراد در معرض خطر

### بررسی‌ها حکایت از افزایش استرس‌های روانی-اجتماعی دارد و به نظر می‌رسد شیوع آن در سال‌های اخیر افزایش محسوسی داشته است

**شرق:** فشارهای اقتصادی ناشی از سربالایی نرخ ارز از یک سو و تورم افسارگسیخته از سوی دیگر، زیست مردم ایران را دشوارتر از همیشه کرده است. سفره‌ها کوچک‌تر شده و حتی چند شیفت کارکردن و چندشغله بودن نیز پاسخ هزینه‌های زندگی و اجاره خانه‌ها را نمی‌دهد. بودجه دولت برای سال آینده هنوز میان زمین و آسمان باقی مانده و افزایش ۲۰درصدی حقوق‌ها هم آن‌قدر از تورم و شیب رو به بالای قیمت‌ها عقب‌تر است که از همین حالا نگرانی برای سال آینده آغاز شده است. در چنین شرایطی، ما شاهد آن هستیم که تنش‌های اجتماعی نیز هر چند وقت یک بار سر برمی‌آورند و زندگی مردم را بیش‌ازپیش دچار وقفه می‌کنند. در این شرایط، روان مردم ایران یکی از اصلی‌ترین میدان‌های جنگ محسوب می‌شود؛ میدانی که اگرچه در ظاهر تنها به حوزه بهداشت و درمان وابسته است، اما در بطن خود، وجوه دیگری از زیست ایرانیان در شرایط فعلی را ترسیم می‌کند. نتایج آخرین پیمایش سلامت روان در کشور مربوط به سال ۱۴۰۱ است. این پیمایش نشان داد حدود یک‌چهارم جمعیت کشور با حداقل یک اختلال روان‌پزشکی دست‌وپنجه نرم می‌کنند؛ آماری که نسبت به ۱۱ سال پیش افزایش ۱.۵درصدی را نشان می‌دهد و افسردگی نیز با شیوع ۱۳.۷درصدی همچنان شایع‌ترین اختلال روان در ایران است. از سوی دیگر، متخصصان بارها تأکید کرده‌اند که آمار خودکشی در ایران در سال‌های اخیر با شیب افزایشی مواجه بوده است که همین هم، این موضوع را به بحرانی مهم و نیازمند تأمل و بررسی و برنامه‌ریزی تبدیل می‌کند. باوجوداین، «محمدرضا شالبافان»، مدیرکل دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، در گفت‌وگو با «شرق» توضیح می‌دهد که حدود ۸۰ درصد از مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت روان مردم، اساسا از ساختار وزارت بهداشت بیرون است و همین هم، نشان‌دهنده اهمیت نگاه کلان حاکمیتی به مسئله سلامت روان و ضرورت همکاری‌های بین‌بخشی و بین‌وزارتی در این حوزه است.

**شاخص‌ترین فاکتورهای تغییرات سلامت روانی در ایران، طی سال‌های اخیر از نگاه شما چه مواردی است؟**

براساس مطالعه اخیر، ۲۵.۱ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۰ساله ایرانی دچار حداقل یک اختلال روان‌پزشکی در زمان انجام مطالعه برآورد شده‌اند. این آمار در مقایسه با سال ۱۳۹۰، که تقریبا همین مطالعه با ابزار و روش مشابه انجام شده بود، افزایش چنددرصدی را نشان می‌دهد؛ به‌طوری‌که در آن زمان میزان شیوع ۲۳.۶ درصد گزارش شده بود و اکنون افزایش یافته است. البته دلایل مختلفی برای توجیه این افزایش وجود دارد که یکی از مهم‌ترین آنها این است که این مطالعه در دوران همه‌گیری کرونا انجام شده و احتمالا نتایج آن تا حدی با شرایط پیش و پس از کرونا متفاوت خواهد بود. با این حال، تا زمانی که مطالعه جدیدی انجام نشود، نزدیک‌ترین و معتبرترین نتیجه‌ای که در اختیار داریم همین داده‌ها هستند. علاوه بر این، افزایش‌های دیگری نیز در مطالعات کشوری مشاهده شده است؛ ازجمله افزایش استرس‌های روانی-اجتماعی در سطح جامعه که در مطالعات مختلف، به نظر می‌رسد شیوع آن در سال‌های اخیر افزایش محسوسی داشته است. این استرس‌ها شامل مسائل اقتصادی، اجتماعی، بین‌فردی و سایر عوامل متعددی هستند که می‌توانند بر سلامت روان افراد تأثیرگذار باشند.

