



بیش از ۴۱ هزار مبتلا به HIV در ایران

رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت درباره آخرین وضعیت HIVایدز در دنیا و ایران توضیح داد. به گزارش ایسنا، قباد مرادی دراین باره گفت: «حدود ۴۰ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر تا پایان سال ۲۰۲۴ با HIV زندگی کرده‌اند. همچنین آمار و ارقام بیانگر این است که یک‌میلیون و ۳۰۰ هزار نفر، ابتلای جدید در سال ۲۰۲۴ رخ داده که ۱۳۰ هزار نفر از تعداد ابتلای جدید برای کودکان کمتر از ۱۵ سال است.» رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت درباره وضعیت ابتلا به HIV در ایران و ۵۰۹ نفر تا پایان شش‌ماه نخست سال جاری به این بیماری مبتلا هستند، همچنین گزارش‌ها از ۷۶۸ مورد جدید در ارتباط با ابتلا به HIV حکایت می‌کنند. متاسفانه، ۴۱۹ نفر در سال گذشته به‌دلیل این بیماری فوت کرده‌اند.» او درباره میزان مرگ‌ومیر ناشی از HIV در سال ۲۰۲۴ در جهان توضیح داد: «۶۳۰ هزار نفر به‌دلیل بیماری‌های ناشی از ایدز در سال ۲۰۲۴ جان باخته‌اند.»



ادامه آتش‌سوزی در الیت

معاون آموزش و مشارکت‌های مردمی سازمان حفاظت محیط‌زیست کشور، میزان خسارت درختان سوخته در جنگل‌های الیت را حدود ۲۰ درصد دانست و گفت که وسعت آتش‌سوزی در جنگل‌های الیت بین ۱۵۰ تا ۱۸۰ هکتار برآورد می‌شود. هادی کیادیسری ادامه داد: «براساس آمارها، در ۱۰ سال اخیر میانگین سالانه آتش‌سوزی جنگل‌ها حدود ۱۸ هزار هکتار بوده است، اما در برخی سال‌ها این رقم به ۵۰ تا ۶۰ هزار هکتار نیز رسیده است که نشان‌دهنده شدت و گستردگی بیشتر این حوادث است. تغییرات در الگوهای مکانی و زمانی این آتش‌سوزی‌ها، نشان‌دهنده شدت آشفتگی‌های غیرطبیعی و نوظهور است که طبیعت به‌تنهایی توان مقابله با آن را ندارد و نیازمند برنامه‌ریزی و مدیریت علمی است.»



سنین ۵ تا ۱۴ سال در خطر سویه جدید آنفلوآنزا

معاون بهداشت وزارت بهداشت، با اشاره به آخرین وضعیت آنفلوآنزا در کشور، سنین ۵ تا ۱۴ سال را بیشترین گروه در معرض خطر سویه جدید این بیماری دانست. علیرضا رئیس درباره وضعیت آنفلوآنزا در کشور گفت: «هفت استان تهران، خراسان رضوی، خراسان جنوبی، زاهدان، اصفهان، همدان و قزوین بیشترین میزان شیوع آنفلوآنزا را دارند.» او با بیان اینکه شیوع بیماری در برخی استان‌ها پایین است، توضیح داد: «اگرچه شیوع بیماری در برخی استان‌ها پایین است اما باید بدانیم که این استان‌ها هم در امان نیستند. اگر استان‌هایی که شیوع بیماری در آن پایین است نکات بهداشتی را رعایت نکنند نیز درگیر و گرفتار بیماری می‌شوند.» معاون وزیر بهداشت گفت: «استان‌های آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، گیلان و مازندران، کمترین میزان ابتلا به آنفلوآنزا را دارند. اما سویه جدید بیماری H۲N۲ است، باعث افزایش سرایت‌پذیری و سرعت انتشار بیماری شده است.»

آگهی مفقودی

برگ سبز سند کمپانی و تسلسل اسناد محضری
خودرویی سواری پیکان ۱۶۰۰ مدل ۱۳۷۸ رنگ سفید روغنی شماره موتور۶۶۶۶۶۶۶۶۶۶۶۶۶۶ شماره شاسی ۱۷۸۱۴۴۸۳۶۵ شماره پلاک ۵۳ ایران ۱۶۳ ط ۱۷
به نام محمد رضا کریمی فرد مفقود و از درجه اعتبار ساقط می باشد.

هماهنگ نیستند و در نتیجه این روند بسیاری از درمانگران برای ادامه فعالیت حرفه‌ای و ارائه خدمات با کیفیت، ناچار به افزایش نرخ جلسات می‌شوند: «سلامت روان، دیگر یک موضوع حاشیه‌ای نیست، بلکه بخشی حیاتی از زندگی فردی و اجتماعی ما محسوب می‌شود. با این حال دسترسی به روان‌درمانی برای بسیاری از مردم به یک چالش واقعی تبدیل شده است. افزایش هزینه جلسات، محدودیت پوشش بیمه‌ای و نبود مراکز درمانی دولتی کافی، باعث شده که مراجعه به روانشناس برای برخی افراد به یک آرزوی دست‌نیافتنی بدل شود. این مشکل نه‌تنها سلامت فردی را تهدید می‌کند، بلکه آثار اجتماعی گسترده‌ای نیز دارد: از کاهش بهره‌وری و افزایش استرس در محیط‌های کاری گرفته تا تشدید مشکلات خانوادگی و اجتماعی.»

او اعتقاد دارد که یکی دیگر از عوامل موثر بر هزینه بالای روان‌درمانی، تعداد جلسات قابل ارائه در روز توسط درمانگر است: «هر جلسه روان‌درمانی بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشد؛ بنابراین در طول یک روز کاری عادی، یک روانشناس حرفه‌ای حداکثر می‌تواند تعداد محدودی مراجع ویزیت کند. این یعنی زمان، تمرکز و انرژی اختصاص داده شده به هر فرد، برخلاف ویزیت‌های مداخلات پزشک، بسیار زیاد است. همین محدودیت زمانی باعث می‌شود که هزینه جلسات بالا باشد و فشار مالی برای درمانگر و مراجع افزایش یابد. به‌بیان ساده، ماهیت تخصصی، فردی و زمان‌بر روان‌درمانی، همراه با تعداد محدود مراجعات روزانه، یکی از دلایل اصلی گرانی بودن این خدمات است.»

به گفته دوشی در حال حاضر تعرفه مصوب سازمان نظام روانشناسی معمولاً تا سه برابر پایین‌تر از نرخ واقعی بازار است. این اختلاف نیز به عواملی مثل نبود نظارت اجرایی مؤثر، متناسب نبودن تعرفه‌ها با هزینه‌های واقعی زندگی و حرفه‌ای درمانگران، نبود پوشش بیمه‌ای کامل، کمبود حمایت‌های دولتی و سازمانی مرتبط است: «تأمین هزینه‌های واقعی زندگی درمانگر با نرخ‌های رسمی، برای اداره یک مطب مستقل و ارائه خدمات استاندارد تقریباً غیرممکن است. بسیاری از روانشناسان مجبورند نرخ واقعی بازار را اعمال کنند تا بتوانند هزینه اجاره، آموزش‌های تخصصی، منابع علمی و زمان اختصاص داده شده به هر مراجع را پوشش دهند و هم‌زمان کیفیت درمان را نیز حفظ کنند. این موضوع نشان می‌دهد که گرانی روان‌درمانی نه‌تنها ناشی از تورم با بازار آزاد است، بلکه بخشی از آن به ماهیت تخصصی، فردی و زمان‌بر خدمات روان‌درمانی، همچنین کمبود حمایت‌های دولتی و سازمانی برای حرفه درمانگر مربوط می‌شود. تجربه من نشان می‌دهد که بسیاری از مراجعان، حتی در مسیر بهبودی، به‌دلیل مسائل مالی جلسات را نیمه‌کاره می‌کنند.»