**با توجه به شرایط حاکم بر جامعه، نهادهای ناظر بر سلامت روان مردم، چگونه سیاست‌های خود را با افزایش فشارهای اقتصادی و اجتماعی همگن می‌کنند؟**

تنها بخش محدودی از مداخلات و عواملی که منجر به چنین آسیب‌هایی می‌شوند، قابلیت مدیریت صرف توسط وزارت بهداشت را دارند. عموما مطرح می‌شود که حدود ۷۵ تا ۸۰ درصد از مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت و به طور ویژه سلامت روان، توسط نهادها و فرایندهایی ایجاد یا مدیریت می‌شوند که خارج از ساختار وزارت بهداشت قرار دارند. این موضوع نشان‌دهنده اهمیت نگاه کلان حاکمیتی به مسئله سلامت روان و ضرورت همکاری‌های بین‌بخشی و بین‌وزارتی در این حوزه است. در زمینه مشکلات سلامت روان، وزارت بهداشت و نهادهایی که با موضوع سلامت روان مرتبط هستند -که البته این رویکرد عموما در سراسر جهان نیز مشاهده می‌شود- وظیفه مدیریت شرایط ایجادشده برای افرادی را برعهده دارند که به دلایل مختلف دچار مشکلات سلامت روانی-اجتماعی شده‌اند.

**در این مسیر اصلی‌ترین وظیفه نهادهای درمانی و بهداشتی مانند خود وزارتخانه چیست؟**

شامل مواردی ازجمله افزایش آگاه‌سازی عمومی، ارتقای سواد سلامت روان و همچنین نظارت بر رویدادها و آیتم‌هایی است که می‌توانند منجر به آسیب به سلامت روان شوند؛ مانند نحوه نمایش وقایع در رسانه‌ها و بازخورد به موضوعاتی نظیر خودکشی، خشونت، یا مصرف مواد و دخانیات در رسانه‌ها. نهادهایی مانند وزارت بهداشت و سایر سازمان‌هایی که خود را متولی موضوع سلامت روان می‌دانند، در کنار پیشگیری که بخش اصلی مأموریت آنها محسوب می‌شود، وظیفه اصلی‌شان افزایش دسترسی به خدمات و تسهیل فرایند دریافت خدمات است. به این معنا که عملا بخش مهمی از منابع و ظرفیت کاری ما صرف مداخلات پیشگیری ثانویه و ثالثیه می‌شود؛ یعنی افرادی که دچار مشکل شده‌اند، در مراحل اولیه‌تر شناسایی شوند، از تشدید مشکل آنها پیشگیری به عمل آید و از طریق درمان زودهنگام یا مداخلات انتخابی تلاش شود این افراد به سمت زندگی عادی‌تر حرکت کرده و از افزایش شیوع یا شدت اختلال آنها جلوگیری شود.

**آیا انجام اقداماتی که به آن اشاره کردید، منطبق با وضعیت محیطی جامعه تغییر نمی‌کند؟ مشخصا تحت تأثیر بی‌ثباتی‌های اقتصادی.**

بدیهی است که در برخی شرایط خاص اقتصادی و اجتماعی، لازم است این اقدامات با تمرکز بیشتری بر جمعیت‌های آسیب‌دیده انجام شود. به طور مثال، در موضوعاتی مانند جنگ و آسیب‌های ناشی از آن، اگرچه کل جمعیت تحت تأثیر قرار می‌گیرند، اما به طور طبیعی در برخی گروه‌ها میزان آسیب بیشتر است. در چنین شرایطی، نهادهایی که متولی موضوع سلامت هستند، ازجمله وزارت بهداشت، با همکاری سایر سازمان‌هایی که در این حوزه تکالیف و مسئولیت‌هایی برعهده دارند، تمرکز خود را بر گروه‌های آسیب‌دیده به‌عنوان جمعیت هدف اصلی معطوف می‌کنند. البته در این فرایند، جمعیت عمومی هرگز نباید نادیده گرفته شود و هم‌زمان باید اقدامات پیشگیرانه و برنامه‌های غربالگری برای عموم مردم نیز اجرا شود. کمااینکه درحال‌حاضر و طی چند دهه گذشته، در مراکز جامع سلامت، تمام افرادی که برای هر نوع دریافت خدمتی مراجعه می‌کنند، از نظر اختلالات سلامت روانی-اجتماعی غربالگری می‌شوند. درصورتی‌که مشکل شناسایی شود، اقدامات اولیه انجام می‌شود و در صورت نیاز، افراد به خدمات تخصصی‌تر، ازجمله مراکز سراج ارجاع داده می‌شوند. به طور مثال، مراکز سراج که مخفف «سلامت روانی-اجتماعی جامعه‌نگر» هستند، درحال‌حاضر در ۱۰۳ منطقه کشور مشغول ارائه خدمات‌اند و برنامه ما توسعه این خدمات است تا این خدمات به صورت رایگان در اختیار مردم قرار گیرد.