او تأکید می‌کند که این قطع درمان نه‌تنها مانع بهبود روانی می‌شود، بلکه احساس ناتوانی، ناامیدی و اضطراب را نیز افزایش می‌دهد؛ چون درمان‌روان شناختی فرایندی پیوسته و امن است و قطع آن به‌دلیل هزینه بالا، عملاً اثرات مثبت جلسات پیشین را کاهش می‌دهد: «قطع روان‌درمانی موجب تشدید مشکلات روانی، کاهش اثرات مثبت جلسات قبلی، ایجاد مشکلات جدید، احساس ناتوانی و ناامیدی، افزایش اضطراب و کاهش اعتماد به درمان در حال‌حاضر و آینده، ایجاد تنش‌های خانوادگی، افت بهره‌وری شغلی و کاهش کیفیت زندگی اجتماعی می‌شود. ازسوی دیگر در مان‌های ناقص یا قطع‌شده، می‌توانند در بلندمدت منجر به نیاز به جلسات طولانی‌تر، درمان‌های پیچیده‌تر یا حتی مراجعه پزشکی برای مشکلات جسمی ناشی از استرس شوند، که در نهایت هزینه‌ها را بیشتر می‌کند. در ایران بسیاری از بیمه‌ها، درمان‌های روان‌شناختی را به‌عنوان خدمات غیر ضروری یا غیرپزشکی طبقه‌بندی می‌کنند و به‌همین دلیل پوشش مالی برای جلسات روان‌درمانی ارائه نمی‌دهند؛ این در حالی است که در بسیاری از کشورها، روان‌درمانی بخش جدایی‌ناپذیر نظام سلامت است و تحت پوشش بیمه قرار دارد، زیرا درمان روانی به همان اندازه سلامت جسمانی اهمیت دارد و متاسفانه بیمه‌های این محدودیت در ایران گسترده و جدی است.»

دوشی معتقد است، وقتی روان‌درمانی هزینه بالا داشته و تحت پوشش بیمه نباشد، سلامت روان عملاً به کالایی لوکس تبدیل می‌شود و کسانی که بیشترین نیاز را دارند، محروم می‌مانند. این وضعیت نه‌تنها بر زندگی فرد تأثیر می‌گذارد، بلکه پیامدهای اجتماعی و اقتصادی گسترده‌ای برای جامعه ایجاد می‌کند: «پوشش واقعی بیمه‌ای و ارائه یارانه یا بسته‌های حمایتی می‌تواند افراد کم‌درآمد را از محرومیت درمان روان‌شناختی خارج کند. علاوه بر این، ایجاد مراکز دولتی و دانشگاهی با تعرفه‌های مناسب و دسترسی آسان هم می‌تواند شکاف بین نیاز و ارائه‌خدمات را کاهش دهد. بازنگری متصفانه تعرفه‌های سازمان نظام‌روانشناسی و هم‌زمان فرهنگ‌سازی و آموزش عمومی درباره اهمیت مراجعه زودهنگام به روانشناس نیز از اقدامات ضروری است. بسیاری افراد تنها زمانی به درمان فکر می‌کنند که بحران‌ها شدت‌یافته است، در حالی که مراجعه به‌موقع، هم مؤثرتر، هم کم‌هزینه‌تر است. فرهنگ‌سازی درباره اهمیت سلامت روان، می‌تواند فشار بر خانواده‌ها و سیستم درمانی را کاهش دهد.»