**از آنجایی که خودکشی حالا به یکی از تیترهای پرتکرار رسانه‌های رسمی و شبکه‌های اجتماعی در سال‌های اخیر بدل شده است و بی‌تردید وزارت بهداشت یکی از اصلی‌ترین متولیان مقابله با این بحران انسانی در کشور محسوب می‌شود، حلقه مفقوده در این مبارزه دشوار چیست؟**

در هیچ جامعه‌ای وضعیتی وجود ندارد که خودکشی به طور کامل وجود نداشته باشد. خودکشی یکی از مشکلات روانی-اجتماعی بشر است که از دیرباز وجود داشته و درحال‌حاضر نیز همه جوامع، متأسفانه، به درجات مختلف با آن درگیر هستند. برخی جوامع میزان کمتری از این پدیده را تجربه می‌کنند و برخی دیگر ممکن است در بازه‌هایی از زمان شاهد افزایش آن باشند. در کشور ما نیز به نظر می‌رسد به دلایل متعددی، ازجمله افزایش مشکلات اجتماعی، اقتصادی، فردی و بین‌فردی و عوامل مشابه، لازم است در سال‌های اخیر با نگاه جدی‌تر و عمیق‌تری به مقوله خودکشی پرداخته شود و برای آن راهکارهای مؤثر در نظر گرفته شود. بسیاری از این عوامل، همان‌طور که پیش‌تر نیز عرض شد، در اختیار وزارت بهداشت یا حتی نهادهایی که به طور مستقیم بر موضوع سلامت و سلامت روانی-اجتماعی اثرگذار هستند، قرار ندارد. وزارت بهداشت، به‌عنوان متولی اصلی حوزه سلامت، درمورد بخش قابل‌توجهی از این عوامل، عملا ابزارهای لازم برای مداخله مؤثر مستقیم را در اختیار ندارد.

**در این مسیر، اصلی‌ترین برنامه وزارت بهداشت چیست؟**

شناسایی افراد در معرض خطر یکی از اصلی‌ترین برنامه‌های وزارت بهداشت است. یکی از روش‌هایی که حداقل در میان‌مدت می‌تواند به کاهش آمار خودکشی، به‌ویژه خودکشی منجر به مرگ، در کشور کمک کند، شناسایی افراد در معرض خطر است. شناسایی افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، اهمیت ویژه‌ای دارد. لازم است این افراد به صورت مؤثر و بسیار سریع به خدمات در دسترس متصل شوند و پس از آن نیز به طور مستمر مورد پیگیری قرار گیرند تا اطمینان حاصل شود وضعیت آنها بهبود یافته و احتمال اقدام مجدد در آنها کاهش پیدا کرده است. در این راستا، در وزارت بهداشت اقدامات گسترده‌ای انجام شده است، به گونه‌ای که تقریبا تمام افرادی که با تشخیص اقدام به خودکشی به یکی از مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، توسط همکاران ما در شبکه‌های بهداشتی-درمانی، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و روان‌پزشکان مورد پیگیری قرار می‌گیرند. برای این افراد مشاوره انجام می‌شود، اقدامات درمانی لازم صورت می‌گیرد و همچنین پس از آن نیز به صورت مکرر پیگیری می‌شوند.

**آیا امکانی برای افزایش ظرفیت این شبکه‌ها وجود دارد؟**

البته. بدیهی است که در صورت افزایش امکانات وزارت بهداشت و تقویت ظرفیت‌های شبکه‌های بهداشتی-درمانی، امکان گسترش و تقویت این اقدامات بیش‌ازپیش فراهم خواهد شد. در همین راستا، توسعه مراکز سراج، یکی از اهداف مهمش کاهش موارد خودکشی در سطح کشور و پیگیری موارد اقدام به خودکشی است. این پیگیری نه‌تنها شامل خود افرادی می‌شود که اقدام به خودکشی کرده‌اند، بلکه بستگان افرادی را که به‌تازگی در اثر اقدام به خودکشی فوت کرده‌اند نیز در بر می‌گیرد؛ چراکه این افراد در معرض خطر بالاتری برای اقدام به خودکشی قرار دارند و لازم است به صورت مستمر مورد پیگیری و درمان قرار بگیرند.