آگهی مفقودی

برگ سبز سند کمپانی و تسلسل اسناد محضری کارت سوخت و کارت مشخصات وسیله نقلیه خودرویی سواری ریومدل ۱۳۸۹ رنگ سفید شماره شاسی۱۷۲۵۲۲۱۲۲۹۱۰۰۶۱۰۰۲ NAS شماره موتور ۵۷۱۰۲۴RE۸M۱۵۱ شماره پلاک ۵۵ ایران ۵۴۱ ی ۸۹
به نام پوران سیاتیری مفقود و از درجه اعتبار ساقط می باشد.

نمی‌کنند. پس مشکل، فقط گرانی یا عدم دسترسی نیست؛ بلکه ترکیبی از عوامل فرهنگی، انسگ اجتماعی و ضعف حمایت‌های ساختاری است. او تأکید می‌کند که کشور نیازمند سرمایه‌گذاری جدی در فرهنگ‌سازی، کاهش انگ و توسعه خدمات حمایتی و مراقبتی است. به باور او، ریشه مشکل در ایران ساختاری است. بدون اصلاح عواملی مانند فقر، تورم و بی‌ثباتی اقتصادی، نمی‌توان انتظار داشت ارائه چند کلینیک جدید یا خدمات رایگان، تغییری اساسی ایجاد کند. حتی اگر مردم آماده مراجعه باشند، دولت باید حداقل ثبات و پیش‌بینی‌پذیری را فراهم کند؛ ثباتی که لازمه سلامت روان در جوامع پر تنش است. او این نگاه را ساده‌انگاره می‌داند که گفته شود: «مشکل، گرانی درمان است.» به تعبیر او، این حرف با مسئولیت‌را از دوش حکومت برمی‌دارد. او می‌گوید: «کار مادرمانگران، جمع کردن خاکستر است؛ مسئولان آتش می‌زنند و ما باید پیامدهای آن را جمع کنیم. نباید کشور را مثل میدان جنگی دید که فقط باید جمعیت کسانی را زیاد کرد که وظیفه پانسمن زخمی‌ها را دارند. اصل کار، جلوگیری از جنگ و جلوگیری از زخمی شدن است، نه فقط ترمیم وضع موجود.»

در ادامه، او به موضوع هوش مصنوعی می‌پردازد و معتقد است که این فناوری می‌تواند تهدیدی برای حوزه سلامت روان باشد. به این دلیل که مدل‌های در دسترس مردم، در زبان فارسی توسعه‌یافتگی کافی ندارند و منابع فارسی که این مدل‌ها به آن‌ها متکی اند، محدود و گاه ضعیف‌اند. علاوه بر این، در سطح جهانی هم هنوز دقت و صحت اطلاعات هوش مصنوعی محل تردید است. او هشدار می‌دهد که این ابزارها تنها برای افرادی که ذهن انتقادی فعال دارند، می‌تواند قابل استفاده باشد؛ نه برای کسانی که در بحران روانی به‌سر می‌برند و توان داوری انتقادی‌شان آسیب‌دیده است.

▾ تبعات سنگین رها کردن درمان

در کنار بخش خصوصی، دولت نیز سازوکارهایی برای ارائه خدمات سلامت روان در اختیار مردم قرار داده است: از جمله مراکز «سراج» یا همان «مراکز سلامت روانی - اجتماعی» که واحدهایی هستند که به‌ازای هر ۳۰۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش دانشکده یا دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شکل می‌گیرند و مسئول ارائه خدمات سلامت روانی و اجتماعی هستند. در حال حاضر حدود ۱۰۳ مرکز سراج در شهرهای مختلف فعال اند و امکان دریافت خدمات سلامت روان را برای گروهی از شهروندان فراهم می‌کنند. با این حال هنوز گستره و ظرفیت این خدمات در همه مناطق یکسان نیست و با حجم بالای نیازهای جامعه فاصله دارد. سامانه ۱۴۸۰ نیز یکی از معدود خدمات رایگان و گسترده‌ای است که به‌صورت تلفنی و زیر نظر سازمان بهزیستی فعالیت می‌کند. این خط به‌طور شبانه‌روزی در دسترس است و امکان دریافت مشاوره کوتاه در زمان بحران یا فشار روانی را فراهم می‌کند؛ اما ماهیت تلفنی و فوری این تماس‌ها اجازه پیگیری منظم و درمان طولانی مدت را نمی‌دهد. به‌همین دلیل «۱۴۸۰» بیشتر نقش یک کمک‌رسانی در لحظه را دارد و جای فرایند تریابی ساختارمند را پر نمی‌کند. بررسی‌ها نشان می‌دهد، با وجود این که برخی بیمه‌های تکمیلی بخشی از خدمات روانشناسی را پوشش می‌دهند، همچنان همه اقشار زیر چتر بیمه سلامت روان قرار نمی‌گیرند و این پوشش صرفاً تعرفه مصوب را در نظر می‌گیرد، نه تعرفه‌های فعلی. ازسوی دیگر تنها تعداد محدودی از سازمان‌های مرفه به‌دلیل قراردادهای خاص با برخی کلینیک‌ها، ۷۰ تا ۹۰ درصد هزینه جلسات را برای کارکنان‌شان تقبل می‌کنند؛ امتیازی که برای اکثریت مردم در دسترس نیست و درمان روانشناختی را به خدمتی عملاً گران قیمت و لوکس تبدیل کرده است.

دو سال پیش هم سازمان بیمه سلامت ایران اعلام کرد که خدمات روان‌درمانی مانند روان‌درمانی فردی، خانواده درمانی، گروه درمانی و مشاوره تحت پوشش بیمه قرار گرفته است، در حالی که تنها دو گرایش بالینی و سلامت شامل این پوشش بیمه‌ای می‌شوند و سایر گرایش‌های روانشناسی مانند کودک، خانواده، مشاوره فردی، مشاوره شغلی، مشاوره تحصیلی، روانشناسی تربیتی و... در این طرح گنجانده نشده‌اند و موسسات محدودی برای ارائه خدمات روان‌درمانی با بیمه سلامت قرارداد دارند.

محمد حاتمی، رئیس سازمان نظام روانشناسی و مشاوره، نیز اخیراً در گفت‌وگویی نبود حمایت بیمه‌ای را مانع جدی مراجعه مردم به روانشناس دانسته و تأکید کرده است که باید بیمه‌های پایه، خدمات روانشناسی را تحت پوشش قرار دهند تا مردم بتوانند با استفاده از بیمه به روانشناس مراجعه کنند. سمیه دوشی، روان درمانگر و استاد دانشگاه توضیح می‌دهد که افزایش هزینه‌های روان‌درمانی را باید در چارچوب کلی اقتصاد کشور و شرایط حرفه‌ای درمانگران دید؛ برای مثال اجاره مطب و هزینه‌های جاری، مالیات، آموزش‌های تخصصی و سوپرویزن همگی در سال‌های اخیر چندبرابر شده‌اند. علاوه بر این، حضور در کارگاه‌هایی که دانش درمانگران را به‌روز می‌کند، هزینه قابل توجهی دارد. در این شرایط تعرفه‌های مصوب هم معمولاً با تورم واقعی و هزینه‌های زندگی

که نظام سلامت اولیه ضعیف دارند، آمار مراجعه‌شان بیشتر است؛ همان‌طور که در کشورهایی با بازار سلامت قوی، صنعت درمان، تقاضا تولید می‌کند که نمونه آن موج جراحی‌های زیبایی است. به گفته او در ایران نیز از یک طرف نظام ارجاع وجود ندارد، صنعت سلامت تولید تقاضا می‌کند، دولت هم در بسیاری مواقع خود را کنار می‌کشد و انتظار دارد پزشک، روان‌درانگر و ارائه‌دهنده خدمات، «تمام بار مسئولیت» را به دوش بکشند و خدمات ارزان و غیرمتناسب با تورم ارائه دهند.