**در این مسیر نهاد دیگری نیز می‌تواند کمک‌کننده باشد؟**

از دیگر راهکارهای مهم در این زمینه، کاهش دسترسی به روش‌های اقدام به خودکشی است. به‌عنوان مثال، در کشور ما دسترسی به برخی داروهای خاص یا برخی روش‌های مهلک، خوشبختانه در سال‌های گذشته بسیار محدود شده است، اما همچنان نیازمند کاهش بیشتر این دسترسی‌ها هستیم. نکته بسیار مهم دیگر، نگرش و عملکرد رسانه‌هاست. رسانه‌ها، ازجمله رسانه‌های تصویری و خبری، درصورتی‌که به صورت غیرمسئولانه به موضوع خودکشی بپردازند، به‌ویژه در موارد مربوط به خودکشی افراد مشهور، شخصیت‌های هنری، سیاسی، اجتماعی یا فرهنگی -که وقوع آن در همه جوامع ممکن است- می‌توانند موجب افزایش سطح و تعداد خودکشی در جامعه شوند. به طور خاص، اگر اخبار خودکشی به صورت غیرمسئولانه، در قالب نمادی از اعتراض یا نوعی رفتار اجتماعی و بدون درنظرگرفتن عوارض جدی روانی-اجتماعی آن بر فرد، خانواده و جامعه بازنمایی شود، یا اگر این اخبار دراماتیزه شوند و به یک عامل مشخص مانند مشکلات اقتصادی، محدود شوند، این رویکرد می‌تواند برای جامعه و مخاطبان خبر بسیار خطرناک باشد، چراکه ممکن است افراد زیادی در معرض این آسیب‌ها قرار داشته باشند اما تاکنون به دلایل مختلف اقدام نکرده باشند و انتشار چنین اخباری، متأسفانه، آنها را به سمت اقدام سوق دهد. در این زمینه، موارد و ملاحظات متعدد دیگری نیز وجود دارد و به‌همین‌دلیل انتظار می‌رود رسانه‌ها، به‌ویژه خبرنگاران، از دستورالعمل انتشار مسئولانه اخبار خودکشی که در پاییز سال گذشته توسط دفتر سلامت روانی-اجتماعی و اعتیاد منتشر شده است، تبعیت کنند و همگی در کنار هم، یاریگر یکدیگر در مسیر ترویج امید به ادامه زندگی و پیشگیری از خودکشی باشیم.

**گروه‌های دیگری که در این زمینه باید همراه وزارتخانه باشند، کدام فرد یا افراد هستند؟**

برخی گروه‌های خاص و جمعیت‌هایی که یا در معرض خطر بیشتری قرار دارند یا دسترسی به آنها از طریق نهادهای دیگر به صورت آسان‌تری فراهم می‌شود، براساس قوانین، مسئولیت بررسی، پایش و مراقبت از وضعیت سلامت آنها برعهده سایر نهادها نیز گذاشته شده است. این موضوع به‌هیچ‌وجه به معنای سلب مسئولیت از وزارت بهداشت نیست، بلکه وزارت بهداشت در تعامل، همکاری و همراهی با این نهادها، درخصوص این جمعیت‌ها اقدام می‌کند. ازجمله مثال‌های بارز در این زمینه، جمعیت‌های دانش‌آموزی هستند که تحت «نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان (نماد)» قرار دارند. این نظام که مصوب شورای اجتماعی کشور است، بیش از ۱۰ سال از تصویب آیین‌نامه آن می‌گذرد و به صورت مستمر در حال توسعه و گسترش است. در این چارچوب، مسئولیت سلامت روانی-اجتماعی دانش‌آموزان، اعم از غربالگری، مراقبت، اقدامات اولیه و همچنین ارجاع در موارد تخصصی، برعهده وزارت آموزش و پرورش گذاشته شده است؛ البته در قالب ائتلاف و همکاری با سایر وزارتخانه‌ها، ازجمله وزارت بهداشت. در عمل، وزارت بهداشت در زمان‌هایی که قرار است در مدارس اقدامی انجام دهد، باید در همراهی نزدیک و در اکثر موارد با درخواست وزارت آموزش و پرورش این اقدامات را انجام دهد. عملا دانش‌آموزان، به‌ویژه در اغلب زمان‌هایی که در دسترس هستند، یعنی زمانی که در مدارس حضور دارند، تحت برنامه‌ریزی و مدیریت وزارت آموزش و پرورش قرار دارند و وزارت بهداشت به صورت مستقل و بدون هماهنگی، امکان اقدام در این فضاها را ندارد.