او می‌گوید: «در افکار عمومی این طور جا افتاده که خدمات غیردولتی گران است، اما واقعیت این است که در حرفه ما، روان‌درمانگری که در تهران روزانه پنج یا شش مراجعه‌کننده دارد، به‌سختی می‌تواند هزینه‌های مطب را تأمین کند؛ هزینه رهن و اجاره، منشی، مالیات، انرژی و تعطیلی‌های متعدد. ازسوی دیگر، هر بحران اجتماعی مستقیماً درآمد این گروه را کاهش می‌دهد، در حالی که کارمند دولت در هر شرایطی حقوق ثابت می‌گیرد. این را هم باید دید که روان‌درمانگران دوره‌های طولانی و پرهزینه آموزشی را پشت‌سر می‌گذارند.»

او از نظام نظارت، پایش و صلاحیت‌بخشی می‌گوید و آن را «نامتناسب، پراکنده و جزیره‌ای» توصیف می‌کند. به گفته او، در ایران نهادهای متعددی نیروی انسانی تربیت می‌کنند، بعد مجوز تأسیس مطب یا کلینیک روانشناسی صادر می‌کنند؛ از وزارت علوم، وزارت بهداشت، دانشگاه آزاد، پیام‌نور، بهزیستی، وزارت ورزش تا سازمان نظام روانشناسی در این چرخه حضور دارند، بدون اینکه معیار واحد و سازوکار مشخصی برای ارزیابی صلاحیت وجود داشته باشد. نتیجه این تعدد متولی، بی‌متولی بودن واقعی است. جلالی تأکید می‌کند که قربانی نهایی این وضعیت، مردم و سلامت روان همگانی هستند. او علت اصلی را قصور فردی مدیران نمی‌داند، بلکه مشکل را سیاسی بودن ساختار حکمرانی می‌بیند: ساختاری که در آن ایجاد نهادهای موازی برای رقابت با یکدیگر امری رایج است و همین کار، نظام تصمیم‌گیری را به «بدنی فربه اما ناتوان» تبدیل کرده است. او می‌گوید در چنین نابسامانی نهادهی، عجیب نیست که «هر فرد کم‌صلاحیت یا بی‌صلاحیتی» بتواند در فضای رسانه‌های اجتماعی از ناآگاهی و درماندگی مردم سوءاستفاده کند و خدمات نادرست یا گران قیمت ارائه دهد.

او در شرح مثال‌هایی دیگر از سیاست‌های نامتناسب در توسعه رشته‌های سلامت روان، توضیح می‌دهد که در بسیاری از دانشگاه‌هایی که زیر نظر وزارت بهداشت فعالیت نمی‌کنند، دانشجو حتی تا مقطع دکتری یک ساعت هم بیمار واقعی نمی‌بیند. با این حال از او انتظار می‌رود با چند واحد کارآموزی، این کمبود سنگین مردم بالینی جبران شود: کارآموزی‌ای که معیار، استاندارد، نظام پایش یا سازوکار ارزیابی ندارد. وقتی نه نظامی برای تعریف صلاحیت وجود دارد، نه دولت سازوکاری برای جبران هزینه‌ها تعیین کرده، نتیجه این می‌شود که هزینه تربیت کارآموز عملاً بر دوش دیگران گذاشته می‌شود. او اضافه می‌کند که در کشورهایی با مدل رفاه اسکandinایوی، دولت اگر مسئولیت آموزش عملی را به نهادهی مثل شهرداری یا مراکز درمانی بسپارد، در مقابل پرداخت بودجه مشخص، از آن نهاد پاسخگویی مطالبه می‌کند. در ایران چنین سازوکاری وجود ندارد. دانشجویان علاقه‌مندند مهارت بیاموزند، اما کانال رسمی و سازمان‌یافته برای یادگیری عملی تعریف نشده. او مثال می‌زند که برخی افراد با تحصیلات کارشناسی یا ارشد مهندسی، در مقطع دکتری روانشناسی سازمانی یا تربیتی ثبت‌نام می‌کنند و در نهایت خود را «روان‌درمانگر» معرفی می‌کنند، بدون اینکه تجربه بالینی واقعی دیده باشند.