**گروه‌های خاصی از جامعه هستند که بیش از سایرین در معرض خطرات پیرامونی سلامت روان باشند؟**

برای نوجوانان و دانشجویان، در هر دو وزارتخانه بهداشت و علوم، برنامه‌های ویژه‌ای ذیل معاونت‌های دانشجویی و سازمان امور دانشجویان این دو وزارتخانه برای ارتقای وضعیت سلامت روان دانشجویان طراحی شده و در حال اجراست. در این زمینه، دفتر سلامت روانی-اجتماعی و اعتیاد نیز همکاری تنگاتنگ و نزدیکی با این بخش‌ها دارد. با این حال، همان‌طور که عرض کردم، درخصوص این جمعیت‌ها، ازجمله دانش‌آموزان و دانشجویان، محیط‌های آموزشی، محیط‌های زندگی آنها مانند خوابگاه‌ها و حتی در برخی موارد محیط‌های تفریحی و رفاهی، در اختیار و تحت مدیریت سازمان‌هایی است که این افراد در آنها تحصیل می‌کنند، مانند وزارت علوم یا وزارت بهداشت. در وزارت بهداشت نیز به‌ویژه در بخش‌های غیرآموزشی، معاونت بهداشتی و دفتر سلامت روانی-اجتماعی و اعتیاد، که بنده در آن مجموعه مشغول خدمت‌رسانی هستم، به صورت فعال در حال همکاری بین‌بخشی، حمایت از این حوزه‌ها در صورت نیاز و ارائه راهکارهای تخصصی به صورت منظم هستند. در تمام این برنامه‌ها، ما در کنار سایر نهادها به طور فعال و همراه حضور داریم؛ چراکه بر این باوریم که نه موضوع سلامت دانش‌آموزان و نه موضوع سلامت دانشجویان، جدا از سلامت عمومی جامعه نیست. اتفاقا این حوزه‌ها می‌توانند تأثیر بسیار جدی بر سلامت عمومی داشته باشند؛ چراکه هرگونه مشکل در این گروه‌ها می‌تواند بر سلامت خانواده‌ها اثرگذار باشد، این افراد در آینده وارد بازار کار می‌شوند، محل زندگی و محل تحصیل آنها تغییر می‌کند، دوره تحصیل آنها به پایان می‌رسد و در نهایت، تمامی این موضوعات ذیل مفهوم سلامت عمومی قرار می‌گیرد که نیازمند برنامه‌ریزی و مدیریت از سوی وزارت بهداشت است.

**در برخی شرایط خاص اقتصادی و اجتماعی، لازم است اقدامات مرتبط با سلامت روان با تمرکز بیشتری بر جمعیت‌های آسیب‌دیده انجام شود. مثلا در موضوعاتی مانند جنگ و آسیب‌های ناشی از آن، اگرچه کل جمعیت تحت تأثیر قرار می‌گیرند، اما به طور طبیعی در برخی گروه‌ها میزان آسیب بیشتر است**

سلامت

## خطر تشدید کوتاه‌قدی در کودکان

**ایسنا:** مدیرکل دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت در واکنش به اظهاراتی از مرکز پژوهش‌های مجلس درباره «هدررفت بودجه شیر مدارس»، با تأکید بر اثربخشی این برنامه در بهبود وضعیت تغذیه کودکان اعلام کرد: «ارزیابی اجرای شیر مدارس در سال ۱۴۰۲ نشان می‌دهد کوتاه‌قدی دانش‌آموزان تا ۱.۵ درصد کاهش یافته و حذف بودجه این برنامه، تهدیدی مستقیم برای سلامت نسل آینده است». احمد اسماعیل‌زاده با بیان اینکه برنامه شیر مدارس از برنامه‌های مهم کشور است، گفت: «این برنامه با حمایت رئیس‌جمهور در تمام کشور در حال اجراست و خوشبختانه بودجه خوبی به منظور اجرای آن تخصیص داده‌اند. البته چالش‌های موجود بر مسیر اجرای برنامه شیر مدارس سبب شد این برنامه با تأخیر اجرا شود. در مجموع وزارت بهداشت نه‌تنها انتظار دارد که برنامه شیر مدرسه برای سال‌های آینده ادامه داشته باشد، بلکه چالش‌های آن از میان برداشته و تقویت شود». او درباره برخی مخالفت‌ها برای اجرای برنامه شیر مدارس توضیح داد: «به‌تازگی، یکی از اعضای مرکز پژوهش‌های مجلس در مصاحبه‌ای اعلام کرده است که نیاز نیست دولت برای اجرای برنامه شیر مدارس بودجه تخصیص دهد و اجرای این برنامه را به معنای هدررفت بودجه دانسته است. اگرچه چنین موضوعی مطرح شده اما اعضای مرکز پژوهش‌های مجلس باید بدانند که هدف اصلی برنامه شیر مدارس، فرهنگ‌سازی برای مصرف شیر و لبنیات در میان کودکان و دانش‌آموزان است؛ آن‌هم در زمانی که بسیاری از مردم حتی دهک‌های بالا نمی‌توانند محصولات لبنی را به دلیل قیمت بالای لبنیات تهیه کنند». اسماعیل‌زاده با بیان اینکه ۶۰ هزار کودک مدرسه‌ای را برای بررسی اثربخشی اجرای شیر مدرسه ارزشیابی کرده‌ایم، ادامه داد: «بیش از ۹۰ درصد کودکانی که شیر دریافت کرده بودند، از زمان دریافت و طعم شیر بسیار راضی بودند. ۱۰ درصد کودکانی که ارزشیابی شده‌اند، متأسفانه پس از اجرای برنامه شیر مدارس، شیر مصرف نمی‌کردند. اجرای برنامه شیر مدارس سبب افزایش مصرف شیر در میان کودکان شد». او درباره تأثیر مصرف شیر بر کودکان افزود: «شیر، منبع اصلی پروتئین و کلسیم برای کودکانی که در سنین رشد قدی قرار دارند، به حساب می‌آید. کوتاه‌قدی از مشکلات تغذیه‌ای در استان‌های کم‌برخوردار است؛ به‌همین‌دلیل، برنامه شیر مدارس می‌تواند در تأمین کلسیم و پروتئین کودکان مدارس ابتدایی مناطق محروم نقش داشته باشد. براساس نتایج ارزشیابی اجرای شیر مدارس در سال ۱۴۰۲، میزان کوتاه‌قدی حدود یک تا ۱.۵ درصد کاهش یافت و این در حالی است که برنامه شیر مدارس طی یک بازه زمانی کوتاه یعنی شش تا هفت ماه اجرا شد. مداخله تغذیه‌ای با منابع لبنی دو تا سه بار در هفته می‌تواند مشکلات تغذیه‌ای را تا حدودی مرتفع کند». او با بیان اینکه اجرای شیر مدارس با چالش‌هایی همراه است، ادامه داد: «توزیع شیر در مناطق صعب‌العبور و همچنین قیمت تمام‌شده آن، از چالش‌های اجرای این برنامه است. دفتر بهبود تغذیه با مسئولان وزارت آموزش و پرورش درباره چالش‌های برنامه شیر مدارس جلسات مداوم برگزار می‌کند. چالش‌های برنامه شیر مدارس در سال جاری نسبت به سال ۱۴۰۲ کاهش یافته اما باز هم چالش‌هایی برای اجرا وجود دارد. باز هم از نمایندگان مجلس درخواست می‌کنم که به بهبود وضعیت این برنامه کمک کنند تا نه‌تنها برای مصرف لبنیات فرهنگ‌سازی شود، بلکه مشکلات مربوط به سوءتغذیه نیز برطرف شود». اسماعیل‌زاده با انتقاد از تصمیم‌ها برای حذف بودجه شیر مدارس گفت: «حذف منابع متعلق به شیر مدرسه و تخصیص آن به تجهیز مدارس، کمکی به کشور نمی‌کند. هنگامی که یک جامعه سالم نباشد و با مشکلاتی مانند سوءتغذیه و کوتاه‌قدی دست‌وپنجه نرم کند، استفاده از تجهیزات نوین در مدارس هیچ ثمری ندارد. هنگامی که یک کودک به دلیل ضعف تغذیه‌ای از تمرکز کافی برخوردار نباشد، به‌کارگیری مدرن‌ترین تجهیزات آموزشی بی‌فایده است. سلامت، پایه اول کشور به‌ویژه برای نسل در حال رشد به حساب می‌آید. ما باید دست در دست یکدیگر دهیم و برای ارتقای برنامه شیر مدارس گام برداریم».