او دربار تجربه شخصی‌اش می‌گوید: «من در یک بیمارستان دولتی در تهران کار می‌کنم و خدمات را تا حد ظرفیت سیستم ارائه می‌دهیم. مردم با پرداخت کمتر از ۲۰۰ هزار تومان - بسته به بیمه پایه و تکمیلی - روان‌درمانی دریافت می‌کنند، حتی اگر درمانگر در حال آموزش باشد؛ چون تمام جلسات زیر نظر اعضای هیئت علمی انجام می‌شود. این یعنی دانشگاه‌ها و مراکز بهداشتی، ظرفیت و ساختار ارائه خدمات دارند.» او معتقد است مراکز «سراج» که برای ارائه یکپارچه خدمات سلامت روانی - اجتماعی طراحی شده‌اند، نمونه‌ای موفق از خدمات دولتی است. به‌باور او، باید در سطح عمومی، رسانه‌ای و مطالبه‌گری اجتماعی از حاکمیت خواسته شود که بودجه سلامت روان را به‌جای پخش کردن میان سازمان‌های متعدد، در اختیار متولی رسمی سلامت کشور یعنی وزارت بهداشت بگذارد تا بتواند خدمات را به‌شکل سازمان‌یافته ارائه دهد.

جلالی در ادامه از ناآکآمدی ساختار موجود می‌گوید و توضیح می‌دهد: «در بیمارستانی که من کار می‌کنم، بسیاری از ساعات‌های همکاران خالی می‌ماند، نه به‌دلیل نبود نیرو، بلکه به‌دلیل فقدان یک نظام منسجم برای ارائه خدمات. مردم میان گزینه‌های مختلف وغالباً غیرشفاف سرگردانند؛ چون نمی‌دانند کدام مسیر استاندارد است. همین سردرگمی هم آنها را به سمت بخش خصوصی سوق می‌دهد که طبیعتاً هزینه بسیار بیشتری دارد.»

او توضیح می‌دهد که با فاصله گرفتن از مراکز شهری، دسترسی به خدمات سلامت روان محدودتر می‌شود. اما مشکل صرفاً کمبود خدمات نیست؛ فرهنگ و ساختار اجتماعی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. در بسیاری از استان‌ها، انگ مراجعه برای خدمات سلامت روان، نگرش‌های مردسالارانه و تصور ضعیف‌بودن فرد افسرده یا روان‌رنجور در مردان باعث می‌شود که مردم حتی با وجود خدمات دولتی، کمتر از ظرفیت موجود استفاده کنند. بنابراین تسلیت، «قیمت خمدل» یا «ساده‌سازی بیش از حد واقعیت است، به گفته او، تقاضا برای بخش دولتی بسیار بالاست و این بخش با حداکثر ظرفیت کار می‌کند؛ هر سال هم این ظرفیت مشغول تر می‌شود. اما این پدیده محدود به ایران نیست. حتی در انگلستان، بیش از ۶۰ درصد افراد که نیاز به درمان دارند، مراجعه

آگهی مفقودی

برگ سبز سند کمپانی و تسلسل اسناد محضری خودرویی سواری دوو ریسر جی تی آی مدل ۱۹۹۳ رنگ سفید روغنی شماره موتور ۲۹۸۴۴۴ شماره شاسی ۴۲۱۶۹۰ شماره پلاک ۲۳ ایران ۶۳۳۳ ه ۵۴ به نام محمد رضا حسن پور سودرجانی مفقود و از درجه اعتبار ساقط می باشد.